



ASUHAN KEBIDANAN PADA PERSALINAN



Hilda Prajayanti, Anita Lontaan, Yessy Nur Endah Sary,
Dhewi Nurahmawati, Ervin Rufaindah, Kristinawati, Nurdewi
Sulymbona, Rahmah Fitria, Rufidah Maulina, Agustina
Widayati, Senditya Indah Mayasari, Ika Yudianti

ISBN 978-623-198-306-0



9 786231 983060

ASUHAN KEBIDANAN PADA PERSALINAN

**Hilda Prajayanti
Anita Lontaan
Yessy Nur Endah Sary
Dhewi Nurahmawati
Ervin Rufaindah
Kristinawati
Nurdewi Sulymbona
Rahmah Fitria
Rufidah Maulina
Agustina Widayati
Senditya Indah Mayasari
Ika Yudianti**



PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

ASUHAN KEBIDANAN PADA PERSALINAN

Penulis :

Hilda Prajayanti
Anita Lontaan
Yessy Nur Endah Sary
Dhewi Nurahmawati
Ervin Rufaindah
Kristinawati
Nurdewi Sulymbona
Rahmah Fitria
Rufidah Maulina
Agustina Widayati
Senditya Indah Mayasari
Ika Yudianti

ISBN : 978-623-198-306-0

Editor : Dr. Neila Sulung, S.Pd., Ns., M.Kes.
Ilda Melisa, A.Md.,Kep

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

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

Penerbit : PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tangah
Padang Sumatera Barat

Website : www.globaleksekutifteknologi.co.id

Email : globaleksekutifteknologi@gmail.com

Cetakan pertama, Mei 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan
dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

Judul
Asuhan Kebidanan Pada Persalinan
Penulis

Hilda Prajayanti
Anita Lontaan
Yessy Nur Endah Sary
Dhewi Nurahmawati
Ervin Rufaindah
Kristinawati
Nurdewi Sulymbona
Rahmah Fitria
Rufidah Maulina
Agustina Widayati
Senditya Indah Mayasari
Ika Yudianti
Penerbit:

PT. Global Eksekutif Teknologi

ISBN: 978-623-198-306-0

Edisi Indonesia
Asuhan Kebidanan Pada Persalinan

Editor : Neila Sulung; Ilda Melisa
Cetakan : Pertama, Mei 2023
Penerbit : Global Eksekutif Teknologi
Jln. Pasia Sabalah No.34 Kec. Koto Tangah Kota Padang
Telp. +6281372200104
Email : globaleksekufteknologi@gmail.com
Website : www.globaleksekufteknologi.co.id

Perpustakaan Nasional RI: Data Katalog Dalam Terbitan (KDT)	
KREATOR	Prajayanti, Hilda ; Lontaan, Anita; Sary, Yessy Nur endah ; Nurahmawati, Dhewi ; Rufaindah, Ervin ; Kristinawati ; Sulymbona, Nurdewi ; Fitria, Rahmah; Maulina, Rufidah ; Widayati, Agustina ; Mayasari, Senditya Indah ; Yudianti, Ika (Penulis)
JUDUL DAN PENANGGUNG JAWAB	Asuhan Kebidanan Pada Persalinan; editor, Neila Sulung, Ida Melisa
PUBLIKASI	Padang : PT. Global Eksekutif Teknologi, 2023
DESKRIPSI FISIK	245 halaman ; 23 cm
IDENTIFIKASI	ISBN 978-623-198-306-0
SUBJEK	Kebidanan

Hak Cipta dilindungi Undang-undang
Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ini
Kedalam bentuk apapun secara elektronik maupun mekanis,
tanpa izin tertulis dari penerbit.
All Right Reserved

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 Pada Persalinan ini.

Buku ini membahas Pendahuluan dan pengertian persalinan normal, Sebab-sebab dimulainya persalinan normal, Tahapan persalinan normal (kala I,II,III IV), Tanda-tanda persalinan normal, Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan (*passage, power, passanger*, psikologi), Tujuan asuhan persalinan normal, Asuhan sayang ibu pada persalinan, Evidence Based pada persalinan, Psikologi pada ibu bersalin, Dukungan terhadap emosional pada ibu bersalin, Persiapan persalinan untuk ibu, penolong dan bayi baru lahir, Makan dan Minum Dalam Persalinan.

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, Mei 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR.....	vii
DAFTAR TABEL	ix
BAB 1 PERSALINAN NORMAL.....	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Pengertian Persalinan Normal	2
1.2.1 Pengertian Persalinan	2
1.2.2 Macam-Macam Persalinan.....	3
1.2.3 Tanda-tanda Persalinan.....	4
1.2.4 Faktor-Faktor yang memengaruhi Jenis Persalinan	5
1.2.5 Persalinan Berdasarkan Umur Kehamilan	6
DAFTAR PUSTAKA	9
BAB 2 SEBAB SEBAB DIMULAINYA PERSALINAN NORMAL	10
2.1 Pendahuluan.....	10
2.2 Sebab – Sebab Mulainya Persalinan	11
2.2.1 Penurunan Kadar Progesteron.....	11
2.2.2 Oksitosin	11
2.2.3 Keregangan Otot-Otot Rahim	13
2.2.4 Pengaruh Janin	13
2.2.5 Prostaglandin.....	14
2.2.6 Berkurangnya Nutrisi.....	14
2.2.7 Plasenta Menjadi Tua.....	14
2.3 Tanda-tanda Persalinan.....	14
2.3.1 Kontraksi (his)	14
2.3.2 Pembukaan Serviks, dimana Primigravida >1,8cm dan Multigravida 2,2cm.....	15
2.3.3 Pecahnya Ketuban dan Keluarnya Bloody Show.....	15
DAFTAR PUSTAKA	17

BAB 3 TAHAPAN PERSALINAN NORMAL

(KALA I,II,III IV) 18

3.1 Kala I Persalinan..... 18

3.1.1 Fase-fase dalam kala satu persalinan 18

3.1.2 Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik Ibu Bersalin..... 19

3.1.3 Pemeriksaan Fisik 20

3.2 Kala II Persalinan 24

3.2.1 Pengertian Kala II 24

3.2.2 Awitan Kala II 25

3.2.3 Awitan Mengejan selama Kala II 26

3.2.4 Prosedur Mengejan Selama Kala II 26

3.2.5 Durasi Kala II 27

3.2.6 Posisi Ibu Selama Kala II 29

3.2.7 Perawatan Perineum..... 31

3.2.8 Robekan Perineal dan Episiotomi..... 32

3.3 Kala III Persalinan 33

3.3.1 Mekanisme pelepasan plasenta 36

3.3.2 Kelahiran plasenta 42

3.3.3 Periode post partum dini..... 48

3.4 Kala IV Persalinan..... 50

3.4.1 Memberikan asuhan pada ibu bersalin kala IV..... 50

DAFTAR PUSTAKA..... 63

BAB 4 TANDA-TANDA PERSALINAN NORMAL 65

4.1 Pendahuluan 65

4.2 Tanda – tanda Persalinan 66

4.2.1 Tanda – tanda persiapan persalinan (*Preparatory Stage Of Labor*) 66

4.2.2 Tanda – tanda Persalinan (Inpartu) 69

DAFTAR PUSTAKA..... 74

BAB 5 FAKTOR-FAKTOR YANG

MEMPENGARUHI PERSALINAN 75

DAFTAR PUSTAKA..... 103

BAB 6 TUJUAN ASUHAN PERSALINAN NORMAL	105
6.1 Pendahuluan.....	105
6.2 Fokus Asuhan Kesehatan Ibu.....	106
6.3 Pandangan <i>International Confederation of Midwives</i> (ICM) terhadap Persalinan Normal	107
6.4 Tujuan Asuhan Persalinan Normal.....	109
6.5 Praktik Perawatan yang Mendukung Persalinan Normal	112
6.5.1 Membiarkan persalinan dimulai dengan sendirinya	112
6.5.2 Kebebasan bergerak atau mobilisasi selama persalinan.....	113
6.5.3 Dukungan persalinan secara terus menerus.	114
6.5.4 Meneran secara spontan dalam posisi tidak telentang	114
6.5.5 Rawat gabung	115
6.5.6 Tanpa intervensi rutin yang tidak perlu	115
6.6 Promosi Persalinan Normal	116
DAFTAR PUSTAKA	120
BAB 7 ASUHAN SAYANG IBU PADA PERSALINAN	121
7.1 Pendahuluan.....	121
7.2 Konsep Asuhan Sayang Ibu.....	122
7.3 Prinsip Umum Sayang Ibu.....	123
7.4 Asuhan Sayang Ibu.....	124
7.4.1 Persalinan Kala I.....	124
7.4.2 Persalinan Kala II	126
7.4.3 Persalinan Kala III.....	127
7.4.4 Persalinan Kala IV	128
7.5 Asuhan Sayang Ibu berdasarkan <i>Evidence Based</i>	129
DAFTAR PUSTAKA	131
BAB 8 EVIDENCE BASED PADA PERSALINAN	133
8.1 Pendahuluan.....	133
8.2 Evidence Based pada Persalinan.....	134
8.2.1 Evidence Based	134

8.2.2 Evidence Based Intrapartum Care	135
DAFTAR PUSTAKA.....	155
BAB 9 PSIKOLOGI DALAM MASA PERSALINAN.....	157
9.1 Pendahuluan.....	157
9.2 Sebelum Persalinan.....	160
9.2.1 Kecemasan	160
9.2.2 <i>Feelings of control</i>	162
9.2.3 Tocophobia	164
9.3 Setelah melahirkan.....	167
9.3.1 Postpartum Blues	168
9.3.2 Depresi postpartum.....	169
9.3.3 Postpartum Psychosis.....	171
9.3.4 Trauma saat persalinan/Birth Trauma.....	172
DAFTAR PUSTAKA.....	175
BAB 10 DUKUNGAN TERHADAP EMOSIONAL PADA	
IBU BERSALIN.....	179
10.1 Pendahuluan	179
10.2 Aspek-Aspek Dukungan Emosional	180
10.2.1 Empathy.....	180
10.2.2 Caring.....	180
10.2.3 Concern.....	181
10.2.4 Positive Regard.....	181
10.2.5 Encouragement Toward The Person.....	181
10.3 Pemberian Dukungan Emosional	181
10.4 Faktor-Faktor Yang mempengaruhi	
Dukungan Emosional	182
10.4.1 Keintiman.....	182
10.4.2 Harga Diri.....	182
10.4.3 Keterampilan Sosial.....	183
10.5 Dukungan Emosional Keluarga.....	183
10.6 Perubahan psikologis Ibu Bersalin Kala I.....	183
10.7 Perubahan Psikologis Ibu Bersalin Kala II	184
10.8 Dukungan Suami dan Keluarga Dalam	
Persalinan Kala I.....	185

10.9 Memberikan Asuhan Sayang Ibu Oleh Bidan.....	186
DAFTAR PUSTAKA	188
BAB 11 PERSIAPAN PERSALINAN UNTUKIBU, PENOLONG, DAN BAYI BARULAHIR.....	189
11.1 Pendahuluan.....	189
11.2 Persiapan Persalinan Untuk Ibu Bersalin.....	189
11.3 Persiapan Persalinan Bagi Bidan (Tenaga Kesehatan)	192
DAFTAR PUSTAKA	198
BAB 12 MAKAN DAN MINUM DALAM PERSALINAN ...	199
12.1 Pendahuluan.....	199
12.2 Peranan Faktor <i>Power</i> dalam Persalinan	202
12.3 Perubahan Sistem Pencernaan dalam Persalinan.....	203
12.4 Masalah yang Mempengaruhi Asupan Oral dalam Persalinan	205
12.5 Rekomendasi WHO	206
12.6 Cairan Intravena untuk Mencegah Persalinan Lama	210
12.7 Rekomendasi <i>The National Institute for Health and Care Excellence</i> (NICE) tentang Makan dan Minum dalam Persalinan.....	211
12.8 Pedoman Makan dan Minum di Awal Periode Pasca Operasi	212
12.9 Parturien yang Telah Menjalani Operasi Sesar Tanpa Komplikasi.....	213
12.10 Parturien yang Mengalami Komplikasi Medis, atau Ada Kemungkinan Kembali ke Ruang Operasi.....	213
12.11 Karakteristik dan Jenis Nutrisi selama Persalinan.....	214
12.12 Waktu Pemberian Nutrisi dalam Persalinan.....	214
12.13 Ringkasan	215
DAFTAR PUSTAKA	216

BIODATA PENULIS

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1. Penampang plasenta.....	34
Gambar 3.2. Plasenta dalam uterus.....	35
Gambar 3.3. Pelepasan plasenta.....	36
Gambar 3.4. Cara lepasnya plasenta menurut schultze	38
Gambar 3.5. Cara lepasnya plasenta menurut duncan ..	39
Gambar 3.6. Metode skultz Gambar	41
Gambar 3.7. Ampul Oksitosin	43
Gambar 3.8. peregang tali pusat terkendali	44
Gambar 3.9. Masase uterus.....	44
Gambar 3.10. plasenta.....	45
Gambar 6.1. Skema Model Asuhan Persalinan WHO	119
Gambar 7.1. Persalinan yang di tolong oleh esehatan beserta pendamping persalinan	128

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1. Karakteristik persalinan sesungguhnya dan persalinan semu.....	72
Tabel 8.1. Klasifikasi Kategori pada Rekomendasi WHO	37
Tabel 8.2. Kategori rekomendasi berdasarkan <i>Evidence based</i> pada Asuhan/perawatan selama proses persalinan dan kelahiran.....	139
Tabel 8.3. Kategori rekomendasi pada Kala I Persalinan.....	141
Tabel 8.4. Kategori rekomendasi berdasarkan <i>Evidence based</i> pada Kala II Persalinan	148
Tabel 8.5. Kategori rekomendasi berdasarkan <i>Evidence based</i> pada Kala III Persalinan.....	151
Tabel 8.6. Kategori rekomendasi berdasarkan <i>Evidence based</i> pada Asuhan/perawatan pada Bayi Baru Lahir.....	153

BAB 1

PERSALINAN NORMAL

Oleh Hilda Prajayanti

1.1 Pendahuluan

Bab ini memberikan bekal kepada mahasiswa untuk dapat menguasai tentang konsep dasar persalinan normal. Mahasiswa memiliki kompetensi untuk memberikan asuhan kebidanan pada persalinan normal sehingga mahasiswa harus memahami konsep tentang definisi, tanda dan gejala persalinan normal, tahapan persalinan normal, faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan normal, *evidence based midwifery* dalam persalinan normal dan asuhan sayang Ibu. Dengan menguasai Bab ini mahasiswa dapat mengetahui konsep dasar persalinan normal.

Tujuan dan Sasaran Pembelajaran

Pada akhir pembelajaran, mahasiswa mampu:

1. Pendahuluan dan pengertian persalinan normal
2. Sebab-sebab dimulainya persalinan normal
3. Tahapan persalinan normal
4. Tanda-tanda persalinan normal
5. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan (passage, power, passanger, psikologi)
6. Tujuan asuhan persalinan normal
7. Asuhan sayang ibu pada persalinan
8. Evidence Based pada persalinan
9. Psikologi pada ibu bersalin
10. Dukungan terhadap emosional pada ibu bersalin
11. Persiapan persalinan untuk ibu , penolong dan bayi baru lahir

12. Pemberian cairan dan nutrisi pada ibu bersalin
13. Kebutuhan eliminasi dan personal hygiene pada ibu bersalin
14. Keselamatan pasien pada persalinan.

1.2 Pengertian Persalinan Normal

1.2.1 Pengertian Persalinan

Dalam Pengertian sehari-hari Persalinan Sering diartikan serangkaian kejadian Bayi Yang Sudah Cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, berlangsung dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan ibu sendiri). (Ari Kurniarum, S.SiT., 2016)

Ada beberapa pengertian persalinan, yaitu sebagai berikut:

- a. Persalinan adalah Suatu proses fisiologis yang memungkinkan serangkaian perubahan yang besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir (Moore, 2001)
- b. Persalinan adalah suatu proses dimana seorang wanita melahirkan bayi yang diawali dengan kontraksi uterus yang teratur dan memuncak pada saat pengeluaran bayi sampai dengan pengeluaran plasenta dan selaputnya dimana proses persalinan ini akan berlangsung selama 12 sampai 14 jam (Mayles, 1996).
- c. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37–42 minggu) lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2002).

1.2.2 Macam-Macam Persalinan

Persalinan pada umumnya merupakan proses yang fisiologis yang terjadi pada akhir kehamilan. Proses persalinan biasanya diawali dengan kontraksi uterus yang adekuat yang diikuti dengan adanya pembukaan serviks, kemudian dilanjutkan dengan pengeluaran hasil konsepsi, dan diakhiri dengan 2 jam pos partum (Kurniarum, 2016). Berikut adalah jenis persalinan:

a. Persalinan Pervaginam

Persalinan pervaginam disebut juga persalinan spontan. Persalinan spontan adalah proses pengeluaran janin secara spontan melalui pervaginam dengan presentasi belakang kepala tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin. Persalinan normal dimulai dengan kala satu persalinan yang, didefinisikan sebagai pemulaan kontraksi secara adekuat yang ditandai dengan perubahan serviks yang progresif dan diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 centimeter) (Prawirohardjo, 2010).

b. Persalinan Buatan

Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar misalnya *ekstraksi forceps*, atau dilakukan operasi Sectio Caesaria.

c. Persalinan Anjuran

Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin. (Ari Kurniarum, S.SiT., 2016)

1.2.3 Tanda-tanda Persalinan

Yang merupakan tanda pasti dari persalinan adalah (Kurniarum, 2016):

a. Timbulnya kontraksi uterus

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

- 1) Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan
- 2) Pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan
- 3) Sifatnya teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar
- 4) Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan cervix.
- 5) Makin beraktifitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada servix (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit). Kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan serviks.

b. Penipisan dan pembukaan serviks

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

c. *Bloody Show* (lendir disertai darah dari jalan lahir)

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

1.2.4 Faktor-Faktor yang memengaruhi Jenis Persalinan

Banyak faktor yang berpengaruh terhadap cara persalinan, yang dapat dibagi menjadi beberapa faktor. Faktor maternal biologi adalah usia ibu, paritas, jarak kehamilan, tinggi badan (< 145 cm), kelainan jalan lahir (passage). Faktor maternal lain meliputi status gizi/IMT, anemia, tekanan darah, riwayat obtetrik buruk, penyakit.. penyerta, komplikasi persalinan. Hal ini berperan pada kekuatan saat persalinan (power) Faktor bayi (passager) antara lain berat badan janin, letak janin dan kelainan janin. Sedangkan faktor lingkungan dapat berupa pendidikan, sosial ekonomi, tempat tinggal, rujukan dan sebagainya (Annisa, 2011). Berikut adalah penjelasan faktor-faktor yang memengaruhi persalinan:

a. Usia

Usia reproduksi yang optimal bagi seorang ibu untuk hamil dan melahirkan adalah 20-35 tahun karena pada usia ini secara fisik dan psikologi ibu sudah cukup matang dalam menghadapi kehamilan dan persalinan. Pada usia <20 tahun organ reproduksi belum sempurna secara keseluruhan dan perkembangan kejiwaan belum matang sehingga belum siap menjadi ibu dan menerima kehamilannya. Usia >35 tahun organ reproduksi mengalami perubahan karena proses menuanya organ kandungan dan jalan lahir kaku atau tidak lentur lagi. Selain itu peningkatan pada umur tersebut akan mempengaruhi organ vital dan mudah terjadi penyakit sehingga beresiko mengalami komplikasi pada ibu dan janin (Annisa, 2011).

b. Paritas

Paritas menunjukkan jumlah anak yang pernah dilahirkan oleh seorang wanita. Paritas

merupakan faktor penting dalam menentukan kondisi ibu dan janin selama kehamilan maupun selama persalinan. Pada ibu primipara atau bersalin pertama kali, belum pernah melahirkan maka kemungkinan terjadinya kelainan dan komplikasi cukup besar baik pada kekuatan his (*power*), jalan lahir (*passage*) dan kondisi janin (*passanger*). Informasi yang kurang tentang persalinan dapat memengaruhi proses persalinan (Kusumawati, 2006).

c. Jarak Kehamilan

Seorang wanita yang hamil dan melahirkan kembali dengan jarak yang pendek dari kehamilan sebelumnya akan memberikan dampak yang buruk terhadap kondisi kesehatan ibu dan bayi. Hal ini disebabkan karena bentuk dan fungsi organ reproduksi belum kembali dengan sempurna sehingga fungsinya akan terganggu apabila terjadi kehamilan dan persalinan kembali. Jarak antara dua persalinan yang terlalu dekat menyebabkan meningkatnya anemia yang dapat menyebabkan BBLR, kelahiran preterm, dan lahir mati yang mempengaruhi proses persalinan dari faktor bayi. Sehingga wanita membutuhkan 2-3 tahun dalam memulihkan tubuhnya dan mempersiapkan dirinya pada persalinan berikutnya. Jarak persalinan yang pendek meningkatkan resiko bagi ibu dan anak (Kusumawati, 2006).

1.2.5 Persalinan Berdasarkan Umur Kehamilan

a. Abortus

Pengeluaran buah kehamilan sebelum kehamilan 22 minggu atau bayi dengan berat badan kurang dari 500 gram.

b. Partus immaturus

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

c. Partus prematurus

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

d. Partus maturus atau aterm

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

e. Partus postmaturus atau serotinus

Pengeluaran buah kehamilan setelah kehamilan 42 minggu

DAFTAR PUSTAKA

- Ari Kurniarum, S.SiT., M. K. 2016. asuhan kebidanan persalinan dan bbl komperhensif
- Hacker, N. F, & Moore, J. G. 2001. Esential obstetri dan genekologi. Edisi 2. Chrisina, Y. & Nugroho, E. Jakarta: Hipokrates
- Prawirohardjo dan Wiknjosastro. 2002. Ilmu Kebidanan. Yayasan Bina PustakaSarwono Prawirohardjo. Jakarta
- Annisa, S. A. 2011. Faktor-faktor risiko persalinan seksio sesarea di RSUD Dr. Adjidarmo Lebak pada bulan Oktober-Desember 2010. Publikasi Skripsi Sarjana Kedokteran Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta

BAB 2

SEBAB SEBAB DIMULAINYA PERSALINAN NORMAL

Oleh Anita Lontaan

2.1 Pendahuluan

Untuk meningkatkan standar perawatan maternitas, Organisasi Kesehatan Dunia menyarankan praktik terbaik untuk persalinan dan persalinan langsung. Perawatan yang diterima selama persalinan dan melahirkan memainkan peran penting dalam menentukan seberapa baik layanan perawatan diberikan. Hasil positif dalam kesehatan fisik dan mental ibu dan bayi, seperti tingkat menyusui yang lebih tinggi, ikatan yang lebih dekat antara ibu dan anak, dan insiden aborsi berikutnya yang lebih rendah, terkait dengan penilaian positif wanita terhadap perawatan yang mereka terima selama persalinan dan persalinan (WHO, 1996).

Persalinan adalah proses keluarnya ari-ari dan janin yang telah mencapai batas waktu penuh atau mampu berada di luar kandungan, melalui jalan lahir atau dengan cara lain, dengan atau tanpa bantuan. (kekuatan sendiri). Dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan bertahap pada serviks, proses ini berlanjut hingga plasenta lahir. Hormon kelahiran mengontrol persalinan, melahirkan, dan menyusui adalah argumen terkuat yang mendukung membiarkan persalinan dimulai secara alami. Empat hormon kelahiran utama, oksitosin, endorfin, katekolamin, dan prolaktin, memainkan peran penting dalam mengendalikan persalinan dan melahirkan, menyusui, dan keterikatan, seperti

yang disadari oleh sebagian besar pendidik persalinan dan profesional kelahiran lainnya (Sulistyawati, 2013).

2.2 Sebab – Sebab Mulainya Persalinan

Tidak jelas mengapa persalinan dimulai sejak awal. Penurunan kadar progesteron, teori oksitosin, peregangan otot, efek janin, dan teori prostaglandin adalah beberapa gagasan yang dikemukakan tentang apa yang memicu awal persalinan.

2.2.1 Penurunan Kadar Progesteron

Otot rahim melunak saat ada progesteron, sedangkan estrogen membuat otot rahim lebih rentan. Progesteron dan kadar hormon dalam darah seimbang selama kehamilan, tetapi saat melahirkan, kadar progesteron turun dan aborsi terjadi. Otot polos rahim merespons progesteron dengan mengendurkannya; jika kadar progesteron turun, pembuluh darah mulai terbentuk dan menyebabkan perdarahan.

Pada usia kehamilan 28 minggu, plasenta mulai menua karena jaringan ikat mulai menumpuk dan pembuluh darah mulai menyempit dan tersumbat. Perubahan pada vili korionik menyebabkan peningkatan kadar estrogen dan penurunan progesteron. Tiga minggu sebelum persalinan dimulai, kadar kedua hormon ini mulai menurun. Otot rahim sekarang lebih rentan terhadap oksitosin karena produksi progesteron berkurang. Akibatnya, otot-otot rahim mulai menegang setelah tingkat penurunan progesteron tertentu tercapai (Kurniarum, A., 2016).

2.2.2 Oksitosin

Bagian belakang kelenjar hipofisis mengeluarkan oksitosin. Kontraksi Braxton Hicks sering terjadi karena perubahan rasio hormon estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim. Kadar progesteron turun saat kehamilan berlanjut, menyebabkan kadar oksitosin

meningkat. Oksitosin merangsang pengencangan otot rahim, yang mengakibatkan gejala persalinan (Yulizawati dkk, 2019).

Dengan bertambahnya usia kehamilan, kadar oksitosin dalam darah dan jumlah reseptor oksitosin dalam tubuh ibu sama-sama meningkat. Namun, puncak terakhir pada oksitosin dan reseptor oksitosin mungkin tidak terjadi sampai hari-hari terakhir sebelum dimulainya persalinan spontan. Kemungkinan besar persalinan dan kelahiran akan berhasil dan menyusui serta pelekatan akan dimulai dengan awal yang terbaik jika persalinan dibiarkan dimulai secara alami dengan jumlah reseptor oksitosin yang tepat dan tingkat oksitosin alami yang tepat. Resistensi oksitosin ibu berkembang pada hewan percobaan dalam waktu 24 jam setelah kelahiran spontan. Diasumsikan bahwa peningkatan oksitosin ini berjalan dari plasenta melalui sawar darah-otak janin yang sedang berkembang dan kemudian ke otak janin. Otak janin dilindungi selama persalinan oleh oksitosin karena menurunkan kebutuhan oksigen otak janin. Menurut penelitian pada hewan, pemberian oksitosin sintetik dosis tinggi mengurangi efek neuroprotektif ini dan dapat membuat janin lebih rentan terhadap kadar oksigen rendah. Hubungan antara induksi persalinan dan peningkatan kasus cerebral palsy yang dilaporkan di Norwegia dan hubungan antara induksi persalinan dan autisme yang dilaporkan di North Carolina dapat dijelaskan sebagian oleh peningkatan kerentanan terhadap hipoksia yang disebabkan dengan pemberian oksitosin sintetik (Yulizawati dkk 2019).

Argumen paling persuasif yang mendukung mengizinkan persalinan untuk memulai secara alami adalah bahwa hal itu akan memungkinkan hormon kelahiran mengontrol ikatan, menyusui, dan persalinan seperti yang dimaksudkan oleh alam. Peningkatan kejadian oksitosin dapat dijelaskan oleh penurunan kadar oksitosin alami dan reseptor

oksitosin pada wanita yang menunda perkembangan kehamilan hingga persalinan spontan dimulai, serta oleh efek kelebihan reseptor oksitosin yang disebabkan oleh pemberian oksitosin sintetik, perdarahan postpartum pada wanita yang diobati dengan oksitosin sintetik atau didorong untuk meminumnya (Yulizawati dkk, 2019).

2.2.3 Keregangan Otot-Otot Rahim

Dalam parameter tertentu, otot rahim bisa meregang. Kontraksi terjadi ketika ibu mencapai titik tertentu, memungkinkan persalinan dimulai. Mirip dengan bagaimana dinding kandung kemih dan perut menekan saat isinya meningkat dalam peregangannya jaringan, isinya dikeluarkan. Begitupun dengan rahim, saat kehamilan berlanjut, otot rahim menjadi semakin rapuh saat diregangkan. Misalnya, pada kehamilan kembar, persalinan sering kali disebabkan oleh kontraksi yang dimulai setelah peregangannya tertentu (Kurniarum, A, 2016).

Iskemia otot rahim disebabkan oleh keadaan rahim yang menyebabkannya membesar dan mengencang. Ini adalah faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenta dan menyebabkan degenerasi plasenta. Otot-otot rahim memiliki rentang fleksibilitas yang terbatas. Ketika periode ini telah berlalu, kontraksi akan mulai terjadi, memungkinkan persalinan dimulai (Manuaba dkk, 2010).

2.2.4 Pengaruh Janin

Karena kehamilan pada anencephalus kadang-kadang lebih lama dari rata-rata karena tidak berkembangnya hipotalamus, kelenjar hipofisis dan suprarenal janin juga tampaknya terlibat. Menyimpan kortikosteroid dapat mempercepat pematangan janin dan memulai persalinan (Kurniarum, A, 2016).

2.2.5 Prostaglandin

Kadar prostaglandin meningkat mulai minggu ke-15 kehamilan dan diproduksi oleh desidua. Salah satu pemicu dimulainya persalinan diasumsikan sebagai produksi prostaglandin oleh desidua. Temuan percobaan menunjukkan bahwa pemberian prostaglandin F2 atau E2 secara intravena, intra-amary, dan ekstra-amary menginduksi kontraksi miometrium pada semua usia kehamilan. Prostaglandin dapat merangsang kejang otot rahim selama kehamilan, memungkinkan produk janin keluar. Prostaglandin dapat dianggap sebagai pemicu persalinan. Prostaglandin dalam jumlah tinggi ditemukan dalam cairan ketuban dan daerah perifer wanita hamil, baik sebelum melahirkan atau selama melahirkan, juga mendukung hal ini (Kurniarum, A., 2016).

2.2.6 Berkurangnya Nutrisi

Hippocrates memperkenalkan konsep nutrisi yang tidak memadai pada janin. Bila nutrisi sudah berkurang, hasil pembuahan akan segera keluar (Widia, 2015).

2.2.7 Plasenta Menjadi Tua

Kontraksi rahim akan dihasilkan dari penurunan kadar estrogen dan progesteron yang disebabkan oleh penuaan plasenta dan bertambahnya usia kehamilan (Widia, 2015).

2.3 Tanda-tanda Persalinan

Terdapat tiga tanda utama dimulainya persalinan, antara lain (Yulizawati dkk, 2019) :

2.3.1 Kontraksi (his)

Jenis kontraksi ada dua, yaitu kontraksi palsu (*Braxton hicks*) dan kontraksi yang sebenarnya. Kontraksi palsu (*Braxton hicks*) berlangsung sebentar, tidak terlalu sering, dan

tidak teratur, semakin lama tidak ada peningkatan kekuatan kontraksi. Sedangkan kontraksi sebenarnya membuat nyeri ibu secara teratur menjalar dari pinggang ke bawah hingga ke paha. Puncak kehamilan (fundus), pinggang, panggul, dan perut bagian bawah semuanya dirasakan mengalami kontraksi *fundus recumbent*/nyeri. Kontraksi palsu tidak terjadi pada semua wanita hamil. Kontraksi ini membantu rahim bersiap untuk persalinan dan normal.

2.3.2 Pembukaan Serviks, dimana Primigravida >1,8cm dan Multigravida 2,2cm

Pembukaan ini sering disertai dengan sakit perut, terutama pada ibu yang baru pertama kali melahirkan. Sebaliknya, pada kehamilan kedua dan selanjutnya, pembukaan biasanya tidak disertai rasa sakit. Karena pelunakan rahim, nyeri akibat tekanan panggul terjadi saat kepala janin turun ke daerah panggul. Tenaga medis biasanya akan melakukan pemeriksaan interior untuk memastikan telah terjadi pembukaan (vagina toucher).

2.3.3 Pecahnya Ketuban dan Keluarnya Bloody Show

Karena lendir ini mengandung darah, maka disebut sebagai "*bloody show*" dalam terminologi medis. Ini terjadi karena serviks melunak, melebar, dan menipis selama persalinan. Seperti lendir kental yang dibubuhi darah, pelepasan selaput yang membungkus janin dan awal pemisahan cairan ketuban dari dinding rahim selama persalinan dapat dilihat sebagai lendir bercampur darah yang keluar dari leher rahim.

Mengikuti indikasi pecahnya ketuban, janin dilindungi oleh cairan ketuban, yang memungkinkannya bergerak bebas dan melindunginya dari bahaya dunia luar. Selaput yang mengelilingi janin disebut korioamnion. Cairan ketuban

biasanya tidak berbau dan transparan dan akan terus mengalir sampai ibu melahirkan. Persalinan ini dapat terjadi secara alami, tetapi juga dapat disebabkan oleh infeksi, selaput ketuban yang berlubang atau pecah (*locus minoris*), atau cedera terkait kehamilan. Setelah kontraksi yang lebih menyakitkan atau parah akan terjadi akibat robekan selaput ketuban ibu. Ketika selaput robek, itu menandakan bahwa mereka terhubung dengan lingkungan luar dan ada kemungkinan masuknya kuman atau bakteri. Karena pengobatan segera diperlukan dan bayi harus dilahirkan dalam waktu kurang dari 24 jam jika belum maka dilakukan penatalaksanaan tambahan seperti operasi caesar.

DAFTAR PUSTAKA

- World Health Organization (WHO), 1996 Care in the normal birth: a pratical guide.http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/.
- Sulistyawati A., Nugraheny, E, 2014, Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin, Cetakan 6
- Kurniarum., A., 2016. Asuhan Kebidanan Persalinan, Kemenkes RI.
- Yulizawati, Inzani, A, A, El Sinta, Y., Andriani, F, 2019, Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan, Indomedia Pustaka, Sidoarjo.
- Manuaba, Ida Bagus Gede. 2010. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan & Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan. Jakarta: EGC.
- Widia Shofa. 2015. *Buku ajar Asuhan Persalinan Normal*, Yogyakarta: Nuha Medika.

BAB 3

TAHAPAN PERSALINAN NORMAL (KALA I,II,III IV)

Oleh Yessy Nur Endah Sary

3.1 Kala I Persalinan

Bab ini berisi tentang fase-fase yang terdapat kala 1 persalinan, anamnesis, pemeriksaan fisik yang merupakan tugas dari tenaga kesehatan sehingga mampu untuk mendeteksi dini adanya komplikasi(Kurniawati, Dasuki and Kartini, 2017).

3.1.1 Fase-fase dalam kala satu persalinan

Kala 1 persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) sampai dengan serviks membuka lengkap yaitu 10 cm. Kala satu persalinan terdiri dari dua fase yaitu fase laten dan fase aktif.

1. Fase laten

- a. Mulai saat wal kontraksi yang menjadikan penipisan serta pembukaan serviks secara bertahap
- b. Berlangsung sampai serviks membuka kurang dari 4 cm
- c. Berlangsung antara 6 hingga 8 jam

2. Fase aktif

- a. Frekuensi dan lama kontraksi meningkat secara bertahap (kontraksi adekuat jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan selama 40 detik)
- b. Dimulai dari pembukaan 4 cm hingga pembukaan lengkap yaitu 10 cm
- c. Terjadi penurunan bagian terbawah janin

- d. Pada fase aktif biasanya ibu akan merasakan rasa sakit yang hebat dikarenakan kontraksi yang nantinya akan mengeluarkan hasil dari konsepsi (Pasongli, Rantung and Pesak, 2014). Nyeri persalinan adalah keadaan fisiologis yang secara umum dialami oleh hampir semua ibu bersalin (Ayu and Supliyani, 2017). Rasa nyeri yang dirasakan ibu hamil akan berbeda (Juniartati and Widyawati, 2018). Nyeri dalam persalinan bisa menyebabkan stres yang akhirnya hormon katekolamin dan steroid terlepas sehingga otot polos menjadi tegang dan pembuluh darah menjadi vasokonstriksi dan terjadi penurunan kontraksi uterus dan membuat persalinan kala II lebih lama, persalinan lama bisa menyebabkan asfiksia pada bayi dan perdarahan pada ibu, kelemahan bila ibu takut dengan darah bisa menyebabkan penurunan tekanan darah oleh karena itu hanya diberikan pada ibu yg tidak takut dengan darah (Rokhamah, 2019).

3.1.2 Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik Ibu Bersalin

Proses persalinan menuntut persiapan fisik dan mental dari ibu agar dapat memperoleh persalinan yang aman dan lancar. Beberapa pendekatan telah dilakukan demi terlaksananya persalinan yang aman dan lancar, diantaranya yang dilakukan sejak masa kehamilan, termasuk menyelesaikan senam hamil (Azis *et al.*, 2020).

a. Anamnesis

Anamnesis merupakan kegiatan mengumpulkan informasi tentang riwayat kesehatan, kehamilan dan persalinan yang nantinya digunakan sebagai dasar dalam membuat keputusan klinik yang menentukan diagnosis dan mengembangkan rencana asuhan atau perawatan yang sesuai.

Beberapa hal yang ditanyakan pada ibu saat anamnesis adalah sebagai berikut

1. Nama, umur, alamat.
2. Gravida dan para
3. Hari pertama haid terakhir.
4. Hari perkiraan lahir
5. Riwayat alergi obat-obatan tertentu
6. Riwayat kehamilan yang sekarang
 - ✓ Pembedahan, termasuk bedah sesar
 - ✓ Transfusi darah
 - ✓ Persalinan menggunakan ekstraksi vakum atau forceps
 - ✓ Pemberian antibiotic intravena
 - ✓ Resusitasi bayi baru lahir dan asuhan lanjutan bayi baru lahir

3.1.3 Pemeriksaan Fisik

Penilaian lainnya adalah pemeriksaan fisik, yang mencoba menganalisis status kesehatan ibu dan bayinya, serta tingkat kenyamanan fisik ibu dalam persalinan. Untuk membuat keputusan klinis, menegakkan diagnosis, dan menyusun rencana perawatan atau pengobatan yang paling sesuai dengan kondisi ibu, hasil pemeriksaan fisik dan anamnesis dianalisis. sebelum melakukan tindakan sebaiknya dijelaskan kepada ibu dan keluarga tentang apa saja yang dilakukan selama pemeriksaan dan apa alasannya. Tujuan mereka adalah untuk bertanya dan menjawab pertanyaan yang diajukan sehingga mereka memahami pentingnya pemeriksaan.

Langkah-langkah dalam melakukan pemeriksaan fisik adalah sebagai berikut:

- a. Cuci tangan sebelum melakukan pemeriksaan fisik.

- b. Sikap tamah dan sopan, tenteramkan hati dan bantu ibu agar merasanyaman.
- c. Minta ibu menarik napas perlahan dan dalam jika ia merasa tegang/gelisah
- d. Minta ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya (jika perlu, periksa jumlah urin, dan adanya protein dan aseton dalam urin).
- e. Nilai kesehatan dan keadaan umum ibu, suasana hatinya, tingkat kegelisahan atau nyeri kontraksi, warna konjungtiva, kebersihan, status gizi, dan kecukupan air tubuh.
- f. Nilai tanda-tanda vital ibu (tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan). Untuk akurasi penilaian tekanan darah dan nadi ibu, lakukan pemeriksaan di antara dua kontraksi.
- g. Lakukan pemeriksaan abdomen.
- h. Lakukan pemeriksaan dalam.

Pemeriksaan Abdomen

Sebelum melakukan pemeriksaan perut, pertama-tama mintalah ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya, kemudian mintalah ibu untuk berbaring. Letakkan bantal di bawah kepala dan bahu dan anjurkan ibu untuk menekuk lututnya. Jika ibu gugup, bantu ibu merasa nyaman dengan meminta ibu menarik napas dalam-dalam beberapa kali. Ibu tidak boleh dibiarkan berbaring lebih dari sepuluh menit.

Pemeriksaan abdomen bertujuan untuk mengetahui tinggi fundus uteri, memantau kontraksi uterus, memantau denyut jantung janin, menentukan presentasi, dan menentukan turunnya bagian bawah janin. Penjelasan untuk masing-masing fungsi tersebut dijelaskan di bawah ini.

a. Menentukan Tinggi Fundus Uteri

Pastikan pengukuran dilakukan saat rahim tidak berkontraksi. Dengan menggunakan pita pengukur,

tentukan tinggi fundus. Pengukuran dimulai dari tepi atas simfisis pubis kemudian memanjangkan pita pengukur ke atas fundus mengikuti aksis atau linea medialis dinding perut. Dinding perut ibu harus bersentuhan dengan lebar plester. Jarak antara tepi simfisis pubis dan puncak fundus uteri adalah tinggi fundus.

b. Memantau Kontraksi Uterus

Jarum detik pada jam dinding atau jam pemeriksa keduanya dapat digunakan untuk melacak kontraksi rahim. Letakkan tangan pemeriksa di atas uterus dengan hati-hati dan palpasi jumlah kontraksi yang terjadi dalam 10 menit. Tentukan durasi atau panjang setiap kontraksi yang terjadi. Pada fase aktif, setidaknya terjadi dua kali kontraksi dalam 10 menit. Kontraksi berlangsung setidaknya empat puluh menit. Di antara dua kontraksi, dinding rahim berelaksasi.

c. Memantau Denyut Jantung Janin

Fetoscope Pintards (humundioscope) atau *Doppler* dapat digunakan untuk mengukur detak jantung janin, dan jarum detik pada jam dinding atau arloji dapat digunakan untuk menentukan jumlah detak jantung janin per menit. Tentukan di dinding perut ibu mana suara DJJ paling keras sebelum mulai menghitung. Penilaian FHR dilakukan selama dan segera setelah kontraksi uterus. Mulailah penilaian sebelum atau selama puncak kontraksi. Dengarkan FHR setidaknya selama 60 detik, dengarkan setidaknya 30 detik setelah kontraksi berakhir. Sebaiknya penilaian FHR dilakukan lebih dari satu kali kontraksi. Jika terjadi gangguan kondisi kesehatan janin umumnya tercermin pada DJJ yang dirujuk.

d. Menentukan Presentasi

Untuk menentukan presentasi bayi (apakah presentasi kepala atau bokong),pemeriksa dapat melakukan hal-hal sebagai berikut:

- Berdiri di samping ibu menghadap ke kepala (minta ibu mengangkat kaki bagian atas dan menekuk lutut).
- Dengan ibu jari dan jari tengah salah satu tangan (hati-hati tapi kuat), pegang bagian janin yang mengisi perut bagian bawah ibu (di atas simfisis pubis). Bagian yang berada di antara ibu jari dan jari tengah penolong merupakan penunjuk presentasi bayi.
- Bila bagian terbawah janin belum masuk ke rongga panggul, bagian ini masih bisa digerakkan. Jika sudah masuk ke dalam rongga panggul, maka bagian terbawah janin sulit atau tidak bisa digerakkan lagi.
- Untuk menentukan apakah presentasi cephalic adalah cephalic atau sungsang, lihat dan pertimbangkan bentuk, ukuran dan kerapatan bagian-bagian ini. Jika bagian terendah janin adalah kepala, Anda akan merasakan bagian yang bulat, kokoh, tegas, dan mudah digerakkan (jika Anda belum memasuki rongga panggul). Sedangkan jika bagian terbawah janin adalah tulang ekor, maka akan terasa kenyal, relatif lebih besar, dan sulit dipegang dengan kuat. Istilah sungsang digunakan untuk menunjukkan bahwa bagian terendah adalah kebalikan dari kepala atau diidentifikasi sebagai bokong.

e. Menentukan Penurunan bagian Terawah Janin

Pemeriksaan penurunan bagian terawah janin ke dalam rongga panggul melalui pengukuran pada dinding abdomen akan memberikan tingkat kenyamanan yang lebih baik bagi ibu jika dibandingkan dengan melakukan pemeriksaan dalam (*vaginal toucher*). Selain itu, cara penilaian di atas (bila dilakukan secara benar) dapat memberikan

informasi yang sama baiknya dengan hasil periksa dalam tentang kemajuan persalinan (penurunan bagian terbawah janin) dan dapat mencegah periksa dalam yang tidak perlu atau berlebihan.

Penilaian turunnya kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari pemeriksa (perlima). Bagian di dasar simfisis adalah bagian yang belum masuk ke pintu atas panggul dan sisanya (tidak teraba) menunjukkan seberapa jauh bagian terendah janin telah masuk ke dalam rongga panggul.

Penurunan bagian terbawah dengan metode lima jari (perlima) adalah:

- 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba di atas simfisis pubis.
- 4/5 jika sebagian (1/5) bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul.
- 3/5 jika sebagian (2/5) bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul.
- 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada di atas simfisis dan (3/5) bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakkan).
- 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada di atas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk ke dalam rongga panggul.
- 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam rongga panggul.

3.2 Kala II Persalinan

3.2.1 Pengertian Kala II

Pada persalinan kala II yaitu pengeluaran janin, proses oksigenasi janin secara perlahan akan menurun akibat retraksi uterus dan penurunan sirkulasi plasenta. Persalinan kala dua dimulai saat dilatasi serviks selesai dan berakhir saat janin lahir, kala dua persalinan disebut juga tahap ekspulsi janin (Sagita, 2018). Kontraksi yang kuat dan dorongan yang keras dapat semakin mengurangi sirkulasi uteroplasenta. Penurunan oksigenasi dapat terjadi dengan adanya asidosis. Namun pada masing-masing perseorangan terdapat perbedaan derajat dan keseriusan proses ini, oleh karena itu pengasuh harus alat pemantau kondisi janin dengan cermat.

3.2.2 Awitan Kala II

Tanda-tanda permulaan kala II dapat diketahui melalui ini:

- a. Wanita merasakan desakan untuk mengejan karena kantung amnion atau bagian terendah janin terdorong ke depan melalui serviks yang berdilatasi dan menekan rectum.
- b. Sering kali ketuban pecah secara spontan.
- c. Biasanya dilarasi serviks lengkap, tetapi kadang wanita merasakan desakan untuk mengejan pada tahap dilatasi dini. Jika pinggiran serviks berada di sebelah kiri maka akan didorong ke sebelah kanan oleh bagian terendah janin.

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat dikatakan bahwa sering kali awitan kala I tidak diketahui dengan tepat. Wanita mungkin merasakan desakan untuk mengejan sebelum dilatasi lengkap atau belum merasakannya pada saat dilatasi lengkap didiagnosis. Pada saat dilatasi lengkap didiagnosis dengan pemeriksaan vagina, hal ini tetap belum dapat menjelaskan berapa lama kondisi ini telah ada sebelumnya.

3.2.3 Awitan Mengejan selama Kala II

Pengasuh sering memutuskan permulaan tahap ke-11 dengan menasihati wanita untuk mengejan, baik pada saat dilatasi penuh didiagnosis atau bahkan lebih awal. Pendekatan fisiologis adalah menunggu sampai wanita tersebut merasakan dorongan untuk mengejan sendiri. Terkadang dorongan untuk mengejan tidak muncul meskipun dilatasi telah selesai dan dengan menunggu 10 atau 20 menit, fase ekspulsi dapat terjadi secara spontan. Tidak ada uji coba terkontrol yang lebih awal dibandingkan dengan mengejan yang tertunda pada persalinan yang wajar, tetapi beberapa uji coba telah dilakukan dengan analgesia epidural. Menunda mengejan belum terbukti memiliki efek berbahaya pada janin atau hasil neonatal. Pada kelompok yang mengejan lebih awal, persalinan dengan forseps jauh lebih banyak. Meskipun hasil ini diperoleh pada wanita Organisasi Kesehatan Dunia menerima analgesia epidural, mereka konsisten dengan pengalaman klinis kebidanan, yang menunda mengejan sampai refleks mengejan muncul secara spontan. Praktik ini lebih mudah bagi wanita dan cenderung mempersingkat fase mengejan.

Sebelum mulai mengejan, terkadang disarankan untuk mengosongkan kandung kemih secara teratur dengan kateterisasi, namun praktik ini tidak perlu dilakukan karena dapat menyebabkan infeksi pada saluran kemih. Selama tahap ke-11, saat kepala janin sudah sepenuhnya bergerak, kateterisasi mungkin sangat sulit dan bahkan bisa menimbulkan trauma. Oleh karena itu, disarankan untuk mendorong wanita tersebut untuk berkemih secara spontan selama tahap pertama persalinan; dalam persalinan wajar, praktik ini biasanya sudah cukup.

3.2.4 Prosedur Mengejan Selama Kala II

Praktik mendukung instruksi valsava berkelanjutan selama tahap kedua persalinan banyak direkomendasikan di banyak bangsal persalinan. Pilihan lainnya adalah untuk mendukung pola spontan wanita dalam upaya mengeluarkan (usaha menahan napas). Mengejan secara spontan menghasilkan 3-5 upaya yang relatif singkat (4-6 detik) per kontraksi, dibandingkan dengan durasi 10-30 detik dari upaya yang ditahan disertai dengan menahan napas. Metode yang terakhir mempersingkat kala 11 persalinan, tetapi pernapasan menginduksi perubahan denyut jantung dan curah jantung sehingga tidak memungkinkan berbaring telentang dalam waktu lama, hal ini mungkin terkait dengan kompresi aorta dan penurunan aliran darah ke kandungannya. Berdasarkan percobaan, rata-rata. rata-rata pH arteri umbilikal lebih rendah pada kelompok mengejan yang dilawan dan nilai APGAR cenderung lebih rendah. Bukti tersedia, terbatas, tetapi pola menunjukkan bahwa mengejan dini dan hasil resistensi dalam pengurangan moderat dalam durasi tahap kedua, tetapi ini tampaknya tidak memiliki manfaat apapun. dan tampaknya mengganggu pertukaran gas ibu-janin.

Di banyak negara, praktik tekanan fundus selama tahap kedua persalinan adalah hal biasa. Tujuan dari latihan ini adalah untuk mempercepat persalinan, terkadang dari awal tahap kedua. Terlepas dari dilema meningkatnya ketidaknyamanan ibu, ada kecurigaan bahwa praktik tersebut dapat membahayakan kandungannya, perineum, dan janin, tetapi tidak ada informasi penelitian yang tersedia. Kesannya, metode ini setidaknya terlalu sering digunakan, tanpa ada buku teks tentang penggunaannya.

3.2.5 Durasi Kala II

Pada tahun 1930, De Snuu menetapkan durasi kala dua persalinan pada 628 wanita primipara dengan janin dalam

presentasi vertex. Hasil yang didapatkan adalah rata-rata lama persalinan kala II sekitar 1% jam, dengan nilai median 1 jam. Nilai ini sangat dipengaruhi oleh terjadinya beberapa periode yang sangat lama (10-14 jam). Sejak saat itu, durasi rata-rata periode telah ditetapkan secara luas dengan pemutusan persalinan buatan setelah periode maksimum dipenuhi oleh pemberi perawatan. Pada wanita primipara, saat ini rata-rata durasi stadium II yang paling sering dilaporkan adalah sekitar 45 menit. Hubungan perpanjangan kala dua dengan hipoksia dan asidosis janin adalah dorongan untuk membatasi kala ke-11 persalinan, bahkan tanpa adanya masalah ibu atau janin yang nyata. Penghentian persalinan yang tidak rumit setelah kala 11 menyebabkan nilai pH arteri umbilikalis yang jauh lebih tinggi, tanpa bukti apa pun apakah kebijakan ini memiliki efek menguntungkan pada bayi. Guncangan ibu dan kadang janin terjadi akibat peningkatan intervensi bedah yang melibatkan kebijakan yang hampir tidak dapat dibenarkan. Jika kondisi ibu dan janin baik, dan ada kemajuan persalinan, durasi maksimal kala III tidak boleh dijadikan patokan, misalnya 1 jam

Beberapa studi tindak lanjut telah dipublikasikan pada keadaan neonatal setelah kala 11 dengan durasi yang bervariasi. Kala dua persalinan bervariasi dari kurang dari 60 menit (66% wanita nulipara) hingga 159 menit. Ditemukan hubungan nomor antara lama kala II dengan kondisi neonatus. Studi tindak lanjut terbaru yang telah dipublikasikan adalah sekitar 6759 bayi Organisasi Kesehatan Dunia lahir pertama dengan presentasi kepala berat 2500 gram, persalinan tahap kedua berlangsung 3 bulan pada 11% bayi ini. Kesimpulannya, keputusan untuk membatasi persalinan kala II harus didasarkan pada pengawasan kondisi ibu dan janin, serta kemajuan persalinan. Jika ada tanda-tanda gawat janin atau jika bagian presentasi gagal turun, ada alasan bagus untuk mengakhiri persalinan, tetapi jika kondisi ibu baik, janin dalam

kondisi baik, dan ada bukti kemajuan penurunan janin. kepala, maka tidak ada alasan untuk intervensi. Namun, setelah kala 11 lebih dari 2 jam pada wanita nulipara dan lebih dari 1 jam pada multipara, kemungkinan persalinan spontan dalam waktu yang wajar berkurang, dan karena itu penghentian harus dipertimbangkan.

Di seluruh dunia, baik di negara maju maupun berkembang, selama 10 tahun terakhir jumlah pengiriman operatif telah meningkat tajam. Penyebabnya tidak diketahui dengan pasti, tetapi terlepas dari ketergantungan pada penentuan durasi tahap kedua yang disebutkan di atas, kejadian persalinan operatif dapat dipengaruhi oleh ketakutan akan tuntutan hukum malpraktik, kehidupan yang menyenangkan, dan juga dipengaruhi oleh keuntungan finansial. Tampaknya bantuan persalinan oleh Organisasi Kesehatan Dunia profesional tidak memenuhi syarat untuk melakukan prosedur tersebut, tetapi Organisasi Kesehatan Dunia bertindak untuk pemeliharaan kenormalan, dapat mencegah intervensi yang tidak perlu. Epidemi persalinan operatif di seluruh dunia membutuhkan lebih banyak perhatian karena intervensi yang tidak perlu dan berbahaya bagi ibu dan bayi.

3.2.6 Posisi Ibu Selama Kala II

Sejumlah uji coba menduga bahwa posisi tegak lurus (vertikal atau miring lateral selama kala II persalinan menunjukkan keuntungan yang lebih banyak daripada posisi dorsal. Posisi tegak lurus saat bersalin akan memberikan ketidaknyamanan, lebih sedikit kesulitan dalam melahirkan, dan nyeri persalinan yang lebih sedikit. Pada satu uji coba, durasi kala yang lebih singkat didapatkan pada posisi tegak lurus (duduk, berdiri). Dengan memperhatikan hasil akhir

janin, pada beberapa percobaan, nilai APGAR di bawah 7 lebih sedikit ditemukan pada posisi tegak lurus.

Post tegak turus atau vertical, cengan atau tanpa penggunaan kursi persalinan dapat menyebabkan lebih banyak robekan pada tahta Hasil dari beberapa proses persalinan menunjukkan peningkatan robelem derajat ke-1, meskipun jumlah yang tersedia untuk analisis sangat kecil. Peningkatan persentase pendarahan pascapartum demukan pada wanita yang memalca posisi vertical. Pada satu uji coba, tingkat hemoglobin lebih rendah pada hari keempat setelah melahirkan, meslopun perbedaannya tidak signifikan.

Posisi bu selama kala II persalinan memengaruhi kondisi janin, sama halnya pada kala 1. Penetrun menunjukkan pola denyut jantung abnormal lebih rendah pada posisi tegak lurus, menyebabkan sedikit nyeri, dan sedikit nyer punggung. Sementara itu, posisi litotomi dengan kaki pada pemijak kaki dirasakan kurang nyaman dan lebih menyakitkan, serta membatasi pergerakan Wanita yang pernah melahirkan pada posisi tersebut akan lebih menyukai pilihan pada posisi yang bervariasi karena dapat membuat perbedaan pada saat persalinan nantinya Sebagai kesimpulan, untuk kala I dan II, wanita dapat memakai posisi apa pun yang mereka suka Selama ini, posisi yang lebih disukai adalah menghindari berbaring supine untuk waktu yang lama Wanita harus didorong untuk bereksperimen dengan apa yang dirasakan lebih nyaman dan harus didukung dalam pilihan mereka Penolong persalinan membutuhkan pelatihan dalam memimpin dan melakukan persalinan pada posisi selain supine, dengan tujuan agar tidak menjadi faktor penghambat dalam pemilihan posisi.

3.2.7 Perawatan Perineum

Robekan perineum adalah salah satu trauma yang paling sering diderita oleh wanita saat melahirkan, bahkan saat proses persalinan yang dianggap normal. Beberapa teknik dan praktik yang diarahkan untuk mengurangi kerusakan atau memodifikasi ke proporsi yang dapat diatur "Menjaga Perineum" selama Melahirkan.

Banyak buku ajar menjelaskan praktik menjaga perineum selama melahirkan kepala janin yaitu jari-jari satu tangan (biasanya yang kanan) menyanggu perineum, sementara tangan yang lain melakukan tekanan pada kepala janin untuk mengendalikan kecepatan crowning (ketika segmen besar dan kepala bayi terlihat di orificium vagina, perineum meregang), dengan demikian mencoba untuk mencegah atau mengurangi kerusakan pada jaringan perineal. Kemungkinan dengan mamifer tersebut, robeknya perineal dapat dicegah, tetapi ada kemungkinan juga bahwa arkanan pada kepala janin menghalangi perluasan pergerakan kepala dan mengalihkannya dari lengkung pubis ke perineum sehingga meningkatkan kemungkinan kerusakan perineal. Oleh karena belum ada evaluasi formal mengenai strategi ini atau sebaliknya (tidak menyentuh perineum atau kepala selama fase melahirkan), maka tidak mungkin untuk memutuskan strategi mana yang dipilih. Praktik menjaga perineum dengan tangan ahli obstetri dapat diterapkan dengan lebih mudah jika wanita pada posisi supine. Jika ibu pada posisi tegak lurus, penolong persalinan tidak dapat menyokong perineum atau dipaksa untuk mengikuti strategi "tanpa sentuhan". Teknik lain yang bertujuan mengurangi trauma pada perineum ialah memelihara perineum selama kala dua persalinan, jadi mencoba untuk meregangkan jaringan. Teknik tersebut tidak pernah dievaluasi secara tepat, tetapi ada keraguan mengenai keuntungan

memijat jaringan terus-menerus yang memiliki vaskularisasi yang banyak dan edema.

Manuver lain, yang efektivitasnya belum cukup terbukti ialah metode yang bervariasi untuk melahirkan bahu dan perut bayi setelah kelahiran kepala. Tidal jelas apakah manuver ini selalu diperlukan dan apakah tepat Data penelitian tentang masalah ini tidak tersedia.

3.2.8 Robekan Perineal dan Episiotomi

Tindakan episiotomi sering dilakukan dengan insiden yang berbeda-beda. Di Amerika Serikat, episiotomi dilakukan pada 50-90% ibu yang melahirkan anak pertamanya sehingga membuat episiotomi sebagai prosedur pembedahan yang paling umum dikerjakan di negara tersebut. Alasan yang baik untuk melakukan episiotomi selama persalinan normal hingga kini dapat berupa tanda-tanda gawat janin, kemajuan persalinan yang tidak cukup, dan ancaman robekan derajat III (termasuk pada robekan derajat III di persalinan sebelumnya).

Pada literatur, terdapat beberapa alasan lain selain yang telah disebut di atas dalam pemberian tindakan episiotomi. Penggunaan episiotomi pada semua kasus mencegah trauma perineal yang serius, mencegah trauma pada kepala janin, dan mencegah trauma pada otot dasar panggul sehingga mencegah stres urinarius yang inkontinen.

Pemberi perawatan yang melakukan episiotomi harus mampu melakukan episiotomi secara tepat dan menjahit robekan. Oleh karena itu, seorang pemberi perawatan harus dilatih untuk hal tersebut. Episiotomi harus dilakukan dan dijahit di bawah pengaruh anestesi lokal, dengan tindakan pencegahan yang tepat untuk mencegah infeksi HIV dan hepatitis. Kesimpulannya, tidak ada bukti yang dapat dipercaya bahwa penggunaan episiotomi pada semua kasus atau episiotomi yang rutin mempunyai efek yang bermanfaat, tetapi

sebaliknya terdapat bukti yang jelas bahwa hal ini dapat membahayakan. Jenis dan tindakan perawatan yang dapat dilakukan pada setiap derajat rohekan.(Sondaks and Mid, 2020)

3.3 Kala III Persalinan

Kala III dimulai sejak bayi lahir sampai dengan mengeluarkan plasenta. Lama kala III adalah 1-30 menit dengan rata-rata 3-4 menit pada nullipara dan 4-5 menit pada multipara, tahap ini merupakan tahap yang paling singkat.(Tanjung, 2019)

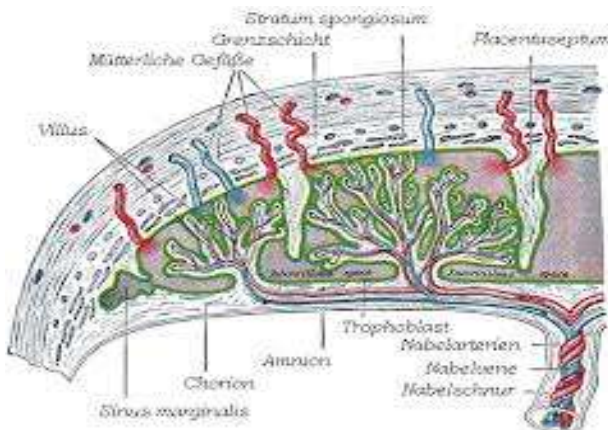
Plasenta adalah massayang bulat dan datar. Permukaan maternal plasenta berwarna antara kebiruan dan kemerahan, serta tersusun dari lobus-lobus. Pada plasenta bagian maternal inilah terjadi pertukaran darah janin dan maternal. Pertukaran ini berlangsung tanpa terjadi percampuran antara darah maternal dan darah janin. permukaan plasenta pada fetal memiliki karakteristik halus, berwarna putih, mengkilap, dan pada permukaannya dapat dilihat cabang vena dan arteri umbilikal. Dua selaput ketuban yang melapisi permukaan fetal adalah korion dan amnion, yang memanjang sampai ujung bagian luar kantong yang berisi janin dan cairan amnion.

Kala III merupakan masa setelah lahirnya bayi dan berlangsungnya proses pengeluaran plasenta. Manajemen aktif kala tiga adalah penatalaksanaan secara aktif pada kala tiga (pengeluaran aktif plasenta) untuk membantu menghindarkan terjadinya perdarahan pasca persalinan. Manajemen aktif kala III merupakan tahap yang berbahaya bagi ibu karena dapat menyebabkan perdarahan postpartum yang menjadi penyebab kematian ibu. Kesalahan dalam penatalaksanaan dapat meningkatkan terjadinya perdarahan. Tujuan manajemen aktif kala III yaitu untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif, mencegah perdarahan. Keuntungan dari manajemen

kala III yaitu persalinan kala III lebih singkat, mengurangi kehilangan darah, dan mengurangi kejadian retensio placenta.

Kala III persalinan mungkin merupakan pilihan untuk wanita yang memilih menghindari intervensi selama melahirkan. Pelepasan plasenta terjadi secara fisiologis tanpa bantuan dari obat-obatan oksitosik, dan pengeluaran plasenta dicapai dengan upaya maternal. Rata-rata lama kala III adalah 15-60 menit, meskipun pada beberapa kasus, asalkan tidak ada tanda-tanda abnormal, kala III terkadang dapat berlangsung sampai 120 menit.

Tali pusat membentang dari umbilikus janin sampai ke permukaan fetal plasenta. Umumnya memiliki panjang sekitar 56 cm. Tali pusat ini mengandung tiga pembuluh darah: dua arteri yang berisi darah kotor janin menuju plasenta dan satu vena yang mengandung oksigen menuju janin.



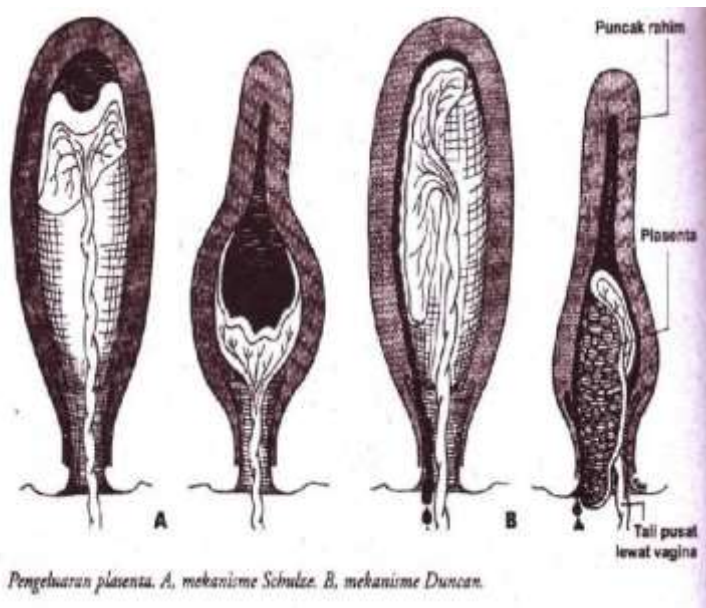
Gambar 3.1. Penampang plasenta

Pemisahan plasenta ditimbulkan dari kontraksi dan retraksi miometrium sehingga mempertebal dinding uterus dan mengurangi ukuran area plasenta. Area plasenta menjadi lebih kecil sehingga plasenta mulai memisahkan diri dari dinding uterus karena plasenta tidak elastis seperti uterus dan tidak dapat berkontraksi atau beretraksi. Pada area pemisahan, bekuan darah retroplasenta terbentuk. Berat bekuan darah ini menambah tekanan pada plasenta dan selanjutnya membantu pemisahan.



Gambar 3.2. Plasenta dalam uterus

Kontraksi uterus yang selanjutnya akan melepaskan keseluruhan plasenta dari uterus dan mendorongnya keluar vagina disertai dengan pengeluaran selaput ketuban dan bekuan darah retroplasenta(Rohani,reni saswati 2019).



Gambar 3.3. Pelepasan plasenta

3.3.1 Mekanisme pelepasan plasenta

Penyebab terpisahnya plasenta dari dinding uterus adalah kontraksi uterus (spontan atau dengan stimulasi) setelah kala dua selesai. Berat plasenta mempermudah terlepasnya selaput ketuban, yang terkelupas dan dikeluarkan. Tempat perlekatan plasenta menentukan kecepatan pemisahan dan metode ekspulsi plasenta. Selaput ketuban dikeluarkan dengan penonjolan bagian ibu atau bagian janin. Pada kala III, otot uterus (miometrium) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi.

Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan plasenta menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta

akan turun ke bagian bawah uterus atau kedalam vagina. Setelah janin lahir, uterus mengadakan kontraksi yang mengakibatkan penciutan permukaan kavum uteri, templat implansi plasenta. Akibatnya, plasenta akan lepas dari tempat implantasinya.

Pemisahan plasenta ditimbulkan dari kontraksi dan retraksi miometrium sehingga mempertebal dinding uterus dan mengurangi ukuran area plasenta. Area plasenta menjadi lebih kecil sehingga plasenta mulai memisahkan diri dari dinding uterus karena plasenta tidak elastis seperti uterus dan tidak dapat berkontraksi atau beretraksi. Pada area pemisahan, bekuan darah retroplasenta terbentuk. Berat bekuan darah ini menambah tekanan pada plasenta dan membantu pemisahan. Kontraksi uterus selanjutnya juga membantu melepaskan plasenta dari uterus dan mendorongnya keluar vagina disertai dengan pengeluaran selaput ketuban dan bekuan darah retroplasenta.

1) Cara – cara pelepasan plasenta

a. Metode Ekspulsi Schultze

Pelepasan ini dapat dimulai dari tengah (sentral) atau dari pinggir plasenta. Ditandai oleh makin panjang keluarnya tali pusat dari vagina (tanda ini dikemukakan oleh Ahlfled) tanpa adanya perdarahan per vaginam. Lebih besar kemungkinannya terjadi pada plasenta yang melekat di fundus.

Metode ekspulsi Schultze Pelepasan plasenta mulai dari pertengahan, sehingga plasenta lahir diikuti oleh pengeluaran darah. Plasenta terlepas dari suatu titik pusat dan merosot ke vagina melalui lubang dalam kantung amnion, permukaan fetal plasenta muncul pada vulva dengan selaput ketuban yang mengikuti di belakang seperti payung terbalik saat terkelupas dari dinding uterus. Permukaan maternal plasenta tidak

terlihat, dan bekuan darah berada dalam kantong yang terbalik.



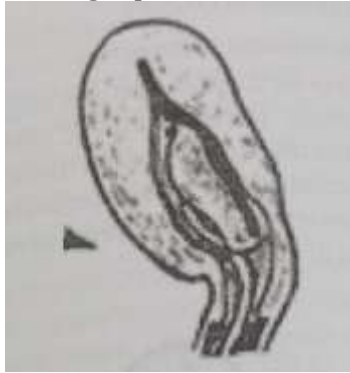
Gambar 3.4. Cara lepasnya plasenta menurut schultze

Metode yang lebih umum terjadi, plasenta terlepas dari satu titik dan merosot ke vagina melalui lubang dalam kantong amnion, permukaan fetal plasenta muncul pada vulva dengan selaput ketuban yang mengikuti di belakang seperti payung terbalik saat terkelupas dari dinding uterus. Permukaan maternal plasenta tidak terlihat dan bekuan darah berada dalam kantong yang terbalik, kontraksi dan retraksi otot uterus yang menimbulkan pemisahan plasenta juga menekan pembuluh darah dengan kuat dan mengontrol perdarahan. Hal tersebut terjadi karena terdapat serat otot oblik dibagian atas segmen uterus

b. Metode Ekspulsi Matthew-Duncan

Ditandai oleh adanya perdarahan dari vagina apabila plasenta mulai terlepas. Umumnya perdarahan tidak melebihi 400 ml. Bila lebih hal ini patologik. Lebih besar kemungkinan pada implantasi lateral. Apabila plasenta lahir, umumnya otot-otot uterus segera

berkontraksi, pembuluh-pembuluh darah akan terjepit, dan perdarahan segera berhenti. Pada keadaan normal akan lahir spontan dalam waktu lebih kurang 6 menit setelah anak lahir lengkap.



Gambar 3.5. Cara lepasnya plasenta menurut duncan

Pelepasan plasenta dari daerah tepi sehingga terjadi perdarahan dan diikuti pelepasan plasentanya Manuaba, 1998. Plasenta turun melalui bagian samping dan masuk ke vulva dengan pembatas maternal terlebih dahulu, seperti kancing yang memasuki lubang baju. Bagian yang berada didalam kantong. Pada metode Matthernws Duncan ini kemungkinan terjadinya bagian selaput ketuban tersebut tidak terkelupas semua selengkap metode Schutze.

2) Beberapa Perasat untuk mengetahui apakah plasenta lepas dari tempat implantasinya :

a. Perasat Kustner

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat. Tangan kiri menekan daerah di atas simfisis. Bila tali pusat ini masuk kembali ke dalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus. Bila tetap

atau tidak masuk kembali ke dalam vagina, berarti plasenta lepas dari dinding uterus. Perasat ini hendaknya dilakukan secara hati-hati. Apabila hanya sebagian plasenta terlepas, perdarahan banyak akan dapat terjadi.

b. Perasat Strassmann

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat. Tangan kiri mengetok-ngetok fundus uteri. Bila terasa getaran pada tali pusat yang diregangkan ini berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus.

c. Perasat Klein

Wanita tersebut disuruh mengedan. Tali pusat tampak turun ke bawah. Bila pengedanannya dihentikan dan tali pusat masuk kembali ke dalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus.

3) Tanda-tanda pelepasan plasenta.

Adapun tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu:

a. Perubahan bentuk dan tinggi fundus.

Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya di bawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah pear atau alpukat dan fundus berada di atas pusat.

Perubahan bentuk uterus menjadi globuler atau berbentuk seperti buah alpukat. Setelah bayi lahir dan sebelum myometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus sekitar di bawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah pear atau alpukat dan fundus berada diatas pusat.

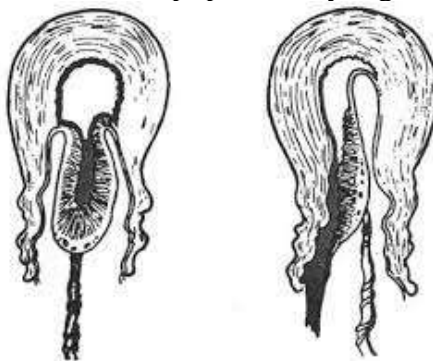
- b. Tali pusat memanjang.

Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva.

- c. Semburan darah mendadak dan singkat.

Darah yang terkumpul di belakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar di bantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (retroplasental pooling) dalam ruang di antara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungnya maka darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang terlepas. Tanda ini kadang-kadang terlihat dalam waktu satu menit setelah bayi lahir dan biasanya dalam 5 menit.(Ilmiah, 2020).

Darah yang terkumpul dibelakang plasenta akan membantu mendorong plasenta membantu mendorong plasenta keluar dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah dalam ruang diantara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungnya maka darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang terlepas.



Gambar 3.6. Metode skultz

Semburan darah tiba-tiba Darah yang terkumpul dibelakang plasenta akan membantu mendorong

plasenta keluar dan dibantu oleh gaya grafitasi. Semburan darah yang tiba-tiba menandakan bahwa darah yang terkumpul diantaranya tempat melekatnya plasenta dan permukaan maternal plasenta darah retroplasenter, keluar tapi plasenta yang terlepas.

3.3.2 Kelahiran plasenta

a. Manajemen aktif kala III

Tujuan manajemen aktif kala III adalah untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu setiap kala, mencegah perdarahan, dan mengurangi kehilangan darah kala III persalinan jika dibandingkan kala III fisiologis. Sebagian besar kasus kesakitan dan kematian ibu di Indonesia disebabkan oleh perdarahan pascapersalinan di mana sebagian besar disebabkan oleh atonia uteri dan retensio plasenta yang sebenarnya dapat dicegah dengan melakukan manajemen aktif kala III.

Keuntungan-keuntungan manajemen aktif kala III adalah sebagai berikut.

1. Persalinan kala III yang lebih singkat.
2. Mengurangi jumlah kehilangan darah.
3. Mengurangi kejadian retensio plasenta.

Manajemen aktif kala III terdiri atas tiga langkah utama, yaitu sebagai berikut.

1. Pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir.
2. Melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT).
3. Masase fundus uteri

b. Pemberian suntikan oksitosin

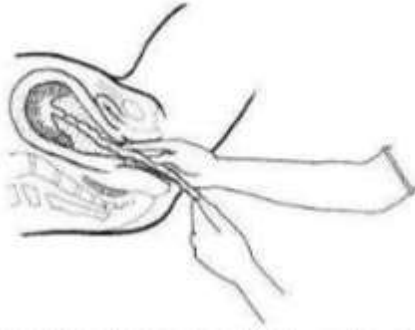
Oksitosin 10 IU secara IM dapat diberikan dalam 1 menit setelah bayi lahir dan dapat diulangi setelah 15 menit jika plasenta belum lahir. Berikan oksitosin 10 iu secara IM pada bawah paha kanan bagian luar.



Gambar 3.7. Ampul Oksitosin

c. Penegangan tali pusat terkendali

Tempatkan klem pada ujung tali pusat ± 5 cm dari vulva, memegang t tali pusat dari jarak dekat untuk mencegah avulsipada tali pusat. Saat terjadi kontraksi yang kuat, plasenta dilahirkan pegangan tali pusat terkaendali kemudian tangan pada dinding abdomen menekan korpus uteri kebawah dan atas (dorso kranial) korpus.



Gambar 3.8. peregangan tali pusat terkendali

Lahirkan plasenta dengan penegangan yang lembut dan keluarkan plasenta dengan gerakan ke bawah dan ke atas mengikuti jalan lahir.

d. Rangsangan taktil (masase) fundus uteri

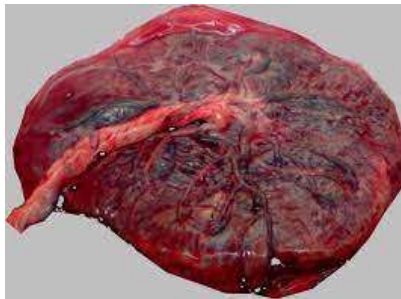
Segera setelah plasenta dan selaput dilahirkan, dengan perlahan tetapi kukuh lakukan masase uterus dengan cara menggosok uterus pada abdomen dengan gerakan melingkar untuk menjaga agar uterus tetap keras dan berkontraksi dengan baik serta untuk mendorong setiap gumpalan darah agar keluar.



Gambar 3.9. Masase uterus

Sementara tangan kiri melakukan masase uterus, periksalah plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa kotiledon dan membran sudah lengkap (seluruh lobus di bagian maternal harus ada dan bersatu/utuh, tidak boleh ada ketidakteraturan pada bagian pinggir-pinggirnya, jika hal tersebut ada, berarti menandakan ada sebagian fragmen plasenta yang tertinggal).

- e. Memeriksa plasenta, selaput ketuban, dan tali pusat



Gambar 3.10. plasenta

Pemeriksaan kelengkapan plasenta sangatlah penting sebagai tindakan antisipasi apabila ada sisa plasenta baik bagian kotiledon ataupun selaputnya. Penolong haruslah memastikan betul plasenta dan selaputnya betul-betul utuh (lengkap), periksalah sisi maternal (yang melekat pada dinding uterus) dan sisi fetal (yang menghadap ke bayi untuk memastikan apakah ada lobus tambahan, serta selaput plasenta dengan cara menyatukan kembali selaputnya).

- f. Pemantauan kontraksi, robekan jalan lahir dan perineum, serta tanda – tanda vital serta hygiene

Periksalah kembali uterus setelah satu hingga dua menit untuk memastikan uterus berkontraksi, jika uterus masih belum berkontraksi dengan baik, ulangi masase fundus uteri. Ajarkan ibu dan keluarganya cara melakukan masase uterus sehingga mampu untuk segera mengetahui jika uterus tidak berkontraksi baik. Periksa uterus setiap 15 menit pada satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit pada jam kedua persalinan.

Selain itu, hal yang juga penting untuk dilakukan adalah mengetahui apakah terjadi robekan jalan lahir dan perineum dengan cara melakukan pemeriksaan dengan menggunakan ibu jari telunjuk dan tengah tangan kanan yang telah dibalut kasa untuk memeriksa bagian dalam vagina, bila ada kecurigaan robekan pada serviks dapat dilakukan pemeriksaan dengan spekulum untuk memastikan lokasi robekan serviks. Laserasi perineum dapat diklasifikasikan menjadi empat yaitu sebagai berikut:

1. Derajat satu: mukosa vagina, komisura posterior, dan kulit.
2. Derajat dua: derajat satu + otot perineum.
3. Derajat tiga: derajat dua + otot sfingter ani.
4. Derajat empat: derajat tiga + dinding depan rektum.

Observasi yang lain adalah tanda-tanda vital ibu. Pengawasan ini juga dilakukan secara ketat untuk mengetahui keadaan umum ibu dan tanda-tanda yang patologis (misalnya syok). Tindakan ini dilakukan tiap 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam kedua pascapersalinan, demikian halnya dengan kandung kemih karena kandung kemih yang penuh akan memengaruhi kontraksi uterus yang juga dapat menyebabkan

perdarahan. Kebersihan vulva dan vagina ibu juga harus jadi perhatian penolong untuk mencegah terjadinya infeksi.

CATATAN: jika plasenta belum lahir dalam waktu 15 menit, berikan 10 unit oksitosin IM dosis kedua. Periksa kandung kemih, jika penuh, gunakan kateter, ulangi kembali PTT dan tekanan dorsokranial. Nasihati keluarga jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit mungkin diperlukan rujukan. Pada menit ke-30, coba lagi melahirkan plasenta dengan melakukan PTT untuk terakhir kalinya. Jika plasenta tidak lahir, rujuk segera.

g. Kebutuhan ibu pada kala III

Ibu pada kala ini secara fisik mengalami suatu keadaan yang lelah setelah proses persalinan, terlebih lagi pada primipara di mana kala I persalinannya cukup memakan waktu yang lama. Ibu membutuhkan rasa nyaman dan tenang untuk istirahat. Selain itu, nutrisi dan cairan juga sangat penting untuk mengembalikan energi dan kondisi ibu setelah proses persalinan.

Secara psikologis ibu pada saat ini merasakan kebahagiaan dan perasaan senang karena bayinya telah lahir. Ibu membutuhkan kedekatan dengan bayinya dan perhatian dari orang yang ada di dekatnya untuk membantu agar ia dapat memeluk ataupun mendekap bayinya.

h. Pendokumentasian pada kala III

Semua asuhan dan tindakan yang dilakukan haruslah didokumentasikan dengan baik dan benar. Pada pendokumentasian di kala III ini pencatatan dilakukan pada lembar belakang partograf (catatan persalinan pada poin kala III) dan pada catatan lain yang tersedia di

institusi pelayanan.

Data untuk kala III terdiri atas lamanya kala III, pemberian oksitosin, peregangan tali pusat terkendali, rangsangan fundus, kelengkapan plasenta saat lahir, retensi plasenta yang lebih dari 30 menit, laserasi, atonia uteri, jumlah perdarahan, masalah lain, penatalaksanaan, dan hasilnya. Isi jawaban pada tempat yang disediakan dan beri tanda cek pada kotak di samping jawaban yang sesuai. Untuk no. 25, 26, dan 28 lingkari jawaban yang benar.

Informasi untuk kala III adalah sebagai berikut (format partograf bagian belakang).

3.3.3 Periode post partum dini

Pada masa nifas atau post partum disebut juga puerperium yang berasal dari bahasa latin yaitu darikata "*puer*" yang berarti bayi dan "*parous*" yang berarti melahirkan. Masa nifas (puerperium) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil.

Periode postpartum adalah masa enam minggu sejak bayi lahir sampai organ-organ reproduksi kembali ke keadaan normal sebelum hamil. Periode inikadang disebut puerperium atau trimester keempat kehamilan. Masa nifas didefinisikan sebagai periode selama tepat setelah kelahiran. Namun secara populer, diketahui istilah tersebut mencakup 6 minggu berikutnya saat terjadi involusi kehamilan normal.

2. Tanggal :

3. Nama tidak :

3. Tempat Persalinan :
☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas
☐ Poliklinik ☐ Rumah Sakit
☐ Klinik swasta ☐ Lainnya :

4. Alamat tempat persalinan :

5. Catatan : ☐ rujuk, kata : I / II / III / IV

6. Alasan rujuk :

7. Tempat rujukan :

8. Pendamping pada saat dirujuk :
☐ Bidan ☐ Teman
☐ Suami ☐ Dukun
☐ Keluarga ☐ Tidak ada

9. Partogram melewati garis waspada : Y / T
10. Masalah lain, sebutkan :

- ### KALA II

15. ☐ Ya, tindakan yang dilakukan

16. ☐ Ya, tindakan yang dilakukan

19. Hasilnya :

21. Pemberian Ofloksasin 10 U im 7
☐ Ya, waktu : menit sesudah persalinan

- ☐ Ya.
- ☐ Tidak, alasan

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	
--------	-------	---------------	------	--

Masalah kate IV :
 Berapa kali masalah tersebut :

Hasilnya :

25. ☐ Tidak, alasan
Plasenta lahir lengkap (intact) Ya / Tidak
Jika tidak lengkap, bagian-bagian yang tidak terdapat :

10. *Journal of the American Medical Association*, 2000; 284: 2689-2695.

28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4

29. ☐ Tidak, dengan alasan _____
 Alasan ulian : _____
☐ Ya, tindakan _____

- ☐ Tidak
Jumlah pertanyaan : 30

- 33
- Hastings**

35. Panjang cm

☐ Normal, tindakan :
☐ mengeringkan

- ☐ Aspiksia ringan/pucat/biru/emas/tindakan :
[memberikan] bebaakan jalan napas

- ☐ Cariat bawaan, sebutkan :

39. **Pemberian ASI**

40. Menzies lahir, sebutkan :
Haulnya :

- | Utterance | Utterance | Utterance | Utterance |
|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Utterance 1 | Utterance 2 | Utterance 3 | Utterance 4 |

- 49

boleh bekerja setelah 40 hari.

- b. Puerperium intermedial (early puerperium) : waktu 1-7 hari post partum, yaitu masa kepulihan menyeluruh dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih 6-8 minggu.
- c. Remote Puerperium (later puerperium) : waktu 1-6 minggu post partum. Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama ibu apabila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi. (Wiwik Setyaningrum, 2020)

3.4 Kala IV Persalinan

3.4.1 Memberikan asuhan pada ibu bersalin kala IV

- a. Fisiologi kala IV

Kala IV adalah kala pengawasan dari 1 – 2 jam setelah bayi dan plasentalahir. Hal – hal yang perlu diperhatikan adalah kontraksi uterus sampai uterus kembali dalam bentuk normal. Hal ini dapat dilakukan dengan rangsangan taktil (*masase*) untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat. Perlu juga dipastikan bahwa plasenta telah lahir lengkap dan tidak ada yang tersisa dalam uterus serta benar-benar dijamin tidak terjadi perdarahan lanjut (Sumarah, 2008).

Perdarahan pasca persalinan adalah suatu keadaan mendadak dan tidak dapat diramalkan yang merupakan penyebab kematian ibu d seluruh dunia. Sebab yang paling umum dari perdarahan pasca persalinan dini yang berat (terjadi dalam 24 jam setelah melahirkan) adalah atonia uteri (kegagalan rahim untuk berkontraksi sebagaimana mestinya setelah melahirkan). Plasenta yang tertinggal, vagina atau mulut rahim yang terkoyak dan uterus yang turun atau inversi juga merupakan sebab dari perdarahan pasca persalinan.

b. Diagnose kala IV

2 jam pertama setelah persalinan merupakan waktu yang kritis bagi ibu dan bayi. Keduanya baru saja mengalami perubahan fisik yang luar biasa. Ibu melahirkan bayi dari perutnya dan bayi menyesuaikan diri dari dalam perut ke dunia luar. Tenaga kesehatan harus tinggal bersama ibu dan bayi untuk memastikan bahwa keduanya dalam kondisi yang stabil dan mengambil tindakan yang tepat untuk melakukan stabilisasi.

c. Penanganan kala IV

Periksa fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 20 – 30 menit selama jam kedua. Jika kontraksi tidak kuat masase uterus sampai menjadi keras. Apabila uterus berkontraksi, otot uterus akan menjepit pembuluh darah untuk menghentikan perdarahan. Hal ini dapat mengurangi kehilangan darah mencegah dan perdarahan pasca persalinan. Periksa tekanan darah, nadi, akndung kemih dan perdarahan selama 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Anjurkan ibu untuk minum untuk mencegah dehidrasi. Tawarkan ibu makanan dan minuman yang di sukai ibu. Bersihkan perineum ibu dan kenakan pakaian ibu yang bersih dan kering.

Biarkan bayi berada pada ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi. Sebagai permulaan dengan menyusui bayinya. Bayi sangat siap setelah kelahiran. Hal ini sangat tepat untuk memberikan ASI kepada bayi. Menyusui juga membantu uterus berkontraksi. Jika ibu kekamar mandi ibu dibolehkan bangun dan pastikan ibu dibantu karena masih dalam keadaan lemah atau pusing setelah persalinan. Pastikan ibu sudah buang air kecil setelah 3 jam pasca persalinan.

Ajari ibu atau anggota keluarga tentang :

- Bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi
- Tanda – tanda bahaya bagi ibu dan bayi

d. Evaluasi uterus, konsistensi dan atonia.

Setelah kelahiran plasenta periksa kelengkapan dari plasenta dan selaput ketuban. Jika masih ada sisa plasenta dan selaput ketuban yang tertinggal dalam uterus akan mengganggu kontraksi uterus sehingga menyebabkan perdarahan. Jika dalam waktu 15 menit uterus tidak berkontraksi dengan baik, maka akan terjadi atonia uteri. Oleh karena itu, diperlukan tindakan rangsangan taktil (*massase*) fundus uteri dan bila perlu dilakukan kompresi bimanual agar tidak menjadi lembek dan mampu berkontraksi dengan kuat.

Perlu diperhatikan bahwa kontraksi uterus mutlak diperlukan untuk mencegah terjadinya perdarahan dan pengembalian uterus kebentuk normal. Untuk itu evaluasi terhadap uterus pasca pengeluaran plasenta sangat penting untuk diperhatikan. Kalau dengan usaha ini uterus tidak mau berkontraksi dengan baik dapat diberikan oksitosin dan harus diawasi sekurang-kurangnya selama satu jam sambil mengamati terjadinya perdarahan post partum.

Setelah kelahiran plasenta uterus dapat diraba ditengah-tengah abdomen $\pm$ 2/3 atau 3/4 antar simfisis pubis dan umbilicus. Jika uterus berada ditengah atau diatas umbilicus menandakan adanya darah dan bekuan darah dalam uterus. Jika uterus berada diatas umbilicus dan begeser pada umumnya sebelah kanan menandakan bahwa kandung kemih dalam keadaan penuh.

Faktor- faktor yang pertimbangan adanya atonia uterus adalah :

- Konsistensi uterus. Uterus harus berkontraksi efektif teraba padat dan keras. Tanda-tanda bahwa kontraksi uterus dalam keadaan baik adalah konsistensi keras, bila konsistensi lunak harus dilakukan massase uterus untuk memperkuat kontraksi.
- Potensial untuk relaksasi uterus
- Kelengkapan plasenta dan membran pada saat inspeksi, bukti kemungkinan pragmen plasenta atau membran tertingla di dalam uterus

e. Pemantauan dan evaluasi lanjut

Tanda – tanda vital

Pemantauan tekanan darah ibu, nadi, dan pernafasan dimulai segera setelah plasenta dan dilanjutkan setiap 15 menit sampai tanda-tanda vital stabil pada level sebelum persalinan. Suhu diukur paling tidak sekali selama periode. Tekanan darah normal < 140/90 mmHg, bila tekanan darah < 90/ 60 mmHg, nadi > 100 x/ menit (terjadi masalah). Masalah yang timbul kemungkinan adalah demam atau perdarahan. Suhu > 38 (identifikasi masalah).

Suhu ibu dicek paling sedikit satu kali selama kala IV. Jika suhu meningkat pantau lebih sering (namun kenaikan suhu kurang dari 20°F dari batas normal merupakan hal normal). Suhu tubuh yang normal adalah < 38°C. Jika suhunya > 38°C, bidan harus mengumpulkan data-data lain untuk memungkinkan identifikasi masalah. Suhu yang tinggi tersebut mungkin disebabkan oleh dehidrasi (karena persalinan yang lama dan tidak cukup minum) atau ada infeksi.

Bila suhu dan denyut nadi tidak normal, maka pernapasan akan mengikutinya. Pernapasan normal, teratur, cukup dalam frekuensi 18x/m. Fungsi pulmonal kembali ke status sebelum hamil setelah 6 bulan post partum.

Kontraksi uterus

Pemantauan adanya kontraksi uterus sangatlah penting dalam asuhan kala IV persalinan dan perlu evaluasi lanjut setelah plasenta lahir yang berguna untuk memantau terjadinya perdarahan. Kalau kontraksi uterus baik dan kuat kemungkinan terjadinya perdarahan sangat kecil. Pasca melahirkan perlu dilakukan pengamatan secara seksama mengenai ada tidaknya kontraksi uterus yang diketahui dengan meraba bagian perut ibu serta perlu diamati apakah tinggi fundus uterus telah turun dari pusat, karena saat kelahiran tinggi fundus uterus telah berada 1 – 2 jari dibawah pusat dan terletak agak sebelah kanan sampai akhirnya hilang dihari ke – 10 kelahiran.

Kandung kemih

Pada saat setelah plasenta keluar kandung kencing harus kosong agar uterus dapat berkontraksi dengan kuat. Hal ini berguna untuk menghambat terjadinya perdarahan lanjut yang berakibat fatal bagi ibu. Jika kandung kemih penuh maka bantu ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya dan ibu dianjurkan untuk selalu mengosongkannya jika diperlukan. Ingatkan kemungkinan keinginan berkemih berbeda setelah dia melahirkan bayinya. Jika ibu tidak dapat berkemih bantu dengan menyiramkan air bersih dan hangat pada perineumnya atau masukkan jari-jari ibu kedalam air hangat untuk merangsang keinginan berkemih secara spontan. Kalau upaya tersebut tidak berhasil dan ibu tidak dapat berkemih

secara spontan maka perlu dipalpasi dan melakukan kateterisasi secara aseptik dengan memasukkan kateter Nelaton DTT atau steril untuk mengosongkan kandung kemih ibu setelah kosong segera lakukan masase pada fundus untuk membantu uterus berkontraksi dengan baik.

Perineum

Terjadinya laserasi atau robekan perineum dan vagina dapat diklarifikasikan berdasarkan luas robekan. Robekan perineum hampir terjadi pada semua persalinan pertama juga padapersalinan berikutnya. Hal ini dapat dihindari atau dikurangi dengan cara menjaga jangan sampai dasar panggul dilalui oleh kepala janin dengan cepat. Sebaliknya kepala janin akan lahir jangan ditekan terlalu kuat dan lama.

Apabila hanya kulit perineum dan mukosa vagina yang robek dinamakan robekan perineum tingkat satu. Pada robekan tingkat dua dinding belakang vagina dan jaringan ikat yang menghubungkan otot-otot diafragma urogenetalis pada garis tengah terluka. Sedang pada tingkat tiga atau robekan total muskulus sfingter ani ekstrium ikut terputus dan kadang-kadang dinding depan rektum ikut robek. Jarang sekali terjadi robekan yang mulai pada dinding belakang vagina diatas introitus vagina dan anak dilahirkan melalui robekan itu sedangkan perineum sebelah depan tetap utuh (robekan perineum sentral).

Pada persalinan sulit disamping robekan perineum yang dapat dilihat, dapat pula terjadi kerusakan dan keregangan muskulus puborektalis kanan dan kiri serta hubungannya di garis tengah. Robekan perineum yang melebihi robekan tingkat satu harus dihjit. Hal ini dapat dilakukan sebelum plasenta lahir tetapi apabila ada

kemungkinan plasenta harus dikeluarkan secara manual lebih baik tindakan itu ditunda sampai plasenta lahir. Perlu diperhatikan bahwa setelah melahirkan kandung kemih ibu harus dalam keadaan kosong. Hal ini untuk membantu uterus agar berkontraksi dengan kuat dan normal dan kalau perlu untuk mengosongkan kandung kemih perlu dilakukan dengan kateterisasi aseptik.

Evaluasi berkelanjutan untuk edema, memar dan pembentukan hematoma yang mungkin dilakukan pada setiap pengecekan aliran lokia. Hal ini termasuk pengamatan area perineum untuk mendeteksi hemoroid.

Lokhea

Melalui proses katabolisme jaringan berat uterus dengan cepat menurun pada saat kelahiran sekitar 1000 gr menjadi sekitar 50 gr pada saat 30 minggu masa nifas. Serviks juga kehilangan elastisitasnya dan menjadi kaku seperti sebelum kehamilan.

Macam – macam lokhea

1. Lokhia rubra: Merupakan darah segar bercampur sisa-sisa selaput janin (sel-sel deciduas dan chorion), verniks kaseosa, mungkin juga rambut lanugo dan mekonium. Terjadi selama 2 hari pasca persalinan.
2. Lokia sanguinolenta: Lokia yang berisi darah bercampur lendir. Berlangsung setelah hari ke-3 hingga ke-7 pasca persalinan.
3. Lokhia serosa: Lokhia tidak berdarah, warnanya agak pucat. Terjadi pada setelah seminggu pasca persalinan.
4. Lokhia alba: Cairan putih kekuningan, berwarna putih karena banyak terdapat leukosit didalamnya. Terjadi setelah 2 minggu pasca persalinan.
5. Lochestasis : jika lochea tidak lancar keluarnya.
6. Perkiraan darah yang hilang

Perkiraan darah yang hilang sangat penting untuk keselamatan ibu namun untuk menentukan banyaknya darah yang hilang sangatlah sulit karena sering kali bercampur cairan ketuban atau urin dan mungkin terserap kain, handuk atau sarung. Sulitnya menilai kehilangan darah secara akurat melalui perhitungan jumlah sarung karena ukuran sarung bermacam-macam dan mungkin telah diganti jika terkena sedikit darah atau basah oleh darah. Mengumpulkan darah dengan wadah atau pispot yang diletakkan dibawah bokong ibu bukanlah cara yang efektif untuk mengukur kehilangan dan bukan cerminan asuhan sayang ibu karena berbaring diatas wadah atau pispot sangat tidak nyaman dan menyulitkan ibu untuk memegang dan menyusui bayinya. Cara yang baik untuk memperkirakan kehilangan darah adalah dengan menyiapkan botol 500 ml yang digunakan untuk menampung darah dan dinilai berapa botol darah yang telah digunakan. Kalau setengah berarti 250 ml dan kalau 2 botol sama dengan 1 liter. Dan ini merupakan salah satu cara untuk menilai kondisi ibu. Cara tak langsung untuk mengukur jumlah kehilangan darah adalah melalui penampakan gejala dan tekanan darah. Kalau menyebabkan lemas, pusing dan kesadaran menurun serta tekanan darah sistolik turun lebih dari 10 mmHg dari kondisi sebelumnya maka telah terjadi perdarahan lebih dari 500 ml. Kalau ibu mengalami syok hipovolemik maka ibu telah kehilangan darah 50% dari total darah ibu (2000-2500 ml). Perdarahan pasca persalinan sangat penting untuk diperhatikan karena sangat berhubungan erat dengan kondisi kesehatan ibu. Akibat banyaknya darah yang hilang dapat menyebabkan kematian ibu. Perdarahan terjadi karena kontraksi uterus yang tidak kuat dan baik sehingga tidak mampu menjepit pembuluh darah yang ada

disekitarnya akibatnya perdarahan tak dapat berhenti. Perdarahan juga dapat disebabkan karena adanya robekan perineum, serviks bahkan vagina dan untuk menghentikan perdarahannya maka harus dilakukan penjahitan.

Pemantauan selama kala IV

a. Keadaan umum dan kesadaran

Sebagian besar kejadian kesakitan dan kematian ibu yang disebabkan oleh perdarahan pasca persalinan terjadi selama 4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Karena alasan ini sangatlah penting untuk memantau ibu secara ketat segera setelah persalinan. Jika tanda – tanda vital dan kontraksi uterus masih dalam batas normal selama 2 jam pertama pasca persalinan, mungkin ibu tidak akan mengalami pendarahan pasca persalinan.

Selama 2 jam pertama pasca persalinan :

1. Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih dan darah yang keluar selama 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua.
2. Masase uterus untuk membuat kontraksi uterus menjadi baik setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit selama jam kedua
3. Pantau temperature tubuh setiap jam
4. Nilai perdarahan, periksa perineum dan vagina setiap 15 menit pertama dan setiap 30 menit selama jam kedua
5. Ajarkan pada ibu dan keluarga bagaimana menilai kontraksi uterus dan jumlah darah yang keluar dan bagaimana melakukan masase jika uterus menjadi lembek
6. Minta anggota keluarga untuk memeluk bayi.

Bersihkan dan bantu ibu mengenakan pakaian atau sarung bersih dan ekring kemudian atur posisi ibu agar nyaman. Jaga agar bayi diselimuti dengan baik berikan bayi kepada ibu untuk disusukan

7. Lakukan asuhan esensial bagi bayi baru lahir.
- b. Jangan gunakan kain pembalut perut selama 2 jam pertama pasca persalinan atau hingga kondisi ibu mulai stabil. Kain pembalut perut menyulitkan penolong untuk menilai kontraksi uterus . jika kandung kemih penuh bantu ibu untuk mengosongkannya.

b. Tanda – tanda vital

Pemantauan tanda – tanda vital pada persalinan kala IV antara lain:

1. Kontraksi uterus harus baik
2. Tidak ada perdarahan dari vagina atau alat genitalia lainnya.
3. Kandung kencing harus kosong.
4. Plasenta dan selaput ketuban harus lahir lengkap.
5. Luka-luka pada perineum harus terawat dengan baik dan tidak terjadi hematoma.
6. Bayi dalam keadaan baik.
7. Ibu dalam keadaan baik.

Pemantauan tekanan darah pada ibu pasca persalinan digunakan untuk memastikan bahwa ibu tidak mengalami syok akibat banyak mengeluarkan darah. Adapun gejala syok yang diperhatikan antara lain nadi cepat, lemah (110 kali/menit atau lebih), tekanan rendah (sistolik kurang dari 90 mmHg) pucat, berkeringat atau dingin, kulit lembab, nafas cepat (lebih dari 30 kali/menit), cemas, kesadaran menurun atau tidak sadar serta produksi urin sedikit sehingga

produksi urin menjadi pekat dan suhu yang tinggi perlu diwaspadai juga kemungkinan terjadinya infeksi dan perlu penanganan lebih lanjut.

c. Tonus uterus dan TFU

Pemantauan adanya kontraksi uterus sangatlah penting dalam asuhan persalinan kala IV dan perlu evaluasi lanjut setelah placenta lahir yang berguna untuk memantau terjadinya perdarahan. Kalau kontraksi uterus baik dan kuat kemungkinan terjadinya perdarahan sangat kecil. Pasca melahirkan perlu dilakukan pengamatan secara seksama mengenai ada atau tidaknya kontraksi uterus yang diketahui dengan meraba bagian perut, karena saat kelahiran tinggi fundus akan berada 1 – 2 jari dibawah pusat dan terletak agak sebelah kanan sampai akhirnya hilang.

d. Kandung kemih

Yakinkan bahwa kandung kencing kosong. Hal ini untuk membantu involusio uteri. Jika kandung kemih penuh maka bantu ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya dan ibu dianjurkan untuk selalu mengosongkannya jika diperlukan

Jika ibu tidak dapat berkemih bantu dengan menyiramkan air bersih dan hangat pada perineumnya atau masukkan jari-jari ibu kedalam air hangat untuk merangsang keinginan berkemih secara spontan. Kalau upaya tersebut tidak berhasil dan ibu tidak dapat berkemih secara spontan maka perlu dipalpasi dan melakukan kateterisasi secara aseptik dengan memasukkan kateter Nelaton DTT atau steril untuk mengosongkan kandung kemih ibu setelah kosong

segera lakukan masase pada fundus untuk membantu uterus berkontraksi dengan baik.

e. Perdarahan atau hematoma

Jumlah perdarahan vagina harus minimal jika rahim berkontraksi dengan baik. Jika kontraksi buruk maka perdarahan akan cenderung sedang, dan banyak yang menyebabkan perdarahan yang berlebihan. Amati perineum setiap peningkatan perdarahan atau pengeluaran bekuan darah ketika dilakukan masase uterus.

Perdarahan yang normal setelah kelahiran selama 6 jam pertama mungkin hanya akan sebanyak satu pembalut perempuan per jam atau seperti darah haid yang banyak. Jika perdarahan lebih banyak dari ini, ibu hendaknya diperiksa lebih sering dan penyebab-penyebab perdarahan berat harus diidentifikasi. Apakah ada laserasi pada vagina atau serviks apakah uterus berkontraksi dengan baik apakah kandung kencingnya kosong.

1. Perdarahan akibat laserasi jalan lahir

- Inspeksi cermat jalan lahir
- Bila terjadi rupture uteri dilakukan histerektomi
- Jika terjadi laserasi servik maka penjahitan dengan menggunakan forcep cincin
- Laserasi perineum

Satu cara untuk menilai kehilangan darah adalah melihat volume darah yang terkumpul dan memperkirakan berapa banyak botol 500 ml yang menampung semua darah tersebut. Jika darah bisa mengisi dua botol, ibu telah kehilangan satu liter darah. Jika hanya setengah botol, ibu kehilangan

250 ml darah. Memperkirakan kehilangan darah adalah salah satu cara menilai kondisi ibu

2. Hematoma

Hematoma adalah sekelompok sel darah yang telah mengalami ekstrasvasasi. Biasanya menggumpal, baik didalam organ, interstitium, jaringan dan otak.

Trauma adalah penyebab paling umum dari hematoma ketika orang berfikir tentang trauma. Umumnya mereka berfikir tentang kecelakaan mobil, jatuh, luka kepala, patah tulang dan luka tembakan. Hematoma yang berbahaya adalah yang terjadi didalam tengkorak. Karena tengkorak adalah kotak yang tertutup, segala yang mengambil ruang meningkatkan tekanan didalam otak dan berpotensi mengganggu kemampuan otak untuk berfungsi.

DAFTAR PUSTAKA

- Ayu, N. G. M. and Supliyani, E. 2017. 'Karakteristik Ibu Bersalin Kaitannya Dengan Intensitas Nyeri Persalinan Kala 1 Di Kota Bogor', *Jurnal Kebidanan*, 3(4), pp. 204–210. Available at: <http://www.ejurnalmalahayati.ac.id/index.php/kebidanan/article/viewFile/629/563>.
- Azis, M. *et al.* 2020. 'Efektivitas Senam Hamil Terhadap Kelancaran Persalinan Kala Ii Pada Ibu Inpartu Di Puskesmas Bulupoddo Kabupaten Sinjai', *Medika Alkhairaat : Jurnal Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*, 2(2), pp. 70–74. doi: 10.31970/ma.v2i2.54.
- Ilmiah, widia shofa. 2020. *asuhan persalinan normal*. jember.
- Juniartati, E. and Widyawati, M. N. 2018. 'Literature Review : Penerapan Counter Pressure Untuk Mengurangi Nyeri Persalinan Kala I', *Jurnal Kebidanan*, 8(2), p. 112. doi: 10.31983/jkb.v8i2.3740.
- Kurniawati, A., Dasuki, D. and Kartini, F. 2017. 'Efektivitas Latihan Birth Ball terhadap Penurunan Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif pada Primigravida Effectiveness of Birth Ball Exercise to Decrease Labor Pain in The Active Phase of The First Stage of Labor on The Primigravida Women', *Indonesian Journal Of Nursing And Midwifery*, 5(1), pp. 1–10.
- Pasongli, S., Rantung, M. and Pesak, E. 2014. 'Efektifitas Counterpressure Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Kala I Fase Aktif Persalinan Normal Di Rumah Sakit Advent Manado', *Jurnal Ilmiah Bidan*, 2(2), pp. 12–16.
- Rohani,reni saswati, marisah. 2019. *asuhan kebidanan pada masa persalinan*.

- Rokhamah, R. 2019. 'Kajian Metode Persalinan Normal Dengan Bantuan Cermin Pada Persalinan Kala Ii Ibu Primigravida', *Care : Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan*, 7(2), p. 61. doi: 10.33366/jc.v7i2.1197.
- Sagita, Y. D. 2018. 'Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Lama Di Rsia Anugerah Medical Center', *Midwifery Journal*, 3(1), pp. 16–20. Available at: <http://journal.ummat.ac.id/index.php/MJ/article/view/119>.
- Sondaks, jenny j. . and Mid, M. cil. 2020. *asuhan kebidanan persalinan & bayi baru lahir*. Edited by S. Carolina and R. Astikawati. jakarta: penerbit erlanga.
- Tanjung, M. F. A. 2019. 'Tingkat Pengetahuan Bidan Tentang Manajemen Aktif Kala Iii', *Jurnal Ilmiah Maksitek*, 4(2), p. 5.
- Wiwik Setyaningrum. 2015. 'Asuhan Keperawatan Dengan..., WIWIK SETIYANINGRUM, Fakultas Ilmu Kesehatan UMP, 2015 9', *Jurnal Keperawatan*, pp. 9–58.

BAB 4

TANDA-TANDA PERSALINAN NORMAL

Oleh Dhewi Nurahmawati

4.1 Pendahuluan

Persalinan normal adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan persentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Margareth ZH, 2013).

Banyak ibu hamil, terutama yang ibu primigravida sulit membedakan, bertanya-tanya dan cemas tentang berbagai tanda-tanda mau melahirkan. Pentingnya untuk mengetahui tanda-tanda persalinan agar ketika waktunya sudah sangat dekat ibu dapat dengan segera mendapatkan pertolongan dari ahli medis untuk melahirkan tanpa penundaan saat waktunya sudah sangat dekat.

Tanda-tanda melahirkan yang diketahui oleh kebanyakan orang adalah pecahnya air ketuban. Kebanyakan ibu hamil akan lebih dulu merasakan kontraksi sebelum air ketuban pecah, tapi ada juga yang mengalami pecahnya ketuban terlebih dahulu. Ketika hal ini terjadi, biasanya persalinan akan segera menyusul.

4.2 Tanda – tanda Persalinan

Pada minggu – minggu menjelang persalinan biasanya ibu hamil merasakan ada perbedaan yang ia alami pada kehamilannya. Pada trimester 2, ibu hamil sudah mulai “nyaman dan beradaptasi dengan kehamilannya, sedangkan pada trimester 3 ketidaknyamanan akan mulai dirasakan pada akhir kehamilan.

Tanda-tanda melahirkan normal setiap wanita bisa berbeda-beda antara satu dan lainnya. Berikut tanda-tanda ibu mau melahirkan. Kurniarum (2016) menjelaskan tanda – tanda persalinan yang harus dikenalkan kepada ibu hamil adalah sebagai berikut :

1. Tanda – tanda persiapan persalinan (*preparatory stage of labor*)
2. Tanda – tanda persalinan (*inpartu*)

4.2.1 Tanda – tanda persiapan persalinan (*Preparatory Stage Of Labor*)

1. *Lightening*

Pada minggu ke-36 pada kehamilan primigravida mulai terjadi penurunan fundus uteri yang karena kepala janin sudah mulai masuk pintu atas panggul, namun tanda ini tidak terlalu terlihat pada multigravida. Hal ini disebabkan oleh adanya : kontraksi *Braxton hicks* (kontraksi ini merupakan kontraksi Rahim sporadis yang umumnya terjadi pada trimester 2 atau 3 dan tidak semua ibu hamil mengalami), ketegangan dinding perut, ketegangan *ligamentum rotundum* (terletak pada sisi uterus bagian bawah dan didepan *tuba falopi*) serta gaya berat janin kepala kearah bawah (Marmi, 2012)

Menurut Harini, dkk (2018) masuknya bagian bawah janin ini membuat ibu merasakan beberapa hal, antara lain :

a. Sering kencing (*follaksuria*)

Pada akhir bulan ke-IX hasil pemeriksaan didapatkan epigastrium kendor, fundus uteri lebih rendah dari pada kedudukannya dan kepala janin sudah mulai masuk ke dalam pintu atas panggul. Penekanan pada kandung kemih oleh kepala janin sehingga peluang untuk melakukan ekspansi berkurang dan menyebabkan frekuensi berkemih meningkat.]

Keadaan ini menyebabkan kandung kencing tertekan sehingga merangsang ibu untuk sering kencing yang disebut Pollakisuria (*follaksuria*).

b. Kram kaki

Penekanan pada saraf yang melewati foramen obsturator yang menuju kaki oleh bagian bawah janin yang menyebabkan terjadinya kram kaki.

c. *Edema*

Penekanan pada pembuluh darah vena oleh bagian bawah janin juga menjadi penyebab terjadinya edema. Hal ini terjadi akibat bagian bawah janin menghambat darah yang kembali dari bagian bawah tubuh menuju ke atas.

2. Fase labor

Tiga (3) atau empat (4) minggu sebelum persalinan, calon ibu diganggu oleh his pendahuluan yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan dari kontraksi Braxton Hicks (Kurniarum, 2016).

Nurasiah, Ai dkk. (2012), menjelaskan bahwa kadar estrogen dan progesterone pada akhir masa kehamilan akan semakin berkurang sehingga produksi oksitosin meningkat. Peningkatan kadar oksitosin inilah yang memicu terjadinya kontraksi (his) yang lebih sering. His

permulaan ini biasanya disebut sebagai his palsu. Sifat his palsu antara lain :

- a. Rasa nyeri ringan dibagian bawah
- b. Datangnya tidak teratur
- c. Tidak ada tanda – tanda kemajuan persalinan
- d. Interval terjadinya his relative pendek
- e. Tidak bertambah bila beraktivitas
- f. Serviks menjadi lebih lunak

3. Perubahan Servix

Beberapa ibu akan mengalami peningkatan energi kira-kira 24-28 jam sebelum persalinan mulai. Setelah beberapa hari sebelumnya merasa kelelahan fisik karena tuanya kehamilan maka ibu mendapati satu hari sebelum persalinan dengan energi yang penuh. Peningkatan energi ibu ini tampak dari aktifitas yang dilakukannya seperti membersihkan rumah, mengepel, mencuci perabot rumah, dan pekerjaan rumah lainnya sehingga ibu akan kehabisan tenaga menjelang kelahiran bayi, sehingga persalinan menjadi panjang dan sulit (Kurniarum, 2016).

4. *Energy Sport*

Beberapa ibu akan mengalami peningkatan energi kira-kira 24-28 jam sebelum persalinan mulai. Setelah beberapa hari sebelumnya merasa kelelahan fisik karena tuanya kehamilan maka ibu mendapati satu hari sebelum persalinan dengan energi yang penuh. Peningkatan energi ibu ini tampak dari aktifitas yang dilakukannya seperti membersihkan rumah, mengepel, mencuci perabot rumah, dan pekerjaan rumah lainnya sehingga ibu akan kehabisan tenaga menjelang kelahiran bayi, sehingga persalinan menjadi panjang dan sulit

5. Gastrointestinal Upset

Beberapa ibu mungkin akan mengalami tanda-tanda seperti diare, obstipasi, mual dan muntah karena efek penurunan hormon terhadap sistem pencernaan.

4.2.2 Tanda – tanda Persalinan (Inpartu)

Menurut Kurniarum (2016) yang merupakan tanda pasti dari persalinan adalah :

1. Timbulnya kontraksi uterus Biasa juga disebut dengan his persalinan yaitu his pembukaan yang mempunyai sifat sebagai berikut:
 - a. Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan
 - b. Pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan
 - c. Sifatnya teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar
 - d. Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan cervix.
 - e. Makin beraktifitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi.

Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada servix (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit). Kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan serviks

2. Penipisan dan Pembukaan servix

Pada bumil dengan kehamilan pertama, terjadinya pembukaan ini disertai nyeri perut. Pada kehamilan anak kedua dan selanjutnya, pembukaan biasanya tanpa diiringi nyeri. Rasa nyeri terjadi karena adanya tekanan panggul saat kepala janin turun ke area tulang panggul sebagai akibat melunaknya rahim. Untuk memastikan telah terjadi pembukaan, tenaga medis biasanya akan melakukan

pemeriksaan dalam (*vaginal toucher*). Penipisan dan pembukaan servix ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula (Rohani, dkk. 2011)

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

Dalam bahasa medis disebut bloody show karena lendir ini bercampur darah. Itu terjadi karena pada saat menjelang persalinan terjadi pelunakan, pelebaran, dan penipisan mulut rahim. Bloody show seperti lendir yang kental dan bercampur darah. Menjelang persalinan terlihat lendir bercampur darah yang ada di leher rahim tsb akan keluar sebagai akibat terpisahnya membran selaput yang menegelimingi janin dan cairan ketuban mulai memisah dari dinding rahim.

Tanda selanjutnya pecahnya ketuban, di dalam selaput ketuban (korioamnion) yang membungkus janin, terdapat cairan ketuban sebagai bantalan bagi janin agar terlindungi, bisa bergerak bebas dan terhindar dari trauma luar. Terkadang ibu tidak sadar saat sudah mengeluarkan cairan ketuban dan terkadang menganggap bahwa yang keluar adalah air pipisnya. Cairan ketuban umumnya berwarna bening, tidak berbau, dan akan terus keluar sampai ibu akan melahirkan. Keluarnya cairan ketuban dari jalan lahir ini bisa terjadi secara normal namun bias juga karena ibu hamil mengalami trauma, infeksi, atau bagian ketuban yang tipis (*locus minoris*) berlubang dan pecah. Setelah ketuban pecah ibu akan mengalami kontraksi atau nyeri yang lebih intensif. Terjadinya pecah ketuban merupakan tanda terhubungnya dengan dunia luar dan membuka potensi kuman/bakteri untuk masuk. Karena itulah harus segera dilakukan penanganan dan dalam waktu kurang dari 24 jam bayi harus lahir apabila

belum lahir dalam waktu kurang dari 24 jam maka dilakukan penangana selanjutnya misalnya caesar.

Dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari canalis cervicalis keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa capillair darah terputus (Rohani, dkk. 2011)

4. *Premature Rupture of Membrane*

Premature Rupture of Membrane adalah keluarnya cairan banyak dengan sekonyong-konyong dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin robek. Ketuban biasanya pecah kalau pembukaan lengkap atau hampir lengkap dan dalam hal ini keluarnya cairan merupakan tanda yang lambat sekali. Tetapi kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, malahan kadang-kadang selaput janin robek sebelum persalinan. Walaupun demikian persalinan diharapkan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar.

Menurut Cunningham, dkk (2006) Untuk mendiagnose persalinan, bidan harus memastikan perubahan serviks dan kontraksi yang cukup diantara adalah :

1. Perubahan serviks, kepastian persalinan dapat ditentukan hanya jika serviks secara progresif menipis dan membuka
2. Kontraksi yang cukup/adekuat, kontraksi yang dianggap adekuat jika:
 - a. Kontraksi terjadi teratur, minimal 3 kali dalam 10 menit, setiap kontraksi berlangsung sedikitnya 40 detik.
 - b. Uterus mengeras selama kotraksi, sehingga tidak bisa menekan uterus dengan menggunakan jari tangan.

Indikator persalinan sesungguhnya ditandai dengan kemajuan penipisan dan pembukaan serviks.

Tabel 4.1. Karakteristik persalinan sesungguhnya dan persalinan semu

No	Persalinan Sesungguhnya	Persalinan Semu
1	Serviks menipis dan membuka	Tidak ada perubahan pada serviks
2	Rasa nyeri dan interval teratur Rasa nyeri tidak teratur	Rasa nyeri dan interval teratur Rasa nyeri tidak teratur
3	Interval antara rasa nyeri yang secara perlahan semakin pendek	Tidak ada perubahan interval antara rasa nyeri yang satu dengan yang lainnya
4	Waktu dan kekuatan kontraksi semakin bertambah	Tidak ada perubahan pada waktu dan kekuatan kontraksi
5	Rasa nyeri terasa di bagian belakang dan menyebar ke depan	Kebanyakan rasa nyeri di bagian depan
6	Dengan berjalan bertambah intensitas	Tidak ada perubahan rasa nyeri dengan berjalan
7	Ada hubungan antara tingkat kekuatan kontraksi dengan intensitas nyeri	Tidak ada hubungan antara tingkat kekuatan kontraksi dengan intensitas nyeri
8	Lendir darah sering tampak	Tidak ada lendir darah
9	Ada penurunan bagian kepala janin	Tidak ada kemajuan penurunan bagian

No	Persalinan Sesungguhnya	Persalinan Semu
		terendah janin
10	Kepala janin sudah terfiksasi di PAP diantara kontraksi	Kepala belum masuk PAP walaupun ada kontraksi
11	Pemberian obat penenang tidak menghentikan proses persalinan sesungguhnya	Pemberian obat penenang yang efisien menghentikan rasa nyeri pada persalinan semu

Sumber : Cunningham, F.Gary, dkk. 2006

DAFTAR PUSTAKA

- Ari Kurniarum. 2016. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, Pusdik SDM Kesehatan
- Cunningham, F.Gary, dkk. 2006. *Obstetri Williams*. Edisi 21. Vol. 1. Jakarta:EGC
- Harini, R.& Fitri. 2018. *Persalinan Kala 1 Fase Aktif pada Ibu Primigravida* (Counterpressure and Its Effect towards Labor Pain during 1st Active Phase in Primigravida Mother), 5(1), 29–33
- JNPK. 2017. *Asuhan Persalinan Normal Asuhan Esensial Bagi Ibu Bersalin Dan Bayi Baru lahir Sera Penatalaksanaan Komplikasi Segera Pascapersalinan Dan Nifas*. Jakarta: JNPK
- Margareth. 2013. *Kehamilan,Persalinan,dan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Marmi.2012. *Intranatal Care Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Pustaka Pelajar : Yogyakarta
- Nurasiah, Ai dkk. 2012. *Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan*. Refika Aditama : Bandung
- Rohani, S.ST., dkk. 2011. *Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan*. Jakarta : Salemba Medika

BAB 5

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERSALINAN

Oleh Ervin Rufaindah

Proses persalinan normal merupakan proses lahirnya bayi dengan serangkaian kejadian yang dipersepsikan menakutkan dan menimbulkan rasa sakit dan nyeri yang luar biasa. Nyeri sebagai perasaan tertekan, menderita atau kesakitan yang disebabkan stimulasi ujung-ujung saraf tertentu (O'Toole, 1997 dalam Cooper, 2013). Proses persalinan terdiri dari 4 kala, yaitu : kala I (kala pembukaan), kala II (kala pengeluaran janin), yaitu waktu di saat kekuatan his dan kekuatan mengejan mendorong bayi keluar.

Proses ini biasanya berlangsung kurang dari 60 menit untuk primipara dan 30 untuk multipara. Kala II (kala pengeluaran uri) dan kala IV dimulai dari uterus keluar (Prawirohardjo, 2014). Kekuatan fisiologis utama selama persalinan adalah kontraksi uterus. His adalah gelombang kontraksi ritmis otot polos dinding uterus yang dimulai dari daerah fundus uteri, awal gelombang tersebut didapat di dinding uterus yang dalam keadaan normal mengarah ke daerah kanalis servikalis (jalan lahir) yang membuka, untuk mendorong isi uterus keluar (Prawirohardjo, 2014). Kontraksi uterus pada persalinan menimbulkan nyeri akibat terjadinya kekurangan oksigen (hipoksia/anoksia) dari otot-otot rahim, peregangan serviks, penekanan pada ganglia saraf plexus fraken hauser yang berdekatan dengan serviks dan vagina, penekanan pada tuba, ovarium, dan peritoneum, peregangan pada ligamentum penyangga uterus, serta distansia otot-otot

dasar panggul serta perineum (Apriliia, 2011). (Tanjung dan Jahriani, 2022)

Kekuatan fisiologis utama selama persalinan adalah kontraksi uterus. His adalah kontraksi ritmis otot polos dinding uterus yang dimulai dari daerah fundus uteri, awal gelombang tersebut didapat dari pacemaker yang terdapat di dinding uterus yang dalam keadaan normal mengarah ke daerah kanalis servikalis (jalan lahir) yang membuka untuk mendorong isi uterus keluar (Prawirohardjo, 2014). Faktor-faktor yang mempengaruhi kontraksi uterus pada ibu bersalin yaitu, *power* (his/kontraksi otot rahim), *passanger* (janin dan plasentanya) yang besarnya dalam batas normal, dan *passage* (jalan lahir) yang tidak terdapat hambatan yang berat sehingga his dapat mengatasinya dengan baik, dan psikis (psikologi) dan penolong (Rohani. dkk, 2011) (Tanjung dan Jahriani, 2022).

Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan adalah:

1. **Power (tenaga/kekuatan)** (Prihartini dan Iryadi, 2019; Tanjung dan Jahriani, 2022)

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament. Kekuatan primer yang diperlukan dalam persalinan adalah his, sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah tenaga meneran ibu. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara power (tenaga/kekuatan) dengan persalinan. Dari 25 responden yang mempunyai power (tenaga/kekuatan) baik untuk mengedan, mayoritas kontraksi uterusnya kuat sebanyak 21 orang (70,0%). Dari 5 responden yang mempunyai power (tenaga/kekuatan) tidak baik untuk mengedan, mayoritas kontraksi uterusnya lemah sebanyak 3 orang (10,0%).

Penelitian yang dilakukan oleh Nisa' (2013) diketahui bahwa sebagian besar responden bersalin dengan

karakteristik his normal yaitu sebanyak 15 responden (53,6 %), hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar his pada responden yang bersalin di BPS Sahabat Perempuan terjadi 3-4 kali dalam 10 menit selama 40-60 menit. Power utama pada persalinan adalah tenaga atau kekuatan yang dihasilkan oleh his atau kontraksi dan retraksi otot rahim, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligamen, dengan kerjasama yang baik dan sempurna.

Kekuatan yang mendorong janin keluar (*power*) terdiri dari :

- a. His (kontraksi otot uterus) yaitu kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Pada waktu kontraksi otot-otot rahim menguncup sehingga menjadi tebal dan lebih pendek. Kavum uteri menjadi lebih kecil serta mendorong janin dan kantung amnion ke arah segmen bawah Rahim dan serviks.
- b. Kontraksi otot-otot dinding perut.
- c. Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan
- d. Ketegangan dan ligamentous action terutama ligamentum rotundum (Hidayat, 2013).

Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa power atau kekuatan ibu bersalin berhubungan dengan terjadinya kontraksi uterus dan hal tersebut menunjukkan bahwa ibu mampu meneran atau mengedan sesuai dengan anjuran bidan. Power yang baik saat mengedan akan meningkatkan kontraksi uterus dan dapat mempercepat proses persalinan, sedangkan jika power ibu tidak baik saat mengedan maka hal tersebut dapat memperlama proses persalinan terutama pada kala II. Masih ada power ibu yang tidak baik disebabkan ibu kesulitan untuk mengikuti

anjuan dokter karena kurang berpengalaman atau baru pertama kali melahirkan.

Power adalah tenaga atau kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan tersebut meliputi his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengan kerjasama yang sempurna.

a. His (kontraksi uterus)

Adalah kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominan, terkoordinasi dan relaksasi. Pembagian his dan sifat-sifatnya :

- 1) His pendahuluan: his tidak kuat, datangnya tidak teratur, menyebabkan keluarnya lender darah atau *bloody show*.
- 2) His pembukaan (kala I): menyebabkan pembukaan serviks, semakin kuat, teratur dan sakit.
- 3) His pengeluaran (kala II): untuk mengeluarkan janin, sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi.
- 4) His pelepasan uri (kala III): terkoordinasi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
- 5) His pengiring (kala IV): kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, terjadi pengecilan rahim setelah beberapa jam atau hari.

b. Tenaga mengejan

- 1) Setelah pembukaan lengkap dan ketuban pecah, tenaga yang mendorong anak keluar selain his, terutama disebabkan oleh kontraksi otot-otot dinding perut, yang mengakibatkan peninggian tekanan intraabdominal.
- 2) Tenaga ini serupa dengan tenaga mengejan waktu kita buang air besar, tapi jauh lebih kuat lagi.

- 3) Saat kepala sampai kedasar panggul, timbul reflex yang mengakibatkan ibu menutup glottisnya, mengkontraksikan otot-otot perut dan menekan diafragmanya ke bawah.
- 4) Tenaga mengejan ini hanya dapat berhasil bila pembukaan sudah lengkap, dan paling efektif sewaktu ada his.
- 5) Tanpa tenaga mengejan, anak tidak dapat lahir. Misalnya pada penderita yang lumpuh otot-otot perutnya, persalinan harus dibantu dengan forceps.
- 6) Tenaga mengejan ini juga melahirkan plasenta setelah terlepas dari dinding rahim.

c. Ciri-ciri Kontraksi Secara Umum :

- 1) Dominasi Fundus
- 2) Menyebabkan rasa nyeri
- 3) Uterus teraba keras
- 4) Teratur
- 5) Terdapat fase relaksasi
- 6) Menyebabkan hipoksia pada janin

d. Perubahan-perubahan yang terjadi akibat his :

- 1) Uterus teraba keras
- 2) Serviks menjadi menipis dan membuka
- 3) Rasa nyeri pada ibu karena iskemia pada otot rahim
- 4) Terjadi hipoksia pada janin, sehingga DJJ akan melambat atau lebih cepat jika his timbul.

- e. Hal-hal yang dikaji dari His/kontraksi yaitu :
 - 1) Frekuensi yaitu jumlah his dalam waktu tertentu
 - 2) Durasi yaitu lamanya kontraksi berlangsung dalam satu kontraksi
 - 3) Intensitas yaitu kekuatan kontraksi diukur dalam satuan mmHg dan dibedakan menjadi kuat, sedang dan lemah
 - 4) Interval yaitu masa relaksasi (diantara dua kontraksi)
 - 5) Datangnya kontraksi yaitu dibedakan menjadi kadang-kadang, sering, teratur.
- f. Cara mengukur his/kontraksi yaitu :
 - 1) Selama 10 menit
 - 2) Contoh hasil pengukuran : 3x/10'/40-50"/kuat, teratur

2. Passage (jalan lahir) (Nurpadayani, 2017; Rini Wahyuni dan Rohani, 2017)

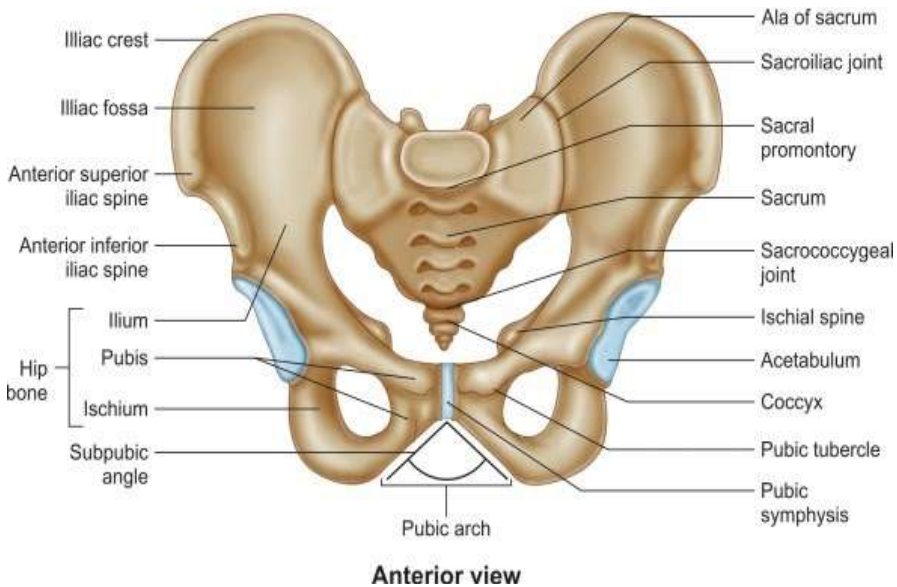
Jalan lahir terdiri atas panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku, oleh karena itu ukuran panggul dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa artinya terdapat hubungan yang signifikan antara passage (jalan lahir) dengan kontraksi uterus. Dari 21 responden yang mempunyai passage (jalan lahir) baik seluruhnya kontraksi uterusnya kuat sebanyak 21 orang (70,0%). Dari 5 responden yang mempunyai passage (jalan lahir) tidak baik mayoritas kontraksi uterusnya sedang sebanyak 6 orang (20,0%). Passage adalah jalan lahir yang terdiri atas panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul,

vagina, dan introitus (Rohani, 2011).

Disamping kontraksi dominan di daerah fundus, pada kala I persalinan menyebabkan terjadinya pembukaan secara pasif mulut rahim, mendorong bagian janin terendah menuju jalan lahir, sehingga ikut aktif membuka mulut rahim. Peran obstetrik utama dasar panggul yang berbentuk selokan ini pada pelahiran adalah untuk menyegariskan sutura sagitalis kepala yang sedang turun dengan diameter antero-posterior pintu bawah panggul. Bagian terendah kepala janin menyentuh dasar panggul dan bergeser ke depan. Bagian ini adalah oksiput pada posisi fleksi yang benar, atau sinsiput pada kepala dalam keadaan defleksi dengan posisi oksipitoposterior (Manuaba; 2013).

Dari hasil penelitian ini membuktikan bahwa jalan lahir berhubungan dengan kontraksi uterus yang kuat. Jalan lahir yang baik yaitu jika pada posisi jalan lahir teraba bagian keras tulang panggul, dan bagian lunak: otot-otot, jaringan dan ligamen. Hasil penelitian menunjukkan bahwa hampir semua ibu bersalin dengan jalan lahir baik dan kontraksi uterusnya kuat walaupun masih ada ibu bersalin dengan jalan lahir kurang baik, dan kontraksi uterusnya juga tidak baik.

- a. Anatomi tulang panggul, dibentuk oleh tulang-tulang :
 - 1) Illium
 - 2) Iskium
 - 3) Pubis
 - 4) Sakrum
 - 5) Koksigis



b. Pembagian segmen Tulang panggul sejati dan ukuran panggul dalam :

1) Pintu atas panggul

Dibatasi oleh tepi atas simpisis, tulang inominata, dan promontorium.

2) Rongga panggul / panggul tengah

Merupakan bidang terluas dan mempunyai diameter terpanjang. Dibatasi oleh bagian posterior simpisis pubis, ishium, sebagian illium, sakrum dan koksigeum.

3) Pintu bawah panggul

Merupakan bidang terkecil saluran panggul. Dibatasi oleh lengkung pubis, tuberositas iakium, spina ischiadica dan ujung os koksigis.

- c. Pembagian tulang panggul berdasarkan bidang hodge :
 - 1) Hodge I : Setinggi PAP (Pintu Atas Panggul) PAP dibatasi oleh promontorium dan tepi atas simpisis
 - 2) Hodge II: Sejajar Hodge I dibatasi oleh tepi bawah simpisis
 - 3) Hodge III : Sejajar Hodge I dibatasi oleh spina ischiadica
 - 4) Hodge IV : Sejajar Hodge I dibatasi oleh ujung os. Koksigis
- d. Ciri-ciri panggul yang normal :
 - 1) Promontorium tidak bisa diraba
 - 2) Os. Sakrum berbentuk cekung/konkaf
 - 3) Spina ischiadica tidak runcing/tumpul
 - 4) Sudut ramus pubis >90 derajat
- e. Pembagian panggul berdasarkan type :
 - 1) Ginekoid (tipe wanita klasik)
 - 2) Android (mirip panggul pria)
 - 3) Antrhopoid (mirip panggul kera)
 - 4) Platipelloid (panggul pipih)

3. **Passanger (janin dan plasenta)** (Anasari dan Pantiawati, 2016; Aprina dan Puri, 2016)

Cara penumpang atau janin bergerak di sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yaitu ukuran kepala janin, persentasi, letak, sikap dan posisi janin. Plasenta juga harus melalui jalan lahir sehingga dapat juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara passanger (janin dan plasenta) dengan persalinan. Dari 25 responden yang mempunyai passanger (janin dan plasenta) baik, kontraksi

uterusnya kuat sebanyak 19 orang (63,3%). Dari 5 responden yang mempunyai passenger (janin dan plasenta) tidak baik, mayoritas kontraksi uterusnya lemah sebanyak 3 orang (10,0%).

Passanger adalah cara penumpang atau janin bergerak di sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yaitu ukuran kepala janin, persentasi, letak, sikap dan posisi janin (Rohani, 2011). Janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor yakni kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta harus melewati jalan lahir, maka dia dianggap sebagai bagian dari passenger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan normal (Sumarah, 2013). Presentasi digunakan untuk menentukan bagian janin yang ada di bagian bawah rahim. Sedangkan untuk bagian terbawah janin, hampir sama dengan presentasi hanya diperjelas istilahnya. Sikap fleksi menyeluruh pada janin dan terutama fleksi pada kepala, bersama kontraksi uterus yang efisien akan menghasilkan hubungan mekanis yang lebih baik dengan panggul (Yeyeh, 2013).

Passanger berhubungan signifikan dengan kontraksi uterus pada ibu bersalin. Hal tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar letak janin atau posisi janin dan letak plasenta dalam posisi normal sehingga akan meningkatkan kontraksi uterus yang dapat mempercepat proses persalinan kala II. Letak dalam uterus sangat penting dalam diagnosa persalinan. Beberapa letak seperti lintang dan letak dahi tidak dapat lahir spontan, jika tidak diperbaiki maka berbahaya bagi ibu maupun janin.

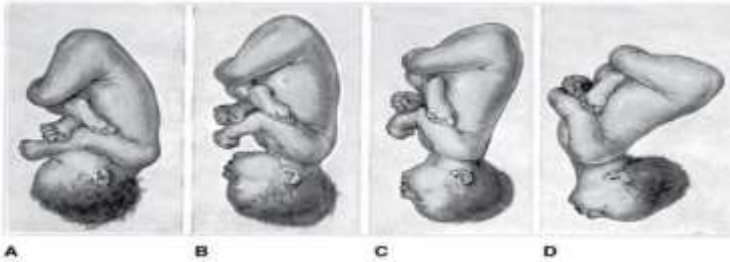
a. Janin

- 1) Letak : Memanjang/membujur
- 2) Presentasi : Kepala (Belakang kepala)
- 3) Denominator/Bag. Terendah : Oksiput
- 4) Sikap : Fleksi
- 5) Posisi : Oksipito anterior kiri
- 6) Ukuran diameter kepala janin
 - a) Diameter suboksipitobregmatika : 9,5 cm
 - b) Diameter Oksipitofrontalis : 11,75
 - c) Diameter mentookspitalis : 13-13,5 cm
 - d) Diameter Submentobregmatika : 9.5 cm

b. Presentasi Janin :

- 1) Presentasi Janin adalah bagian janin yang pertama kali memasuki PAP dan terus melalui jalan lahir saat persalinan mencapai aterm.
- 2) Bagian presentasi adalah bagian tubuh janin yang pertama kali teraba oleh jari pemeriksa saat melakukan pemeriksaan dalam
- 3) Bagian presentasi terdiri dari presentasi kepala, presentasi bokong, presentasi bahu, presentasi muka, dll.

Presentasi Kepala



Keterangan :

A. Presentasi vertex (puncak kepala)

C. Presentasi dahi

B. Presentasi sinsiput (depan kepala)

D. Presentasi muka

c. Letak Janin :

- 1) Letak janin yaitu hubungan antara sumbu Panjang (punggung) janin terhadap sumbu Panjang (punggung) ibu.
- 2) Letak janin terdiri dari memanjang, melintang, obliq/miring
- 3) Letak janin memanjang yaitu letak kepala, letak bokong

d. Sikap Janin :

- 1) Sikap yaitu hubungan bagian tubuh janin yang satu dengan bagian yang lain, hal ini Sebagian merupakan akibat pola pertumbuhan janin dan Sebagian akibat penyesuaian janin terhadap bentuk rongga Rahim.
- 2) Sikap/fleksi umum yaitu punggung janin sangat fleksi, kepala fleksi ke arah dada, paha fleksi ke arah sendi lutut, tangan disilangkan di depan toraks dan tali pusat terletak di antara lengan dan tungkai.

e. Posisi Janin :

- 1) Posisi yaitu hubungan antara bagian presentasi (occiput, sacrum, mentum, sinsiput/puncak kepala menengadiah) yang merupakan indicator untuk menetapkan arah bagian terbawah janin apakah sebelah kanan, kiri, depan atau belakang terhadap empat kuadran panggul ibu, misal pada letak belakang kepala (LBK) Ubun-ubun kecil (UUK) kiri depan, UUK kanan belakang.

f. Plasenta :

Plasenta merupakan organ yang luar biasa. Plasenta berasal dari lapisan trofoblas pada ovum yang dibuahi, lalu terhubung dengan sirkulasi ibu untuk melakukan fungsi-fungsi yang belum dapat dilakukan oleh janin itu sendiri selama kehidupan intrauterin. Keberhasilan janin untuk hidup tergantung atas keutuhan dan efisiensi plasenta.

Plasenta adalah alat yang sangat penting bagi janin karena merupakan alat pertukaran zat antara ibu dan anak atau sebaliknya. Jiwa anak tergantung pada plasenta. Baik tidaknya anak tergantung pada baik buruknya faal plasenta.

1) Pembentukan plasenta

- a) Pada minggu-minggu pertama perkembangan, jonjot-jonjot meliputi seluruh permukaan korion.
- b) Dengan berlanjutnya kehamilan, jonjot pada kutub embrional terus tumbuh dan meluas membentuk korion frondosum (korion berjonjot lebat seperti semak-semak)
- c) Jonjot pada kutub abembrional mengalami degenerasi dan menjelang bulan ketiga sisi

korion ini menjadi halus dan disebut korion leave.

- d) Perbedaan pada kutub embrional dan abembrional korion juga dicerminkan pada susunan desidua. Desidua di atas korion frondosum, desidua basalis, sedangkan desidua diatas yang meliputi kutub abembrional disebut desidua kapsularis. Dengan bertambahnya besar gelembung korion, lapisan ini menjadi regang dan berdegenerasi.
 - e) Selanjutnya, korion leave bersentuhan dengan dinding rahim pada sisi rahim yang lain dan keduanya Bersatu.
 - f) Rongga rahim kemudian tertutup.
 - g) Oleh karena itu, satu-satunya bagian korion yang ikut serta dalam proses pertukaran adalah korion frondosum yang bersama dengan desidua basalis membentuk plasenta.
- 2) Susunan plasenta
- Menjelang permulaan bulan keempat, plasenta mempunyai dua komponen :
- a) Bagian janin dibentuk oleh korion frondosum dan vili
 - b) Bagian ibu dibentuk oleh desidua basalis.
- 3) Bagian janin / permukaan fetal (fetal portion)
- a) Pada sisi janin plasenta dibatasi oleh lempeng korion
 - b) Pada daerah penyatuan, sel-sel trofoblas dan desidua saling bercampur baur. Daerah ini ditandai dengan adanya sel raksasa desidua

dan sinsitium serta kaya akan zat mukopolisakarida amorf.

- c) Sebagian besra sel sitotrofoblas berdegenerasi.
 - d) Antara lempeng korion dan lempeng desidua terdapat ruang antar jonjot yang berisi darah ibu.
 - e) Ruang-ruang ini berasal dari lakuna dalam sinsitotrofoblas dan dibatasi oleh sinsitium yang berasal dari janin.
 - f) Cabang-cabang jonjot tumbuh ke dalam danaudanaudarah antar jonjot.
- 4) Bagian ibu/permukaan maternal (maternal portion)
- a) Selama bulan keempat dan kelima, desidua membentuk sejumlah sekat yaitu sekat desidua yang menonjol ke dalam ruang antar jonjot tetapi tidak mencapai lempeng korion. Sekat-sekat ini mempunyai inti jaringan ibu, tetapi permukaannya diliputi oleh selapis sel sinsitium sehingga selamanya selapis sel sinsitium memisahkan darah ibu di dalam danaudantar jonjot dari jaringan janin pada jonjot.
 - b) Sebagai akibat pembentukan sekat ini, plasenta terbagi dalam sejumlah ruangan atau kotiledon. Oleh karena sekat desidua tidak mencapai lempeng korion, hubungan antara ruang antar jonjot dalam berbagai kotiledon tetap terpelihara
 - c) Sebagai akibat berlanjutnya pertumbuhan janin dan pembesaran rahim, plasenta juga membesar. Peningkatan luas permukaan secara kasar sebanding dengan pembesaran rahim dan selama kehamilan, plasenta

menutupi kira-kira 25 – 30 % permukaan dalam rahim. Peningkatan tebal plasenta diakibatkan oleh terbentuknya kaki-kaki dari jonjot-jonjot yang sudah ada dan tidak disebabkan oleh penembusan lebih lanjut ke dalam jaringan ibu.

- 5) Ciri-ciri permukaan fetal :
 - a) Terdiri dari vili
 - b) Menghadap ke janin
 - c) Warnanya keputih-putihan dan licin karena tertutup oleh amnion. Di bawah amnion nampak pembuluh-pembuluh darah.
- 6) Ciri-ciri permukaan maternal :
 - a) Terdiri dari desidua compacta dan sebagian desidua spongiosa yang kelak ikut lepas dengan plasenta.
 - b) Menghadap ke dinding Rahim
 - c) Warnanya merah dan terbagi oleh celah-celah. Plasenta terdiri dari 16-20 kotiledon.
 - d) Permukaannya kasar beralur-alur.
- 7) Letak plasenta
Letak plasenta pada umumnya pada korpus uteri bagian depan atau belakang agak ke arah fundus uteri. Hal ini adalah fisiologis karena permukaan bagian atas korpus uteri lebih luas, sehingga lebih banyak tempat untuk berimplantasi.
- 8) Bentuk dan ukuran plasenta
Plasenta berbentuk bundar atau oval. Ukuran diameter 15-20 cm, tebal 2-3 cm dan beratnya 500-600 gram. Biasanya plasenta akan terbentuk lengkap pada usia kehamilan kira-kira 16 minggu, dimana ruang amnion telah mengisi seluruh rongga rahim.

9) Tipe-tipe plasenta, Menurut perlekatan pada dinding rahim :

- a) Plasenta adhesive
- b) Plasenta akreta
- c) Plasenta inkreta
- d) Plasenta perkreta

10) Fungsi plasenta

a) Nutrisi

Plasenta sebagai alat nutritif. Penyaluran bahan nutrisi dari ibu ke janin dengan jalan :

- Difusi air dan bahan yang larut dalam air, garam kalium dan natrium. Makin besar berat jenis bahan makanan maka makin lambat terjadi difusi.
- Sistem enzimatis. Prinsip bahan tersebut dipecah dan selanjutnya disintesis ke bentuk aslinya dalam bentuk vili korialis. Bahan yang mengalami proses enzimatis :
 - a) Protein dipecah menjadi asam amino
 - b) Lemak dipecah menjadi asam lemak
 - c) Hidrat arang dipecah menjadi glukosa
 - d) Glikogen dipecah menjadi fruktosa
 - e) Vitamin dipecah menjadi bentuk yang lebih kecil
- f) Obat-obatan
- Pinositosis. Caranya seperti aktivitas amoben. Bahan tersebut adalah imunoglobulin G dan albumin.

b) Ekskresi

Ginjal, hati dan usus janin belum berfungsi dengan baik sebagai alat pembuangan. Sisa metabolisme akan dibuang melalui plasenta

yang dapat menghubungkan janin dengan dunia luar secara tidak langsung.

Zat utama yang diekskresi adalah karbon dioksida (CO_2). Bilirubin juga diekskresi karena sel darah merah diganti relatif sering. Terdapat sedikit pemecahan jaringan yang terpisah serta jumlah urea dan asam urat yang diekskresi sangat sedikit.

c) Respirasi

Dalam sirkulasi janin terdapat *fetal hemoglobin* (F) yang memiliki afinitas tinggi terhadap oksigen dan sebaliknya mudah melepaskan karbon dioksida melalui sistem difusi dalam plasenta. Dengan adanya perbedaan afinitas tersebut, plasenta dapat menjalankan fungsinya sebagai alat pernapasan. Makin tua kehamilan, semakin tinggi konsentrasi *adult hemoglobin* (A) sebagai persiapan bernapas melalui paru-paru pada saat kelahiran.

d) Produksi

Hormon yang dikeluarkan oleh plasenta adalah : Korionik gonadotropin, Korionik somato-mammotropin, Estrogen Plasenta, Progesteron

e) Imunisasi

Janin mempunyai kekebalan pasif sampai umur 4 bulan dan selanjutnya kekebalan tersebut berkurang. Antibodi yang dibentuk ibu melalui plasenta menyebabkan bayi kebal terhadap infeksi. Antibodi disalurkan melalui ASI sehingga kolostrium harus diberikan.

f) Barrier

Sel trofoblas cukup kuat untuk bertindak sebagai barrier terhadap beberapa bakteri atau virus. Demikian juga obat yang dapat membahayakan pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim dihalangi masuk melalui plasenta.

4. Psikis (psikologis)(Nilsson *et al.*, 2013; Chen dan Tan, 2019)

Perasaan positif ini berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas "kewanitaan sejati" yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan atau memproduksi anak. Khususnya rasa lega itu berlangsung bila kehamilannya mengalami perpanjangan waktu, mereka seolah-olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu "keadaan yang belum pasti" sekarang menjadi hal yang nyata. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara psikologis dengan persalinan. Dari 21 responden yang mempunyai psikologi baik mayoritas kontraksi uterusnya kuat sebanyak 21 orang (70,0%). Dari 7 responden yang mempunyai psikologi tidak baik mayoritas kontraksi uterusnya sedang sebanyak 4 orang (13,3%).

Perasaan positif berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas "kewanitaan sejati" yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan atau memproduksi anaknya. Mereka seolah-olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu "keadaan yang belum pasti" sekarang menjadi hal yang nyata (Ilmiah Shofa Widia, 2016). Perubahan psikologis dan perilaku ibu, terutama yang terjadi selama

fase laten, aktif, dan transisi pada kala 1 persalinan memiliki karakteristik masing-masing. Sebagian besar ibu hamil yang memasuki masa persalinan akan merasa takut. Apalagi untuk seorang primigravida yang pertama kali beradaptasi dengan ruang bersalin. Hal ini harus disadari dan tidak boleh diremehkan oleh petugas kesehatan yang akan memberikan pertolongan persalinan (Hidayat, 2013).

Dari hasil penelitian ini membuktikan bahwa psikologis ibu berhubungan erat dengan kontraksi uterus. Ibu yang memiliki masalah dengan psikologisnya seperti rasa cemas yang dihadapinya maka akan mengalami kontraksi yang lemah dan sedang, sedangkan jika psikologis ibu saat bersalin baik maka kontraksi uterus akan kuat. Adanya masalah psikologis pada ibu bersalin akan mempengaruhi kontraksi uterus ibu bersalin yang menjadi lemah dan akan memperlambat proses persalinan.

Persalinan dan kelahiran merupakan proses fisiologis yang menyertai kehidupan hampir setiap wanita. Pada umumnya persalinan dianggap hal yang menakutkan karena disertai nyeri hebat, bahkan terkadang menimbulkan kondisi fisik dan mental yang mengancam jiwa. Nyeri merupakan fenomena yang subjektif, sehingga keluhan nyeri persalinan setiap wanita tidak akan sama, bahkan pada wanita yang samapun tingkat nyeri persalinannya tidak akan sama dengan nyeri persalinan yang sebelumnya. Sehingga persiapan psikologis sangat penting dalam menjalani persalinan. Jika seorang ibu sudah siap dan memahami proses persalinan maka ibu akan mudah bekerjasama dengan petugas kesehatan yang akan menolong persalinannya. Dalam proses persalinan normal, pemeran utamanya adalah ibu yang disertai dengan perjuangan dan upayanya. Sehingga ibu harus meyakini bahwa ia mampu menjalani proses persalinan dengan

lancar. Karena jika ibu sudah mempunyai keyakinan positif maka keyakinan tersebut akan menjadi kekuatan yang sangat besar saat berjuang mengeluarkan bayi. Sebaliknya, jika ibu tidak semangat atau mengalami ketakutan yang berlebih maka akan membuat proses persalinan menjadi sulit.

5. Penolong (Wulandari dan Handayani, 2014)

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin, dalam hal ini tergantung dari kemampuan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara penolong (Psycian) dengan persalinan. Dari 24 responden yang mempunyai penolong (Psycian) baik, mayoritas kontraksi uterusnya kuat sebanyak 21 orang (70,0%). Dari 6 responden yang mempunyai penolong (Psycian) tidak baik, mayoritas kontraksi uterusnya lemah dan sedang masing-masing sebanyak 3 orang (10,0%). Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin, dalam hal ini tergantung dari kemampuan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan (Rohani, 2011).

Bidan mempunyai tanggung jawab yang besar dalam proses persalinan. Kompetensi yang dimiliki penolong sangat bermanfaat untuk memperlancar proses persalinan dan mencegah kematian maternal dan neonatal. Dengan pengetahuan dan kompetensi yang baik diharapkan kesalahan atau malpraktik dalam memberikan asuhan tidak terjadi. Tidak hanya aspek tindakan yang diberikan, tetapi aspek konseling dan pemberian informasi yang jelas dibutuhkan oleh ibu bersalin untuk Mengurangi tingkat

kecemasan ibu dan keluarga (Asrinah, 2013).

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa faktor penolong (bidan) juga berhubungan dengan kontraksi uterus. Ibu bersalin yang percaya terhadap bidan penolongnya maka akan meningkatkan rasa percaya diri dalam menghadapi persalinan dan lebih siap sehingga kontraksi uterusnya juga menjadi kuat. Sebaliknya, jika ibu tidak percaya dengan bidan sebagai penolongnya maka akan timbul kecemasan yang berlebihan sehingga akan mengganggu kontraksi uterus yang melemah.

Orang yang berperan sebagai penolong persalinan adalah petugas Kesehatan yang mempunyai legalitas dalam menolong persalinan, antara lain: dokter, bidan, perawat maternitas dan petugas kesehatan yang mempunyai kompetensi dalam pertolongan persalinan, menangani kegawatururatan serta melakukan rujukan jika diperlukan. Petugas kesehatan yang memberi pertolongan persalinan dapat menggunakan alat pelindung diri, serta melakukan cuci tangan untuk mencegah terjadinya penularan infeksi dari pasien. Pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga professional di masyarakat masih sangat rendah dibandingkan dengan target yang diharapkan. Pemilihan penolong persalinan merupakan faktor yang menentukan terlaksananya proses persalinan yang aman (Nurhapipa, 2015).

6. Posisi (Beiranvand *et al.*, 2017; Werner-Bierwisch *et al.*, 2018)

Posisi yang nyaman selama persalinan sangat diperlukan bagi pasien. Selain mengurangi ketegangan dan rasa nyeri, posisi tertentu justru akan membantu proses penurunan kepala janin sehingga persalinan berjalan lebih cepat selama tidak ada kontra indikasi dari keadaan pasien

(Sulistyawati, 2012). Faktor posisi sangat penting disini, posisi dapat membantu mengatasi faktor-faktor penyebab persalinan yang lama seperti diatas. Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. posisi tegak memberi sejumlah keuntungan. Mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman dan melancarkan sirkulasi darah. Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk, jongkok. Posisi tegak memungkinkan gaya gravitasi untuk membantu bagian terendah janin. Kontraksi uterus lebih kuat dan lebih efisien untuk membantu penipisan dan dilatasi serviks sehingga persalinan lebih cepat. Posisi tegak dapat Mengurangi insiden penekanan tali pusat.

Macam-macam posisi persalinan yang bisa dipilih ibu berdasarkan kenyamanannya adalah :

- a. Berbaring miring



www.thebump.com

Posisi miring ini dilakukan dengan salah satu kaki diangkat dan kaki yang lainnya lurus. Biasanya dilakukan jika posisi kepala bayi belum pas dengan jalan lahir. Posisi ini akan memberikan oksigen kepada bayi melalui plasenta dan calon ibu akan lebih menghemat energi, namun dokter/bidan bisa saja

kesulitan untuk memantau perkembangan proses ini.

b. Berjalan



Nakita.ID-Grid.ID

c. Berdiri



Curhat Bidan

Posisi ini terbilang menguntungkan karena membantu bayi bergerak ke panggul lebih cepat. Tekanan panggul di beberapa titik juga berkurang. Yang termasuk dalam posisi ini adalah berjalan, bergoyang atau bersandar pada seseorang, berdiri, dan bergoyang sambil duduk di kursi atau *birthing ball*. Manfaat yang didapat dari posisi tersebut antara lain meringankan sakit punggung, mensejajarkan bayi pada posisi yang tepat, dan mempercepat persalinan. Jika ibu melakukan goyangan atau gerakan pinggul, rasa nyaman lebih mendominasi ketimbang rasa sakit. Hanya saja, jalan kaki tidak ideal untuk ibu bertensi tinggi dan detak jantung janin sulit dilacak kalau sedang jalan maupun bergoyang.

d. Duduk



IDN.Times

Ketika janin sudah bergeser ke panggul, maka perjuangan melahirkan sudah setengah jalan. Ibu bisa duduk di kursi kelahiran. Posisi ini akan mengurangi tekanan pada panggul. Jagalah lutut lebih rendah daripada pinggul dan berayunlah ke depan, belakang, atau samping. Yang menyenangkan dari posisi ini adalah tubuh ibu terbantu gaya gravitasi. Manfaat lainnya adalah ibu lebih santai, dokter/bidan juga nyaman menggunakan mesin pemantauan detak jantung janin, robekan perineum (kulit antara vagina dan anus) bisa dikurangi, dan pasangan bisa melakukan kegiatan yang menenangkan seperti memijat punggung. Kelemahan dari posisi ini adalah ibu mungkin tidak nyaman duduk di kursi. Selain itu, kurang ideal untuk ibu yang punya riwayat tekanan darah tinggi.

e. Jongkok



SehatFresh.Com

Bukan hanya saat hamil dan bukaan, **posisi jongkok** ternyata juga populer digunakan untuk posisi saat persalinan. Posisi ini akan mengurangi

dibutuhkannya alat bantu selama proses melahirkan seperti gunting atau vakum. Tapi posisi ini tidak bisa dilakukan jika bayi sungsang. Jika dilakukan tanpa bangku dan peralatan pembantu lainnya, risiko untuk sobek pada bagian vagina juga lebih besar.

f. Terlentang



g. Setengah duduk



Kaskus

Setengah duduk sambal bersandar bisa menggunakan apa saja, mulai dari kasur, dinding, hingga bersandar pada orang lain. Karena nyaman, posisi ini bagus untuk menenangkan otot dan **menghindari ketegangan**. Cocok untuk perempuan yang merasa sangat lelah tapi tidak ingin benar-benar rebahan.

h. Merangkak



Cermati.com

Saat bayi tidak menghadap punggung tapi malah menghadap abdomen, posisi berlutut ini dapat membantu membuat bayi di posisi normal. Posisi ini ternyata juga bisa memberikan waktu untuk istirahat yang banyak kepada calon ibu sehingga dapat meringankan rasa sakit dan punggung yang tegang. Tapi posisi ini juga membuat **monitoring janin** cenderung lebih sulit.

DAFTAR PUSTAKA

- Anasari, T. dan Pantiawati, I. 2016. "Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan Preterm di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto," *Jurnal Kebidanan*, 8(01), hal. 94–109. Tersedia pada: <https://doi.org/10.35872/jurkeb.v8i01.203>.
- Aprina, A. dan Puri, A. 2016. "Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Persalinan Sectio Caesarea di RSUD dr.H.Abdul MoeloekProvinsi Lampung," *Jurnal Kesehatan*, 7(1), hal. 90. Tersedia pada: <https://doi.org/10.26630/jk.v7i1.124>.
- Beiranvand, P.S. *et al.* 2017. "Prevalence of Fear of Childbirth and Its Associated Factors in Primigravid Women: A Cross- Sectional Study," *Shiraz E-Medical Journal*, 18(11). Tersedia pada: <https://doi.org/10.5812/semj.61896>.
- Chen, H. dan Tan, D. 2019. "Cesarean Section or Natural Childbirth? Cesarean Birth May Damage Your Health," *Frontiers in Psychology*, 10(FEB), hal. 1–7. Tersedia pada: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00351>.
- Nilsson, L. *et al.* 2013. "Factors Influencing Positive Birth Experiences of First-Time Mothers," *Nursing Research and Practice*, 2013, hal. 1–6. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1155/2013/349124>.
- Nurpadayani, S. 2017. "Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Ruptur Perineum Persalinan Normal Di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar 2016," *Jurnal Ilmiah Media Bidan*, 2(1), hal. 40–49. Tersedia pada: <https://e-journal.ibi.or.id/index.php/jib>.

- Prihartini, A.R. dan Iryadi, R. 2019. "Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan dengan Tindakan Sectio Caesaria (SC) pada Ibu Bersalin," *Jurnal Kesehatan Pertiwi*, 1(1), hal. 13–20.
- Rini Wahyuni dan Rohani, S. 2017. "Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan preterm," *Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 2(1), hal. 61–68.
- Tanjung, R.D.S. dan Jahriani, N. 2022. "Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan Normal Di Klinik Harapan Bunda Kabupaten Padang Lawas Utara Tahun 2021," *Jurnal Gentele Birth*, 5(1), hal. 1–7.
- Werner-Bierwisch, T. *et al.* 2018. "Mothers' and fathers' sense of security in the context of pregnancy, childbirth and the postnatal period: an integrative literature review," *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), hal. 473. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2096-3>.
- Wulandari, E.J. dan Handayani, R. 2014. "Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan dengan Tindakan Vakum Ekstraksi di RSUD Banyumas," *Bidan Prada: Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 5(1), hal. 43–51.

BAB 6

TUJUAN ASUHAN PERSALINAN NORMAL

Oleh Kristinawati

6.1 Pendahuluan

Melahirkan merupakan salah satu peristiwa terpenting dalam kehidupan seorang perempuan. Mayoritas dari sekitar 140 juta kelahiran yang terjadi secara global setiap tahunnya berlangsung tanpa faktor risiko komplikasi bagi ibu maupun bayi di awal persalinan dan selama persalinan. Namun demikian, masa persalinan sangat penting untuk kelangsungan hidup perempuan dan bayi yang dilahirkannya, karena faktor morbiditas dan mortalitas dapat meningkat secara signifikan jika timbul komplikasi. (World Health Organization, 2018)

Sejalan dengan target *Sustainable Development Goal* yang ke-3 yakni memastikan kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan untuk semua orang di segala usia dan agenda global dari *The New Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030)* memperluas fokus pelayanan untuk memastikan bahwa perempuan dan bayinya tidak hanya selamat dari komplikasi persalinan jika terjadi komplikasi, tetapi juga agar ibu dan bayi dapat mencapai derajat kesehatan dan kesejahteraan yang maksimal. (World Health Organization, 2018)

Proses persalinan dapat berjalan dengan baik tidak hanya bergantung pada wanita yang melahirkan, tetapi juga pada tenaga kesehatan yang membantu persalinan. Bidan sebagai salah satu tenaga kesehatan memiliki tugas dan tanggung jawab secara medis, namun juga membangun

hubungan yang baik dengan ibu yang melahirkan dan memberikan dukungan selama proses persalinan. Seorang ibu yang sedang dalam proses persalinan sering memiliki persepsi yang keliru tentang persalinan, mereka sering tidak siap menghadapi kontraksi persalinan dan tidak tahu bagaimana mengatasi rasa sakitnya. Bidan perlu memberikan informasi tentang proses persalinan, mengelola nyeri persalinan dan mendukung ibu dalam partisipasi aktif saat proses persalinan berlangsung. Penting bagi bidan untuk mengembangkan hubungan dengan pasien dimana muncul rasa saling percaya, sehingga dapat menghasilkan pengalaman persalinan yang positif. (Guzewicz and Sierakowska, 2022)

6.2 Fokus Asuhan Kesehatan Ibu

Asuhan kesehatan ibu selama dua dasawarsa berfokus pada pemerataan gender, keluarga berencana, asuhan antenatal terfokus, asuhan pascakeguguran, persalinan yang bersih dan aman serta pencegahan komplikasi serta pelayanan emergensi obstetrik. (JNPK-KR, 2017)

1. Pemerataan gender dilakukan untuk memberdayakan ibu dalam memutuskan pilihan atas kondisi reproduksinya, mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang terbaik untuk dirinya sendiri serta memperoleh pelayanan kesehatan yang terbaik dan sesuai dengan kebutuhannya.
2. Keluarga berencana. Asuhan kebidanan keluarga berencana dilakukan untuk membantu para ibu dan pasangannya untuk merencanakan kehamilan yang diinginkan.
3. Asuhan antenatal terpadu dan terfokus dilakukan untuk memantau perkembangan kehamilan, mengenali gejala dan tanda bahaya, menyiapkan persalinan dan kesiapsediaan menghadapi komplikasi yang mungkin terjadi.

4. Asuhan pascakeguguran perlu diberikan kepada ibu untuk menatalaksana kegawatdaruratan keguguran dan komplikasi yang mungkin muncul pascakeguguran. Selain itu tanggap terhadap kebutuhan pelayanan kesehatan reproduksi lainnya.
5. Persalinan yang bersih dan aman serta pencegahan komplikasi perlu dilakukan oleh bidan dan tenaga kesehatan. Kajian dan bukti ilmiah menunjukkan bahwa asuhan persalinan bersih, aman dan tepat waktu merupakan salah satu upaya efektif untuk mencegah terjadinya kesakitan dan kematian
6. Pelayanan emergensi obstetrik dilakukan untuk mengatasi komplikasi dan kondisi kegawatdaruratan yang terjadi sebelum, selama dan setelah persalinan.

6.3 Pandangan *International Confederation of Midwives (ICM)* terhadap Persalinan Normal

Pelayanan bidan harus dilandasi oleh pengetahuan berbasis bukti atau sering dikenal dengan istilah *evidence based*. Hal ini diperlukan untuk dapat meningkatkan kualitas dan hasil asuhan kebidanan yang diberikan. Bidan adalah penolong persalinan normal. Bidan dapat memberikan asuhan berdasarkan *evidence based* untuk mendukung persalinan normal. *International Confederation of Midwives (ICM)* mendukung praktik kebidanan dasar yang berdampak pada kemampuan bidan untuk mendukung ibu mencapai persalinan normal. ICM mendukung definisi persalinan normal sebagai proses dinamis yang unik dimana melibatkan kondisi fisiologis ibu dan bayi serta kondisi psikososial. Persalinan normal adalah saat ibu memulai hingga menyelesaikan persalinannya dengan bayi lahir secara spontan saat usia kehamilan aterm, presentasi vertex saat aterm, tanpa intervensi bedah, medis

maupun intervensi farmasi. (International Confederation of Midwives, 2014)

Bagi sebagian besar perempuan, kehamilan dan persalinan adalah peristiwa yang fisiologis. Promosi persalinan normal termasuk dalam ruang lingkup ICM, oleh karena itu bidan harus kompeten dalam segala hal yang menunjang fisiologi persalinan normal. Perempuan harus memiliki akses untuk mendapat asuhan kebidanan, dukungan secara intensif, termasuk pilihan melahirkan di rumah dan pelayanan komplementer selama persalinan untuk mengurangi nyeri persalinan, seperti berendam di dalam air. (International Confederation of Midwives, 2014)

Dalam pernyataan ICM mengenai dukungannya terhadap proses persalinan normal, maka seluruh anggota ICM dalam hal ini adalah para bidan didorong untuk membangun hubungan kemitraan dengan perempuan untuk: (International Confederation of Midwives, 2014)

1. Mempromosikan persalinan normal dalam asuhan kebidanan
2. Menetapkan bidan sebagai pemberi asuhan yang utama dan ahli dalam persalinan normal
3. Memperkaya pendidikan bidan untuk meningkatkan keterampilan dan kompetensi dalam persalinan normal
4. Menyenggarakan kursus pendidikan untuk meningkatkan praktik bidan dalam persalinan normal
5. Meningkatkan kesadaran bidan tentang manfaat persalinan normal dari segi kesehatan ibu dan bayi baru lahir
6. Menetapkan dan menggunakan indikator pelayanan kesehatan serta mengevaluasi hasil praktik bidan dalam persalinan normal
7. Melaksanakan penelitian untuk mendemonstrasikan efektivitas asuhan kebidanan pada persalinan normal

8. Mengembangkan kerjasama dengan kementerian kesehatan dan organisasi lain
9. Berpartisipasi dalam perencanaan strategis dan proses pengambilan keputusan terkait pelayanan persalinan sehingga mendorong banyak pihak untuk mendukung persalinan normal

6.4 Tujuan Asuhan Persalinan Normal

Salah satu fokus pelayanan kesehatan ibu adalah melakukan persalinan yang bersih dan aman sebagai bentuk pemberian asuhan persalinan normal atau *basic delivery care*. Asuhan persalinan bersih dan aman bertujuan untuk menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya. Hal ini dilakukan melalui upaya yang terintegrasi dan lengkap, namun minim intervensi sehingga prinsip asuhan yang aman dan berkualitas dapat terjaga secara optimal. Setiap tindakan yang dilakukan dalam asuhan persalinan normal harus memiliki dasar dan bukti ilmiah yang kuat atau sesuai dengan *evidence based*, termasuk manfaat dari setiap tindakan atau intervensi yang dilakukan untuk kemajuan dan keberhasilan proses persalinan. (JNPK-KR, 2017)

Dengan tindakan atau intervensi yang tepat dalam asuhan persalinan serta dukungan yang penuh, mayoritas ibu hamil dapat melahirkan dengan prosedur medis minimal dan sebagian besar ibu memilih untuk menghindari intervensi, asalkan bayi mereka lahir dengan aman dan sehat. Kemajuan teknologi medis berkembang begitu pesat dan telah disertai peningkatan persalinan dan kelahiran dengan intervensi yang intensif. Karena teknologi dalam persalinan telah menjadi norma, maka tingkat kasus operasi seksio sesarea juga semakin meningkat. Rencana persalinan secara alamiah telah tergantikan oleh sistem perawatan maternitas yang secara

rutin mengganggu proses fisiologis persalinan dan dengan demikian menimbulkan risiko yang tidak perlu bagi ibu dan bayi. Ibu tidak lagi percaya diri dengan kemampuan mereka untuk melahirkan tanpa intervensi teknologi. Waktu yang dimiliki bidan atau tenaga kesehatan dihabiskan untuk mengelola teknologi daripada memberikan asuhan yang aman dan nyaman serta dukungan dalam proses persalinan. Dalam kondisi seperti ini, maka dengan mudah melupakan fisiologi persalinan dan manfaat dari kelahiran secara normal. (Maternity Care Working Party, 2007; Romano and Lothian, 2008)

Kita ingin proses persalinan berlangsung aman dengan kondisi ibu dan bayi yang lahir sehat dan siap menghadapi perubahan, tuntutan dan pertumbuhan yang mengikutinya. Untuk itu prosedur atau tindakan yang digunakan selama persalinan yang diketahui meningkatkan kemungkinan intervensi medis harus dihindari jika memungkinkan. Misalnya pemantauan denyut jantung janin dengan kardiotokografi secara terus menerus selama persalinan pada ibu berisiko rendah dikaitkan dengan peningkatan operasi sesar darurat tetapi tidak ada peningkatan kesehatan jangka panjang. Contoh lain penggunaan anestesi epidural dalam persalinan dapat meningkatkan kejadian persalinan dengan forseps atau vakum. Hal yang perlu diperhatikan adalah kebutuhan dan keinginan ibu bersalin yang perlu dihormati dan setiap ibu harus dapat membuat keputusan yang tepat mengenai asuhan atau perawatan yang mereka butuhkan. (Maternity Care Working Party, 2007)

Pemerintah melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia telah menetapkan pengaturan penyelenggaraan pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan dan masa sesudah persalinan, pelayanan kontrasepsi dan pelayanan kesehatan seksual

bertujuan untuk mengurangi angka kesakitan dan angka kematian ibu dan bayi baru lahir. Pengaturan ini tentunya menjadi dasar dan pedoman bagi bidan untuk menyelenggarakan pelayanan kebidanan yang berkualitas, salah satunya mempromosikan asuhan persalinan normal yakni persalinan yang bersih dan aman. Persalinan dilakukan sesuai dengan standar persalinan normal atau standar persalinan komplikasi. Standar persalinan komplikasi mengacu pada Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan rujukan. (Peraturan Menteri Kesehatan RI, 2021)

Standar persalinan normal adalah Asuhan Persalinan Normal (APN) yang dilakukan sesuai standar dan memenuhi persyaratan sebagai berikut:(Peraturan Menteri Kesehatan RI, 2021)

1. Persalinan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan
2. Penolong persalinan terdiri dari dokter, bidan dan perawat. Apabila terdapat keterbatasan akses dan tenaga medis, maka persalinan dilakukan oleh tim minimal dua orang tenaga kesehatan yang terdiri dari bidan-bidan atau bidan-perawat;
3. Tim penolong persalinan mampu melakukan tata laksana awal penanganan kegawatdaruratan maternal dan neonatal.

Pelayanan persalinan harus memenuhi beberapa aspek antara lain membuat keputusan klinik; asuhan sayang ibu dan sayang bayi; termasuk pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan resusitasi bayi baru lahir; pencegahan infeksi; pencegahan penularan penyakit dari ibu ke anak; persalinan bersih dan aman; pencatatan atau rekam medis asuhan persalinan; dan rujukan pada kasus komplikasi ibu dan bayi baru lahir. (Peraturan Menteri Kesehatan RI, 2021)

6.5 Praktik Perawatan yang Mendukung Persalinan Normal

Proses persalinan alamiah yang telah direncanakan dapat dengan mudah terhambat. Karena itu sangat penting untuk memberikan asuhan kebidanan yang mempromosikan, melindungi dan mendukung proses fisiologis persalinan normal secara optimal. *World Health Organization* (WHO) mengidentifikasi empat praktik perawatan yang mempromosikan, melindungi dan mendukung persalinan normal. Sedangkan *Lamaze International* telah mengidentifikasi dua praktik lagi. Secara keseluruhan, keenam praktik asuhan maternitas tersebut didukung oleh penelitian, termasuk tinjauan sistematis dari *Cochrane Library* (2006) dan *Coalition for Improving Maternity Services* (2007).

6.5.1 Membiarkan persalinan dimulai dengan sendirinya

Mekanisme fisiologis persalinan tidak sepenuhnya dapat dipahami. Penelitian menunjukkan adanya proses endokrinologi yang mempengaruhi dimulainya proses persalinan. Sebagian besar penelitian berfokus pada inisiasi persalinan untuk mencegah persalinan prematur dan mengoptimalkan efektivitas dan keamanan metode induksi persalinan. Persalinan normal adalah puncak dari serangkaian perubahan hormonal yang saling terkait. Kondisi ini dimediasi terutama oleh janin, dengan adanya plasenta. Pematangan sumbu *hipotalamus-hipofisis-adrenal* (HPA) janin menghasilkan lonjakan kortisol yang mempersiapkan organ vital janin untuk kehidupan ekstrasuterin. Selanjutnya sinyal hormonal *feed-forward* (yakni *cascading*) mempercepat laju perubahan menjelang dimulainya persalinan. Reseptor hormon di miometrium menjadi aktif, dan terakhir adanya faktor intrinsik di dalam otot rahim mempengaruhi terjadinya kontraksi dan dilatasi serviks yang progresif. (Romano and Lothian, 2008)

6.5.2 Kebebasan bergerak atau mobilisasi selama persalinan

Biarkan ibu untuk bergerak dan memilih posisi persalinan sesuai keinginannya. Berdiri, berjalan, bergoyang berirama, mencondongkan tubuh ke depan dan mengambil posisi tangan dan lutut adalah contoh gerakan spontan yang digunakan ibu bersalin secara naluriah sebagai respon terhadap rasa sakit akibat nyeri persalinan atau sensasi lain selama persalinan. Kemajuan persalinan dapat terjadi lebih cepat ketika ibu menanggapi isyarat tubuhnya sendiri, mengambil posisi yang benar atau sering mengubah posisi untuk menemukan posisi yang paling "cocok" atau sesuai agar janin dapat melewati panggul. Terkadang kebijakan rumah sakit atau tempat layanan kesehatan yang ketat dan seringnya intervensi pemasangan infus serta monitoring janin secara terus menerus menggunakan kardiotokografi membuat ibu tidak dapat bebas untuk bergerak. Hal ini mengakibatkan sebagian besar ibu menghabiskan sebagian besar bahkan seluruh proses persalinan dengan berada di tempat tidur dan dalam posisi telentang. (Romano and Lothian, 2008)

Posisi persalinan *nonsupine* atau kebebasan untuk bergerak dalam persalinan akan berdampak pada durasi persalinan menjadi lebih pendek, meningkatnya kontraktilitas uterus, kenyamanan meningkat dan mengurangi intervensi untuk mengurangi nyeri persalinan. Sebuah studi kohort prospektif mengemukakan hubungan antara ambulasi dalam persalinan dan penurunan risiko persalinan operatif (termasuk operasi seksio sesarea, RR 0,5, CI 0,3-0,9). Tidak ada penelitian yang menunjukkan bukti adanya bahaya dari ambulasi dalam persalinan. (Romano and Lothian, 2008) Sehingga ambulasi atau mobilisasi dalam persalinan merupakan kebutuhan dasar ibu selama persalinan yang harus dipenuhi untuk dapat

mendukung terjadinya persalinan secara normal.(Romano and Lothian, 2008)

6.5.3 Dukungan persalinan secara terus menerus

Dukungan persalinan secara terus menerus dapat memberikan dampak yang menguntungkan selama proses persalinan. Dengan adanya pendamping persalinan, baik dari keluarga terdekat (suami) maupun doula (pendamping perempuan dengan pelatihan khusus), termasuk bidan sebagai mitra ibu selama persalinan akan mengurangi kecemasan ibu dan menurunkan hormon stres. Ketika ibu merasa cemas dan kesakitan akibat nyeri persalinan, maka tubuh akan merespon dengan peningkatan hormon stres. Peningkatan katekolamin dalam persalinan dapat mengakibatkan vasokonstriksi dan penurunan aliran darah uterus, yang selanjutnya dapat menimbulkan potensi bahaya pada janin dan memperlambat kemajuan persalinan.(Romano and Lothian, 2008)

6.5.4 Meneran secara spontan dalam posisi tidak telentang

Ada berbagai posisi yang dapat diterapkan ibu selama proses persalinan. Posisi berdiri, berlutut dan jongkok membantu penurunan bagian terbawah janin dan melindungi jalan lahir dari tekanan yang berlebihan. Posisi netral misalnya berlutut dengan posisi merangkak, berbaring miring dan setengah duduk memungkinkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi dan membantu ibu menghemat tenaga selama kontraksi. Meneran dengan posisi berdiri dapat mempersingkat durasi kala II dan mengurangi kejadian nyeri persalinan yang berlebihan serta mengurangi kejadian *fetal distres*. Posisi jongkok dapat memperlebar diameter panggul sehingga menciptakan banyak ruang bagi janin untuk turun. Bagaimanapun juga ibu harus didorong untuk melahirkan

dalam posisi yang menurut mereka paling nyaman, termasuk posisi tegak.(Romano and Lothian, 2008)

6.5.5 Rawat gabung

Bayi baru lahir yang berada dalam pelukan ibu mereka akan lebih sedikit menangis dan tetap lebih hangat daripada bayi baru lahir yang ditempatkan di boks penghangat. Suhu tubuh ibu secara alami menyesuaikan dengan tubuh bayi untuk menjaga bayinya tetap hangat. Kontak kulit ke kulit atau *skin to skin* juga memaparkan bayi pada bakteri normal ibunya, bukan kuman yang ada di rumah sakit, sehingga dapat menurunkan risiko tertular infeksi. Manfaat lain dari kontak *skin to skin* untuk bayi baru lahir adalah pernapasan lebih mudah dan lebih teratur, kadar gula darah lebih stabil, dan keberhasilan proses laktasi atau menyusui lebih tinggi. Dengan proses Inisiasi Menyusu Dini (IMD), bayi melakukan kontak kulit ke kulit, secara naluriah bayi akan merangkak ke payudara, menempel, dan mulai menyusui. Meskipun pemisahan singkat dilakukan, tetap dapat mempengaruhi kemampuan bayi melakukan IMD.(Romano and Lothian, 2008; World Health Organization, 2018)

6.5.6 Tanpa intervensi rutin yang tidak perlu

Sebuah penelitian yang dilakukan pada ibu yang melahirkan di Amerika Serikat tahun 2005 menunjukkan sekitar 40% ibu hanya minum selama persalinan, 15% saja yang hanya mengonsumsi makanan selama persalinan, sekitar 80% mendapatkan cairan melalui infus; 59% menjalani amniotomi, 55% mendapatkan augmentasi oksitosin; 93% dipasang alat kardiotokografi baik secara terus menerus maupun sepanjang proses persalinan; dan 76% mendapatkan anestesi epidural. Setiap intervensi rutin dan pembatasan ambulasi ini dapat mengganggu fisiologi persalinan normal.

Asupan nutrisi sangat diperlukan bagi ibu bersalin untuk memberikan energi pada saat meneran. Proses persalinan membutuhkan kalori, tidak hanya hidrasi. (Romano and Lothian, 2008)

6.6 Promosi Persalinan Normal

Periode perinatal merupakan waktu yang sensitif bagi wanita dan bayi dalam kaitannya dengan perubahan hormonal dan proses biologis lainnya. Asuhan yang mendukung ditujukan untuk meminimalkan stres dan kecemasan ibu dari dampak negatif akibat munculnya hormon stres pada proses persalinan dan kelahiran. Manfaat persalinan normal bagi ibu dan bayi antara lain meningkatkan efektifitas proses persalinan, meningkatkan kesiapan janin untuk lahir, melindungi janin dari kekurangan oksigen selama persalinan, meningkatkan respon fisiologis terhadap stres dan nyeri persalinan, mempromosikan transisi ibu dan bayi baru lahir, membantu meminimalkan perdarahan ibu setelah melahirkan dan meningkatkan *bonding* antara ibu dan bayi.(Queensland Clinical Guidelines, 2022)

Proses persalinan dan kelahiran secara fisiologis terjadi dalam paradigma kesehatan yang didukung oleh beberapa hal sebagai berikut:(Romano and Lothian, 2008; World Health Organization, 2018; Queensland Clinical Guidelines, 2022)

1. Lingkungan persalinan yang menjaga kesejahteraan fisik, psikologis dan emosional ibu
2. Filosofi asuhan persalinan yang positif
3. Pemahaman yang jelas mengenai fisiologi hormonal selama persalinan
4. Komunikasi yang jelas
5. Kesiambungan asuhan dan pemberi asuhan
6. Asuhan kebidanan *one-to-one*
7. Mengoptimalkan lingkungan persalinan

8. Persiapan kelahiran dilakukan sejak kehamilan
9. Mempertahankan tingkat intervensi minimum yang kompatibel dengan keamanan selama persalinan
10. Memenuhi kebutuhan nutrisi dan hidrasi
11. Kebebasan bergerak dan posisi
12. Rawat gabung dan dukungan IMD
13. Meningkatkan pengetahuan tenaga kesehatan untuk mengurangi rasa takut bersalin untuk mendorong ibu menuju kelahiran normal.

Filosofi positif terhadap proses persalinan normal dan asuhan yang berpusat pada ibu dapat ditunjukkan melalui budaya profesional dengan komunikasi yang baik dan berkualitas. Komunikasi positif, termasuk bahasa dan dukungan positif, serta pendekatan yang baik akan memberikan dampak yang positif pula bagi ibu bersalin. Ibu akan merasa percaya diri, merasa memegang kendali dan membuat keputusan berdasarkan informasi selama persalinan dan kelahiran termasuk keputusan untuk menolak perawatan yang direkomendasikan. Komunikasi yang efektif dan keterlibatan dari ibu (termasuk keluarga) dengan tenaga kesehatan dapat menghindarkan ibu dari morbiditas dan mortalitas perinatal yang tidak perlu, dapat meningkatkan angka kelahiran normal, memfasilitasi *informed consent* dan mengurangi trauma kelahiran.(Queensland Clinical Guidelines, 2022)

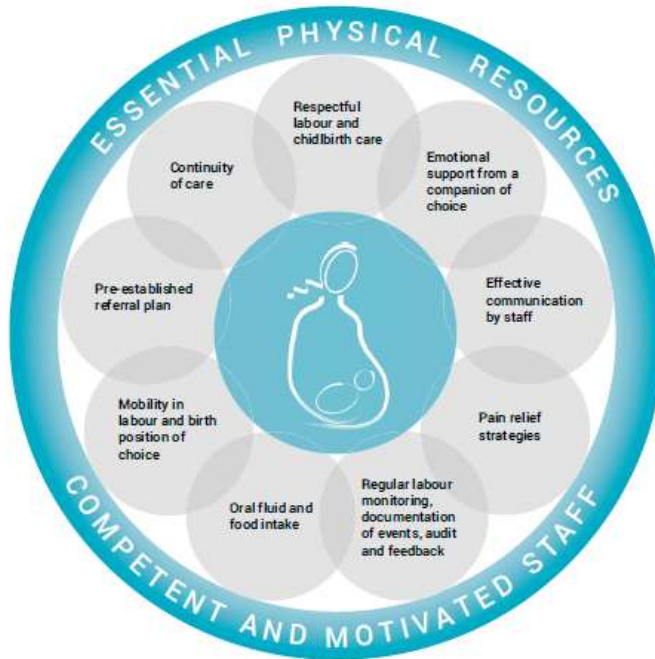
WHO juga telah merekomendasikan model asuhan persalinan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas kesehatan ibu dan bayi dalam rangka mendukung persalinan normal. Bahwa dalam mendukung persalinan normal maka diperlukan sumber daya fisik serta didukung oleh tenaga yang kompeten dan termotivasi. Dalam skema model asuhan intrapartum yang diusulkan oleh WHO merekomendasikan

beberapa tindakan yang dapat dilakukan bidan sebagai penolong persalinan dalam memberikan asuhan. Asuhan persalinan dan kelahiran dilakukan dengan penuh rasa hormat, menghargai privasi, budaya dan setiap keputusan ibu. Selama proses persalinan berlangsung ibu bebas memilih pendamping persalinan sesuai keinginannya, sehingga ibu mendapatkan dukungan secara emosional untuk mengatasi rasa cemas bahkan takut selama persalinan. Bidan termasuk seluruh staf yang bertugas menolong persalinan sebaiknya menggunakan komunikasi yang efektif, menjelaskan prosedur persalinan yang harus dilalui ibu sehingga ibu mampu mengambil keputusan atas pilihan-pilihan asuhan yang akan diterimanya.(World Health Organization, 2018)

Proses persalinan identik dengan rasa sakit atau nyeri persalinan akibat kontraksi. Kebutuhan akan pengelolaan nyeri persalinan menjadi bagian penting dalam asuhan persalinan normal, sehingga strategi pengurangan rasa sakit perlu dimasukkan ke dalam pilihan asuhan persalinan. Dalam rangka mempromosikan persalinan dapat berjalan secara normal, maka diperlukan pemantauan kemajuan persalinan secara teratur. Selain itu setiap kejadian dan tindakan selama persalinan harus didokumentasikan dengan baik, dievaluasi dan dilengkapi dengan umpan balik.(World Health Organization, 2018)

WHO juga merekomendasikan untuk pemenuhan kebutuhan nutrisi, hidrasi, mobilisasi dan ambulasi serta membebaskan ibu untuk memilih posisi persalinan yang diinginkannya selama proses persalinan akan mendukung terjadinya persalinan secara normal. Tidak dipungkiri jika kegawatdaruratan bisa saja terjadi selama persalinan berlangsung, sehingga diperlukan rencana rujukan yang tepat terhadap kejadian kegawatdaruratan yang mungkin terjadi. Dalam memberikan asuhan kepada ibu sangat diperlukan

continuity of care atau asuhan yang berkesinambungan, sejak dimulainya proses persalinan, hingga perawatan pasca salin dan perawatan bayi baru lahir termasuk di dalam skema model asuhan intrapartum yang direkomendasikan untuk mendukung asuhan persalinan normal.(World Health Organization, 2018)



Gambar 6.1. Skema Model Asuhan Persalinan WHO
(World Health Organization, 2018)

DAFTAR PUSTAKA

- Guzewicz, P. and Sierakowska, M. 2022. 'The Role of Midwives in the Course of Natural Childbirth—Analysis of Sociodemographic and Psychosocial Factors—A Cross-Sectional Study', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23). Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph192315824>.
- International Confederation of Midwives. 2014. 'Position Statement: Keeping Birth Normal', *Www.Internationalmidwives.Org*, pp. 1–3.
- JNPK-KR. 2017. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: Jaringan Nasional Pelatihan Klinik.
- Maternity Care Working Party. 2007. *Making normal birth a reality - Consensus Statement*.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI. 2021. *PMK Nomor 21 Tahun 2021, Asuhan Kebidanan tentang pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual*.
- Queensland Clinical Guidelines. 2022. *Maternity and Neonatal Clinical Guideline Normal birth*. Available at: www.health.qld.gov.au/qcg.
- Romano, A.M. and Lothian, J.A. 2008. 'Promoting, protecting, and supporting normal birth: A look at the evidence', *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37(1), pp. 94–105. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00210.x>.
- World Health Organization. 2018. *WHO recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience*.

BAB 7

ASUHAN SAYANG IBU PADA PERSALINAN

Oleh Nurdewi Sulymbona

7.1 Pendahuluan

Kesehatan seseorang, kelompok atau masyarakat ditunjukkan dengan indikator seperti angka harapan hidup saat lahir, kematian bayi (AKB), kematian balita (AKABA), kematian ibu (AKI), angka kesakitan dan status kesehatan dan gizi. Persalinan sering kali menjadi pembunuh utama wanita muda di puncak usia reproduksi mereka. Angka kematian ibu (AKI) turun dari 390 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup antara tahun 1991 dan 2007 dan naik menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup di SDKI pada tahun 2012, dengan 305 kematian pada tahun 2015. Angka tersebut menurun per 100.000 kelahiran hidup. (Kemenkes RI, 2017).

Upaya *World Health Organization* (WHO) untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) melalui pengenalan strategi *Making Pregnancy Safer* (MPS), yang pada dasarnya *Making Pregnancy Safer* (MPS), mengutamakan *Safe Motherhood* secara nasional dan internasional. Rencana pembangunan dan karya ini di lanjutkan dengan gerakan kasih ibu (GSI) (Musyani 2019). Asuhan maternal adalah asuhan yang menghormati budaya masing-masing, keinginan ibu akan asuha yang aman selama proses persalinan, serta ibu dan keluarga sebagai pengambil keputusan, asuhan yang tidak emosional dan suportid. Merawat ibu berarti keterampilan kebidanan Indonesia, khususnya standar kualifikasi K-4 selama

kehamilan dan persalinan, bidan harus mampu memberikan perawatan selama persalinan (Tambuwun *et al.* 2014).

7.2 Konsep Asuhan Sayang Ibu

Menurut Pusdinakes (2003), konsep asuhan maternitas adalah sebagai berikut:

1. Perawatan yang aman berbasis bukti dan membantu meningkatkan kelangsungan hidup ibu dalam memberikan asuhan harus saling menghormati budaya dan kepercayaan masing-masing, menjaga privasi, memenuhi hidup dan keinginan ibu.
2. Kasih sayang ibu memberikan rasa aman dan nyaman saat melahirkan, menghormati adat budaya, agama dan kepercayaan dengan melibatkan ibu dan keluarga dalam pengambilan keputusan.
3. Asuhan bersalin menghargai fakta bahwa kehamilan dan persalinan adalah proses alami dan tidak memerlukan intervensi sederhana.
4. Asuhan sayang ibu berpusat pada ibu, bukan pada tenaga medis
5. Asuhan sayang ibu yang dapat meyakinkan ibu dan keluarganya dengan memberi tahu mereka apa yang sedang terjadi dan apa yang di harapkan.

Inisiatif *safe motherhood* dimulai pada tahun 1987 dari *Coalition Of Improving Maternity Service* (CIMS) melahirkan *safe motherhood*. CIMS telah mengembangkan sepuluh langkah dalam asuhan sayang ibu, yaitu:

1. Menawarkan bantuan sebagai pendampingan selama persalinan untuk dukungan emosional dan fisik secara berkelanjutan
2. Berikan informasi tentang praktik kebidanan, termasuk hasil asuhan serta intervensi

3. Berikan asuhan yang sensitif dan responsif dengan menghormati keyakinan, nilai dan adat istiadat
4. Biarkan calon ibu bebas memilih posisi melahirkan yang aman dan nyaman
5. Mengembangkan kebijakan dan prosedur yang jelas untuk memberikan asuhan yang berkelanjutan
6. Tidak konsisten menggunakan prosedur praktik yang tidak memiliki oleh penelitian ilmiah untuk mendukung manfaatnya, seperti: mencukur, *enema*, pemberian cairan infus, kebutuhan nutrisi, ketuban pecah, pemantauan janin secara elektronik
7. Mendidik pemberi asuhan tentang metode pereda nyeri dengan farmakologi atau nonfarmakologi
8. Memotifasi semua ibu untuk menyusui dan merawat bayinya secara mandiri
9. Berkewajiban menyunatkan bayi jika menurut agama
10. Memprposisikan pemberian ASI

7.3 Prinsip Umum Sayang Ibu

Prinsip sayang ibu adalah:

1. Pahami bahwa kelahiran adalah proses biologis yang alami
2. Gunakan cara yang sederhana, jangan ikut campur tanpa di minta atau ada indikasi
3. Beri rasa aman, berdasarkan fakta dan kontribusi pada keamanan spiritual ibu
4. Perawatan yang diberikan berpusat pada ibu
5. Menjaga privasi dan kerahasiaan ibu
6. Bantu ibu untuk merasa aman, nyaman dan di suport secara emosional
7. Pastikan ibu mendapatkan informasi, penjelasan dan nasehat yang benar
8. Membantu ibu dan keluarga untuk berperan aktif dalam pengambilan suatu keputusan

9. Menghormati adat istiadat dan kenyakinan ibu
10. Memantau kesehatan fisik, psikis, spiritual dan sosial/keluarga selama masa hamil, bersalin dan nifas.
11. Tekankan pada promosi kesehatan dan pencegahan penyakit.

7.4 Asuhan Sayang Ibu

Asuhan sayang ibu meliputi asuhan persalinan yang dimulai dari kala I sampai persalinan kala IV, serta selalu menghormati budaya, kepercayaan dan keinginan ibu, sehingga sangat penting sekali untuk memperhatikan seorang ibu pada saat (Rosmaria Br Manik, 2017). Asuhan pada sayang ibu juga sangat berdasar, berdasarkan prinsip saling menghormati budaya, kepercayaan dan keinginan ibu,. Salah satu prinsip asuhannya adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga dalam proses persalinan ibu (Tambuwun *et al.* 2014).

Asuhan persalinan sayang ibu bertujuan untuk memberikan dukungan fisik dan emosional untuk melakukan pengkajian menegakkan diagnosa, mencegah komplikasi, mengobati terjadinya komplikasi, menyelesaikan kasus yang tidak dapat di selesaikan sendiri, memberikan asuhan yang adekuat pada ibu dengan intervensi minimal sesuai dengan tahapan persalinan. Mengurangi resiko infeksi, menginformasikan ibu dan keluarga tentang kemajuan persalinan, memberikan perawatan yang tepat untuk baru lahir dan membantu ibu untuk menyusui dini (Rosmaria Br Manik 2017).

Adapun bentuk asuhan sayang ibu pada persalinan (Yulizawati, 2019) yaitu:

7.4.1 Persalinan Kala I

Kala I adalah dimulai dari pembukaan serviks yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan

lengkap 10 cm. Asuhan yang dapat diberikan kepada ibu adalah:

- a. Memberikan dukungan secara emosional
- b. keikutsertaan anggota keluarga dalam proses persalinan hingga lahirnya bayi
- c. Menghormati keinginan ibu dalam memilih pendamping selama proses kelahiran.
- d. Peran aktif anggota keluarga dalam proses persalinan:
 - (a) Kata-kata penyemangat dan pujian untuk ibu saat bersalin
 - (b) Membantu ibu untuk bernafas dengan baik saat terjadi kontraksi
 - (c) Pijat pada bagian tubuh ibu dengan lembut
 - (d) Usap lembut wajah ibu dengan menggunakan kain
 - (e) Ciptakan suasana rasa aman kekeluargaan
- e. Sesuaikan posisi ibu agar ibu merasa nyaman
- f. Memberikan nutrisi dan cairan hidrasi, memberikan energy yang cukup dan mencegah dehidrasi karena dehidrasi dapat menyebabkan kontraksi yang tidak teratur.
- g. Memberikan kepada ibu untuk tetap ke kamar mandi secara teratur dan spontan jika ibu ingin berkemih karena kandung kemih yang penuh menyebabkan gangguan kemajuan persalinan dan menghambat penurunan kepala yang menyebabkan rasa tidak nyaman bagi ibu, meningkatnya risiko perdarahan *post partum*, mengganggu penatalaksanaan distosia bahu, meningkatkan infeksi saluran kemih *post partum*.
- h. Pencegahan infeksi, tujuan dari pencegahan infeksi adalah untuk mempromosikan persalinan bersih dan aman bagi ibu dan bayi serta mengurangi morbiditas dan mortalitas ibu dan anak.

7.4.2 Persalinan Kala II

Kala II adalah fase dalam persalinan yang dimulai ketika dilatasi serviks lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Asuhan yang dapat diberikan kepada ibu meliputi:

- a. Pendampingan kepada ibu oleh suami dan anggota keluarga lainnya selama proses persalinan sampai dengan kelahiran bayi.
- b. Keterlibatan anggota keluarga dalam memberikan asuhan kepada ibu:
 - (a) Bantu ibu mengubah posisi
 - (b) Lakukan stimulasi taktil
 - (c) Penyediaan makanan dan minuman
 - (d) Menjadi lawan bicara atau pendengar yang baik
 - (e) Beri dukungan dan dorongan dalam proses persalinan hingga dan termaksud kelahiran bayi
- c. Libatkan tenaga kesehatan dalam proses persalinan dan kelahiran dengan cara:
 - (a) Dukungan dan dorongan untuk ibu dan keluarga
 - (b) Jelaskan tahapan dan kemajuan selama proses persalinan
 - (c) Pendampingan selama proses persalinan dan melahirkan
- d. Memberikan konseling dan dukungan kepada ibu, agar ibu merasa nyaman selama persalinan
- e. Anjurkan ibu untuk mengejan saat ada dorongan spontan yang kuat dan beri kesempatan untuk beristirahat jika tidak ada dorongan
- f. Sediakan makanan dan minuman yang cukup selama persalinan
- g. Memberikan rasa aman dan nyaman:
 - (a) Mengurangi ketegangan
 - (b) Memfasilitasi kelancaran persalinan dan melahirkan

- (c) Penjelasan tentang maksud dan tujuan pada setiap tindakan
- (d) Menjawab pertanyaan dari ibu
- (e) penjelasan apa saja yang di alami ibu dan bayi
- (f) Memberitahu hasil pemeriksaan
- h. Mencegah infeksi pada persalinan kala II dengan membersihkan perineum dan vulva ibu
- i. Membantu ibu mengosongkan kandung kemih secara alami

7.4.3 Persalinan Kala III

Kala III adalah waktu antara pelepasan dan pengeluaran plasenta dan selaput ketuban. Asuhan yang dapat di berikan oleh ibu:

- a. Beri ibu kesempatan untuk memeluk dan menyusui bayi segera
- b. Ucapkan setiap tindakan yang akan dilakukan
- c. Pencegahan infeksi pada kala III
- d. Pantau kondisi ibu (TTV, kontraksi uterus, perdarahan pervaginam)
- e. Kolaborasi dan rujukan dalam situasi *emergesi*
- f. memenuhi kebutuhan nutrisi dan hidrasi
- g. Berikan motivasi dan dorongan selama kala III



Gambar 7.1. Persalinan yang di tolong oleh tenaga kesehatan beserta pendamping persalinan (sumber: (Yulizawati, 2019))

7.4.4 Persalinan Kala IV

Kala IV adalah waktu lahirnya plasenta sampai 2 jam *post partum*. Asuhan yang dapat diberikan kepada ibu:

- a. Pastikan tanda-tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan normal
- b. Membantu ibu buang air kecil
- c. Ajari ibu dan keluarga cara menilai kontraksi dan melakukan pijat Rahim
- d. Penyelesaian asuhan neonatal
- e. Mengedukasi ibu dan keluarganya tentang tanda-tanda bahaya masa nifas, seperti perdarahan, demam, bau vagina, pusing, lemas, komplikasi menyusui, dan kontraksi hebat
- f. memenuhi kebutuhan nutrisi dan hidrasi
- g. Bantu ibu selama kala IV
- h. Dukungan emosional

7.5 Asuhan Sayang Ibu berdasarkan *Evidence Based*

Asuhan sayang ibu berbasis *evidence based* yang dapat meningkatkan kenyamanan ibu saat melahirkan (Nurul Hidayah Bohari, 2023) antara lain:

1. Ibu masih diperbolehkan makan dan minum karena berdasarkan *evidence based* diperoleh kesimpulan:
 - a. Saat melahirkan, ibu membutuhkan banyak energy, sehingga jika ibu tidak makan dan minum, atau jika ibu menderita kekurangan gizi saat melahirkan, maka akan muncul kelelahan fisik, dehidrasi dan ketosis yang menyebabkan *fetal distress*.
 - b. Ibu yang melahirkan kemungkinan besar tidak menjalani anastesi umum, jadi tidak ada alasan untuk menolak makan dan minum.
 - c. Efek pengurangan/pencegahan makan dan minum menyebabkan pembentukan glukosa intravena yang terbukti memiliki efek negatif pada janin dan bayi baru lahir, karena setiap ibu yang melahirkan masih bisa makan dan minum. Hal ini berdasarkan studi Lawrance 1982, Tamow-mordi Starw *et al* 1981, Ruter Spence *at al* 1980, Lucas 1980.
2. Ibu dibolehkan untuk memilih pendamping saat nanti bersalin

Asuhan sayang ibu merupakan asas saling menghormati budaya, kepercayaan, dan keinginan ibu. Dimana dengan asuhan tersebut, kita dapat membantu ibu merasa nyaman dan aman selama persalinan. Salahsatu hal yang dapat membantu kelancaran persalinan adalah adanya pasangan yang hadir selama berlangsungnya persalinan.

Menurut penelitian, manfaat memiliki pasangan saat persalinan adalah:

- a. Mendampingi ibu bersalin dapat memberi ibu dukungan emosional dan fisik selama persalinan
- b. Kehadiran sang suami juga merupakan semacam dukungan spiritual, karena ibu saat ini banyak tekanan, tetapi dengan adanya suami ibu dapat sedikit *rileks* karena menurutnya ibu tidak perlu melakukan apa-apa sendiri.
- c. Pendamping persalinan juga bisa menjadi sumber semangat dan dorongan bagi ibu selama persalinan sebelum bayi lahir
- d. Adanya pendamping persalinan baik suami maupun bidan ibu merasa lebih aman dan nyaman karena merasa lebih diperhatikan dan di sayangi.
- e. Pekerjaan pendamping juga dapat ikut terlibat langsung dalam pengasuhan, seperti pemberian makanan dan minuman, memposisikan ibu melahirkan berdasarkan kenyamanan ibu.

DAFTAR PUSTAKA

- Kemenkes RI. 2017. "Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017." *Kesehatan* (Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, ISBN 978-602-416-446-1).
- Musyani, Murti. 2019. "Pelaksanaan Asuhan Sayang Ibu Pada Proses Persalinan Di BLUD Rumah Sakit Kabupaten Konawe." *Jurnal SMART Kebidanan* 6(1):37-41. doi: 10.34310/sjkb.v6i1.248.
- Nurul Hidayah Bohari, Dkk. 2023. *Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: Penerbit Deepublish.
- Pusdinakes. 2003. *Asuhan Kebidanan Intrapartum*. Jakarta.
- Rosmaria Br Manik. 2017. "Hubungan Asuhan Sayang Ibu Dengan Lamanya Persalinan Kala II Di Ruang Bersalin RSUD Raden Mattaher Jambi Tahun." *Jurnal Bahana Kesehatan Masyarakat Vol.1 No.1 Edisi Mei ISSN 2580-0590* 1(1):49.
- Tambuwun, Herly Kartini, Sandra Tombokan, Jenny Mandang, Jurusan Kebidanan, and Politeknik Kemenkes. 2014. "Hubungan Pelaksanaan Asuhan Sayang Ibu Dengan Lamanya Persalinan." 2:1-9.
- Yulizawati, at all. 2019. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. 1st ed. Sidoarjo: Indomedia Pustaka, 2019.

BAB 8

EVIDENCE BASED PADA PERSALINAN

Oleh Rahmah Fitria

8.1 Pendahuluan

Intrapartum adalah periode waktu yang mencakup proses kelahiran bayi, diawali saat persalinan dimulai dan berakhir setelah kala III atau hingga lahirnya plasenta. *Intrapartum* dapat merujuk kepada keduanya baik ibu dan janinnya (Birth Trauma Lawyer, 2020; Clinicl Info, n.d.).

Persalinan (disebut juga *childbirth, labour, birth, partus* atau *parturition*) adalah puncak dari suatu kehamilan dengan keluarnya bayi baru lahir dari rahim ibunya. Proses persalinan adalah peristiwa intens yang melibatkan stres fisik yang ekstrem dan memiliki makna emosional, kognitif, sosial, dan budaya. Melahirkan merupakan pengalaman yang melelahkan secara fisik yang mengurangi energi dan vitalitas serta menimbulkan masalah kesehatan bagi sebagian ibu (Hyde & Petersen, 2008; ScienceDaily, 2021).

Ibu bersalin dan penyedia layanan asuhan atau tenaga kesehatan tentunya mengharapkan pengalaman persalinan pada ibu yang menyenangkan dan positif, tidak sakit, tidak banyak intervensi yang dilakukan bila tidak diperlukan. Umumnya ibu mengharapkan persalinan alami yaitu melahirkan tanpa menggunakan obat-obatan sama sekali, melainkan menggunakan teknik seperti relaksasi dan pernapasan terkontrol untuk menghilangkan rasa sakit. Bagi banyak orang, melahirkan secara alami bukanlah tentang

menjadi "berani" tetapi tentang memperlakukan persalinan dan proses melahirkan sebagai peristiwa alami (Hirsch, 2022).

Hal tersebut sebenarnya dapat tercapai dengan adanya kemajuan perkembangan ilmu dan teknologi terutama di bidang kesehatan. Kemajuan perkembangan dan inovasi yang diberikan ini tentunya harus berdasarkan *Evidence Based* baik dari segi asuhan/perawatan yang diberikan maupun prosedur tindakan sesuai rekomendasi yang dibuktikan.

Asuhan/perawatan rutin pada persalinan normal dapat terjadi baik dari asuhan yang diberikan di rumah ataupun yang dilakukan di rumah sakit dengan pemantauan intensif dan berbagai intervensi sehingga efektivitas dari *Evidence*/bukti yang baik diperlukan untuk membenarkan intervensi dalam proses persalinan normal (Hofmeyr, 2005).

8.2 Evidence Based pada Persalinan

8.2.1 Evidence Based

Evidence Based berasal dari Bahasa Inggris yang memiliki arti "*Evidence*" yaitu *Bukti* dan "*Based*" yaitu *Dasar* sehingga "*Evidence Based*" adalah *Berdasarkan Bukti*.

Evidence Based Care (EBC)/asuhan berbasis bukti didefinisikan sebagai implementasi hati-hati dari bukti terbaik yang ada sehingga tenaga kesehatan dan klien dapat membuat keputusan terbaik dengan mempertimbangkan kebutuhan klien. Hal ini membutuhkan tiga prinsip yang wajib diterapkan agar tercapai yaitu :

1. Kemampuan tenaga kesehatan untuk menggunakan informasi benar yang diperlukan dalam situasi tertentu
2. Tenaga kesehatan harus dapat mempertimbangkan kebutuhan klien yang akan menerima asuhan/perawatan
3. Tenaga kesehatan harus mempertimbangkan pilihan klien dalam situasi tertentu

Penerapan prinsip EBC tersebut membantu menciptakan terlaksananya perawatan terbaik bagi ibu selama periode *Intrapartum*. EBC adalah komponen mendasar dari asuhan/perawatan kesehatan ibu dan bayi baru lahir karena merupakan cara efektif untuk meningkatkan kualitas asuhan intrapartum dan mengurangi kematian dan morbiditas ibu dan bayi baru lahir (Wodajo *et al.*, 2023; World Health Organization, 2018).

Menerapkan bukti/*evidence* pada praktik klinis merupakan persyaratan untuk asuhan/perawatan pada pasien yang terbaik. Implementasi pedoman dengan *evidence based* dapat meningkatkan kualitas asuhan/perawatan pasien dengan mendukung intervensi yang terbukti bermanfaat, sementara mencegah intervensi yang tidak efektif atau berpotensi membahayakan (WHO, n.d.).

8.2.2 Evidence Based Intrapartum Care

1. Evidence dan Rekomendasi

Evidence-based care practice/praktik perawatan berbasis bukti (EBCP) sangat penting dalam memberikan dasar metode untuk meningkatkan kualitas perawatan intrapartum dan memiliki relevansi yang signifikan dengan hasil kelahiran.

Mengintegrasikan *evidence based* ke dalam praktik persalinan dapat meningkatkan hasil kesehatan ibu yang melahirkan. Oleh karena itu, sangat disarankan untuk melaksanakan praktik *evidence based intrapartum care* untuk mengurangi variasi yang tidak dapat diterima dalam praktik klinis yaitu dengan mengikuti pedoman EBP, menggabungkan penelitian terkini tentang EBP, menggunakan rekomendasi WHO dan dengan mengikuti protokol asuhan.

Berikut adalah beberapa *Evidence Based* dalam Asuhan Persalinan (*Intrapartum Care*) yaitu :

1) Praktik yang *direkomendasikan* untuk pengalaman melahirkan yang positif

- a. Memotivasi ibu bersalin untuk mobilitas selama persalinan
- b. Memiliki pendamping proses persalinan
- c. Menawarkan pilihan posisi ibu bersalin untuk proses persalinan
- d. Melakukan penundaan pemotongan tali pusat bayi (*Delayed cord clamping*)
- e. Melakukan kontak kulit bayi dengan ibu (*skin-to-skin contact of the baby with the mother*)
- f. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)
- g. Mempromosikan asuhan maternitas yang terhormat/sopan (*respectful maternity care*)

2) Praktik yang *tidak direkomendasikan* untuk pengalaman melahirkan yang positif

- a. Mencukur rambut kemaluan (*Pubic shaving*)
- b. Menggunakan Enema
- c. Augmenting labor routinely
- d. Menggunakan posisi litotomi untuk melahirkan
- e. Menerapkan praktik mendorong fundus
- f. Melakukan episiotomi secara rutin (Iyengar et al., 2022; World Health Organization, 2018).

Menurut kerangka kualitas asuhan untuk kesehatan ibu dan bayi baru lahir World Health Organization (WHO), praktik asuhan dengan *evidence based* merupakan komponen penting bagi kualitas pemberian asuhan. WHO pada tahun 2018, mengeluarkan pedoman tentang rekomendasi untuk pelaksanaan asuhan/perawatan

Intrapartum bagi terciptanya pengalaman melahirkan yang positif. Pedoman tersebut berisi 56 rekomendasi tentang asuhan intrapartum yang terdiri dari 26 baru dan 30 yang diintegrasikan dari pedoman yang sudah ada (World Health Organization, 2018).

Dalam pedoman WHO tentang *Intrapartum care*, ada empat klasifikasi kategori pada rekomendasi yaitu :

- a) Direkomendasikan.
- b) Tidak direkomendasikan
- c) Direkomendasikan hanya dalam konteks tertentu
- d) Direkomendasikan hanya dalam konteks penelitian yang ketat

Tabel 8.1. Klasifikasi Kategori pada Rekomendasi WHO

Kategori	Penjelasan
Direkomendasikan	Kategori ini menunjukkan bahwa intervensi atau opsi harus diterapkan
Tidak Direkomendasikan	Kategori ini menunjukkan bahwa intervensi atau opsi sebaiknya tidak diterapkan
Direkomendasikan hanya dalam konteks tertentu	Kategori ini menunjukkan bahwa intervensi atau opsi hanya dapat diterapkan pada kondisi, latar, atau populasi yang ditentukan dalam rekomendasi, dan sebaiknya hanya diterapkan dalam konteks ini.
Direkomendasikan hanya dalam konteks penelitian	Kategori ini menunjukkan bahwa terdapat ketidakpastian penting tentang intervensi atau

Kategori	Penjelasan
yang ketat	opsi. Dalam kasus seperti itu, implementasi masih dapat dilakukan dalam skala besar, asalkan dilakukan dalam bentuk penelitian yang mampu menjawab pertanyaan yang belum terjawab dan ketidakpastian yang terkait dengan keefektifan intervensi atau opsi, serta penerimaan dan kelayakannya

Sumber: (World Health Organization, 2018)

2. Rekomendasi pada Asuhan Intrapartum untuk pengalaman persalinan yang positif

A. Asuhan/perawatan selama proses persalinan dan kelahiran

Kategori rekomendasi berdasarkan *Evidence based* pada asuhan selama proses persalinan dan kelahiran dapat dilihat pada **tabel 8.2**

Tabel 8.2. Kategori rekomendasi berdasarkan *Evidence based* pada Asuhan/perawatan selama proses persalinan dan kelahiran

Asuhan	Kategori Rekomendasi
<i>Respectful maternity care</i>	Direkomendasikan
Komunikasi Efektif	Direkomendasikan
Pendamping saat proses persalinan dan kelahiran	Direkomendasikan
<i>Continuity of Care</i> /Asuhan Kebidanan Berkelanjutan	Direkomendasikan hanya dalam konteks tertentu

Sumber: (World Health Organization, 2018)

Penjelasan **Tabel 8.2** sebagai berikut:

1) *Respectful maternity care*

Respectful maternity care/Asuhan maternitas yang penuh hormat, mengacu pada asuhan yang diselenggarakan untuk dan diberikan kepada semua perempuan dengan cara yang menjaga martabat, privasi dan kerahasiaan mereka, menjamin kebebasan dari bahaya dan perlakuan buruk, dan memungkinkan pilihan berdasarkan informasi dan dukungan berkelanjutan selama persalinan dan melahirkan.

2) Komunikasi Efektif

Komunikasi yang efektif antara penyedia layanan maternitas dan ibu dalam persalinan, dengan menggunakan metode yang sederhana dan dapat

diterima secara budaya, direkomendasikan.

- 3) Pendamping saat proses persalinan dan kelahiran
Pilihan pendamping persalinan direkomendasikan kepada semua perempuan selama proses persalinan dan kelahiran
- 4) *Continuity of Care*/Asuhan Kebidanan Berkelanjutan
Model asuhan kebidanan berkelanjutan yang dipimpin oleh bidan, di mana bidan yang dikenal atau sekelompok kecil bidan yang dikenal mendampingi seorang perempuan sepanjang kontinum antenatal, intrapartum, dan pasca persalinan, direkomendasikan untuk ibu hamil yang tinggal atau mendapat akses program kebidanan yang berjalan dengan baik (World Health Organization, 2018).

B. Kala I Persalinan

Kategori rekomendasi pada asuhan selama kala I Persalinan dapat dilihat pada **tabel 8.3**

Tabel 8.3. Kategori rekomendasi pada Kala I Persalinan

Asuhan	Rekomendasi	Kategori Rekomendasi
Definisi fase laten dan fase aktif pada kala I Persalinan	Penggunaan definisi persalinan kala I Fase laten dan Fase aktif berikut ini direkomendasikan untuk digunakan: 1. Fase I Laten adalah periode waktu yang ditandai dengan kontraksi rahim yang menyakitkan dan perubahan serviks yang bervariasi, termasuk beberapa derajat penipisan dan perkembangan dilatasi yang lebih lambat hingga 5 cm untuk persalinan pada primipara dan multipara 2. Fase I Aktif adalah periode waktu yang ditandai dengan kontraksi uterus yang menyakitkan secara teratur, penipisan serviks tingkat yang substansial dan dilatasi serviks	Direkomendasikan

Asuhan	Rekomendasi	Kategori Rekomendasi
	yang lebih cepat dari 5 cm hingga dilatasi penuh untuk persalinan pada primipara dan multipara	
Durasi Kala I Persalinan	Ibu bersalin harus diberi tahu bahwa: 1. Durasi standar dari Kala I fase laten belum ditetapkan dan dapat sangat bervariasi dari satu ibu ke ibu lainnya, tetapi 2. Durasi kala Kala I Fase aktif (dari 5 cm hingga dilatasi serviks penuh) biasanya tidak melebihi 12 jam pada primipara, dan biasanya tidak melebihi 10 jam pada multipara	Direkomendasikan
Progres Kala I Persalinan	Untuk ibu hamil dengan persalinan spontan, ambang kecepatan dilatasi serviks 1 cm/jam selama kala I fase aktif (seperti yang digambarkan oleh garis peringatan partograf) tidak akurat untuk mengidentifikasi ibu yang berisiko mengalami hasil kelahiran yang merugikan.	Tidak Direkomendasikan
	Laju dilatasi serviks minimal 1 cm/jam selama kala I Fase aktif adalah terlalu cepat untuk beberapa ibu	Tidak Direkomendasikan

Asuhan	Rekomendasi	Kategori Rekomendasi
	dan oleh karena itu tidak direkomendasikan untuk mengidentifikasi perkembangan persalinan normal. Laju dilatasi serviks yang lebih lambat dari 1 cm/jam saja seharusnya tidak menjadi indikasi rutin untuk intervensi kebidanan.	
	Persalinan mungkin tidak berakselerasi secara alami sampai ambang dilatasi serviks 5 cm tercapai. Oleh karena itu penggunaan intervensi medis untuk mempercepat persalinan dan kelahiran (seperti augmentasi oksitosin atau operasi caesar) sebelum ambang ini tidak dianjurkan, asalkan kondisi janin dan ibu meyakinkan.	Tidak Direkomendasikan
Kebijakan penerimaan masuk ruang persalinan	Untuk ibu hamil sehat yang mengalami persalinan spontan, kebijakan menunda masuk ruang persalinan sampai Kala I Fase aktif direkomendasikan hanya dalam konteks penelitian yang ketat	Direkomendasikan hanya dalam konteks penelitian yang ketat
Pelvimetri klinis	Pelvimetri klinis/pemeriksaan panggul dalam rutin saat masuk persalinan tidak dianjurkan untuk ibu hamil yang sehat.	Tidak Direkomendasikan

Asuhan	Rekomendasi	Kategori Rekomendasi
Penilaian rutin kesejahteraan janin	Kardiotokografi rutin tidak direkomendasikan untuk penilaian kesejahteraan janin saat masuk persalinan pada ibu hamil sehat yang mengalami persalinan spontan.	Tidak Direkomendasikan
	Auskultasi menggunakan perangkat ultrasonografi Doppler atau stetoskop janin Pinard direkomendasikan untuk penilaian kesejahteraan janin saat masuk persalinan.	Direkomendasikan
Mencukur perineum / rambut kemaluan	Mencukur perineum/rambut kemaluan secara rutin sebelum melahirkan pervaginam tidak dianjurkan.	Tidak Direkomendasikan
Enema pada saat masuk	Pemberian enema untuk mengurangi penggunaan augmentasi persalinan tidak dianjurkan.	Tidak Direkomendasikan
Pemeriksaan Dalam	Pemeriksaan dalam dengan interval empat jam direkomendasikan untuk penilaian rutin persalinan Kala I Fase Aktif pada ibu berisiko rendah.	Direkomendasikan
Kardiotokografi terus menerus selama persalinan	Kardiotokografi berkelanjutan tidak direkomendasikan untuk penilaian kesejahteraan janin pada ibu hamil sehat yang mengalami	Tidak Direkomendasikan

Asuhan	Rekomendasi	Kategori Rekomendasi
	persalinan spontan.	
Auskultasi denyut jantung janin intermiten selama persalinan	Auskultasi intermiten detak jantung janin dengan perangkat direkomendasikan untuk ibu hamil yang sehat dalam proses persalinan ultrasonografi Doppler atau stetoskop janin Pinard	Direkomendasikan
Analgesia epidural untuk menghilangkan rasa sakit	Analgesia epidural direkomendasikan pada ibu hamil yang sehat yang meminta pereda nyeri selama persalinan, tergantung pada preferensi ibu.	Direkomendasikan
Analgesia opioid untuk menghilangkan rasa sakit	Opioid parenteral, seperti fentanil, diamorfin, dan pethidine, merupakan pilihan yang direkomendasikan untuk ibu hamil yang sehat yang meminta pereda nyeri selama persalinan, tergantung pada preferensi ibu tersebut.	Direkomendasikan
Teknik Relaksasi sebagai Manajemen Nyeri	Teknik relaksasi, termasuk relaksasi otot progresif, pernapasan, musik, mindfulness, dan teknik lainnya, direkomendasikan untuk ibu hamil yang sehat yang meminta pereda nyeri selama persalinan, tergantung pada preferensi ibu tersebut.	Direkomendasikan

Asuhan	Rekomendasi	Kategori Rekomendasi
Teknik Manual sebagai Manajemen Nyeri	Teknik manual, seperti pemijatan atau penggunaan kompres hangat, direkomendasikan untuk ibu hamil yang sehat yang meminta pereda nyeri selama persalinan, tergantung pada preferensi ibu tersebut.	Direkomendasikan
Pereda nyeri untuk mencegah keterlambatan persalinan	Pereda nyeri untuk mencegah keterlambatan dan mengurangi penggunaan augmentasi dalam persalinan tidak dianjurkan.	Tidak Direkomendasikan
Cairan oral dan makanan	Untuk ibu dengan risiko rendah, cairan oral dan asupan makanan selama persalinan dianjurkan.	Direkomendasikan
Mobilitas dan posisi ibu	Memotivasi ibu untuk menerapkan mobilitas dan posisi tegak selama proses persalinan pada ibu berisiko rendah, dianjurkan	Direkomendasikan
Membersihkan Vagina	Pembersihan vagina rutin dengan chlorhexidine selama persalinan untuk tujuan mencegah morbiditas infeksi tidak dianjurkan.	Tidak Direkomendasikan
Manajemen aktif persalinan	Paket asuhan untuk manajemen aktif persalinan untuk pencegahan keterlambatan persalinan tidak direkomendasikan	Tidak Direkomendasikan

Asuhan	Rekomendasi	Kategori Rekomendasi
Rutin Amniotomi	Penggunaan amniotomi saja untuk pencegahan keterlambatan persalinan tidak dianjurkan apalagi rutin	Tidak Direkomendasikan
Amniotomi dan oksitosin dini	Penggunaan amniotomi dini dengan augmentasi oksitosin dini untuk pencegahan keterlambatan persalinan tidak dianjurkan.	Tidak Direkomendasikan
Oksitosin untuk ibu dengan analgesia epidural	Penggunaan oksitosin untuk pencegahan keterlambatan persalinan pada ibu yang menerima analgesia epidural tidak dianjurkan	Tidak Direkomendasikan
Agen antispasmodik	Penggunaan agen antispasmodik untuk pencegahan keterlambatan persalinan tidak dianjurkan.	Tidak Direkomendasikan
Cairan intravena untuk mencegah keterlambatan persalinan	Penggunaan cairan intravena dengan tujuan memperpendek durasi persalinan tidak dianjurkan.	Tidak Direkomendasikan

Sumber: (World Health Organization, 2018)

C. Kala II Persalinan

Kategori rekomendasi berdasarkan *Evidence based* pada asuhan selama kala II Persalinan dapat dilihat pada **tabel 8.4**

Tabel 8.4. Kategori rekomendasi berdasarkan *Evidence based* pada Kala II Persalinan

Asuhan	Rekomendasi	Kategori Rekomendasi
Definisi dan Durasi Kala II Persalinan	Penggunaan definisi dan durasi kala dua persalinan berikut direkomendasikan untuk praktik: 1. Kala II Persalinan adalah periode waktu antara dilatasi serviks penuh dan kelahiran bayi, di mana ibu tersebut memiliki dorongan otomatis untuk mengejan, sebagai akibat dari kontraksi uterus ekspulsif. 2. Ibu harus diberi tahu bahwa durasi kala II persalinan bervariasi dari satu ibu ke ibu lainnya. • Pada persalinan pertama/primipara, persalinan biasanya selesai dalam 3	Direkomendasikan

Asuhan	Rekomendasi	Kategori Rekomendasi
	jam sedangkan • Pada persalinan berikutnya/multipara, persalinan biasanya selesai dalam 2 jam.	
Posisi melahirkan (untuk ibu tanpa analgesia epidural)	Untuk ibu tanpa analgesia epidural, disarankan untuk mengadopsi posisi kelahiran sesuai pilihan masing-masing ibu, termasuk posisi tegak.	Direkomendasikan
Posisi melahirkan (untuk ibu dengan analgesia epidural)	Untuk ibu dengan analgesia epidural, disarankan untuk mengadopsi posisi kelahiran sesuai pilihan masing-masing ibu, termasuk posisi tegak.	Direkomendasikan
Metode mendorong/mengejan	Ibu dalam fase ekspulsif kala dua persalinan harus dimotivasi dan didukung untuk mengikuti dorongan mereka sendiri untuk mengejan	Direkomendasikan
Metode mendorong/mengejan (untuk ibu dengan	Untuk ibu dengan analgesia epidural pada kala dua persalinan, menunda mengejan selama satu hingga dua jam setelah dilatasi penuh atau	Direkomendasikan hanya dalam konteks tertentu

Asuhan	Rekomendasi	Kategori Rekomendasi
analgesia epidural)	sampai ibu mendapatkan kembali dorongan sensorik untuk mengejan direkomendasikan dalam konteks di mana sumber daya tersedia untuk tinggal lebih lama pada kala dua dan hipoksia perinatal dapat dinilai dan dikelola secara memadai	
Teknik untuk mencegah trauma perineum	Untuk ibu dalam persalinan kala dua, teknik untuk mengurangi trauma perineum dan memfasilitasi kelahiran spontan (termasuk pijat perineum, kompres hangat dan penjagaan perineum “dengan tangan”) direkomendasikan, berdasarkan preferensi ibu dan pilihan yang tersedia.	Direkomendasikan
Kebijakan Episiotomi	Praktik episiotomi secara rutin atau bebas tidak dianjurkan untuk ibu yang menjalani persalinan pervaginam spontan.	Tidak Direkomendasikan
Tekanan fundus	Penerapan tekanan fundus manual untuk memfasilitasi proses kelahiran bayi selama kala dua persalinan tidak dianjurkan	Tidak Direkomendasikan

Sumber: (World Health Organization, 2018)

D. Kala III Persalinan

Kategori rekomendasi berdasarkan *Evidence based* pada asuhan selama kala II Persalinan dapat dilihat pada **tabel 8.5**

Tabel 8.5. Kategori rekomendasi berdasarkan *Evidence based* pada Kala III Persalinan

Asuhan	Rekomendasi	Kategori Rekomendasi
uterotonika profilaksis	Penggunaan uterotonika untuk pencegahan perdarahan postpartum (PPH) selama kala III persalinan dianjurkan untuk semua kelahiran.	Direkomendasikan
	Oksitosin (10 IU, IM/IV) adalah obat uterotonika yang direkomendasikan untuk pencegahan perdarahan postpartum (PPH)	Direkomendasikan
	Pada lokasi di mana oksitosin tidak tersedia, penggunaan uterotonika suntik lainnya (jika sesuai, ergometrine/methylergometrine, atau kombinasi obat tetap oksitosin dan ergometrine) atau misoprostol oral (600 µg) dianjurkan	Direkomendasikan
Penundaan penjepitan/pemotongan	Penundaan penjepitan tali pusat (tidak lebih cepat dari 1 menit setelah lahir)	Direkomendasikan

Asuhan	Rekomendasi	Kategori Rekomendasi
Tali Pusat	direkomendasikan untuk meningkatkan kesehatan dan gizi ibu dan bayi	
Penegangan Tali Pusat Terkendali	Pada lokasi di mana bidan terlatih tersedia, traksi tali pusat terkontrol (CCT)/penegangan tali pusat terkendali direkomendasikan untuk persalinan pervaginam jika pemberi asuhan dan ibu yang melahirkan menganggap sedikit pengurangan kehilangan darah dan sedikit pengurangan durasi kala tiga persalinan sebagai hal yang penting.	Direkomendasikan
Massage Uterus	Pijat uterus berkelanjutan tidak dianjurkan sebagai intervensi untuk mencegah perdarahan postpartum (PPH) pada ibu yang telah menerima oksitosin profilaksis	Tidak Direkomendasikan

Sumber: (World Health Organization, 2018)

- E. Asuhan/perawatan pada Bayi Baru Lahir
 Kategori rekomendasi berdasarkan *Evidence based* pada asuhan pada Bayi Baru Lahir dapat dilihat pada **tabel 8.6**

Tabel 8.6. Kategori rekomendasi berdasarkan *Evidence based* pada Asuhan/perawatan pada Bayi Baru Lahir

Asuhan	Kategori Rekomendasi
Hisap hidung atau mulut secara rutin	Tidak Direkomendasikan
Kontak Kulit ke Kulit	Direkomendasikan
Menyusui/ <i>Breastfeeding</i>	Direkomendasikan
Profilaksis penyakit hemoragik menggunakan vitamin K	Direkomendasikan
Mandi dan asuhan postnatal segera lainnya pada bayi baru lahir ditunda hingga 24 jam setelah kelahiran	Direkomendasikan

Sumber: (World Health Organization, 2018)

Penjelasan **Tabel 8.6** sebagai berikut:

1. Hisap hidung atau mulut secara rutin
 Pada neonatus/bayi baru lahir yang lahir dengan cairan ketuban bening dan mulai bernapas sendiri setelah lahir, penyedotan mulut dan hidung tidak boleh dilakukan

2. Kontak Kulit ke Kulit

Bayi baru lahir tanpa komplikasi harus tetap melakukan kontak kulit-ke-kulit dengan ibunya selama satu jam pertama setelah lahir untuk mencegah hipotermia dan mendorong pemberian ASI

3. Menyusui/ *Breastfeeding*

Semua bayi baru lahir, termasuk bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) yang mampu menyusui, harus segera disusui setelah lahir ketika secara klinis stabil, dan ibu serta bayi sudah siap

4. Profilaksis penyakit hemoragik menggunakan vitamin K

Semua bayi baru lahir harus diberikan 1 mg vitamin K secara intramuskular setelah lahir (yaitu setelah satu jam pertama bayi harus melakukan kontak kulit dengan ibu dan menyusui harus dimulai)

5. Mandi dan asuhan postnatal segera lainnya pada bayi baru lahir ditunda hingga 24 jam setelah kelahiran

Mandi sebaiknya ditunda sampai 24 jam setelah lahir. Jika ini tidak memungkinkan karena alasan budaya, mandi harus ditunda setidaknya enam jam. Pakaian bayi yang sesuai untuk suhu sekitar dianjurkan. Ini berarti satu hingga dua lapis pakaian lebih banyak dari orang dewasa, dan penggunaan topi/penutup kepala. Ibu dan bayi tidak boleh dipisahkan dan harus tinggal di kamar yang sama 24 jam sehari (World Health Organization, 2018).

DAFTAR PUSTAKA

- Birth Trauma Lawyer. 2020. *PREGNANCY STAGES: WHAT TO KNOW ABOUT ANTENATAL, INTRAPARTUM & POSTPARTUM*. SRE. <https://www.sommersandroth.com/blog/birth/pregnancy-stages-what-to-know-about-antenatal-intrapartum-postpartum/>
- Clinicl Info. (n.d.). *Intrapartum*. Clinicl Info HIV. Retrieved March 20, 2023, from <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/glossary/intrapartum#:~:text=The time period spanning childbirth,through delivery of the placenta.>
- Hirsch, L. 2022. *What Is Natural Childbirth?* NEMOURS. <https://kidshealth.org/en/parents/natural-childbirth.html>
- Hofmeyr, G. J. 2005. Evidence-based intrapartum care. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 19(1), 103–115. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2004.10.009>
- Hyde, J. S., & Petersen, J. L. 2008. Parental Leave. In M. M. Haith & J. B. Benson (Eds.), *Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development* (pp. 490–496). Academic Press. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-012370877-9.00117-1>
- Iyengar, K., Madhu, G., Pal, S., Kaur, K., Singla, N., Verma, M., Dhiman, A., & Singla, R. 2022. Baseline Assessment of Evidence-Based Intrapartum Care. *Global Health Science and Practice*, 10(2), 1–17. <https://doi.org/doi.org/10.9745/GHSP-D-21-00590>
- ScienceDaily. 2021. *Childbirth*. ScienceDaily. <https://www.sciencedaily.com/terms/childbirth.htm>
- WHO. (n.d.). *Promoting evidence-based care in childbirth and maternal health*. <https://www.who.int/europe/activities/promoting-evidence-based-care-for-child-birth>

- Wodajo, S., Mosisa, A., Misganaw, D., Minayehu, A., Teklay, B., Gashaw, Y., Gardie, Y., Dagnaw, Y., & Olani, A. 2023. Evidence-based intrapartum care practice and associated factors among obstetric care providers working in hospitals of the four Wollega Zones, Oromia, Ethiopia. *PLoS ONE*, 18(1 January). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275506>
- World Health Organization. 2018. *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <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 9

PSIKOLOGI DALAM MASA PERSALINAN

Oleh Rufidah Maulina

9.1 Pendahuluan

Persalinan merupakan pengalaman psikologis yang besar, yang melibatkan fisik, psikis, sosial, dan dampaknya hingga jangka Panjang. Terdapat perubahan psikologis yang terjadi menjelang dan selama persalinan, bahkan seorang perempuan dapat merasakan perubahan psikologis yang besar setelah melahirkan. Persalinan merupakan peristiwa besar dalam hidup bukan hanya karena kelahiran memunculkan kehidupan baru yang dilahirkan, tetapi juga karena proses kelahiran itu sendiri adalah peristiwa yang besar. Persalinan memerlukan tantangan fisik dan psikologis seperti mengatasi rasa sakit, kehilangan kendali saat melahirkan, dan kemungkinan intervensi medis (misalnya episiotomi, forsep atau ekstraksi vakum, dan operasi caesar). Keterbatasan bidan untuk mengetahui psikologi ibu bersalin dapat menghambat bidan untuk memberikan asuhan yang tepat, dan terkadang hanya fokus pada fisik ibu saja. Lebih parahnya, bila hal ini terus berlanjut, ibu akan mendapatkan asuhan persalinan yang tidak tepat secara psikologis dan bahkan dapat berkontribusi pada persalinan yang traumatis meskipun ibu dan bayi sehat secara fisik. Ketika ibu bersalin bertemu dengan tenaga kesehatan yang tidak mengerti kebutuhan emosional mereka, ibu dapat merasakan perasaan tidak dihargai dan lebih parahnya yaitu *mistreatment* (penganiayaan).

Menurut Olza dkk (2018), perempuan menggambarkan kelahiran sebagai pengalaman yang menantang dan positif yang dapat diatasi dengan mekanisme koping mereka sendiri atau dengan bantuan orang lain. Tentunya, ada perbedaan antara tahapan perubahan psikologis pada perempuan dengan *unmedicated birth* (persalinan normal atau persalinan pervaginam) atau *medicated birth* (persalinan dengan bantuan medis, seperti persalinan dengan induksi, forceps, vakum, dan operasi Caesar). Penelitian tersebut juga menemukan bahwa sebagian besar perempuan mengalami perubahan psikologis yang hampir sama selama persalinan dimulai hingga berakhirnya persalinan. Fase perubahan psikologis tersebut adalah ibu bersalin biasanya akan mempertahankan kepercayaan diri pada awal persalinan, selanjutnya ia mulai menarik diri dimulai saat kontraksi bertambah, dan saat telah selesai mengejan ia akan merasakan pengalaman yang unik saat melahirkan.

Pengalaman psikologis ibu selama melahirkan, menurut Olza dkk (2018) dijelaskan sebagai berikut;

1. Kepercayaan diri saat awal persalinan

Beberapa ibu hamil merasakan perasaan bahagia dan percaya diri karena telah dimulainya persalinan. Perasaan cinta muncul karena akan bertemu dengan bayi yang ia kandung. Penting bagi ibu untuk mempertahankan perasaan positif ini agar memunculkan semangat dalam melahirkan. Beberapa perempuan membagikan berita tentang dimulainya tanda-tanda persalinan mereka kepada perempuan lain seperti ibu, kakak, atau sahabat dekat sebelum pergi ke bidan atau tenaga kesehatan yang menjadi tujuan mereka melahirkan.

Segera setelah dimulainya tanda-tanda persalinan dan kontraksi yang belum terlalu intens, beberapa ibu masih mengerjakan pekerjaan rumah, berjalan-jalan,

berbenah untuk pergi ke fasilitas kesehatan, atau relaksasi seperti mandi dan keramas

2. Menarik diri saat kontraksi bertambah

Seiring dengan kontraksi yang semakin sering dan kuat, ibu seperti menarik diri dari dunia sekitar untuk lebih fokus kepada persalinannya sehingga mereka lebih bisa memanajemen dirinya dalam melahirkan. Ketika kontraksi bertambah intens dan kuat, ibu merasakan mereka butuh untuk segera berada di tempat bersalin. Semakin lama, intensitas dan nyeri kontraksi semakin kuat sehingga menyebabkan ibu terkadang merasa ketakutan dan putus asa. Beberapa ibu merasakan kelelahan, kehabisan energi, dan merasa waktu seperti berhenti berputar. Saat waktunya mengejan, ibu akan lebih aktif secara fisik, pada tahap ini, diperlukan adanya dukungan penuh dari pasangan atau yang menemani persalinan.

3. Pengalaman unik saat melahirkan

Sesaat setelah bayi lahir, ibu merasakan kelegaan dan kesenangan Ketika bertemu dengan bayinya untuk pertama kali. Bagi nullipara, dirinya merasa telah bertransformasi menjadi seorang yang berbeda karena telah menjadi ibu karena kelahiran bayinya. Sebagian besar ibu juga merasakan kedekatan spiritual dan rasa syukur kepada Tuhan karena telah diberikan kelancaran dalam proses persalinan. Setelah beberapa tahapan psikologis terlewati, ibu merasakan bahwa mereka harus banyak belajar dan memahami kondisi tubuhnya sendiri untuk beradaptasi menjadi peran yang baru. Beberapa ibu mengalami *empowering experience* atau pengalaman yang memberdayakan sehingga mereka lebih bersemangat dan mulai menciptakan *bonding* dengan bayinya.

Pengalaman psikologis perempuan tentang persalinan fisiologis sangat dipengaruhi oleh orang-orang yang hadir pada saat kelahiran mereka. Perempuan

menunjukkan bahwa saudara, kerabat dekat, pasangan atau ibu mereka, serta tenaga kesehatan yang mendampingi saat persalinan sangat relevan dengan cara ibu hamil mengalami proses persalinan mereka. Ibu bersalin menggambarkan kehadiran pasangan mereka sebagai orang yang paling dekat dengan mereka berbagi pengalaman dan mengandalkan dukungan, menegaskan bahwa kelahiran manusia adalah peristiwa sosial (Olza et al., 2018). Maka dari itu, penting bagi ibu sebelum melahirkan untuk memutuskan siapa saja yang akan menemani mereka dalam proses persalinan termasuk juga tenaga kesehatan yang membantu mereka bersalin.

Persalinan dapat menjadi pengalaman yang merubah kehidupan seorang perempuan dan menciptakan memori yang diingat seumur hidup. Saat kelahiran berlangsung, wanita mengalami perubahan kesadaran termasuk perubahan persepsi waktu dan perasaan intens seperti takut mati (Olza *et al.*, 2018). Pengalaman psikologis ibu bersalin berbeda-beda tergantung dari berbagai faktor, Berikut adalah beberapa pengalaman psikologis ibu sebelum dan setelah persalinan.

9.2 Sebelum Persalinan

9.2.1 Kecemasan

Kecemasan adalah hal yang biasanya terjadi menjelang persalinan. Ibu hamil yang menantikan proses kelahiran pertama kali biasanya akan mulai gugup dan cemas. Ibu hamil biasanya tidak berhenti memikirkan hal-hal yang menurutnya berbahaya seperti adanya resiko akan kesulitan dan komplikasi pada dirinya dan janinnya. Gejala kecemasan pada ibu bersalin dapat berupa sulit tidur, sulit berkonsentrasi, gemetar, berkeringat dingin, panik, tegang, detak jantung meningkat, dan nafas yang cepat. Seringkali ibu yang stress juga

mengalami mimpi buruk di malam harinya (Schredl et al., 2016).

Apabila kecemasan ini tidak dikelola dengan baik, maka kondisi psikis ibu tersebut akan semakin memburuk. Kecemasan selama melahirkan juga akan berdampak pada kurangnya kekuatan ibu untuk mengejan, karena energi telah terkuras, dan dapat pula mengakibatkan distosia. Secara umum, kecemasan, atau kegugupan pada ibu hamil meningkatkan risiko distosia. Menurut sudut pandang adaptif biologi evolusioner perilaku manusia, persalinan harus terhindar dari situasi kecemasan dan kegugupan karena akan menghambat hormon-hormon yang bekerja dalam persalinan seperti oksitosin dan ketokolamin (Hishikawa et al., 2019). Laporan telah menunjukkan bahwa wanita hamil nulipara dengan skor kecemasan sedang hingga tinggi mengalami distosia 10,5 kali lebih banyak daripada wanita hamil nulipara lainnya (Alijahan & Kordi, 2014). Lebih lanjut, saat sang ibu mengalami kecemasan ataupun stress yang berlebih, akan mempengaruhi reaktivitas janin ditandai dengan level kortisol yang tinggi pada bayi baru lahir (Zietlow, A. L Nonnenmacher *et al.*, n.d.).

Untuk mengatasi kecemasan ini, maka dukungan dari orang terdekat (suami atau keluarga) benar-benar dibutuhkan. Salah satu cara untuk menghilangkan kecemasan ini adalah dengan menghindari untuk membaca atau melihat pengalaman traumatis orang lain, karena seringkali ibu yang akan melahirkan justru terpapar oleh informasi- informasi yang semakin membuatnya khawatir.

Untuk mengurangi kecemasan selama persalinan, beberapa cara dapat dilakukan seperti edukasi mengenai persalinan, terapi non-farmakologi seperti massage, relaksasi, yoga, terapi farmakologi, terapi music, dukungan dari bidan dan pasangan. Akan tetapi, efektivitas metode-metode ini masih perlu dikaji ulang mengingat bahwa mekanisme coping

pada ketidaknyamanan selama persalinan bagi setiap orang adalah berbeda dan berasal dari berbagai faktor(Cheung *et al.*, 2007).

9.2.2 *Feelings of control*

Feelings of control atau perasaan kontrol selama persalinan adalah rasa penguasaan atas kekuatan internal dan lingkungan dengan inisiasi diri dengan cara mengaktualisasikan diri selama persalinan, dan mampu mengendalikan diri sendiri (Cheung *et al.*, 2007). *Feelings of control* dapat menjadi motivasi bagi ibu hamil untuk dapat melahirkan dengan nyaman. Terkadang, apabila intensitas nyeri terlalu tinggi untuk ditahan, dapat mengganggu pemenuhan kebutuhan psikologis dan menimbulkan rasa lepas kendali saat persalinan. Oleh karena itu, langkah-langkah pereda nyeri dan strategi koping sangat penting untuk membuat persalinan tetap terkontrol.

Green dan Baston (2003) mengkategorikan perasaan kontrol ke dalam tiga dimensi: kontrol atas apa yang dilakukan tenaga kesehatan, kontrol atas perilaku diri sendiri, dan kontrol selama kontraksi. Kategorisasi kontrol ini memberikan cara yang lebih spesifik dan terukur bagi wanita dan pengasuh untuk mengevaluasi kontrol selama persalinan.

- a. *Feelings in control of Staff/* Perasaan Kontrol dari tenaga kesehatan

Perasaan ini terkait dengan variable interpersonal, dimana ibu baik primipara maupun multipara yang melahirkan biasanya ingin diperlakukan dengan hormat dan melakukan posisi persalinan yang paling nyaman.

- b. *Feelings in control of behavior/* Perasaan control atas perilaku

Berbeda dengan feelings in control of staff dimana faktor dominan adalah interpersonal, pada perasaan control ini,

- faktor yang lebih dominan adalah rasa nyeri dan manajemen nyeri. Misalnya, ibu melahirkan lebih sulit mengontrol perilakunya apabila ia merasakan kesakitan yang besar saat kontraksi. Kekhawatiran saat hamil tentang persalinan juga menjadi faktor pada perasaan ini.
- c. *Feeling in Control During Contractions*/ Perasaan control selama kontraksi
- Bagi primipara, merasa terkendali saat kontraksi dipengaruhi oleh variabel yang berhubungan dengan nyeri: pengalaman nyeri maupun kekhawatiran antenatal. Pengalaman dan kekhawatiran sebelumnya akan mempengaruhi ibu mengontrol perasaannya selama kontraksi. Misalnya, pada persalinan sebelumnya ibu mengalami persalinan dengan induksi oksitosi dan kesakitan yang amat sangat, pada persalinan selanjutnya ibu tidak memilih untuk melahirkan dengan induksi.

Untuk meningkatkan *feelings of control* ibu bersalin, memiliki system pelayanan kebidanan yang adekuat, termasuk di dalamnya bidan-bidan yang berkomitmen untuk mendukung perempuan memberdayakan dirinya selama persalinan sangat penting untuk kenyamanan ibu. Bidan dapat menguatkan perasaan perempuan dengan menawarkan dukungan emosional, meningkatkan rasa percaya pada bidan dan kepercayaan diri ibu. Cara ini dapat ditempuh sejak awal ANC sehingga ibu merasa aman dan nyaman dengan bidan dan timbullah rasa percaya untuk melahirkan di tempat bidan tersebut. Ibu bersalin perlu untuk menciptakan ikatan percaya dengan bidan atau tenaga medis lain agar mereka mampu menggunakan perasaan kontrol mereka.

Ibu bersalin membutuhkan bidan yang peka terhadap ketidaknyamanan ibu dan berespons baik terhadap rasa sakit saat kontraksi. Keterampilan ini seharusnya dimiliki oleh bidan dan tenaga kesehatan yang membantu ibu dalam proses

persalinan, sehingga semua tenaga kesehatan memiliki keahlian yang sama dalam perawatan emosional perempuan selama persalinan. Selain itu, diperlukan bidan yang mampu menggunakan manajemen nyeri non-farmakologis serta komunikasi yang efektif terhadap ibu bersalin untuk dapat mempromosikan partisipasi ibu terhadap pengambilan keputusan selama melahirkan (Coley *et al.*, 2018).

9.2.3 Tocophobia

Kata "*tocophobia*" berasal dari kata Yunani tokos, yang berarti "melahirkan" dan phobos, yang berarti "takut". Tocophobia adalah kecemasan atau ketakutan yang intens akan kehamilan dan persalinan, atau bahkan menghindari kehamilan dan persalinan. Kata "*Tocophobia*" sering digunakan secara bergantian dengan *Fear of Childbirth* (FOC). Ketakutan ini terkait dengan proses persalinan dan rasa sakit, ketakutan akan perubahan fisiologis dan fisik yang akan dialami wanita tersebut dan dapat menyebabkan wanita menghindari kehamilan sama sekali. Pada ibu melahirkan dengan kondisi tokophobia, ia akan merasakan gangguan kecemasan parah yang ditandai dengan ketakutan yang ekstrim dan irasional terhadap persalinan, yang menimbulkan respon fisiologis seperti rasa takut, panik, sesak napas, takikardia, gemetar dan keinginan kuat untuk segera melahirkan meskipun belum waktunya (O'Connell *et al.*, 2015).

Pada ibu primigravida, ada ketakutan dan kecemasan akan persalinan karena tidak memiliki pengalaman sebelumnya. Ada begitu banyak alasan yang telah dilaporkan untuk takut melahirkan seperti takut sakit, takut kehilangan kendali, takut akan uterus yang robek, takut akan robekan vagina, takut episiotomi, takut kerusakan dasar panggul, takut prolaps organ rahim, takut inkontinensia fekal dan urin, takut persalinan operatif dan takut memiliki bayi cacat atau lahir

mati (Esan *et al.*, 2021). Sehingga beberapa ibu memilih untuk Tindakan operasi Caesar elektif (Esan *et al.*, 2021).

Pada studi kualitatif yang dilakukan oleh Slade dkk (2019), ketakutan akan persalinan meliputi takut tidak mengetahui dan tidak mampu merencanakan hal yang tidak terduga, Takut membahayakan atau stres pada bayi, Takut tidak mampu mengatasi rasa sakit, Takut membahayakan diri sendiri dalam persalinan dan pascakelahiran, Takut 'dikerjakan', Takut tidak memiliki suara dalam pengambilan keputusan dan Takut ditinggalkan dan sendirian. Intinya, ketakutan yang dialami oleh ibu bisa terjadi karena kekhawatiran mengenai kemampuan dirinya dan kesehatan diri serta bayinya. Parahnya, ketakutan ini akan menjadi masalah apabila memengaruhi kesehatan emosional Wanita dan memungkinkan ibu mengalami pengalaman melahirkan yang negatif (Haines *et al.*, 2012).

Etiologi dari *tochophobia* salah satunya adalah karakteristik kepribadian, dimana kurangnya dukungan sosial yang diterima perempuan dan memiliki harga diri yang rendah menjadi salah satu penyebabnya. Harga diri yang rendah berkaitan dengan rendahnya *self-efikasi* diri. *Tocophobia* juga disebabkan oleh pelecehan seksual sebelumnya, dimana ketakutan perempuan pada Tindakan pemeriksaan dalam mengingatkan ia pada trauma sebelumnya. Cerita persalinan dari keluarga dan teman juga berpengaruh pada kepercayaan diri dan kemampuan perempuan untuk melahirkan.

Klasifikasi Tokophobia

Menurut O'Connel (2015), berdasarkan waktu terjadinya, *tokophobia* diklasifikasikan menjadi primer dan sekunder.

1. Primer

Tokophobia primer terjadi pada ibu nullipara atau yang belum memiliki melahirkan sebelumnya. Biasanya ibu

nullipara memiliki ketakutan yang mendalam mengenai persalinan, yang seringkali bertentangan dengan keinginan kuat untuk menjadi seorang ibu. Tocophobia primer sering kali berasal dari pengalaman negative seperti pelecehan seksual saat anak-anak atau remaja, atau mendengar pengalaman melahirkan yang tidak nyaman dan traumatis dari anggota keluarga lain.

2. Sekunder

Tokophobia sekunder terjadi pada ibu multipara atau yang telah melahirkan sebelumnya. Hal ini berkaitan dengan pengalaman yang tidak menyenangkan saat proses persalinan sebelumnya seperti janin yang meninggal, abnormalitas pada janin, dan trauma persalinan.

Dampak Tokophobia

Tocophobia tidak hanya berdampak pada ibu tapi juga bayinya. Berikut dampak pada ibu dan bayi menurut O'Connel et al (2015)

1. Dampak pada ibu

Insomnia, Depresi selama kehamilan, permintaan untuk melahirkan dengan operasi, persalinan yang lebih lama, meningkatkan resiko depresi postpartum, *Post-traumatic Stress Disorder* (PTSD), mengurangi ikatan atau bonding antara ibu dan bayi, trauma untuk memiliki bayi lagi atau jarak antara kehamilan yang besar, keinginan untuk steril atau tidak memiliki anak Kembali

2. Dampak pada bayi

Berkurangnya bonding dengan ibu, meningkatkan resiko perawatan di NICU, berkurangnya berat lahir bayi, dan mempengaruhi emosional bayi hingga jangka panjang.

Penatalaksanaan Tokophobia

Penatalaksanaan tokophobia bersifat individual dan bergantung pada penyebabnya. Dukungan psikologis awal sangat penting. Wanita perlu dilibatkan dalam mengembangkan rencana persalinan yang tepat. Bagi beberapa wanita, operasi caesar elektif mungkin diperlukan. Pertimbangan lain mungkin diperlukan tergantung pada penyebab fobia. Jika tocophobia tidak ditangani, itu bisa menjadi lebih buruk pada kehamilan berikutnya atau wanita dapat menghindari kehamilan lebih lanjut.

Faktor-faktor yang mempengaruhi tokophobia adalah tempat tinggal, status perkawinan, paritas, usia kehamilan, hubungan dengan pasangan, stres kehamilan, dukungan sosial dan gejala depresi (Zhou *et al.*, 2021).

Alat Ukur

Wijma Delivery Expectancy Questionnaire versi A (W-DEQ A) adalah alat yang paling umum digunakan untuk mengukur tingkat keparahan *fear of childbirth* dan divalidasi di banyak negara dan bahasa

9.3 Setelah melahirkan

Segera setelah bayi lahir, perasaan gembira dan bangga mendominasi. Perjalanan melalui persalinan berarti pertumbuhan kekuatan pribadi. Beberapa wanita menggambarkan diri mereka sebagai orang yang berubah dalam arti bahwa mereka merasa lebih kuat, berdaya dan siap untuk memenuhi kebutuhan bayi yang baru lahir. Ada tiga derajat gangguan mood postpartum, yaitu, "postpartum", depresi postpartum (PPD), dan psikosis postpartum

9.3.1 Postpartum Blues

Postpartum "*blues*" didefinisikan sebagai mood yang rendah dan gejala depresi ringan yang bersifat sementara dan self-limited dan sangat umum pada periode perinatal (Balaram & Marwaha, 2023). Gejala-gejala ini biasanya berkembang dalam dua hingga tiga hari setelah melahirkan, memuncak dalam beberapa hari berikutnya, dan hilang dengan sendirinya dalam waktu dua minggu setelah onsetsnya. Postpartum blues sangat umum dan diperkirakan terjadi pada sekitar 50% atau lebih wanita dalam beberapa minggu pertama setelah melahirkan (Howard et al., 2014).

Postpartum blues harus dilakukan tindak lanjut, karena hingga 20% dari ibu-ibu ini cenderung berkembang menjadi PPD dan berdampak buruk pada pertumbuhan kognitif anak. Penyebab Postpartum blues belum diketahui secara pasti, namun penelitian sebelumnya menemukan bahwa bahwa coping stress, penyesuaian diri, dan dukungan sosial berhubungan dengan postpartum blues (Prasetya Ningrum, 2017). Faktor demografi lain yang mempengaruhi postpartum blues antara lain status ekonomi yang rendah, beberapa etnis dan ras tertentu, jumlah kehamilan sebelumnya, kehamilan yang tidak direncanakan, tipe persalinan, Riwayat depresi sebelumnya, dan Riwayat gangguan mood pada anggota keluarga sebelumnya (Howard *et al.*, 2014).

Gejala postpartum blues yaitu perasaan cemas dan kekhawatiran yang berlebihan, sedih, murung, sering menangis, merasa Lelah dan tidak mampu mengurus bayinya. Meskipun pathogenesis dari postpartum blues belum diketahui, perubahan hormon yang begitu cepat, oleh beberapa peneliti diasumsikan menjadi penyebab dari perubahan mood selama postpartum. Biasanya, terdapat perubahan yang drastis beberapa hormon seperti progesteron, prolactin, dan estradiol segera setelah melahirkan (Balaram & Marwaha, 2023). Sebuah

penelitian bahkan menyebutkan bahwa perubahan mood saat menstruasi, episode depresi sebelumnya, dan depresi sebelum menstruasi menjadi faktor predisposisi yang paling sering terjadi pada ibu postpartum (O'Hara & Wisner, 2014).

Hal yang terpenting dalam manajemen postpartum blues adalah deteksi dini adanya gejala postpartum blues. Setelah terdeteksi, tenaga kesehatan dapat melakukan intervensi yang tepat dengan cara memfasilitasi untuk diskusi dengan pasien dan keluarga serta menginformasikan adanya tenaga kesehatan yang ahli dalam mengurus kesehatan jiwa. Hal ini penting mengingat di Indonesia, deteksi dini mengenai postpartum blues belum dilakukan di fasilitas kesehatan primer, yang mengakibatkan postpartum blues tak tertangani dengan segera dan bisa memperparah kondisi pasien. Selain itu, bidan dapat melakukan screening adakah keinginan bunuh diri atau Tindakan ingin melukai janin, paranoid, atau tanda-tanda psikosis. Bidan juga perlu memastikan ibu dalam kondisi aman serta selalu dalam pendampingan apabila sudah ada tanda-tanda depresi, melukai janin, atau psikosis.

9.3.2 Depresi postpartum

Setelah melahirkan, ibu merasa sangat rentan terutama dalam aspek psikologis dikarenakan perubahan peran dari menjadi seorang istri, ditambah menjadi seorang ibu. Akibatnya, seorang ibu rentan mengalami depresi postpartum. Depresi postpartum didefinisikan dalam Manual Diagnostik dan Statistik Gangguan Mental, Edisi Keempat, (DSM-IV)40(p386) sebagai episode depresi mayor yang terjadi dalam 4 minggu setelah melahirkan (Altshuler *et al.*, 2000). Penyakit ini bermanifestasi sebagai gangguan tidur, perubahan suasana hati, perubahan nafsu makan, takut cedera, kekhawatiran serius tentang bayi, banyak kesedihan dan tangisan, rasa ragu, sulit berkonsentrasi, kurang minat dalam aktivitas sehari-hari,

berpikir tentang kematian dan bunuh diri (Norhayati et al., 2015).

Tumpang tindih gejala depresi dengan gejala sisa persalinan normal dapat mengacaukan identifikasi klinis depresi pascapersalinan. Perubahan dalam tidur, nafsu makan, libido, kelelahan, dan kekhawatiran merupakan karakteristik dari depresi pascapersalinan dan periode pascapersalinan normal. Dalam Manual Diagnostik dan Statistik (DSM-IV), sebuah episode depresi berat setelah melahirkan didefinisikan sebagai dua minggu atau lebih persisten: 1) mood depresi, atau 2) kehilangan minat dalam aktivitas sehari-hari ditambah empat gejala terkait. (gangguan nafsu makan, gangguan tidur, agitasi atau perlambatan psikomotor, kelelahan, perasaan tidak berharga atau rasa bersalah yang tidak pantas, konsentrasi buruk, ide bunuh diri) yang muncul dalam waktu 4 minggu setelah melahirkan (American Psychiatric Association, 2013). Maka dari itu, bidan harus mampu untuk mengidentifikasi perbedaan antara perubahan psikologis yang normal dan tidak normal.

Riwayat depresi sebelumnya, depresi postpartum pada persalinan sebelumnya dan depresi selama kehamilan menjadi salah satu faktor yang dominan untuk menyebabkan depresi postpartum (Ghaedrahmati, Maryam Kazemi & Kheirabadi, Gholamreza Ebrahimi, Amrollah Bahrami, 2017). Selain itu, Peristiwa stres pada bayi baru lahir, seperti masalah kesehatan dan sifat lekas marah pada bayi, juga dikaitkan dengan risiko depresi pascapersalinan yang lebih besar. Skrining yang paling umum untuk menyaring depresi terkait dengan melahirkan anak adalah *Edinburgh Postpartum Depression Scale* (EPDS). Instrumen laporan diri ini berisi sepuluh item yang diberi peringkat dari 0 hingga 3 yang mencerminkan pengalaman pasien selama seminggu terakhir.

9.3.3 Postpartum Psychosis

Postpartum psikosis adalah gejala penyakit mental yang berbahaya yang terjadi setelah ibu melahirkan dan harus ditindaklanjuti dengan penanganan medis (Raza & Raza, 2022). Postpartum psikosis yang parah dapat terjadi selama 2-12 minggu dan membutuhkan waktu 6-12 bulan untuk penyembuhan. Dengan perkiraan prevalensi global 0,089 hingga 2,6 per 1000 kelahiran, psikosis pascapersalinan diklasifikasikan sebagai penyakit dengan tingkat insiden rendah. Namun, itu membawa potensi konsekuensi medis dan sosial yang serius, termasuk risiko bunuh diri dan filicide, jika tidak segera terdeteksi dan diobati (VanderKruik et al., 2017)

Beberapa ibu merasa kesulitan membuat bonding dengan bayinya setelah mengalami psikosis. Gejala postpartum psikosis meliputi;

- a. Halusinasi = mendengar, melihat, mencium atau merasakan hal-hal yang tidak ada
- b. Delusi=pikiran atau keyakinan yang tidak mungkin benar
- c. suasana hati yang maniak – berbicara dan berpikir terlalu banyak atau terlalu cepat, merasa "tinggi" atau "di puncak dunia"
- d. suasana hati yang rendah – menunjukkan tanda-tanda depresi, menarik diri atau menangis, kurang energi, kehilangan nafsu makan, kecemasan, agitasi atau kesulitan tidur
- e. terkadang campuran antara mood manik dan mood rendah - atau mood yang berubah dengan cepat
- f. merasa curiga atau takut
- g. tidak mampu istirahat
- h. merasa bingung
- i. melakukan perilaku yang berbeda dari kepribadiannya

Setelah sehari-hari hingga berminggu-minggu setelah melahirkan, sebagian besar wanita mengalami beberapa

gangguan mental seperti perubahan suasana hati dan depresi ringan (juga dikenal sebagai post-baby blues), tetapi beberapa juga dapat menderita PTSD, depresi berat, atau bahkan psikosis hebat.

Faktor risiko meliputi riwayat gangguan bipolar, riwayat psikosis postpartum pada kehamilan sebelumnya, riwayat keluarga dengan psikosis atau gangguan bipolar, riwayat gangguan skizoafektif atau skizofrenia, dan penghentian pengobatan psikiatri selama kehamilan. Pada pasien psikosis postpartum, dibutuhkan terapi psikologi seperti *cognitive behavioural therapy* (CBT), dan melakukan pengobatan seperti antipsikotik, *mood stabilizer*, dan *antidepresan*.

9.3.4 Trauma saat persalinan/Birth Trauma

Birth trauma atau trauma saat persalinan adalah distress yang dialami oleh ibu selama dan setelah melahirkan. Salah satu masalah kesehatan mental yang sering, namun kurang terdiagnosis, dengan efek jangka menengah dan panjang pada kesehatan wanita adalah gangguan stres pasca-trauma atau *Post Traumatic Syndrome Disorder* (PTSD). PTSD selama periode perinatal dapat terjadi kapan saja dimulai dari kehamilan hingga satu tahun setelah melahirkan (McKenzie-McHarg et al., 2015). Ibu yang mengalami PTSD karena melahirkan akan mungkin merasa ditinggalkan, bersalah, dan tidak berdaya. Perasaan ini berdampak langsung pada interaksi ibu-anak (*mother child interaction*) dan dapat menyebabkan isolasi sosial (Beck, 2004). Hubungan dengan suami atau anggota keluarga lain juga bisa terdampak karena PTSD.

Meskipun trauma bisa dikategorikan sebagai trauma fisik, seorang ibu juga dapat mengalami trauma secara emosi dan psikologi. Ada beberapa faktor yang berkontribusi pada trauma persalinan, antara lain pengalaman melahirkan yang tidak sesuai rencana, mengalami komplikasi dan persalinan

yang sulit, membutuhkan intervensi selama persalinan atau Tindakan yang membutuhkan forceps, operasi sesar, atau persalinan yang melukai bayi, kematian bayi, trauma persalinan masa lalu, tidak mendapatkan perawatan yang dibutuhkan, dan kecenderungan untuk memiliki kecemasan. Perempuan juga dapat mendapatkan trauma persalinan apabila memiliki trauma sebelumnya di kehidupan sehari-hari seperti kekerasan dalam rumah tangga, kekerasan seksual, perkosaan, dan trauma pada pengungsi. Salah satu penelitian di Spanyol menemukan bahwa ibu bersalin yang pada akhirnya mengalami PTSD mempunyai Riwayat bersalin yang tidak menyenangkan, seperti diobjektifikasi oleh tenaga kesehatan sehingga ia merasa tidak diperlakukan secara baik dan tidak dihargai secara individu (Rodríguez-Almagro et al., 2019). Penelitian tersebut juga menyoroti bahwa tidak adanya *inform consent* sebelum persalinan yang mengizinkan mahasiswa ataupun petugas non medis ikut dalam persalinan, menyebabkan ibu mengalami trauma.

WHO telah merekomendasikan “*positif childbirth experience*” atau pengalaman persalinan yang positif sebagai salah satu poin penting bagi ibu yang akan melahirkan. Artinya, pengalaman positif dapat diartikan dengan persalinan yang memenuhi keinginan personal ibu, kepercayaan sosial dan budaya, melahirkan bayi yang sehat pada situasi yang aman dan tenang, didukung dengan dukungan emosional dari pendamping persalinan dan tenaga kesehatan yang terampil. Hal ini didasari dari semua ibu yang ingin melahirkan secara normal dan memiliki kepuasan personal karena telah dilibatkan untuk mengambil keputusan meskipun Ketika diperlukan Tindakan medis (WHO, 2018). Untuk menanggulangi trauma persalinan, ada beberapa cara yang dapat dilakukan oleh bidan, diantaranya; melakukan skrining dan deteksi dini adanya gangguan mental setelah melahirkan, mengedukasi keluarga adanya potensi gangguan mental pada

ibu postpartum, memberikan dukungan sosial, emosional, dan instrumental kepada ibu hamil hingga melahirkan. Ibu juga dapat menempuh beberapa cara untuk mencegah trauma persalinan antara lain; mengikuti kelas ibu hamil, membangun harapan yang realistis terhadap persalinan, membangun pemikiran yang terbuka (open-mind) terhadap segala bentuk pertolongan dan prognosis, melibatkan diri dalam lingkungan yang mendukung, mencari bantuan.

DAFTAR PUSTAKA

- Alijahan, R., & Kordi, M. 2014. Risk Factors of Dystocia in Nulliparous Women. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 39(3), 254–260.
- Altshuler, L. L., Hendrick, V., & Cohen, L. S. 2000. An Update on Mood and Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period. *The Primary Care Companion For CNS Disorders*, 2(6). <https://doi.org/10.4088/PCC.v02n0604>
- American Psychiatric Association. 2013. *DSM 5*. American Psychiatric Association.
- Balaram, K., & Marwaha, R. 2023. *Postpartum Blues*. StatPearls Publishing.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554546/>
- Beck, C. T. 2004. Birth Trauma. *Nursing Research*, 53(1), 28–35.
<https://doi.org/10.1097/00006199-200401000-00005>
- Cheung, W., Ip, W.-Y., & Chan, D. 2007. Maternal anxiety and feelings of control during labour: A study of Chinese first-time pregnant women. *Midwifery*, 23(2), 123–130.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.05.001>
- Coley, S., Kao, C.-H., Gau, M., & Cheng, S.-F. 2018. Women's perception of support and control during childbirth in The Gambia, a quantitative study on dignified facility-based intrapartum care. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(413). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2025-5>
- Esan, D. T., Thomas, O. C., Adedeji, O. A., Ogunkorode, A., & Owoeye, I. D. 2021. Tocophobia experience and its impact on birth choices among Nigerian women: a qualitative exploratory study. *Pan African Medical Journal*, 39. <https://doi.org/10.11604/pamj.2021.39.282.27229>

- Ghaedrahmati, Maryam Kazemi, A., & Kheirabadi, Gholamreza Ebrahimi, Amrollah Bahrami, M. 2017. Postpartum depression risk factors: A narrative review. *Journal of Education and Health Promotion*, 6(60). https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_9_16
- Green, J. M., & Baston, H. A. 2003. Feeling in Control During Labor: Concepts, Correlates, and Consequences. *Birth*, 30(4), 235–247. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2003.00253.x>
- Haines, H. M., Rubertsson, C., Pallant, J. F., & Hildingsson, I. 2012. The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 55. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-55>
- Hishikawa, K., Kusaka, T., Fukuda, T., Kohata, Y., & Inoue, H. 2019. Anxiety or Nervousness Disturbs the Progress of Birth Based on Human Behavioral Evolutionary Biology. *The Journal of Perinatal Education*, 28(4), 218–223. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.28.4.218>
- Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C.-L., Rochat, T., Stein, A., & Milgrom, J. 2014. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, 384(9956), 1775–1788. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61276-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61276-9)
- McKenzie-McHarg, K., Ayers, S., Ford, E., Horsch, A., Jomeen, J., Sawyer, A., Stramrood, C., Thomson, G., & Slade, P. 2015. Post-traumatic stress disorder following childbirth: an update of current issues and recommendations for future research. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(3), 219–237. <https://doi.org/10.1080/02646838.2015.1031646>

- Norhayati, M. N., Nik Hazlina, N. H., Asrene, A. R., & Wan Emilin, W. M. A. 2015. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *Journal of Affective Disorders*, 175, 34–52. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.041>
- O'Connell, M., Leahy-Warren, P., Khashan, A. S., & Kenny, L. C. 2015. Tocophobia – the new hysteria? *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 25(6), 175–177. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2015.03.002>
- O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. 2014. Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002>
- 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), e020347. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020347>
- Prasetya Ningrum, S. 2017. Faktor-Faktor Psikologis yang Mempengaruhi Postpartum Blues. *Jurnal Ilmu Psikologi*, 4(2), 205–217. <https://doi.org/10.15575/psy.v4i2.1589>
- Raza, S. K., & Raza, S. 2022. Postpartum Psychosis. In *StatPearls Publishing*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544304/>
- Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, D., Quirós-García, J. M., Martínez-Galiano, J. M., & Gómez-Salgado, J. 2019. Women's Perceptions of Living a Traumatic Childbirth Experience and Factors Related to a Birth Experience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(9), 1654. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091654>

- Schredl, M., Gilles, M., Wolf, I., Peus, V., Scharnholz, B., Sütterlin, M., & Deuschle, M. 2016. Nightmare frequency in last trimester of pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 346. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1147-x>
- Slade, P., Balling, K., Sheen, K., & Houghton, G. 2019. Establishing a valid construct of fear of childbirth: findings from in-depth interviews with women and midwives. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 96. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2241-7>
- VanderKruik, R., Barreix, M., Chou, D., Allen, T., Say, L., & Cohen, L. S. 2017. The global prevalence of postpartum psychosis: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 17(1), 272. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1427-7>
- WHO. 2018. *WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience*.
- Zhou, X., Liu, H., Li, X., & Zhang, S. 2021. Fear of Childbirth and Associated Risk Factors in Healthy Pregnant Women in Northwest of China: A Cross-Sectional Study. *Psychology Research and Behavior Management, Volume 14*, 731–741. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S309889>
- Zietlow, A. L Nonnenmacher, N., Reck, C., Ditzen, B., & Müller, M. (n.d.). Emotional stress during pregnancy–Associations with maternal anxiety disorders, infant cortisol reactivity, and mother–child interaction at pre-school age. *Frontiers in Psychology*, 10, 2179.

BAB 10

DUKUNGAN TERHADAP EMOSIONAL PADA IBU BERSALIN

Oleh Agustina Widayati

10.1 Pendahuluan

Pengertian dukungan emosional merupakan sebuah informasi verbal ataupun nonverbal yang bersifat saran, bantuan yang nyata maupun tingkah laku yang diberikan oleh sekelompok orang yang dekat dan akrab dengan subjek didalam lingkungan sosial, selain itu sesuatu hal yang dapat memberi keuntungan emosional yang berpengaruh pada tingkah penerimanya. Bentuk dukungan yang dapat diberikan adalah kepedulian, keberadaan, kesediaan, serta sikap menghargai dan menyayangi (Nisak, 2017). Dukungan Emosional sangat perlu selama depresi berlangsung, individu sering menderita secara emosional, sedih, cemas dan kehilangan harga diri. Depresi mengurangi perasaan seseorang akan hal yang dimiliki dan dicintai. Dalam dukungan emosional ini keluarga menyediakan tempat istirahat dan memberikan semangat. Dukungan emosional memberikan individu perasaan nyaman, merasa dicintai, empati, rasa percaya, perhatian sehingga individu yang menerimanya merasa berharga. Pengalaman emosional individu dan kepuasan berhubungan dengan keadaan individu. Dukungan emosional keluarga adalah yang sangat penting dalam membantu pasien dalam menghadapi stressor atau masalah yang sedang dihadapinya.

Persalinan adalah proses yang unik bagi setiap perempuan. Munulnya rasa cemas dan takut pasti akan di alami

oleh setiap ibu bersalin, beberapa pertanyaan yang akan muncul antar lain bisa bersalin normal atau tidak, apakah harus operasi SC, apakah harus digunting atau dilebarkan jalan lahirnya , apakah mampu mengejan dengan baik dan benar, setelah bayi lahir apakah semua anggota tubuhnya lahir dengan lengkap, dan jika ada robekan atau pelebaran jalan lahir apakah nanti akan sangat sakit saat akan dijahit, semua pertanyaan itu pasti akan muncul disetiap ibu bersalin yang akan melalui proses persalinan. Sehingga ibu bersalin membutuhkan dukungan secara emosional untuk bisa menangani rasa ketakutan dan kecemasannya tersebut. Jika ibu sudah merasa tenang dan nyaman maka proses persalinan pun akan berjalan dengan normal, ibu dan bayi juga sehat. (Mansur, 2014)

10.2 Aspek-Aspek Dukungan Emosional

Menurut Sarafino (2007) dalam Nadhiroh (2016) dukungan emosional meliputi beberapa dukungan sebagai berikut :

10.2.1 Empathy

Empathy adalah merasakan seperti apa yang dirasakan oleh orang lain sehingga seolah- olah juga mengalami hal yang sama seperti yang dialaminya. Rasa empati ini hanya ikut merasakan tanpa ada tindak lanjut yang dapat meringankan beban.

10.2.2 Caring

Caring yaitu sikap dan tindakan menghargai apa yang dibutuhkan orang lain, sikap ini merupakan tindakan langsung yang diberikan pada orang yang sedang mengalami permasalahan.

10.2.3 Concern

Concern merupakan sikap positif untuk memfokuskan diri pada orang lain. Sikap ini ditunjukkan hanya sebatas perhatian yang diberikan pada orang lain. Sikap ini ditunjukkan hanya sebatas perhatian yang diberikan kepada yang mengalaminya.

10.2.4 Positive Regard

Positive Regard adalah penghargaan positif berupa kehangatan, penghargaan, penerimaan, pengagungan dan cinta dari orang lain. Sikap yang ditunjukkan seperti memberikan kasih sayang, cinta, pujian, atau persetujuan dari orang lain. Sikap yang ditunjukkan seperti memberikan kasih sayang, cinta, pujian, atau persetujuan dari orang lain dan kecewa jika mendapat celaan dan kurang mendapatkan kasih sayang.

10.2.5 Encouragement Toward The Person

Sikap mendorong, mengarahkan orang lain agar fokus dalam mencapai tujuannya sehingga orang yang mendapatkan permasalahan merasa tertolong dan nyaman

10.3 Pemberian Dukungan Emosional

Keberhasilan pemberian dukungan emosional bukan tergantung pada seseorang yang menerima dukungan emosional, tetapi keberhasilan tergantung pada kemampuan seseorang untuk memberikan dukungan emosional. Dukungan emosional yang diberikan sering akan menjadi faktor penentu keberhasilan atau kegagalan. Memahami kebutuhan emosi yang berlainan merupakan dasar bagi pemberian dukungan yang lebih efektif. Pemberian dukungan emosional diperlukan karena sering terjadi masalah psikologis pada ibu bersalin yaitu :

1. Kecemasan Menghadapi Persalinan. Tindakan yang dapat dilakukan antara lain mengkaji penyebab kecemasan, memberikan orientasi sebelumnya terhadap lingkungan proses persalinan, memantau TTV, mengajarkan teknik relaksasi, Memberikan edukasi tentang pengaturan napas untuk memfasilitasi rasa nyeri
2. Kurang Pengetahuan tentang proses persalinan. Tindakan yang dapat dilakukan adalah mengkaji tingkat pengetahuan, Memberikan informasi tentang proses persalinan yang akan dilakukan, memfasilitasi informed consent
3. Kemampuan mengontrol diri menurun (pada kala 1 fase aktif). Tindakan yang dapat dilakukan yaitu memberikan dukungan emosi dan fisik, melibatkan keluarga atau suami dalam mendampingi ibu bersalin. (Sondakh, 2013)

10.4 Faktor-Faktor Yang mempengaruhi Dukungan Emosional

Menurut (Reis Dalam Nisak, 2017) ada tiga faktor yang mempengaruhi dukungan emosional pada individu yaitu sebagai berikut :

10.4.1 Keintiman

Dukungan emosional merupakan bagian dari dukungan sosial lebih banyak diperoleh dari keintiman dari pada aspek lain dalam interaksi sosial, semakin intim seseorang maka dukungan yang diperoleh semakin besar.

10.4.2 Harga Diri

Individu dengan harga diri memandang, bantuan dari orang lain merupakan suatu bentuk penurunan harga diri karena dengan menerima bantuan orang lain diartikan bahwa individu yang bersangkutan tidak mampu lagi berusaha.

10.4.3 Keterampilan Sosial

Individu dengan pergaulan yang luas akan memiliki keterampilan sosial yang tinggi, sehingga akan memiliki jaringan sosial yang luas. Sedangkan individu yang memiliki jaringan individu yang kurang luas memiliki keterampilan sosial rendah.

10.5 Dukungan Emosional Keluarga

Dukungan emosional keluarga merupakan faktor yang penting dalam mengurangi efek stres yang dapat berasal dari teman, anggota keluarga bahkan pemberi perawatan ketika menghadapi suatu masalah. Seseorang yang mendapat dukungan emosional keluarga yang lebih tinggi akan menjadikan seseorang berfikir positif dan jika kurang mendapat dukungan emosional akan menyebabkan peningkatan emosional yang negative. Dukungan emosional keluarga bisa dalam bentuk dukungan berupa tempat yang aman dan damai untuk bersitirahat dan pemulihan serta membantu dalam penguasaan terhadap emosi yang diterima dari keluarga. Dukungan emosional keluarga ini berupa dukungan rasa empati, kepedulian, perhatian, terhadap anggota keluarga yang mengalami penyakit. Dukungan emosional yang diberikan keluarga akan membuat individu tidak merasa menanggung beban sendirian, tetapi masih ada keluarga yang mau mendengarkan segala keluh kesah yang dihadapinya.

10.6 Perubahan psikologis Ibu Bersalin Kala I

Kondisi psikologis yang sering terjadi pada ibu bersalin kala I secara umum adalah sebagai berikut :

1. Perasan cemas dan takut pada dosa-dosa ataupun kesalahan-kesalahan sendiri. Ketakutan tersebut berupa

- rasa takut jika bayi yang dilahirkan dalam keadaan cacat nantinya.
2. Perasaan tegang, rasa sakit kontraksi, dan konflik-konflik batin. Hal ini disebabkan oleh semakin membesarnya janin dalam kandungan yang menyebabkan ibu merasa capek dan tidak bisa tidur dengan nyenyak
 3. Sering timbul rasa takut akan resiko bahaya melahirkan bayinya
 4. Harapan-harapan mengenai jenis kelamin bayi yang akan dilahirkan

10.7 Perubahan Psikologis Ibu Bersalin Kala II

Saat proses persalinan kala II ini beberapa ibu bersalin ada yang tenang dan bangga akan kelahiran bayi nya tetapi banyak juga yang merasa takut ataupun cemas. Perubahan psikologis yang dapat terjadi antara lain: Terkejut/ panik dengan apa yang terjadi pada saat pembukaan lengkap, Bingung terhadap apa yang terjadi , frustrasi dan marah, tidak memeperdulikan apa saja dan siapa saja yang ada dikamar bersalin, rasa lelah dan sulit mengikuti perintah, dan fokus pada dirinya sendiri. Beberapa hal yang dapat mempengaruhi psikologis ibu bersalin meliputi :

1. Melibatkan psikologi ibu, emosi, dan persiapan intelektual
2. Pengalaman ibu melahirkan sebelumnya
3. Kebiasaan adat
4. Hubungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu

Selain itu adanya perubahan psikis yang terjadi saat akan bersalin dan selama proses persalinan yaitu:

1. Adanya rasa ketakutan sehubungan dengan dirinya sendiri
2. Ketakutan terhadap pengalaman persalinan sebelumnya
3. Perasaan gembira karena akan segera melihat wajah anak yang dinanti-nanti

10.8 Dukungan Suami dan Keluarga Dalam Persalinan Kala I

Dukungan suami ataupun keluarga dalam menghadapi persalinan sangatlah berarti, dimana suami atau keluarga bisa memberikan rasa percaya diri pada seorang ibu bersalin dalam menghadapi persalinan. Suami dapat membantu istri dalam menyiapkan semua kebutuhan bayi, memperhatikan secara detail kebutuhan istri dan menumbuhkan rasa percaya diri serta rasa nyaman dan aman. Saat proses persalinan kala I ini suami dianjurkan untuk memberikan dukungan dengan menemani ibu selama proses pembukaan persalinan. Suami dianjurkan untuk berperan aktif dengan mendukung dan mengetahui langkah-langkah proses persalinan yang mungkin akan sangat membantu kenyamanan ibu. Menghargai keinginan ibu untuk ditemani oleh teman atau saudara yang khusus. Melakukan kerjasama dengan anggota keluarga lainnya untuk memberikan kata-kata yang mampu membesarkan hati sang ibu saat melewati tahap persalinan kala I. Memberikan saran kepada ibu bersalin untuk ambil nafas saat terjadi ontraksi, memijat punggung dan kaki ibu, menyeka muka ibu dengan lembut merupakan hal-hal kecil yang bisa dilakukan suami atau keluarga saat mendampingi ibu bersalin. Suami memiliki peran yang sangat besar dalam memberikan dukungan secara emosional terhadap ibu selama proses persalinan dan kelahiran.

Beberapa manfaat suami dan keluarga sebagai pendamping ibu adalah :

1. Memberi rasa tenang dan penguat psikis ibu
2. Suami atau keluarga dapat membantu bidan untuk memenuhi kebutuhan ibu bersalin seperti membantu memberi makan dan minum
3. Meningkatkan ikatan suami istri
4. Menumbuhkan naluri kepatikan

5. Suami akan lebih menghargai dan memberikan kasih saying kepada istrinya dengan melihat pengorbanan istri saat proses persalinan. (Sondakh, 2013)

10.9 Memberikan Asuhan Sayang Ibu Oleh Bidan

1. Memberikan dukungan mengurangi rasa nyeri menurut varney antara lain:
 - a. Menghadirkan seorang ayah
 - b. Pengaturan posisi yang diinginkan ibu seperti setengah duduk, merangkak, jongkok, berdiri atau miring kiri
 - c. Relaksasi pernapasan

Selain itu bidan juga bisa memberikan dukungan pengurangan rasa nyeri dengan memberikan *masase* atau sentuhan, *conterpressure* untuk mengurangi tegangan pada ligament, kompres hangat atau kompres dingin, pemusatan perhatian dengan berdoa, memberikan music yang lembut dan menyenangkan ibu .

2. Membantu ibu dalam memilih posisi yang nyaman

Penolong menganjurkan ibu untuk mencoba posisi yang nyaman selama persalinan dan melahirkan bayi. Ibu diperbolehkan mobilisasi seperti berjalan, berdiri, duduk, jongkok, berbaring miring, atau merangkak. Posisi yang sangat dianjurkan agar memepercepat rotasi janin dan membantu sirkulasi oksigen dari ibu ke janin yaitu dengan miring kiri, dengan posisi tersebut dapat membantu janin berotasi ke arah anterior dan posisi oksipital posterior kiri.

3. Memberikan cairan dan nutrisi
4. Membantu ibu dengan memberikan keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur
5. Melakukan pencegahan infeksi
6. Membantu mengambil tindakan yang efektif untuk pasien

7. Membantu memengaruhi orang lain, lingkungan fisik, dan diri sendiri untuk kesejahteraan ibu selama proses persalinan
8. Bidan harus memastikan seseorang yang telah dipilih ibu untuk mendampingi selama persalinan
9. Ibu yang memperoleh dukungan emosional saat proses persalinan akan mengalami waktu persalinan lebih singkat, intervensi yang lebih sedikit, ibu dan bayi juga dalam keadaan sehat. (Sondakh, 2013)

DAFTAR PUSTAKA

- Wiganti, Atun & Nisak, Z,Ana.2017. *Peran Dukungan Keluarga Terhadap Pengambilan Keputusan Deteksi Dini Kanker Serviks*.
- Nadhiroh, Siti. 2016. *Hubungan Antara Dukungan Emosional Orangtua Dengan Resiliensi Pada Remaja Yang Menikah Akibat Kemhamilan Diluar Nikah*. (Skripsi). Universitas Kristen Staya Wacana Salatiga
- Sondakh, Jenny J.S. 2013. *Asuhan kebidanan Persalinan & Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Erlangga
- Mansur, Herawati dan Temu Budiarti. 2014. *Psikologi Ibu dan anak Untuk kebidanan*. Jakarta:Salemba Medika
- Rohani,dkk. 2014. *Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan*. Jakarta: Salemba Medika

BAB 11

PERSIAPAN PERSALINAN UNTUK IBU, PENOLONG, DAN BAYI BARU LAHIR

Oleh Senditya Indah Mayasari

11.1 Pendahuluan

Persiapan persalinan hendaknya dipersiapkan jauh sebelum ibu mendekati hari perkiraan persalinan. Idealnya ibu dapat memulai untuk mempersiapkan keperluan persalinan saat telah memasuki kehamilan Trimester III. Persiapan persalinan tidak hanya dipersiapkan oleh ibu, namun suami maupun keluarga turut serta mempersiapkan keperluan ibu. Persiapan persalinan yang perlu disiapkan antara lain persiapan untuk ibu dan bayi, tempat bersalin dan tenaga kesehatan yang menolong, persiapan biaya, transportasi, calon donor hingga suami sebagai suami siap antar jaga (SIAGA). Persiapan persalinan yang telah disiapkan sebelum persalinan selain penting juga dapat memberikan rasa nyaman bagi ibu karena ibu tidak perlu terburu-buru mempersiapkan jika sewaktu-waktu ibu merasakan adanya tanda persalinan.

11.2 Persiapan Persalinan Untuk Ibu Bersalin

Persiapan menjelang persalinan untuk ibu perlu disiapkan sejak dini atau pada kehamilan trimester III agar jika sewaktu-waktu ibu sudah merasakan adanya tanda-tanda persalinan, ibu tidak perlu khawatir akan perlengkapan yang akan dibawa saat pelayanan kesehatan (Yulizawati *et al.*, 2019) Beberapa persiapan yang perlu disiapkan diantaranya :

1. Pemilihan metode persalinan.

Pemilihan metode persalinan hendaknya dibicarakan sebelum menjelang persalinan dengan tenaga kesehatan seperti dokter atau bidan, suami maupun keluarga. Metode persalinan dipilih sesuai dengan kemampuan, kebutuhan dan kondisi ibu serta kesiapan tempat bersalin apakah fasilitas dapat memenuhi metode yang dipilih oleh ibu. Beberapa metode persalinan pada ibu dengan kondisi fisiologis dapat dipilih dengan metode persalinan normal atau *waterbirth*. Sedangkan ibu dengan kondisi patologis dan sesuai dengan anjuran dokter dapat dilakukan persalinan dengan *sectio sesarea*. Pemilihan metode persalinan ini sangat mempengaruhi kesiapan ibu menjelang persalinan, sehingga perlu didiskusikan untuk mempertimbangkan resiko dan efek yang terjadisetelahnya (Manuaba, 2014).

2. Tempat melahirkan

Tempat persalinan dipilih dengan beberapa pertimbangan antara lain jarak tempuh antara rumah dengan tempat bersalin untuk memperkirakan berapa lama waktu yang ditempuh, fasilitas layanan kesehatan yang memadai sesuai dengan metode persalinan yang dipilih, serta akses menuju tempat bersalin apakah mudah untuk dilewati.

3. Tenaga medis penolong persalinan

Pemilihan tenaga medis sebagai penolong persalinan dapat dibantu oleh dokter kandungan atau bidan, ini disesuaikan dengan kondisi ibu serta pilihan ibu beserta suami dan keluarga. Sebaiknya tenaga medis yang dipilih ibu untuk menolong persalinannya nanti telah mengetahui riwayat kondisi kehamilan ibu sejak trimester I untuk memantau kehamilan ibu sejak awal, sehingga dapat diketahui perkembangan kesehatan ibu dan janin. Pemilihan tenaga medis sangat mempengaruhi psikologi ibu, sehingga ibu

- dapat memilih sesuai kenyamanan ibu dengan tetap memperhatikan wewenang masing-masing tenaga medis.
4. Persiapan mental ibu
Support serta dukungan suami serta keluarga berupa perhatian dan kasih sayang sangat dibutuhkan ibu menjelang persalinan. Hal ini sebagai bentuk kekuatan mental ibu dalam menghadapi persalinan. Meyakinkan pada ibu bahwa anggota keluarga senantiasa mendampingi ibu selama proses persalinan dapat menghindari kepanikan dan ketakutan ibu. Dengan bersikap tenang, ibu dapat melalui saat persalinan dengan baik dan lebih siap.
 5. Pendamping persalinan
Kehadiran suami atau keluarga sebagai pendamping ibu selama persalinan dapat memberikan dampak yang positif pada proses persalinan ibu karena dengan memberikan support, semangat dan rasa aman yang diberikan keluarga membuat ibu merasakan adanya perhatian dari keluarga dan ibu tidak merasa berjuang sendiri (Harumawati, 2017).
 6. Transportasi
Kendaraan yang digunakan ke tempat tenaga kesehatan berikut juga persiapan driver yang sewaktu-waktu harus siap saat ibu merasakan adanya tanda-tanda persalinan juga perlu disiapkan. Jika ibu atau keluarga tidak memiliki kendaraan pribadi maka dapat dipertimbangkan untuk meminjam atau jika ada fasilitas ambulance desa.

Persiapan kebutuhan persalinan (Sulikah *et al.*, 2019)

1. Persiapan yang harus dibawa untuk ibu selama persalinan:
 - a. Buku KIA
 - b. Perlengkapan mandi ibu (handuk, sabun mandi, sikat gigi, pasta gigi dan shampoo)
 - c. Baju ganti dengan kancing didepan agar memudahkan ibu untuk menyusui

- d. *Underware* (celana dalam dan bra menyusui)
 - e. Jarik atau sarung
 - f. Gurita ibu atau korset pasca melahirkan
 - g. Barang-barang pribadi lainnya seperti kosmetik dll.
2. Persiapan untuk bayi yang sudah lahir
- a. Baju bayi (baju, popok, gurita, celana, sarung tangan dan kaki)
 - b. Handuk bersih dan waslap
 - c. Topi dan selimut bayi atau bedong
 - d. Minyak telon, bedak, atau barang lainnya seperti parfum, sisir bayi
 - e. Kantong plastik atau pot tanah liat untuk ari-ari (plasenta)

11.3 Persiapan Persalinan Bagi Bidan (Tenaga Kesehatan)

1. Mempersiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran. Persiapan ruang bersalin dipersiapkan sesuai dengan standart ruang yang memenuhi, diantaranya:
 - a. Ruangan yang bersih dengan memiliki sirkulasi udara yang baik dan pencahayaan atau penerangan yang cukup.
 - b. Tersedianya sumber air bersih yang mengalir dan terjangkau untuk cuci tangan, mencuci alat, kebutuhan ibu sebelum dan sesudah melahirkan seperti BAK atau mandi.
 - c. Mempersiapkan air DTT (desinfeksi tingkat tinggi). Sebelum melakukan pemeriksaan dalam selama persalinan, vulva dan vagina ibu dibersihkan menggunakan air DTT.
 - d. Air bersih yang mengalir dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan dalam membersihkan ruang bersalin seperti larutan klorin dan sabun cuci,

kain lap, kain untuk membersihkan lantai dan sarung tangan karet yang digunakan saat mencuci alat dan membersihkan ruangan bersalin.

- e. Kamar mandi yang bersih. Kamar mandi dibersihkan menggunakan dengan larutan klorin 0,5% kemudian dibersihkan dengan deterjen dan dibilas menggunakan air bersih sebelum persalinan dimulai. Dengan kamar mandi yang bersih diharapkan dapat melindungi baik pasien, petugas kesehatan maupun keluarga terhadap resiko penularan infeksi dari cairan tubuh seperti darah dan sekret tubuh ibu.
 - f. Ruang yang cukup untuk pasien melakukan mobilisasi selama sebelum ibu persalinan. Memastikan bahwa ruang yang tersedia membuat ibu nyaman dan menjaga privasi pasien.
 - g. Tempat tidur yang bersih dan nyaman untuk ibu. Tutupi tempat tidur dengan plastik pelak yang mudah dibersihkan jika terkontaminasi selama persalinan atau kelahiran bayi.
 - h. Tempat yang bersih dan hangat untuk memberikan asuhan pada bayi baru lahir.
 - i. Tempat seperti meja atau lemari untuk meletakkan peralatan persalinan yang bersih dan terjangkau.
2. Mempersiapkan perlengkapan alat persalinan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan.

Dalam mempersiapkan alat perlu diperhatikan kelengkapan jenis alat dan bahan, jumlah yang dibutuhkan, kebersihan atau kesterilan alat, ketersediaan obat-obatan dan kedarluasnya serta kelayakan dari alat tersebut. Alat, bahan serta obat-obatan yang dipersiapkan telah dipastikan telah tersedia dan siap pakai ditempat yang sesuai dan terjangkau. Persiapan alat hendaknya dilakukan sebelum dan sesudah memberikan pertolongan persalinan.

3. Menyiapkan rujukan

Proses persalinan merupakan suatu peristiwa fisiologis yang secara alami ibu dapat melahirkan secara normal.

Namun beberapa kondisi ibu bersalin yang membutuhkan tindakan rujukan untuk mendapatkan penanganan yang lebih insentif di fasilitas yang lebih memadai. Persiapan rujukan perlu dipersiapkan disetiap proses persalinan, sebab terlambatnya ibu dilakukan rujukan dapat mengancam jiwa ibu maupun bayinya. Beberapa persiapan dalam merujuk diantaranya dokumentasi tertulis sesuai dengan kondisi serta asuhan yang telah dilakukan (partograf), alat dan bahan (cairan infus, oksigen, obat-obatan), serta *informed consent* dari anggota keluarga. Pentingnya konseling pada ibu, suami dan keluarga untuk persetujuan dan menentukan tempat rujukan.

Menurut JNPK-KR 2015 beberapa kondisi penyulit dalam persalinan yang tiba-tiba sering kali dihadapi oleh tenaga kesehatan dilayanan primer, hal ini membutuhkan penanganan yang cepat untuk dilakukan rujukan untuk keselamatan ibu dan bayi. Namun tak jarang persiapan untuk rujukan tidak cukup waktu atau ketidaksiapan tenaga kesehatan (JNPK-KR, 2015).

Rujukan tepat waktu merupakan unggulan asuhan sayang ibu dalam mendukung keselamatan ibu dan bayi baru lahir. Untuk memudahkan tenaga kesehatan di layanan primer dalam merujuk, beberapa yang perlu dipersiapkan dengan singkatan BAKSOKUDA dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi (Rohani, 2011). BAKSOKUDA terdiri dari :

B (bidan): Pastikan terdapat penolong persalinan yang kompeten yang mendampingi ibu dan/atau bayi baru lahir dalam penatalaksanaan beberapa kasus seperti gawatdarurat obstetri dan bayi baru lahir selama perjalanan ke fasilitas rujukan.

A (alat): Bawa perlengkapan alat dan bahan yang dibutuhkan selama rujukan untuk ibu dan/ atau bayi baru lahir seperti oksigen dan alat resusitasi, tabung suntik, selang IV, alat dan bahan persalinan.

K (keluarga): Informasi dan konselingkan kepada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan/atau bayi dan penjelasan mengapa ibu dan/atau bayi perlu dilakukan rujukan. Informasikan secara jelas sebab serta tujuan ibu harus segera dilakukan rujukan ke fasilitas yang lebih memadai. Suami atau anggota keluarga dapat mendampingi ibu dan/atau bayi baru lahir ke fasilitas rujukan.

S (surat): Sertakan dokumentasi berupa surat pengantar beserta dokumen lainnya yang dibutuhkan untuk rujukan yang berisikan identifikasi mengenai ibu dan/atau bayi baru lahir, sebab dilakukan rujukan yang disertai uraian hasil pemeriksaan, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu dan/atau bayi baru lahir. Lembar partograf dapat disertakan sebagai alat bantu untuk membuat keputusan klinik.

O (obat): Selain alat dan bahan yang perlu disiapkan, obat-obatan esensial juga harus dibawa saat perjalanan menuju fasilitas rujukan. Obat-obatan tersebut dipersiapkan untuk keperluan terapi selama diperjalanan.

K (kendaraan): Alat transportasi dipersiapkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman.

U (uang): Keluarga ibu diingatkan untuk mempersiapkan uang dalam jumlah yang cukup untuk keperluan ibu selama ditempat rujukan seperti keperluan untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan

lain yang diperlukan selama ibu dan atau bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan.

DA (darah) : donor darah juga perlu dipersiapkan untuk persalinan jika dalam proses persalinan ibu mengalami komplikasi seperti perdarahan yang membutuhkan transfusi darah.

4. Memberikan asuhan sayang ibu

Proses persalinan merupakan peristiwa yang menegangkan bagi ibu maupun keluarga. Perasaan cemas, khawatir dan takut akan proses persalinan mengakibatkan ibu merasa takut untuk menghadapi persalinan. Sebab itu, sebagai tenaga kesehatan dapat menciptakan suasana persalinan yang nyaman dan aman bagi ibu maupun keluarga dengan memberikan asuhan sayang ibu selama proses persalinan (Hidayat, 2010). Beberapa prinsip umum asuhan sayang ibu, diantaranya :

- a. Berkomunikasi pada ibu dan keluarga dengan ramah sopan dan menggunakan bahasa yang mudah dipahami. Bersikap dan bertindak dengan tenang serta memberikan support selama persalinan.
- b. Menjawab setiap pertanyaan yang diajukan oleh ibu maupun anggota keluarganya.
- c. Menganjurkan suami dan anggota keluarga ibu untuk hadir serta memberikan dukungan saat proses persalinan.
- d. Lakukan deteksi dini atau tanda-tanda penyulit selama persalinan. Segera memberikan asuhan yang sesuai saat terjadi penyulit.
- e. Mempersiapkan rujukan jika sewaktu-waktu terjadi penyulit.

Asuhan sayang ibu yang dapat dilakukan selama persalinan :

- a. Berikan support dan dukungan secara emosional
- b. Bantu ibu memilih posisi yang nyaman dan aman selama proses persalinan
- c. Berikan ibu cukup nutrisi dan cairan selama persalinan
- d. Tersedianya kamar mandi yang bersih dan mudah dijangkau
- e. Pencegahan infeksi selama proses persalinan

5. Pencegahan infeksi

Pencegahan infeksi merupakan hal yang penting selama pemberian asuhan pada persalinan dalam menciptakan persalinan yang bersih dan aman bagi ibu dan bayinya. Selain untuk melindungi ibu dan bayinya, pencegahan infeksi juga melindungi petugas kesehatan yang menolong ibu dalam persalinan serta keluarga dari penyakit menular atau infeksi. Beberapa tindakan yang dapat dilakukan untuk mencegah infeksi selama proses persalinan antara lain cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, menggunakan APD (Alat Pelindung Diri), penggunaan alat sesuai dengan standart (steril dan bersih), dekontaminasi alat dan ruang bersalin, dan konseling pada ibu dan keluarga pentingnya menjaga kebersihan.

DAFTAR PUSTAKA

- Harumawati, D. 2017. *Gambaran Dukungan Suami Dalam Antenatal Care Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Babadan Ponorogo*. 2(2), 35–43.
- Hidayat, A. S. 2010. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Nuha Medika.
- JNPK-KR. (2015). *Asuhan Persalinan Normal & Inisiasi Menyusui Dini*. Jakarta: Jaringan Nasional Pelatihan Klinik-Kesehatan Reproduksi dan Perkumpulan Obsetri.
- Manuaba, I. A. 2014. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*. 2 ed. EGC.
- Rohani. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan*. EGC.
- Sulikah, Usnawati, N., N. Surtinah, & Sumaningsih, R. 2019. *Modul Ajar Kebidanan Asuhan Persalinan dan BBL* (T. S. Purwanto (ed.)). Prodi Kebidanan Magetan, Poltekkes Kemenkes Surabaya.
- Yulizawati; Insani, Aldina Ayunda; Sinta, Lusiana El; Andriani, F. 2019. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Persalinan*. Indomedia Pustaka.

BAB 12

MAKAN DAN MINUM DALAM PERSALINAN

Oleh Ika Yudianti

12.1 Pendahuluan

Sepanjang kehamilan, perempuan telah disarankan dan dimotivasi untuk mempertahankan pola makan yang bergizi, berlanjut ke momen persalinan yang merupakan peristiwa besar yang membutuhkan energi dan stamina yang prima. Persalinan dan kelahiran bayi merupakan integrasi yang luar biasa dari kekuatan fisiologis dan psikologis yang membawa kehidupan manusia baru ke dunia. Ada dimensi fisik, emosional, dan sosial yang menjadi kunci untuk proses persalinan, dimana kedatangan bayi menandai kelahiran atau keberlanjutan kelangsungan sebuah keluarga. Sepanjang sejarah, persalinan dan kelahiran memiliki arti khusus untuk setiap budaya dan kejadiannya sering ditandai dengan simbol-simbol spiritual dan budaya. Perilaku dan respon individu (perempuan) terhadap persalinan sangat variatif, pentingnya mengetahui dan terhubung secara intuitif dengan perempuan, merupakan tantangan utama bagi bidan dalam rangka memungkinkan asuhan kebidanan yang tepat dan sesuai dengan kebutuhan individu.

Tujuan asuhan kebidanan dalam persalinan dan bayi baru lahir adalah untuk mencapai persalinan dan kelahiran yang aman bagi ibu dan bayi, serta memberikan pengalaman melahirkan yang menyenangkan dan memuaskan bagi ibu dan pasangannya, yang akan dikenang dan diceritakan selama hidup. Guna mewujudkan asuhan kebidanan yang berkualitas

dan memuaskan, penting bahwa segala hal yang disampaikan perempuan selama persalinan didengarkan dan dihargai oleh bidan. Tingkat kematian perempuan di negara-negara maju saat melahirkan sudah mulai jarang terjadi. Hal ini membuktikan bahwa pengalaman melahirkan telah menyumbangkan signifikansi yang besar dan telah menjadi fokus utama bagi para profesional yang membantu proses persalinan dan kelahiran.

Makanan dan minuman yang dikonsumsi calon ibu selama persalinan dimaksudkan untuk membantu memenuhi kebutuhan persalinan. Praktek membatasi asupan oral selama persalinan pada awalnya diperkenalkan pada 1940-an untuk mencegah pneumonitis aspirasi lambung jika terjadi intervensi operasi yang membutuhkan anestesi umum. Selama anestesi umum, terjadi peningkatan resiko isi perut akan memasuki paru-paru. Sifat asam yang dimiliki oleh cairan lambung dan adanya partikel makanan sangat berbahaya, dan berpotensi menyebabkan penyakit paru-paru parah, bahkan kematian perempuan.

Struktur otot polos uterus bekerja jauh lebih efisien daripada otot rangka, membuat kebutuhan energi yang relatif lebih kecil dan cukup memanfaatkan asam lemak serta keton dengan mudah sebagai sumber energi. Perempuan dalam persalinan fisiologis umumnya menarik diri dari aktivitas otak yang lebih tinggi dan otot rangka beristirahat, sehingga kebutuhan energi menjadi kurang dari normal. Keluhan-keluhan dari para parturien terhadap pembatasan makan dan minum yang tidak menyenangkan, sering dilaporkan dalam penelitian-penelitian tentang makan dan minum selama persalinan. Selain itu, keseimbangan gizi yang buruk dapat dikaitkan dengan persalinan yang lebih lama durasinya dan lebih menyakitkan karena menimbulkan insiden inersia dan atonia uteri, sedangkan berpuasa saat menjalani proses

persalinan tidak menjamin perut kosong atau keasaman menjadi berkurang.

Sebuah *systematic review* mengidentifikasi lima studi yang melibatkan 3130 parturien. Sebagian besar penelitian di dalamnya telah mengidentifikasi jenis makanan tertentu yang direkomendasikan, meskipun satu studi membiarkan perempuan memilih apa yang ingin mereka makan dan minum saat persalinan. Ulasan tersebut mengidentifikasi tidak ada manfaat atau bahaya membatasi makanan dan cairan selama persalinan pada parturien yang tidak memiliki indikasi untuk mendapatkan anestesi. Tidak ada penelitian yang dilakukan pada parturien yang berisiko tinggi membutuhkan anestesi. Tak satu pun dari penelitian melihat pandangan parturien tentang membatasi cairan dan makanan selama persalinan. Dengan demikian, mengingat temuan penelitian tersebut, parturien harus dibebaskan untuk makan dan minum dalam persalinan, atau memilih untuk tidak makan dan minum, sesuai dengan yang mereka inginkan, sebagai bagian dari asuhan saying ibu. Tranmer *et al* (2005) menguji hipotesis bahwa makan dan minum yang tidak dibatasi selama persalinan dapat mengurangi kejadian distosia persalinan. Meskipun tidak ada efek yang ditunjukkan, hal tersebut menyoroti bahwa ketika parturien difasilitasi untuk mengatur dirinya sendiri maka lebih banyak dari mereka yang memilih untuk tetap makan dan minum saat proses persalinan, biasanya dalam jumlah kecil namun sering yang dikonsumsi pada tahap awal persalinan.

Puasa yang dipaksakan dalam persalinan untuk semua parturien terus dipertanyakan dan menjadi polemik, mengingat bukti yang menunjukkan bahwa puasa dalam persalinan tidak menjamin perut kosong atau menurunkan keasaman isi perut. Pertanyaan tentang asupan oral yang tepat selama persalinan telah menjadi kontroversial selama bertahun-tahun dan telah sering ditinjau kembali tanpa jawaban pasti. Pembatasan makan dan minum selama persalinan dapat menyebabkan

dehidrasi dan ketosis. Beberapa unit bersalin memerlukan pemberian inhibitor asam seperti ranitidin untuk meningkatkan pH isi lambung, namun ini hanya sesuai untuk diterapkan pada parturien dengan status berisiko tinggi yang lebih berisiko terhadap prosedur darurat dan tidak boleh diterapkan pada parturien dalam persalinan normal.

Terlepas dari risiko medis, mengendalikan apa yang parturien makan dan minum dalam persalinan normal adalah bersifat paternalistik, dan dapat dikatakan pelanggaran hak asasi manusia. Parturien dapat tetap makan dan minum ketika mereka merasa lapar dan haus, sebaiknya lebih sering pada awal persalinan sebagai bahan bakar energi untuk menjalani persalinan. Asupan nutrisi pada kala I persalinan, terutama pada fase laten sangat dianjurkan seiring dengan durasi dan frekuensi kontraksi uterus yang umumnya belum adekuat pada masa tersebut, sehingga parturien dapat makan dan minum dengan lebih nyaman. Beberapa parturien mengalami mual saat persalinan berlangsung dan karena itu meninggalkan makanan, meskipun mereka biasanya terus minum dalam porsi kecil.

12.2 Peranan Faktor *Power* dalam Persalinan

Melahirkan bayi merupakan proses konsumsi energi yang signifikan yang diatur oleh sistem saraf yang kompleks dan respons hormonal. Perubahan hormon dan metabolisme bersama dengan penyesuaian fisik dan psikologis selama persalinan dapat menyebabkan ketidakseimbangan energi (gangguan homeostatik glukosa) dan stres mental yang dapat menyebabkan kelelahan dalam proses persalinan. Kemajuan proses persalinan dipengaruhi oleh tiga faktor utama, yaitu: *power* (kekuatan ibu), *passage* (jalan lahir), *passanger* (hasil konsepsi: fetus, likuor amnii, dan plasenta). Pada bahasan makan dan minum dalam persalinan, faktor yang paling

berhubungan adalah *power*. Kekuatan yang dimaksud adalah kontraksi uterus dan kekuatan ibu dalam menjalani kala-kala dalam persalinan. Kontraksi uterus bertanggung jawab terhadap penipisan dan pembukaan serviks, penurunan fetus, dan ekspulsi saat kala II. Kontraksi uterus yang tidak adekuat dapat meningkatkan risiko terjadinya persalinan lama yang berpotensi menyebabkan kesakitan atau kematian ibu dan bayi.

Glukosa merupakan substansi metabolik utama yang dimanfaatkan oleh uterus selama persalinan. Kekurangan suplai energi dalam bentuk glukosa dapat mengakibatkan terjadinya kelelahan otot uterus. Apabila kelelahan terjadi, kadar asam laktat akan meningkat sehingga menyebabkan kerja enzim-enzim glukolitik terhambat, mempengaruhi reaksi-reaksi kimia dalam sel-sel otot, dan menghambat pelepasan ion-ion kalsium, yang pada akhirnya menyebabkan kontraksi otot polos uterus menjadi lemah atau terganggu. Banyak penelitian yang membuktikan bahwa kelelahan yang dialami perempuan saat persalinan mengakibatkan kontraksi yang tidak adekuat dan menghambat kemajuan persalinan. Beberapa faktor yang melatarbelakangi kondisi tersebut antara lain produksi metabolit, perubahan tingkat energi dan enzim-enzim yang mengkatalis produksi energi, kondisi psikologis, dan situasi lingkungan. Faktor-faktor tersebut dapat diperbaiki atau diatasi melalui pemenuhan nutrisi yang cukup selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

12.3 Perubahan Sistem Pencernaan dalam Persalinan

Uterus yang membesar selama kehamilan akan menggantikan dan mengganggu sfingter esofagus bagian bawah, dan progesteron melemaskan zona tekanan tinggi ini sehingga menyebabkan peningkatan progresif dalam timbulnya

mulas. Peningkatan tekanan lambung karena kompresi mekanis juga berkontribusi terhadap terjadinya rasa mulas. Akibat kejadian gejala ini, produksi asam total menurun, meskipun produksi plasenta gastrin meningkatkan konsentrasi total hormon ini. Pengosongan lambung adalah normal selama kehamilan, yang diukur dengan penyerapan asetaminofen, ultrasonografi, dye-dilusi, dan teknik radiografi. Waktu transit usus meningkat, menyebabkan seringnya keluhan sembelit pada perempuan hamil. Studi pH dan volume lambung pada perempuan hamil dan tidak hamil tidak menunjukkan perbedaan dalam proporsi perempuan yang memenuhi kriteria "berisiko" (pH 25 ml16) untuk aspirasi paru isi lambung. Proses persalinan secara mendasar akan mengubah pola ini. Waktu pengosongan lambung secara signifikan lebih lambat selama persalinan dan karena mekanisme ini maka volume lambung akan meningkat.

Analgesia dari golongan opioid yang diberikan melalui rute apa pun akan semakin meningkatkan waktu pengosongan lambung. Studi menunjukkan bahwa makanan padat di perut perempuan akan tetap bekerja bahkan setelah 18 jam puasa. Pengosongan lambung tetap abnormal pada hari pertama pasca persalinan, namun akan kembali normal pada hari kedua. Enzim transaminase hati, bilirubin, dan LDH sedikit meningkat pada kehamilan. Alkali fosfatase meningkat secara nyata (2-4 kali lipat), tetapi karena produksi plasenta, bukan perubahan pada hepar. Aktivitas serum kolinesterase berkurang 24% sebelum melahirkan dan mencapai titik nadir (pengurangan 33%) pada hari postpartum ketiga.

12.4 Masalah yang Mempengaruhi Asupan Oral dalam Persalinan

Pada tahun 1940-an, ketika sebagian besar kelahiran normal dibantu menggunakan anestesi umum, sejumlah besar perempuan teridentifikasi memiliki komplikasi paru setelah melahirkan. Komplikasi ini diidentifikasi sebagai disebabkan oleh aspirasi isi perut ke paru-paru selama anestesi umum. Penelitian selanjutnya tentang fisiologi gastrointestinal mengidentifikasi perubahan inheren yang terkait dengan proses persalinan dan kelahiran bayi. Perbedaan yang melekat ini menandai diberlakukannya pembatasan asupan oral selama persalinan.

1) Pengosongan lambung tertunda

Pengosongan lambung yang tertunda dalam persalinan tetap menjadi alasan utama untuk melarang atau membatasi asupan oral dalam persalinan. Selama kehamilan, saluran pencernaan mengalami posisi dan perubahan fisiologis. Karena uterus *en croaching*, sumbu perut berputar ke kanan dan mengasumsikan posisi horizontal. Perubahan posisi ini dapat menghambat pengosongan lambung dengan menyebabkan kantong isi lambung. Hormon progesteron meningkat pada kehamilan dan memiliki efek relaksasi pada otot polos, sehingga memperlambat gerak peristaltik, dan akibatnya akan memperlambat pengosongan lambung.

2) Keasaman dan pH lambung

Volume dan keasaman lambung berpotensi berbahaya saat terjadi aspirasi. Selama percobaan awal dengan kelinci, Mendelson mencatat bahwa asam klorida lambung dalam aspirasi lambung menghasilkan reaksi iritasi di paru-paru. Semakin asam aspirasi, semakin besar tingkat keparahan respon inflamasi, yang meningkatkan risiko mortalitas atau morbiditas parturien. Reaksi seperti

asma terjadi ketika pH asam lambung di bawah 2,5 (menyebabkan Sindrom Mendelson) dan volume aspirasi di paru-paru lebih besar dari 25ml. Perempuan yang mengalami kondisi ini dianggap berisiko tinggi terhadap mortalitas atau morbiditas.

12.5 Rekomendasi WHO

Bagi perempuan dalam tahap pertama persalinan fase laten, ruang tunggu yang bersih dan nyaman harus tersedia, dengan ruang bagi parturien untuk berjalan-jalan, dan akses mudah ke toilet yang bersih, berlayanan, serta makanan dan air minum. Oleh karenanya diperlukan sarana pendukung seperti ruang tunggu yang bersih dan nyaman untuk ibu dan pendampingnya, dengan ruang bagi parturien untuk berjalan-jalan. Toilet dan air minum harus mudah diakses. Untuk perempuan berisiko rendah, asupan cairan oral dan makanan selama persalinan dianjurkan (direkomendasikan).

- 1) Mengingat bahwa pembatasan asupan cairan oral dan makanan tidak memiliki efek menguntungkan pada hasil klinis yang penting, termasuk penggunaan augmentasi persalinan, WHO menekankan pada penghormatan terhadap keinginan perempuan pada keputusan makan dan minum atau tidak makan dan minum selama persalinan, dan oleh karena itu membuat rekomendasi positif.
- 2) WHO mencatat bahwa tidak ada laporan terjadinya kasus Sindrom Mendelson (menghirup makanan dan minuman dari perut ke paru-paru selama anestesi umum, yang menjadi masalah keamanan paling penting sehingga diberlakukan pembatasan asupan oral selama persalinan). Realita ini dilaporkan pada lebih dari 3000 perempuan yang berpartisipasi dalam studi yang termasuk dalam tinjauan sistematis.

- 3) Mengingat bahwa pembatasan asupan cairan oral dan makanan selama persalinan tidak memiliki efek menguntungkan pada hasil klinis penting termasuk penggunaan augmentasi persalinan, WHO menekankan pada penghormatan terhadap keinginan perempuan dan karena itu membuat rekomendasi positif.
- 4) Bukti yang berkaitan dengan cairan oral dan asupan makanan selama persalinan diekstraksi dari tinjauan sistematis Cochrane termasuk lima penelitian (> 3000 parturien).
- 5) Riset-riset tersebut mempelajari beberapa kelompok perbandingan yang berbeda, yaitu: pembatasan makanan dan minuman (selain es batu) versus kebebasan parturien untuk makan dan minum sesuka hati selama persalinan, air saja versus makanan dan minuman tertentu, dan air versus minuman berkarbohidrat (minuman olahraga). Semua uji coba yang disertakan melibatkan perempuan yang dianggap berisiko rendah berpotensi membutuhkan anestesi umum.

Pembatasan makan dan minum pada ibu melahirkan memberikan rasa ketidaknyaman pada ibu. Selain itu, kondisi gizi buruk berpengaruh terhadap lama persalinan dan tingkat kesakitan yang diakibatkannya, dan puasa tidak menjamin perut kosong atau berkurang keasamannya. Lima penelitian yang melibatkan 3130 Ibu bersalin. Pertama penelitian membandingkan parturien dengan pembatasan makan dan minum dengan parturien yang diberi kebebasan makan dan minum. Kedua penelitian membandingkan antara parturien yang hanya minum dengan parturien yang makan dan minum tertentu. Dua penelitian lagi membandingkan parturien yang hanya minum air mineral dengan minuman karbohidrat. Hasil penelitian menunjukkan tidak adanya kerugian atau dampak terhadap persalinan pada parturien yang diberi kebebasan makan dan minum. Dengan demikian, parturien dapat

diberikan kebebasan untuk makan dan minum sesuai yang mereka kehendaki.

Penelitian dengan perlakuan pembatasan makanan dan minuman, versus pemberian makanan dan cairan, hasil pada ibu:

- 1) Tiga penelitian (476 responden) melaporkan durasi persalinan yang memanjang berkaitan dengan pembatasan pengambilan oral. Tidak ada perbedaan yang signifikan antara kelompok pembanding (RR -0,29 jam, 95% CI -1,55-0,97) dan temuan tidak konsisten di antara 3 penelitian tersebut.
- 2) Lima penelitian (3103 responden) melaporkan insiden munculnya indikasi dilakukan operasi sesar. Terdapat ketidakkonsistenan antara beberapa penelitian tersebut dalam hal ukuran dan arah efek, serta secara keseluruhan tidak ada bukti signifikan yang menunjukkan bahwa membatasi makanan dan minuman berpengaruh pada jumlah parturien yang menjalani operasi sesar (RR 0,89, 95% CI 0,63-1,25).
- 3) Tidak ada perbedaan signifikan yang dapat diamati antara kelompok dalam penggunaan intervensi lain dalam persalinan. Penggunaan analgesia epidural sangat mirip pada kedua kelompok (RR 0,98, 95% CI 0,91-1,05; 5 penelitian, 3103 parturien), tingkat kemajuan persalinan (RR 1,02, 95% CI 0,95-1,09; 5 penelitian, 3103 parturien), dan jumlah kelahiran normal serta operatif (RR 0,98, 95% CI 0,88-1,10; 5 penelitian, 3103 parturien).
- 4) Tidak ada data yang dilaporkan mengenai jumlah parturien yang mengalami sindrom Mendelson, atau kejadian aspirasi/regurgitasi selama pemberian anestesi umum. Kejadian ketonuria pada responden dilaporkan dalam 1 penelitian (328 parturien); angka ini sangat mirip pada kedua kelompok acak (RR 0,99, 95% CI 0,66-1,49). Muntah

selama persalinan juga serupa pada 2 kelompok meskipun ada beberapa ketidakkonsistenan dalam hasil dari eksperimen (RR 0,90, 95% CI 0,62-1,31; 3 penelitian, 2574 parturien). Tidak ada perbedaan yang signifikan antara kelompok untuk tingkat mual (RR 0,80, 95% CI 0,54-1,18; 1 penelitian, 255 parturien).

Penelitian dengan perlakuan pembatasan makanan dan minuman dibandingkan dengan penelitian dengan pemberian makanan dan cairan, hasil pada bayi:

- 1) Sangat sedikit hasil perlakuan pada bayi yang dilaporkan dalam kajian sistematis tersebut.
- 2) Tidak ada perbedaan signifikan yang dilaporkan tentang Skor Apgar dalam lima menit pertama setelah kelahiran bayi antar kelompok (RR 1,43, 95% CI 0,77-2,68; dua penelitian).
- 3) Satu penelitian melaporkan diperlukan pengiriman bayi ke NICU dan frekuensinya sangat serupa pada kedua kelompok (RR 1.03, 95% CI 0.73 hingga 1.45).

Analisis antar kelompok:

- 1) Suatu riset meneliti mengenai pembatasan makanan maupun cairan per oral (selain es) dibandingkan dengan kebebasan parturien untuk makan dan minum selama persalinan, serta melaporkan hasil yang sama untuk ibu dan bayi pada kedua kelompok. Tidak ada perbedaan yang signifikan antara kelompok dalam hal durasi persalinan, kejadian operasi sesar, kelahiran vaginam, penggunaan analgesia epidural, perlambatan persalinan, atau hasil ibu yang merugikan seperti mual atau ketonuria. Tidak ada data yang dapat dilaporkan untuk Skor Apgar pada lima menit pertama setelah kelahiran.
- 2) Dua eksperimen yang menguji pemberian air saja versus makanan dan minuman tertentu juga tidak menunjukkan

bukti perbedaan antara dua kelompok untuk hasil pada ibu atau bayi yang dapat dilaporkan.

- 3) Dua eksperimen yang menguji pemberian air dibandingkan dengan minuman yang mengandung karbohidrat. Sekali lagi tidak ada bukti perbedaan yang signifikan antara kedua kelompok untuk salah satu hasil (ibu maupun bayi) yang dilaporkan. Kualitas keseluruhan:
Secara keseluruhan kualitas bukti dinilai sangat rendah.

12.6 Cairan Intravena untuk Mencegah Persalinan Lama

Rekomendasi WHO:

Penggunaan cairan intravena dengan tujuan untuk memperpendek durasi persalinan tidak dianjurkan (tidak disarankan).

Penjelasan:

- 1) WHO tidak merekomendasikan intervensi ini atas dasar tidak ada bukti yang jelas tentang manfaat maupun bahaya yang dapat ditimbulkan. Risiko parturien mengalami kelebihan cairan, terutama ketika infus oksitosin intravena menjadi indikasi selama persalinan, mungkin menjadi perhatian utama.
- 2) WHO mengatakan bahwa perempuan berisiko rendah harus dimotivasi untuk mengonsumsi cairan per oral selama persalinan. WHO mengakui bahwa cairan intravena (IV) mungkin diperlukan untuk indikasi lain dan untuk perawatan suportif dalam persalinan bahkan untuk perempuan berisiko rendah.
- 3) WHO menempatkan penekanannya pada penggunaan cairan IV rutin yang meluas dalam persalinan, yang sebenarnya tidak perlu dilakukan untuk setiap parturien, karena menyebabkan peningkatan biaya persalinan,

penggunaan sumber daya, dan mengurangi mobilitas perempuan.

12.7 Rekomendasi The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) tentang Makan dan Minum dalam Persalinan

- 1) Semua parturien boleh minum dalam persalinan yang normal, dan harus diberitahu bahwa minuman isotonik (minuman olahraga mengandung elektrolit) dapat lebih bermanfaat daripada air putih biasa.
- 2) Parturien dapat mengonsumsi makanan ringan dalam persalinan yang normal, kecuali bila mereka telah menerima terapi analgesik golongan opioid atau persalinannya berkembang ke arah patologis yang berpotensi mengalami tindakan operatif (seksio sesarea sehingga memerlukan anestesi).
- 3) Parturien yang akan menjalani tindakan dengan anestesi tidak direkomendasikan untuk makan dan minum.
- 4) Parturien yang berisiko membutuhkan bantuan / operasi persalinan di teater juga harus menahan diri dari makan makanan padat. Perempuan yang berisiko meliputi:
 - a. Indeks Massa Tubuh (IMT) >40
 - b. Kehamilan ganda/gemelli
 - c. Presentasi sungsang
 - d. Menjalani augmentasi persalinan menggunakan oksitosin
 - e. Hasil tes kardiotokografi (CTG) patologis, terutama jika pengukuran pH kulit kepala janin diperlukan
 - f. Pewarnaan mekonium yang signifikan
 - g. Beberapa parturien dengan analgesik epidural

**** Tidak semua parturien dengan analgesik epidural akan mengalami peningkatan risiko terhadap intervensi tindakan bedah.**

12.8 Pedoman Makan dan Minum di Awal Periode Pasca Operasi

Terdapat bukti yang berkembang bahwa cairan oral awal, atau bahkan makanan, setelah anestesi dan pembedahan bermanfaat bagi ibu dalam hal fungsi usus. Dalam sebuah penelitian, para ibu post seksio sesarea yang dimotivasi untuk mulai minum segera setelah mereka merasa haus memiliki suara usus yang muncul jauh lebih dini daripada ibu yang dibatasi untuk cairan intravena selama 24 jam pertama. Tidak ada efek samping yang merugikan pada kelompok hidrasi oral. Penelitian lain menunjukkan bahwa makanan dapat dimulai dalam 6-8 jam pertama setelah pembedahan tanpa merugikan ibu, dan memang fungsi usus akan kembali normal lebih cepat pada ibu-ibu tersebut.

Kajian Cochrane tentang hal ini menyatakan bahwa tidak ada bukti yang adekuat untuk mendukung penundaan asupan cairan oral setelah operasi sesar tanpa komplikasi, dan bahwa asupan oral dini dapat mempercepat pemulihan gastrointestinal. Sebaliknya, *Confidential Enquiries into Maternal and Child Health* untuk tahun 2000-2002 dan 2003-2005 telah menyoroti kesulitan dalam manajemen jalan napas dan perawatan pasca operasi sebagai penyebab langsung kematian ibu. Dengan demikian tampaknya tidak bijaksana, atau dengan kata lain lebih aman untuk membiarkan ibu makan dan minum sampai dapat dipastikan bahwa tidak mungkin mereka perlu kembali lagi ke ruang operasi atas sebab kegawatdaruratan yang disebabkan rekomendasi tersebut.

12.9 Parturien yang Telah Menjalani Operasi Sesar Tanpa Komplikasi

- 1) Harus diijinkan untuk minum air putih segera setelah mereka merasa mampu. Cairan lain (teh, kopi) dapat diberikan hanya setelah berkonsultasi dengan ahli anestesi jika kurang dari satu jam telah berlalu sejak operasi selesai.
- 2) Jika ibu post seksio sesarea tetap dalam ruang pemulihan selama lebih dari dua jam karena alasan non-medis (misalnya tidak ada tempat tidur di bangsal nifas, menunggu untuk dibersihkan, bayi kedinginan, atau tidak ada porter yang tersedia) maka ibu dapat minum dengan bebas dan makan makanan ringan seperti roti.
- 3) Makan dan minum normal harus diberikan saat kembali ke bangsal perawatan nifas.

12.10 Parturien yang Mengalami Komplikasi Medis, atau Ada Kemungkinan Kembali ke Ruang Operasi

- 1) Tidak direkomendasikan makan atau minum selama masa pemulihan. Cairan per oral baru dapat diberikan setelah berkonsultasi dengan dokter spesialis anestesi yang akan membuat penilaian tentang kemungkinan harus kembali ke ruang operasi.
- 2) Post seksio sesarea yang tetap dalam pemulihan atau dalam proses persalinan karena mereka menjalani infus uterotonika tidak boleh makan atau minum tanpa berkonsultasi dengan ahli anestesi seperti di atas.

12.11 Karakteristik dan Jenis Nutrisi selama Persalinan

Jenis nutrisi yang diperlukan selama proses persalinan berlangsung adalah makanan yang dapat diubah menjadi energi dalam waktu yang relatif singkat, memenuhi kebutuhan cairan, dan sekaligus menjadi persiapan menjalani masa nifas dan menyusui. Makanan yang ideal untuk parturien yang dapat memenuhi kebutuhan energi haruslah tinggi karbohidrat dan kalori, rendah residu, dan dalam konsistensi berupa cairan atau makanan semi-solid sehingga lebih mudah dan menghemat waktu pencernaan. Selama persalinan, ibu tidak hanya membutuhkan satu jenis makanan untuk meningkatkan nilai gizi dan memenuhi kebutuhan kalori, namun kombinasi dari beberapa bahan makanan seperti jus buah dan sayur. Glukosa yang tersedia dalam darah adalah substrat energi yang digunakan pada awal persalinan (pelebaran 3-6 cm), sedangkan glikogen dalam musle digunakan selama tahap persalinan lebih lanjut (pelebaran 7-10 cm dan selama proses kelahiran). Semakin lama proses pengiriman, semakin rendah glukosa yang disimpan. Beban glukosa yang tinggi saat melahirkan akan menyebabkan ibu membutuhkan alternatif nutrisi tambahan yang memiliki tase yang baik, praktis, memiliki kebutuhan kalori yang cukup serta menghasilkan energi dengan cepat.

12.12 Waktu Pemberian Nutrisi dalam Persalinan

Apabila dalam pengkajian subyektif atau anamnesis didapatkan bahwa ibu melakukan makan terakhir 6-8 jam yang lalu, maka sebaiknya ibu segera difasilitasi dan dibantu untuk makan. Selama persalian, kala I merupakan saat yang paling tepat dan nyaman untuk makan dan minum. Hal ini disebabkan karena pada kala I frekuensi, durasi, dan intensitas kontraksi uterus umumnya belum adekuat, sehingga parturien dapat

mengonsumsi makanan dan minuman dengan lebih nyaman. Makan sebaiknya tidak dilakukan ketika sedang terdapat kontraksi uterus sebab dapat mengakibatkan rasa tidak nyaman dan juga resiko terjadi aspirasi.

12.13 Ringkasan

- 1) Parturien tetap di perbolehkan makan dan minum selama proses persalinan yang diperkirakan berlangsung fisiologis, sebab berdasarkan *evidence base* diperoleh kesimpulan bahwa:
 - a. Pada saat bersalin, dibutuhkan energi yang besar, oleh karena itu jika parturien tidak diperkenankan makan dan minum untuk beberapa waktu atau parturien yang mengalami kekurangan gizi dalam proses persalinan akan cepat mengalami kelelahan fisiologis, dehidrasi, dan ketosis yang dapat menyebabkan gawat janin dan perlambatan proses persalinan. Dampak dari mengurangi/mencegah makan dan minum selama persalinan akan mengakibatkan pembentukan glukosa intravena yang telah dibuktikan dapat berakibat negatif terhadap janin dan bayi baru lahir oleh karena itu ibu bersalin tetap boleh makan dan minum.
 - b. Pendamping persalinan juga dapat terlibat langsung dalam memberikan makan dan minum kepada parturien.
- 2) Pemahaman mengenai kebijakan, manfaat, dan risiko asupan oral dalam persalinan, akan membuat perempuan yang sedang melahirkan dapat berpartisipasi dalam pengambilan keputusan mengenai asupan, bukan hanya untuk merefleksikan perannya setelah kelahiran terjadi.

DAFTAR PUSTAKA

- Beggs JA, Stainton MC. Eat, drink, and be labouring? J Perinat Educ. 2002 Winter;11(1):1-13. doi: 10.1624/105812402X88551. PMID: 17273281; PMCID: PMC1595100.
- JNPK-KR, 2017. Buku Acuan Asuhan Persalinan Normal.
- NICE, 2014. Intrapartum Care for Healthy Women and Babies: Clinical Guidelines, Rev. 2022.
- O'Sullivan G, Liu B, Hart D, Seed P, Shennan A. Effect of food intake during labour on obstetric outcome: randomised controlled trial. BMJ. 2009 Mar 24;338:b784. doi: 10.1136/bmj.b784. PMID: 19318702; PMCID: PMC2660391.
- Tranmer JE, Hodnett ED, Hannah ME, Stevens BJ. The effect of unrestricted oral carbohydrate intake on labor progress. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2005;34(3):319-328.
- WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018.
- WHO recommendations for augmentation of labour. 2014. Geneva

BIODATA PENULIS



Hilda Prajayanti, S.SiT., M.Kes.

Dosen Akademi Kebidanan Harapan Ibu Pekalongan
Prodi D-III Kebidanan

Penulis Lahir di Batang pada Tanggal 4 Januari 1987. Sekarang berdomisili di Komplek Perumahan Binagriya Kota Pekalongan. Menamatkan Pendidikan Diploma Kebidanan di Akademi Kebidanan PEMKAB Kendal tahun 2007, Memperoleh Gelar Sarjana Terapan Kebidanan di Prodi DIV Kebidanan Universitas Ngudi Waluyo Ungaran Semarang Tahun 2008, Memperoleh Gelar Magister Kesehatan di S2 Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat (Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak) UNDIP Semarang Tahun 2013. Memulai karier menjadi Bidan Desa di Kabupaten Batang dari tahun 2007-2013 dan sekarang Bekerja sebagai Dosen Tetap di Akademi Kebidanan Harapan Ibu Pekalongan. Sebagai Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat Akademi Kebidanan Harapan Ibu Pekalongan. Ketua Redaksi Jurnal Nasional Kebidanan Harapan Ibu Pekalongan dan Jurnal Abdimas Harapan Ibu Pekalongan. Mendapatkan Hibah Penelitian dari Kemenristek DIKTI Tahun 2018 s/d 2021. Menjadi Pengurus Forum Komunikasi (Forkom) LPPM Jawa Tengah, Pengurus IBI Cabang Kota Pekalongan pada urusan Pengembangan

penelitian periode 2020-2025 . Anggota Ikatan Bidan Indonesia (IBI) Tahun 2007 s/d sekarang.

BIODATA PENULIS



Bdn Anita Lontaan, S.Pd, S.Tr. Keb, M.Kes
Dosen Poltekkes Kemenkes Manado

Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma III Kebidanan Poltekkes Kemenkes Manado. Menyelesaikan pendidikan S1 Pendidikan di Universitas Negeri Manado dan melanjutkan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat peminatan Kesehatan Ibu dan Anak Universitas Gadjah Mada. Menyelesaikan Pendidikan Diploma IV Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan di Universitas Kadiri. Aktif dalam organisasi Ikatan Bidan Indonesia, masa bakti tahun 2018-2023, sebagai wakil ketua 1 Pengurus Daerah Ikatan Bidan Indonesia Provinsi Sulawesi Utara.

BIODATA PENULIS



Dr. Yessy Nur Endah Sary, S.SiT, M.Kes

Dosen Program Studi Sarjana Kebidanan
STIKes Hafshawaty Pesantren Zainul Hasan Probolinggo

Penulis lahir di Probolinggo tanggal 02 April 1988. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Kebidanan, STIKes Hafshawaty Pesantren Zainul Hasan Probolinggo. Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Malang, D4 Kebidanan di Universitas Ngudi Waluyo Ungaran, S2 Kesehatan dan S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Sebelas Maret Surakarta.

BIODATA PENULIS



Dhewi nurahmawati, S,ST., MPH.

Dosen Program Studi DIII Kebidanan
Fakultas Ilmu Kesehatan dan Sains,
Universitas Nusantara PGRI Kediri

Penulis lahir di Jember tanggal 22 April 1986. Penulis adalah dosen tetap pada Dosen Program Studi DIII Kebidanan, Fakultas Ilmu Kesehatan dan Sains, di Universitas Nusantara PGRI Kediri. Menyelesaikan pendidikan D4 pada Jurusan DIV Bidan Pendidik di Universitas Kadiri dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat di Universitas Sebelas Maret Surakarta. Penulis menekuni bidang menulis dibidang kesehatan khusus ilmu kebidanan seperti asuhan kebidanan pada kehamilan, asuhan kebidanan pada persalinan, asuhan kebidanan pada Neonatus, bayi, balita dan tumbuh kembang anak, Konsep Kebidanan, metodologi penelitian serta ilmu kebidanan lainnya. Penulis berharap buku ini dapat bermanfaat bagi para pembaca, khususnya bagi yang fokus mendalami ilmu kebidanan dan keperawatan.

BIODATA PENULIS



Ervin Rufaindah, S,ST. M. Keb.

Dosen di STIKES Widyagama Husada Malang, Jawa Timur

Ketertarikan penulis terhadap dunia kebidanan, terutama Kesehatan ibu dan anak, membuat penulis memilih untuk kuliah di Universitas Kadiri Jurusan Kebidanan. Penulis menyelesaikan Pendidikan D IV Kebidanan di Universitas Kadiri, Kediri (2009) dan S2 Kebidanan di Universitas Padjajaran Bandung (2017). Mengabdikan diri di STIKES Widyagama Husada Malang, Jawa Timur Sejak Tahun 2009 Sampai Sekarang.

Sebagai Dosen dengan Kepakaran Kesehatan Ibu dan Anak, penulis selalu menjalankan Tri Dharma Perguruan Tinggi yaitu Pendidikan, Penelitian dan Pengabdian Masyarakat. Penulis sebagai pengampu mata kuliah Asuhan Kebidanan Kehamilan, Asuhan Kebidanan Persalinan, Sosial Budaya Dasar dan Etikolegal dalam Kebidanan. Dalam bidang penelitian dan pengabdian masyarakat, penulis juga fokus terhadap Kesehatan ibu dan anak serta mengacu pada visi misi prodi DIII Kebidanan di STIKES Widyagama Husada Malang.

Beberapa buku juga sudah dihasilkan oleh penulis diantaranya terapi nonfarmakologi untuk nyeri persalinan,

modul asuhan kebidanan pada menopause, Tatalaksana bayi baru lahir, Kesehatan perempuan dan perencanaan keluarga dan manajemen laktasi

Email penulis : ervinrufaindah@widyagamahusada.ac.id

BIODATA PENULIS



Kristinawati, SST.,M.Keb

Dosen Program Studi Kebidanan Program Diploma Tiga
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Wilasa

Penulis lahir di Semarang tanggal 09 April 1987. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kebidanan Program Diploma Tiga Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Wilasa Semarang. Penulis menyelesaikan pendidikan Diploma IV Kebidanan di Program Studi D4 Kebidanan, Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran pada tahun 2011. Melanjutkan studi Magister Kebidanan di kampus yang sama yakni Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung pada tahun 2017. Penulis menekuni bidang keilmuan kebidanan esensial dan koplementer. Selain sebagai seorang dosen, penulis juga memiliki kompetensi sebagai seorang terapis mom, kids, baby massage and spa yang tersertifikasi oleh BNSP.

BIODATA PENULIS



Nurdewi Sulymbona, S.Tr.Keb., M.Keb

Dosen Program Studi S1 Kebidanan dan Profesi Bidan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kuningan, Jawa Barat

Penulis lahir di Ambon tanggal 26 Januari 1994. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi S1 kebidanan dan Profesi Bidan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kuningan Jawa Barat. Penulis menyelesaikan Pendidikan Dasar di SD Negeri Lapodi pada tahun 2006 dan pendidikan di SMP Negeri 2 Pasarwajo pada tahun 2009, penulis menyelesaikan pendidikan SMA di SMA Negeri 1 Pasarwajo Kab. Buton pada tahun 2012. Penulis menempuh Studi Diploma III Kebidanan di Universitas Islam Sultan Agung Semarang pada tahun 2012 dan DIV Bidan Pendidik di STIKes Karya Husada Semarang pada tahun 2015. Selanjutnya pada tahun 2017 melanjutkan pendidikan S-2 pada Program Studi Ilmu Kebidanan di Universitas Hasanuddin Makassar. Saat ini penulis aktif menjalankan Tridarma Perguruan Tinggi di Perguruan Tinggi Swasta STIKes Kuningan Jawa Barat. Penulis juga telah menulis buku yang berjudul “Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir” pada tahun 2023. Penulis bisa dihubungi melalui email: nurdewi63@gmail.com

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.

BIODATA PENULIS



Rufidah Maulina, SST., M.Sc

Dosen kebidanan Universitas Sebelas Maret Surakarta (UNS).

Rufidah Maulina, SST., M.Sc adalah seorang dosen kebidanan Universitas Sebelas Maret Surakarta (UNS). Penulis lulus D3 Kebidanan Poltekkes Kemenkes Surakarta pada tahun 2016, dan lulus D4 Bidan Pendidik Universitas Sebelas Maret (UNS) pada tahun 2017. Penulis lalu melanjutkan Pendidikan master di National Taipei University of Nursing and Health Sciences (NTUNHS), Taiwan dan lulus pada tahun 2020. Topik riset yang menjadi fokus penulis adalah psikologi perempuan pada masa reproduksi. Penulis sekarang aktif mengajar di program studi sarjana dan pendidikan profesi bidan Fakultas Kedokteran, UNS.

BIODATA PENULIS



Bd. Agustina Widayati, SST. M.Kes.

Dosen tetap di Program Studi Pendiidkan Profesi Bidan,
STIKes Hafshawaty Pesantren Zainul Hasan Probolinggo

Penulis dilahirkan di Kota Probolinggo, pada tanggal 17 Agustus 1991. Penulis adalah dosen tetap di Program Studi Pendiidkan Profesi Bidan, STIKes Hafshawaty Pesantren Zainul Hasan Probolinggo. Menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan di Akademi Kebidanan Hafshawaty Pesantren Zainul Hasan Probolinggo, dan melanjutkan pendidikan D-IV Bidan Pendidik di STIKes Hafshawaty Pesantren Zainul Hasan Probolinggo.. Pada tahun 2014 penulis melanjutkan pendidikan S2 pada Program Studi Ilmu Kesehatan Reproduksi di Universitas Airlangga Surabaya. Beberapa mata kuliah yang diampu dikampus yakni Keterampilan Dasar Praktik Klinik, Asuhan kebidanan persalinan, Asuhan kebidanan komunitas, dan Asuhan Kebidanan Kehamilan. Sebelumnya penulis juga telah menghasilkan buku yang berjudul Mencegah Kematian Neonatal dengan P4K, Kader Posyandu, Mitra Bidan di Masyarakat: Kader Posyandu sebagai Agent of Change. Penulis juga menghasilkan beberapa publikasi pada jurnal nasional

terakreditasi antara lain Pendidikan Kesehatan Personal Hygiene saat Menstruasi pada Remaja Putri dengan Metode Peer Group. Penulis juga aktif dalam berorganisasi profesi Bidan (Ikatan Bidan Indonesia) dan saat ini penulis dipercayakan sebagai sekretaris Lembaga Penjaminan Mutu (LPM) STIKes Hafhsawaty Pesantren Zainul Hasan Probolinggo. Penulis dapat dihubungi melalui email :

princess.thyna2@gmail.com

BIODATA PENULIS



Senditya Indah Mayasari, S.SiT.M.Kes

Dosen Program Studi DIII Kebidanan
STIKES Widyagama Husada Malang

Penulis lahir di Malang, 15 Juni 1986. Telah menyelesaikan pendidikan Diploma IV Kebidanan di Universitas Ngudi Waluyo tahun 2008 dan melanjutkan pendidikan Magister Kesehatan dengan peminatan Kesehatan Ibu dan Anak pada tahun 2016 dan lulus pada tahun 2018 di Institut Ilmu Kesehatan STRADA. Bekerja di STIKES Widyagama Husada Prodi DIII Kebidanan sejak tahun 2008 sebagai dosen tetap hingga saat ini. Mata kuliah yang diampu sebagai dosen antara lain mata kuliah ASKEB Persalinan dan BBL, ASKEB Nifas dan Menyusui; ASKEB Kegawatdaruratan Maternal Neonatal dan Maternal Homecare (Asuhan Komplementer).

Penulis memiliki kepakaran dibidang Kesehatan dan Pendidikan. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku diantaranya

Buku Spa Pra dan Postnatal; Buku Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal. Senditya.mayasari@widyagamahusada.ac.id

BIODATA PENULIS



Ika Yudianti, SST., M.Keb.

Dosen di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang

Ika Yudianti, SST., M.Keb. adalah tenaga pengajar di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang pada Mata Kuliah Asuhan Kebidanan Kehamilan, Persalinan dan Bayi Baru Lahir, dan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal. Penulis menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di AKBID Depkes Soetomo Surabaya (sekarang Poltekkes Kemenkes Surabaya) pada 2001, D-IV Kebidanan di Universitas Pajajaran Bandung pada 2003, dan S2 Kebidanan Kebidanan di Universitas Pajajaran Bandung pada 2009. Penulis memiliki pengalaman klinik sebagai bidan pelaksana di RS dan TPMB. *Research interest* penulis adalah pada bidang kehamilan, pemberdayaan perempuan, dan pengembangan pendidikan kebidanan.