

ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN DAN BAYI BARU LAHIR

- **Sekar Handayani**
- **Ika Yulianti**
- **Ni Made Dwi Purnamayanti**
- **Wita Solama**
- **Damai Noviasari**
- **Ketut Resmaniasih**
- **Lina Darmayanti Bainuan**
- **Sulastry Pakpahan**
- **Elly Sianturi**
- **Dewi Candra Resmi**
- **Cut Linar**



ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN DAN BAYI BARU LAHIR

**Sekar Handayani
Ika Yulianti
Ni Made Dwi Purnamayanti
Wita Solama
Damai Noviasari
Ketut Resmaniasih
Lina Darmayanti Bainuan
Sulastry Pakpahan
Elly Sianturi
Dewi Candra Resmi
Cut Linar**



GET PRESS INDONESIA

ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN DAN BAYI BARU LAHIR

Penulis :

Sekar Handayani
Ika Yulianti
Ni Made Dwi Purnamayanti
Wita Solama
Damai Noviasari
Ketut Resmaniasih
Lina Darmayanti Bainuan
Sulastry Pakpahan
Elly Sianturi
Dewi Candra Resmi
Cut Linar

ISBN : 978-623-125-107-7

Editor : Dr. Neila Sulung, S.Pd., Ns., M.Kes.

Penyunting : Ilda Melisa, Amd., Kep

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

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

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

Cetakan pertama, Maret 2024

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

KATA PENGANTAR

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

Buku ini membahas bab 1 Konsep Dasar Persalinan, Faktor-Faktor Penting Dalam Persalinan, Partograf, Perubahan Psikologi Pada Masa Persalinan, Kebutuhan Dasar Ibu Masa Persalinan, Evidence Based Dalam Asuhan Ibu Persalinan, Prosedur Keterampilan Dasar Kebidanan Pada Asuhan Persalinan, Pengenalan Tanda Bahaya Pada Masa Persalinan, Deteksi Dini Persalinan Dengan Penyulit Kala III Dan IV, Adaptasi Bayi Segera Setelah Lahir, Manajemen Asuhan Pada Ibu 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, Maret 2024

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	vi
DAFTAR TABEL	viii
BAB 1 KONSEP DASAR PERSALINAN.....	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Definisi Persalinan	2
1.3 Persalinan Berdasarkan Umur Kehamilan	2
1.4 Sebab Mulainya Persalinan	3
1.5 Metode Persalinan.....	5
1.6 Tahapan Persalinan.....	7
1.6.1 Tahap Pertama Persalinan.....	7
1.6.2 Tahap Kedua Persalinan	8
1.6.3 Tahap Ketiga Persalinan.....	9
1.6.4 Tahap Terakhir Persalinan	10
DAFTAR PUSTAKA.....	11
BAB 2 FAKTOR-FAKTOR PENTING PERSALINAN	13
2.1 Faktor Fisik.....	13
2.1.1 Haemoglobin.....	13
2.1.2 Indeks Masa tubuh/ Maternal Antropometri	14
2.1.3 Usia Ketika Hamil	15
2.1.4 Aktivitas Fisik	16
2.2 Faktor Psikologis (Kecemasan, Stress dan Depresi)	19
2.3 Faktor Eksternal.....	20
2.3.1 Dukungan Keluarga dan Sosial.....	20
2.3.2 Persiapan Ekonomi	22
DAFTAR PUSTAKA.....	24
BAB 3 PARTOGRAF.....	27
3.1 Latar Belakang.....	27
3.2 Perkembangan Partograf	28
3.3 Tujuan	33
3.4 Penggunaan.....	33
3.5 Komponen Partograf	33
3.6 Partograf Sebagai Alat Bantu Pengambilan Keputusan Klinis	45

DAFTAR PUSTAKA.....	47
BAB 4 PERUBAHAN PSIKOLOGI PADA MASA PERSALINAN	49
4.1 Pendahuluan.....	49
4.2 Pengertian Masa Persalinan	53
4.3 Perubahan Psikologi Pada Ibu Bersalin.....	54
4.4 Pada Masa Persalinan Masalah Psikologis Yang dapat Terjadi.....	56
4.5 Faktor-Faktor Yang Dapat Menyebabkan Perasaan Cemas	58
4.6 Manajemen Pada Gangguan Psikologis Masa Persalinan.....	63
DAFTAR PUSTAKA.....	65
BAB 5 KEBUTUHAN DASAR IBU MASA PERSALINAN	67
5.1 Pendahuluan.....	67
5.2 Kebutuhan Ibu Masa Persalinan	67
5.2.1 Kebutuhan Fisiologis.....	67
5.2.2 Kebutuhan psikologis	74
5.2.3 Kebutuhan Informasi	75
5.2.4 Kebutuhan Sosial dan Relasi.....	75
5.2.5 Kebutuhan Harga Diri.....	76
5.2.6 Kebutuhan Keamanan	76
5.2.7 Kebutuhan Medis	76
DAFTAR PUSTAKA.....	77
BAB 6 EVIDENCE-BASED DALAM ASUHAN IBU BERSALIN	79
6.1 Sejarah	79
6.2 Definisi <i>Evidence-Based Practice</i> (EBP).....	80
6.3 Prinsip EBP	80
6.4 Tujuan Dan Manfaat Ebp	81
6.4.1 Tujuan EBP	81
6.4.2 Manfaat EBP	82
6.5 Komponen Dasar Ebp	82
6.6 Jenis-Jenis Pertanyaan Klinis.....	85
DAFTAR PUSTAKA.....	99

BAB 7 PROSEDUR KETERAMPILAN DASAR	
KEPIDANAN PADA ASUHAN PERSALINAN	103
7.1 Pendahuluan.....	103
7.2 Prosedur Keterampilan Dasar Kebidanan Pada	
Asuhan Persalinan.....	104
7.2.1 Prosedur Keterampilan Dasar Kebidanan	
Persalinan Kala I	105
7.2.2 Prosedur Keterampilan Dasar Kebidanan	
Persalinan Kala II (Dua)	119
7.2.3 Prosedur Keterampilan Dasar Kebidanan	
Persalinan Kala III (Tiga)	125
DAFTAR PUSTAKA.....	133
BAB 8 PENGENALAN TANDA BAHAYA PADA	
MASA PERSALINAN.....	135
8.1 Pendahuluan.....	135
8.2 Faktor Risiko Komplikasi Persalinan	136
8.3 Tanda Bahaya Pada Persalinan	137
8.3.1 Perdarahan.....	138
8.3.2 Air Ketuban Berubah Warna	142
8.3.3 Kejang (Eklampsia)	145
8.3.4 Posisi Bayi Sungsang (Malpresentasi bokong)	146
8.3.5 Persalinan lama (prolonged labor).....	148
8.3.6 Rahim robek (Uterine rupture).....	149
8.3.7 Plasenta tertahan (Retensio Plasenta)	151
8.3.8 Pergerakan janin berkurang.....	153
DAFTAR PUSTAKA.....	155
BAB 9 DETEKSI DINI PENYULIT KALA III DAN IV	157
9.1 Pendahuluan.....	157
9.2 Penyulit kala III dan IV.....	157
9.2.1 Retensio Plasenta	158
9.2.2 Atonia uteri	159
9.2.3 Laserasi jalan lahir	165
9.2.4 Inversio uteri.....	167
DAFTAR PUSTAKA.....	171
BAB 10 ADAPTASI BAYI SEGERA SETELAH LAHIR	173
10.1 Pendahuluan.....	173
10.2 Bayi Baru Lahir (Neonatus)	173

10.2.1 Pengertian.....	173
10.2.2 Masa Neonatus.....	174
10.2.3 Berat Badan Lahir (Birthweight)	174
10.2.4 Ciri-ciri Bayi Baru Lahir normal.....	174
10.2.5 Penampilan Pada bayi baru lahir	176
10.3 Adaptasi pada BBL dari intrauterin ke Ekstrauterin.....	177
10.3.1 Perubahan Sistem Pernafasan	178
10.3.2 Sistem Peredaran Darah.....	179
10.3.3 Perubahan Sistem Pengaturan Suhu.....	180
10.3.4 Perubahan Kardiovaskular dan Darah	185
10.3.5 Perubahan Sistem Pencernaan.....	186
10.3.6 Perubahan Sistem Ginjal	186
10.3.7 Hati.....	187
10.3.8 Perubahan Sistem Muskuloskeletal.....	187
10.3.9 Sistem neuromuskuler	187
10.3.10 Perubahan Sistem Immunoglobulin	187
10.4 Pencegahan Infeksi	188
10.4.1 Kewaspadaan dalam Pencegahan infeksi	188
10.4.2 Memberikan vitamin K.....	189
10.4.3 Obat tetes atau salep mata	189
10.5 Rawat Gabung.....	189
10.5.1 Pengertian.....	189
10.5.2 Tujuan dilakukan rooming in.....	189
10.5.3 Syarat-syarat dalam melakukan rooming in	190
10.5.4 Kontraindikasi dilakukan rawat gabung adalah: ...	190
10.5.5 Pelaksanaan Rooming in.....	191
10.5.6 Keuntungan melakukan rooming in.....	191
10.5.7 Kerugian melakukan rooming in.....	192
DAFTAR PUSTAKA.....	193
BAB 11 MANAJEMEN ASUHAN PADA IBU	
PERSALINAN	195
11.1 Pendahuluan.....	195
11.2 Manajemen Asuhan pada Ibu Bersalin.....	195
11.2.1 Pengertian Manajemen Kebidanan.....	196
11.2.2 Tahapan dalam manajemen Kebidanan	196
DAFTAR PUSTAKA.....	202
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1. Persalinan Spontan.....	5
Gambar 1.2. Persalinan dengan bantuan alat.....	6
Gambar 1.3. Persalinan <i>Sectio Caesaria</i>	6
Gambar 1.4. Amniotomi.....	7
Gambar 2.1. Haemoglobin	14
Gambar 2.2. Indeks masa tubuh	15
Gambar 2.3. Usia ketika hamil.....	16
Gambar 2.4. Aktivitas fisik.....	18
Gambar 2.5. Faktor psikologis.....	19
Gambar 2.6. Dukungan keluarga dan social.....	22
Gambar 3.1. <i>WHO Composite Partograf</i>	30
Gambar 3.2. Partograf WHO Halaman Depan dalam Bahasa Indonesia.....	1
Gambar 3.3. Partograf WHO Halaman Belakang dalam Bahasa Indonesia	32
Gambar 3.4. Informasi Ibu.....	34
Gambar 3.5. Denyut Jantung Janin.....	35
Gambar 3.6. Teknik perlimaan untuk menentukan penurunan bagian terendah janin.....	41
Gambar 6.1. <i>Evidence-based practice involves using clinical reasoning to integrate information from four sources: research evidence, clinical expertise, the patient 's values and circumstances, and the practice context</i>	81
Gambar 7.1. Langkah 1 penekanan pengendalian di vertek dan langkah 2 penahan perineum.....	122
Gambar 7.3. Langkah 4 cek Lilitan tali pusat bayi	123
Gambar 7.3. Langkah 7 melahirkan bahu bayi, tangan diletakkan secara biparietal.....	124
Gambar 7.4. Langkah melahirkan badan (a) dan tubuh bayi hingga kaki bayi(b).....	124
Gambar 7.5. Langkah 9 manuver tangan setelah badan dan kaki bayi lahir seluruhnya	125
Gambar 7.6. Posisi bayi diletakkan di atas perut ibu setelah lahir	125

Gambar 7.7. Penyuntika Oksitosin pada paha bagian lateral.	127
Gambar 7.8. Penegangan Tali Pusat Terkendali (PTT).....	129
Gambar 7.7. Rangsangan taktil (pemijatan fundus uteri)	130
Gambar 8.1. Tanda Bahaya Persalinan	138
Gambar 8.2. Bayi dengan air ketuban hijau.....	142
Gambar 10.1. Evaporasi.....	183
Gambar 10.2. Konduksi	184
Gambar 10.3. Konveksi	184
Gambar 10.4. Radiasi.....	185

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Kemajuan persalinan spontan pada usia kehamilan cukup bulan	28
Tabel 7.1. Daftar Penyulit Persalinan	105
Tabel 8.1. Gambaran Klinis Perdarahan Obstetri.....	140
Tabel 8.2. Rencana Asuhan Pada Perdarahan Post Partum.....	141
Tabel 10.1. Perubahan pada sistem Pernafasan.....	178

BAB 1

KONSEP DASAR PERSALINAN

Oleh Sekar Handayani

1.1 Pendahuluan

Sepanjang sejarah, persalinan telah terjadi dalam berbagai konteks, terkait dengan pembangunan ekonomi, kelas sosial, dan budaya. Perubahan paling dramatis dalam masyarakat modern terjadi akhir-akhir ini, ketika persalinan berpindah dari rumah ke rumah sakit, dan dengan berkembangnya metode farmakologis untuk meredakan nyeri persalinan, menginduksi persalinan, dan mempercepat persalinan. Perkembangan teknis yang paling luar biasa adalah mesin USG, yang memungkinkan kita melihat ke dalam rahim ibu hamil dan melihat bayi yang belum lahir. Perubahan yang paling luar biasa, dari sudut pandang biologis, adalah meningkatnya jumlah bayi yang dilahirkan melalui abdominal, dan bukan melalui vagina atau jalan lahir. Mengingat perkembangan ini, seseorang mungkin bertanya: "Apa yang dimaksud dengan persalinan normal?" (Waldenström, 2007).

Mendefinisikan apa yang normal merupakan hal yang penting bagi bidan, karena tanggung jawab profesional kita, di sebagian besar negara, terbatas pada penanganan persalinan normal. Perdebatan mengenai normalitas juga dipicu oleh perkembangan teknologi medis. Namun, menyepakati suatu definisi bukanlah tugas yang mudah, karena "persalinan normal" dapat didefinisikan sebagai sesuatu antara "alami" dan "umum". Ada yang berpendapat bahwa persalinan normal adalah persalinan alami tanpa intervensi apa pun, sedangkan ada pula yang menganggap persalinan normal juga merupakan persalinan pervaginam dengan pereda nyeri epidural (Waldenström, 2007).

1.2 Definisi Persalinan

Beberapa definisi persalinan diantaranya adalah sebagai berikut :

1. Persalinan adalah proses pengeluaran seluruh hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau bayi dapat hidup di luar kandungan, melalui jalan lahir atau jalan lain, tanpa bantuan (dengan kekuatan ibu sendiri) ataupun dengan bantuan berupa alat, obat-obatan ataupun tindakan (Manuaba, 1998 dalam (Amelia, 2019).
2. Persalinan adalah proses pengeluaran janin dan plasenta dari rahim melalui vagina (Hutchison and Mahdy, 2019). Persalinan normal adalah proses keluarnya bayi, plasenta dan selaput ketuban dari dalam rahim ibu pada usia kehamilan setelah 37 minggu tanpa disertai dengan penyulit (APN, 2008 dalam (Mutmainnah *et al.*, 2021)
3. Moore menyatakan bahwa Persalinan adalah suatu proses fisiologis yang memungkinkan perubahan yang besar yang dialami oleh ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir. Menurut WHO, persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (34 – 42 minggu) secara spontan yang berlangsung selama 18 jam dengan presentasi belakang kepala tanpa adanya komplikasi pada ibu dan janinnya (Sari *et al.*, 2022).
4. Definisi persalinan normal menurut Helen Varney adalah persalinan yang terjadi saat usia kehamilan telah atterm (bukan prematur atau post matur), dengan prosesnya yang terjadi secara spontan (tanpa induksi) yang berlangsung tidak lebih dari 24 jam, janin tunggal dengan presentasi puncak kepala (vertex) dimana oksiput berada pada bagian anterior pelvis, tanpa penyulit dan tanpa komplikasi serta mencakup kelahiran plasenta yang normal (Mutmainnah *et al.*, 2021)

1.3 Persalinan Berdasarkan Umur Kehamilan

Berdasarkan umur kehamilan atau masa gestasi, istilah persalinan atau pengeluaran buah kehamilan terbagi menjadi (Sari *et al.*, 2022) :

1. Abortus : pengeluaran buah kehamilan sebelum usia kehamilan 22 minggu atau bayi dengan berat badan kurang dari 500 gram
2. Partus immaturus : pengeluaran buah kehamilan yang terjadi pada usia kehamilan 22 minggu sampai 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500 gram sampai 999 gram
3. Partus prematurus : pengeluaran buah kehamilan pada usia 28 minggu sampai 37 minggu atau berat badan bayi antara 1000 sampai 2499 gram
4. Partus maturus atau aterm : pengeluaran buah kehamilan pada usia 37 minggu sampai 42 minggu atau berat badan bayi mencapai 2500 gram atau lebih
5. Partus postmaturus atau serotinus : pengeluaran buah kehamilan yang terjadi pada saat usia kehamilan setelah 42 minggu.

1.4 Sebab Mulainya Persalinan

Terjadinya awal mula persalinan belum diketahui dengan jelas penyebabnya. Banyak faktor yang berperan dan saling bekerjasama hingga persalinan terjadi. Beberapa teori yang mengemukakan sebab awal terjadinya persalinan antara lain (Kurniarum *et al.*, 2016) :

1. Penurunan Kadar Progesteron

Selama masa kehamilan kadar progesteron dan estrogen dalam darah seimbang. Progesteron pada masa kehamilan menyebabkan relaxasi pada otot-otot rahim sedangkan estrogen untuk meningkatkan kerentanan otot rahim. Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan, maka terjadi pula proses penuaan plasenta yang dimulai pada usia kehamilan 28 minggu. Pada masa tersebut terjadi penumpukkan jaringan ikat dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu, sehingga produksi progesteron menurun dan otot rahim menjadi lebih sensitif terhadap oksitosin. Pada akhir kehamilan, dimana kadar progesteron semakin menurun hingga mencapai tingkat

penurunan tertentu maka otot rahim mulai berkontraksi sehingga timbul his.

2. Teori Oksitosin

Oksitosin dihasilkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Ketidakseimbangan progesteron dan estrogen pada akhir kehamilan mengubah sensitivitas otot rahim sehingga ibu dapat merasakan kontraksi Braxton Hicks. Penurunan kadar progesteron menyebabkan oksitosin bertambah dan terjadi peningkatan aktivitas otot-otot rahim yang memicu terjadinya kontraksi sehingga muncul tanda-tanda persalinan

3. Keregangan Otot-otot

Akibat pengaruh estrogen pada masa kehamilan, otot rahim menjadi lebih elastis sehingga mampu meregang sampai batas tertentu. Ketika mencapai batas peregangan tertentu otot rahim akan mengalami kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Sama halnya dengan organ lain seperti lambung, bila dindingnya mengalami peregangan karena isi lambung yang terus bertambah, maka lambung akan bereaksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan uterus, dengan bertambahnya usia kehamilan dan uterus bertambah besar, maka otot-otot rahim yang semakin teregang akan makin rentan. Akibatnya sering terjadi kontraksi dan menimbulkan proses persalinan.

4. Pengaruh Janin

Hipofise dan kelenjar suprarenal janin juga memiliki peranan pada proses awal mulainya persalinan. Pada kasus anencephalus kehamilan sering terjadi lebih lama dari biasanya, karena pada kasus anencephalus tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturasi janin, dan induksi (mulainya) persalinan.

5. Teori Prostaglandin

Prostaglandin dikeluarkan oleh desidua dan kadarnya mengalami peningkatan sejak usia kehamilan 15 minggu. Peningkatan kadar prostaglandin ini diduga menjadi salah satu penyebab dimulainya persalinan. Dari hasil percobaan prostaglandin F₂ dan E₂ yang diberikan secara intravena,

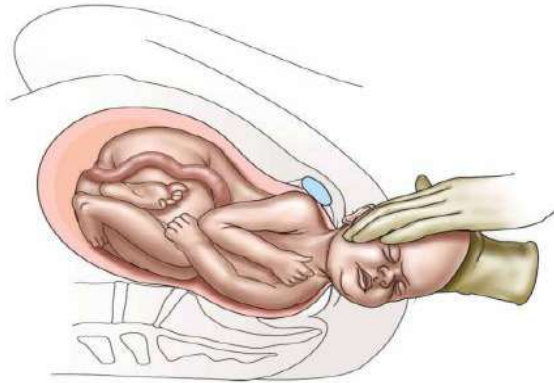
intra dan ekstra amnial menyebabkan timbulnya kontraksi miometrium pada setiap umur kehamilan. Pemberian prostaglandin pada masa hamil dapat menyebabkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat keluar. Prostaglandin dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan.

1.5 Metode Persalinan

Metode persalinan ada 3 macam (Yulianti and Sam, 2019) :

1. Persalinan spontan

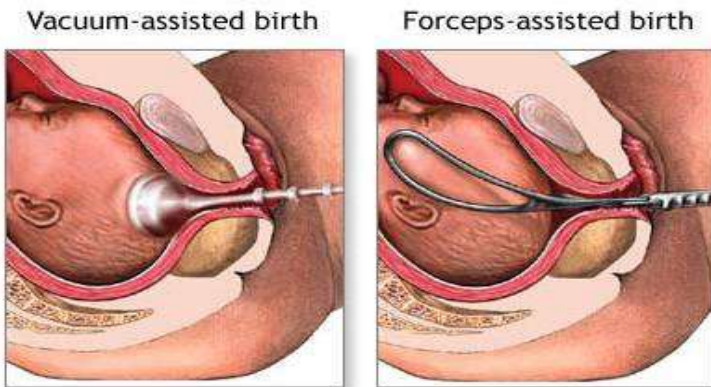
Adalah persalinan yang berlangsung melalui jalan lahir ibu yang sepenuhnya dengan kekuatan dari tenaga ibu sendiri



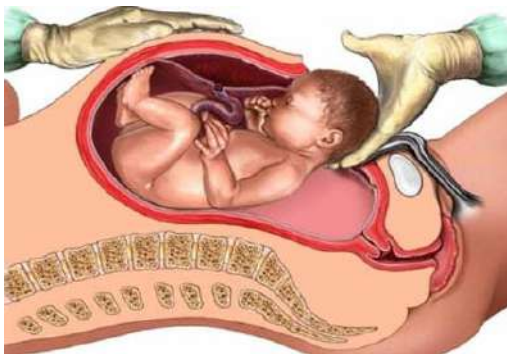
Gambar 1.1. Persalinan Spontan
Sumber : tokoalkes.com (2014)

2. Persalinan Buatan

Adalah proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar. Misalnya persalinan dengan bantuan berupa alat seperti forceps dan vakum atau persalinan melalui operasi sesar.



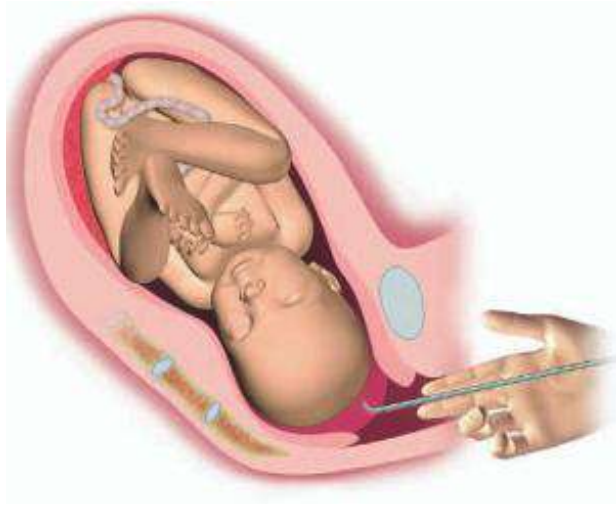
Gambar 1.2. Persalinan dengan bantuan alat
Sumber : kompasiana.com (2016)



Gambar 1.3. Persalinan *Sectio Caesaria*
Sumber : bhaktirahayu.com (2016)

3. Persalinan anjuran

Adalah persalinan yang berlangsung bila kekuatan yang diperlukan untuk proses persalinan ditimbulkan dari luar melalui pemecahan ketuban (amniotomi), atau dengan pemberian pitocin atau prostaglandin



Gambar 1.4. Amniotomi

Sumber : moudyamo.wordpress.com (2015)

1.6 Tahapan Persalinan

Proses persalinan terbagi menjadi tiga tahapan (Hutchison and Mahdy, 2019) :

1. Tahapan pertama
Dimulai saat persalinan dimulai dan diakhiri dengan pembukaan atau penipisan servik secara penuh
2. Tahapan kedua
Dimulai dengan pembukaan servik secara menyeluruh (lengkap) dan diakhiri dengan lahirnya janin
3. Tahapan ketiga
Dimulai setelah janin lahir dan berakhir ketika plasenta telah lahir

1.6.1 Tahap Pertama Persalinan

Kala I persalinan dimulai saat persalinan dimulai dan diakhiri dengan pembukaan servik secara penuh hingga mencapai 10 cm. Meskipun secara tepat menentukan kapan persalinan dimulai mungkin tidak tepat, persalinan dimulai sebagai permulaan ketika kontraksi menjadi kuat dan berjarak teratur sekitar 3 hingga 5 menit. Wanita mungkin merasakan kontraksi yang menyakitkan

yang tidak menyebabkan pelebaran atau penipisan servik, yang disebut sebagai kontraksi palsu. Friedman dkk mendefinisikan permulaan persalinan dimulai ketika wanita merasakan kontraksi yang signifikan dan teratur (Hutchison and Mahdy, 2019).

Kala I persalinan dibagi menjadi dua fase yang ditentukan oleh derajat dilatasi servik (Mutmainnah *et al.*, 2021) :

1. Fase laten

Ditandai dengan pelebaran servik yang berlangsung lambat, dengan perubahan biokimia dan struktural yang besar. Proses pembukaan servik 1 – 3 cm ini membutuhkan waktu selama 8 jam.

2. Fase aktif

Proses pembukaan servik dari 3 cm sampai pembukaan lengkap terbagi lagi menjadi tiga fase :

- a. Fase Akselerasi

Pada fase ini servik membuka dari 3 cm menjadi 4 cm, membutuhkan waktu 2 jam

- b. Fase Dilatasi Maksimal

Fase ini berlangsung sangat cepat. Dalam waktu 2 jam servik membuka dari 4 cm sampai 9 cm

- c. Fase Dilatasi

Fase terakhir pembukaan menjadi sangat lambat, dari pembukaan 9 cm menjadi pembukaan lengkap atau 10 cm membutuhkan waktu 2 jam.

1.6.2 Tahap Kedua Persalinan

Kala II persalinan dimulai dengan pembukaan serviks lengkap sampai 10 sentimeter dan diakhiri dengan lahirnya bayi baru lahir. Ini juga didefinisikan sebagai fase pembelahan panggul oleh Friedman. Setelah pelebaran serviks selesai, janin turun ke dalam saluran vagina dengan atau tanpa upaya mengejan dari ibu. Janin melewati jalan lahir melalui 7 gerakan yang disebut mekanisme persalinan normal. Dimulai dari kepala janin masuk pintu atas panggul, penurunan, fleksi, rotasi internal, ekstensi, rotasi eksternal, dan pengeluaran (Hutchison and Mahdy, 2019).

Pada wanita yang pernah melahirkan secara normal sebelumnya, yang tubuhnya telah terbiasa melahirkan janin, kala

dua mungkin hanya memerlukan percobaan singkat, sedangkan durasi yang lebih lama mungkin diperlukan pada wanita nulipara. Pada ibu melahirkan tanpa anestesi neuraksial, kala dua persalinan biasanya berlangsung kurang dari 3 jam pada wanita nulipara dan kurang dari 2 jam pada wanita multipara. Pada wanita yang menerima anestesi neuraksial, kala II persalinan biasanya berlangsung kurang dari 4 jam pada wanita nulipara dan kurang dari 3 jam pada wanita multipara. Jika kala dua persalinan berlangsung lebih lama dari parameter tersebut, maka kala dua dianggap berkepanjangan. Beberapa elemen dapat mempengaruhi durasi kala II persalinan, antara lain faktor janin seperti ukuran dan posisi janin, atau faktor ibu seperti bentuk panggul, tenaga meneran ibu, penyakit penyerta seperti hipertensi atau diabetes, usia, dan riwayat persalinan sebelumnya (Hutchison and Mahdy, 2019).

Kala II Persalinan dimulai ketika pembukaan servik sudah lengkap 10 cm dan berakhir dengan lahirnya seluruh badan bayi. Berlangsung selama 2 jam pada primipara dan 1 jam pada multipara. Adapun tanda dan gejala Kala II (Yulianti and Sam, 2019) :

1. Adanya dorongan ingin meneran
2. Terdapat tekanan pada anus
3. Perinium menonjol
4. Vulva dan spingter ani membuka
5. Terjadi peningkatan lendir darah dan his semakin kuat

1.6.3 Tahap Ketiga Persalinan

Kala III persalinan dimulai ketika janin dilahirkan dan diakhiri dengan keluarnya plasenta. Terpisahnya plasenta dari dinding uterus ditandai dengan tiga tanda utama, yaitu : terdapat semburan darah di vagina, pemanjangan tali pusat, dan fundus uterus berbentuk globular pada palpasi. Pengeluaran plasenta secara spontan normalnya membutuhkan waktu antara 5 hingga 30 menit. Kala III yang berlangsung lebih dari 30 menit meningkatkan risiko terjadinya perdarahan pascapersalinan dan merupakan indikasi untuk pengeluaran plasenta secara manual atau intervensi lainnya. Penatalaksanaan kala III persalinan melibatkan penempatan traksi pada tali pusat dengan tekanan fundus secara

simultan untuk menghasilkan persalinan plasenta yang lebih cepat (Hutchison and Mahdy, 2019).

1.6.4 Tahap Terakhir Persalinan

Sesuai definisi persalinan, Hutchison dan Mahdy hanya membahas sampai pada pengeluaran seluruh buah kehamilan (bayi dan plasenta). Setelah Kala III berakhir, Bidan masih memiliki tanggung jawab dalam hal pengawasan setelah persalinan selama 2 jam. Kala Pengawasan ini disebut juga dengan Kala IV.

Kala IV bertujuan untuk observasi karena perdarahan post partum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah (Mutmainnah *et al*, 2021) :

1. Tingkat kesadaran ibu
2. Pemeriksaan tanda-tanda vital
3. Kontraksi uterus
4. Jumlah perdarahan

DAFTAR PUSTAKA

- Amelia, P. (2019) 'Konsep Dasar Persalinan', *Umsida Press*, pp. 1–126.
- Hutchison, J. and Mahdy, H. (2019) 'Stages of labor'.
- Kurniarum, A. *et al.* (2016) 'Asuhan kebidanan persalinan dan bayi baru lahir'. Pusdik SDM Kesehatan.
- Mutmainnah, A.U. *et al.* (2021) *Asuhan persalinan normal dan bayi baru lahir*. Penerbit Andi.
- Sari, R.R.F. *et al.* (2022) *Metode Intrathecal Labor Analgesia untuk Persalinan Normal Tanpa Rasa Sakit*. Rena Cipta Mandiri.
- Waldenström, U. (2007) 'Normal childbirth and evidence based practice', *Women and Birth*, 20(4), pp. 175–180.
- Yulianti, N.T. and Sam, K.L.N. (2019) *Asuhan kebidanan persalinan dan bayi baru lahir*. Cendekia Publisher.

BAB 2

FAKTOR-FAKTOR PENTING PERSALINAN

Oleh Ika Yulianti

2.1 Faktor Fisik

2.1.1 Haemoglobin

Kadar haemoglobin sangat berkaitan dengan kondisi anemia. Anemia selama kehamilan di seluruh dunia melibatkan sekitar 32 juta orang, sekitar 38% dari populasi dunia (Tan, 2020). menurut penelitian terbaru, 2/3 dari populasi wanita hamil dan bersalin terkena dampaknya oleh anemia (Ali, 2020). Selama persalinan, ibu mengalami anemia dapat menyebabkan efek merugikan pada saat persalinan dan pada bayi baru lahir (Shah T, 2022).

Anemia bukan satu-satunya risiko bagi ibu namun kadar hemoglobin yang rendah dapat menyebabkan konsekuensi yang tidak menguntungkan termasuk skor Apgar yang rendah, berat badan lahir rendah, ukuran kecil usia kehamilan (SGA) bayi, persalinan prematur, pertumbuhan intrauterin keterbelakangan atau kematian intrauterin (Shah T, 2022).

Kadar Hb dan feritin serum yang rendah biasanya merupakan faktor penyebab terjadinya persalinan lama, perdarahan, kelahiran rendah berat badan bayi (Ali, 2020).

Dengan anemia antenatal yang mempengaruhi hingga 25% wanita hamil. Beberapa perkumpulan profesional, termasuk *Royal College of Obstetricians and Gynecologists* (UK) dan *French College of Gynecologists and Obstetricians*, telah menerbitkan pedoman perdarahan post partum yang merekomendasikan agar kadar hemoglobin di atas 8g/dL ditetapkan sebagai tujuan terapeutik. Dibandingkan dengan penatalaksanaan kehamilan, penatalaksanaan aktif kala III persalinan dikaitkan dengan penurunan kejadian penyakit ini secara signifikan (Liu CN, 2021)



Gambar 2.1. Haemoglobin

2.1.2 Indeks Masa tubuh/ Maternal Antropometri

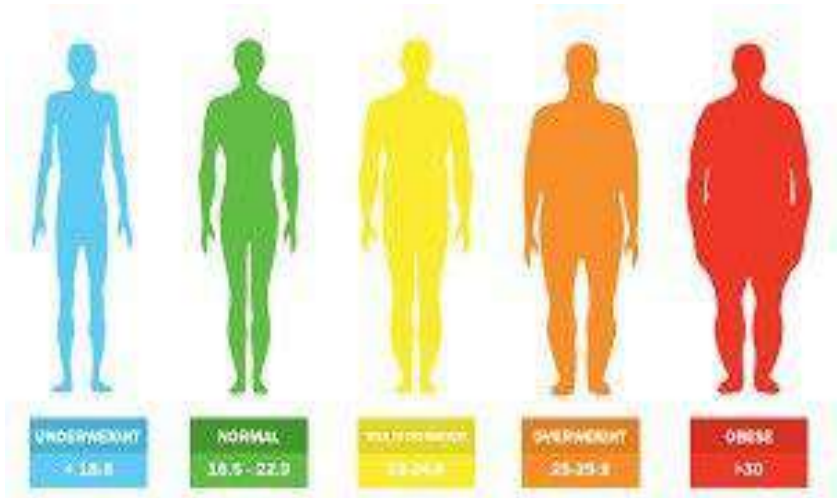
Indeks massa tubuh sebelum hamil dan penambahan berat badan selama kehamilan bergantung pada gaya hidup wanita dan mempengaruhi perjalanan kehamilan, perkembangan janin, dan kesehatan bayi baru lahir (Moll, et al., 2017).

Kelebihan berat badan dan obesitas pada wanita sebelum dan selama kehamilan merupakan salah satu risiko terpenting faktor komplikasi ibu dan janin. Indeks massa tubuh (BMI) adalah indikator yang umum digunakan untuk mendiagnosis dan menilai derajat obesitas. Peningkatan nilai BMI pada masa prakehamilan meningkatkan risiko diabetes gestasional, hipertensi gestasional, dan tromboemboli selama kehamilan. BMI tinggi akan meningkatkan risiko kelahiran prematur dan operasi caesar (Mazurek, 2020).

Wanita dengan tubuh berlebihan massa sebelum hamil lebih sering melahirkan anak dengan makrosomia dan cedera perinatal. Meskipun demikian, penambahan berat badan selama kehamilan penting untuk perkembangan janin yang sehat (Mazurek, 2020).

Penambahan berat badan yang berlebihan selama kehamilan meningkatkan risiko hipertensi gestasional yang disebabkan oleh kehamilan diabetes, preeklamsia, keguguran, dan komplikasi perinatal (kelahiran prematur, kematian janin, dan kelainan bentuk janin) (Mazurek, 2020).

Peningkatan BMI dan Makrosomia diketahui membuat rahim mengalami dilatasi berlebihan (*hyper dilatation*) yang dapat berhubungan dengan atonia uteri. Makrosomia adalah masalah gaya hidup yang semakin umum dan memerlukan intervensi kesehatan masyarakat, dan berhubungan dengan BMI tinggi, kehamilan geriatri, dan diabetes melitus (Liu CN, 2021).



Gambar 2.2. Indeks masa tubuh

2.1.3 Usia Ketika Hamil

Salah satu faktor risiko terjadi kegawatdaruratan dalam persalinan dan harus diperhatikan adalah faktor usia ibu ketika hamil dan akan melahirkan. Faktor risiko perdarahan post partum diantaranya adalah usia ibu <18 tahun (adjusted OR [aOR] = 11.52, 95% CI: 1.51–87.62) (Liu CN, 2021).

Penelitian lain menyebutkan bahwa usia ibu ≥ 35 tahun (aOR, 1,5; 95% CI, 1,5-1,6) meningkatkan risiko perdarahan post partum yang buruk. Bahkan peneliti menyarankan bahwa wanita dengan usia ibu lanjut (≥ 45 tahun) mempunyai risiko paling tinggi untuk mengalami berbagai dampak buruk, termasuk perdarahan postpartum, selama rawat inap di rumah sakit. Namun, meta-analisis menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang ditemukan antara usia ibu ≥ 35 tahun dan perdarahan postpartum (aOR, 1,02;

95% CI, 0,99-1,04) (Liu CN, 2021). Selain itu, sebuah penelitian di Hong Kong menemukan bahwa bertambahnya usia memiliki efek perlindungan terhadap perdarahan post partum (Zhu L, 2016).



Gambar 2.3. Usia ketika hamil

2.1.4 Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik selama kehamilan telah dikaitkan dengan penurunan risiko dampak buruk pada ibu dan bayi, termasuk, namun tidak terbatas pada, diabetes gestasional, preeklamsia, dan makrosomia (Aune D, 2016).

Oleh karena itu, olahraga teratur sangat dianjurkan selama kehamilan. *American College of Obstetrics and Gynecology* merekomendasikan bahwa wanita tanpa kontraindikasi harus melakukan latihan aerobik dan pengondisian kekuatan sebelum, selama, dan setelah kehamilan.

Namun, Organisasi Kesehatan Dunia menggambarkan aktivitas fisik lebih dari sekadar olahraga yang disengaja. Definisi ini mendefinisikan aktivitas fisik sebagai “setiap gerakan tubuh yang dihasilkan oleh otot rangka yang memerlukan pengeluaran energi termasuk selama waktu senggang, untuk transportasi menuju dan dari suatu tempat, atau sebagai bagian dari pekerjaan seseorang.” Karena banyak bentuk aktivitas fisik yang dapat berkontribusi terhadap kesehatan dan kesejahteraan seseorang secara keseluruhan, penting untuk mempertimbangkan semua aspek aktivitas fisik

daripada hanya olahraga untuk mendapatkan gambaran global mengenai pengeluaran energi (Watkins VY, 2021).

Penelitian sebelumnya yang mengamati dampak aktivitas fisik terhadap hasil persalinan. Dalam uji coba terkontrol secara acak di mana pasien secara acak dimasukkan ke dalam kelompok latihan aerobik atau kelompok kontrol, menemukan bahwa pasien dalam kelompok olahraga memiliki kala satu dan total durasi persalinan yang lebih pendek (Barakat R, 2018).

Uji coba lain terhadap pasien nulipara yang membandingkan kelompok olahraga dengan kelompok kontrol yang tidak berolahraga menemukan bahwa wanita yang berolahraga memiliki durasi persalinan kala satu dan dua yang lebih singkat, lebih kecil kemungkinannya memerlukan augmentasi oksitosin, dan lebih besar kemungkinannya untuk melahirkan secara spontan (Watkins VY, 2021).

Sebaliknya, uji coba terkontrol secara acak di mana pasien diacak untuk mengikuti program olahraga 12 minggu atau kelompok kontrol tidak menemukan perbedaan dalam durasi kala aktif persalinan atau proporsi wanita dengan kala dua yang berkepanjangan. Namun, tidak ada satu pun dari studi ini memperhitungkan kebiasaan hidup aktif di luar program olahraga standar yang dapat mempengaruhi hasil persalinan (Watkins VY, 2021).

Hubungan antara tingkat aktivitas fisik yang lebih tinggi dan fase aktif persalinan yang lebih pendek masuk akal secara biologis dan mungkin disebabkan oleh peningkatan kontraktilitas uterus yang ditunjukkan dengan olahraga selama kehamilan (Masoud AT, 2020).

Penelitian sebelumnya telah mengukur tekanan intrauterin sebelum, selama, dan setelah olahraga ibu pada wanita yang menjalani induksi persalinan dan menemukan bahwa olahraga ibu dikaitkan dengan peningkatan aktivitas uterus. Meskipun fisiologi di balik temuan ini masih belum diketahui, ada beberapa teori. Ada kemungkinan bahwa noradrenalin, yang dilepaskan saat berolahraga, bertindak sebagai stimulan uterus yang meningkatkan kontraktilitas uterus selama kehamilan (Watkins VY, 2021).

Penelitian lain menemukan bahwa hiperlipidemia mungkin berperan menyebabkan obesitas, menunjukkan bahwa penambahan kolesterol dapat menghambat baik secara spontan maupun tidak kontraksi yang diinduksi oleh oksitosin dan pembersihannya, mungkin dengan meningkatnya tingkat aktivitas fisik, dapat meningkatkan kontraktilitas miometrium (Masoud AT, 2020).

Selain itu, olahraga merupakan komponen kunci dalam pembentukan jembatan silang antara aktin dan miosin pada otot rangka, yang mengarah pada pelepasan ion kalsium dan menghasilkan penggabungan eksitasi-kontraksi. Dipercaya bahwa aktivasi saluran kalsium ini mungkin juga relevan dalam kontraksi otot polos dan mungkin memainkan peran penting dalam proses fisiologis kontraktilitas uterus (Watkins VY, 2021).

Salah satu aktivitas fisik adalah yoga. Senam yoga merupakan sebuah rangsangan relaksasi yang terorganisir yang terdiri dari melodi, ritme, harmoni, timbre, latihan pernafasan, relaksasi dan meditasi. Senam yoga memiliki kekuatan untuk mengobati penyakit dan ketidakmampuan yang dialami oleh setiap orang. Ketika senam yoga diaplikasikan menjadi sebuah terapi, dapat meningkatkan, memulihkan dan memelihara kesehatan fisik, mental, emosional, sosial dan spiritual dari setiap individu. Hal ini dikarenakan, senam yoga memiliki beberapa kelebihan, seperti senam yoga bersifat universal, nyaman, menyenangkan dan berstruktur (Yulianti, 2018).



Gambar 2.4. Aktivitas fisik

2.2 Faktor Psikologis (Kecemasan, Stress dan Depresi)



Gambar 2.5. Faktor psikologis

Kehamilan, persalinan, dan masa nifas dapat menyebabkan stres dan meningkatkan risiko kecemasan pada wanita. Depresi antenatal dikaitkan dengan peningkatan risiko aborsi spontan, preeklamsia, dan tingginya angka kelahiran melalui pembedahan. Bayi yang lahir dari ibu yang mengalami depresi lebih mungkin mengalami peningkatan risiko kelahiran prematur, skor Apgar yang lebih rendah, berat badan lahir yang lebih rendah, durasi menyusui yang lebih jarang dan lebih singkat, dan tingkat masuk ke perawatan intensif neonatal dua kali lipat, dan perubahan pada darah janin serta sirkulasi (Domínguez-Solís E, 2021).

Seorang ibu pascapersalinan yang mengalami depresi mungkin tidak dapat memberikan perawatan terbaik kepada bayinya, sehingga dapat mengganggu keterikatan ibu-bayinya dan menyebabkan bayi menjadi tidak aman (Arranz dkk., 2017). Neonatus dengan kondisi ini mempunyai risiko yang lebih besar terhadap tantangan psikologis perkembangan ketika mereka dewasa, mereka lebih rewel dan lebih besar kemungkinannya untuk gagal tumbuh.

Sedangkan gangguan kecemasan yang terjadi di awal kehamilan dan berlanjut hingga menjelang persalinan telah terbukti

dapat meningkatkan berbagai gangguan pada janin diantaranya gangguan saraf, pada janin mengakibatkan terjadinya penurunan fungsi kognitif, emosional dan gangguan perilaku yang terjadi hingga dewasa, karena terjadi penurunan volume otak pada area yang berhubungan dengan pengendalian fungsi kognitif pada anak (Yulianti, 2018).

Kecemasan, stress, dan depresi telah dikaitkan dengan nyeri persalinan. Nyeri merupakan realitas persalinan yang tidak dapat dihindari dan paling nyata penentu pengalaman kerja. Persepsi nyeri selama persalinan disebabkan oleh pelebaran serviks, kontraksi rahim dan ekstensi uterus untuk persalinan pervaginam (Tabatabaeichehr M, 2020).

Nyeri persalinan yang tidak memadai manajemen dapat dikaitkan dengan fisiologis negatif dan konsekuensi psikologis. Selain itu, sudah terjadi sebelumnya menunjukkan bahwa ada hubungan antara kecemasan persalinan dan rasa sakit (Tabatabaeichehr M, 2020). Kecemasan merangsang simpatik sistem saraf dan melepaskan stres terkait hormon seperti *noradrenalin*, *kortisol* dan *adrenalin*, yang akibatnya meningkatkan tingkat keparahan nyeri persalinan serta durasinya tenaga kerja. Oleh karena itu, mencari cara untuk mengatasi perasaan pereda nyeri dan ketenangan yang maksimal, dengan komplikasi minimal, adalah salah satu yang paling banyak masalah penting selama persalinan.

Konsekuensi negatif dari stres yang terjadi pada kehamilan. Misalnya, wanita dengan stres yang tinggi cenderung untuk mempertahankan perilaku kesehatan yang optimal selama kehamilan, dan mereka lebih mungkin untuk merokok dan menjadi menetap

2.3 Faktor Eksternal

2.3.1 Dukungan Keluarga dan Sosial

Kesiapan melahirkan dimaksudkan untuk mengadakan hubungan antara tanggung jawab pasangan. Perencanaan kehamilan berhubungan dengan penerimaan ibu terhadap kehamilannya apabila ibu tidak menginginkan karena tidak

direncanakan maka dampak yang terjadi ibu mengalami stress (Gitanurani, 2017).

Faktor yang mendukung adanya hubungan yakni dukungan sosial yang didapatkan ibu selama kehamilannya. Ibu hamil yang mendapat dukungan sosial berkisar 58,7%, maka ibu yang sudah mempunyai perencanaan kehamilan kemudian mendapatkan dukungan sosial berupa dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan informasi yang diberikan oleh suami, keluarga dan tenaga kesehatan akan meningkatkan kesiapan ibu dalam menghadapi persalinan (Wahyuni, 2019).

Dukungan sosial adalah keberadaan, kesediaan, kepedulian dari orang-orang yang dapat diandalkan, menghargai dan menyayangi. Dukungan sosial merupakan bantuan atau dukungan yang positif yang diberikan oleh orang-orang tertentu terhadap individu dalam kehidupannya serta dalam lingkungan sosial tertentu sehingga individu yang menerima merasa merasa diperhatikan, dihargai, dihormati, dicintai. Individu yang menerima dukungan sosial akan lebih percaya diri dalam menghadapi persalinannya. Dukungan sosial berkaitan dengan kesiapan ibu dalam menghadapi persalinan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sekitar 2,2% ibu kurang mendapatkan kesiapan psikologis karena keluarga tidak membantu ibu mempersiapkan persalinan. Hal ini tentunya membuat ibu merasa tidak mendapatkan dukungan dalam kehamilan dan persalinannya serta dapat mengganggu kesehatan mental (Gitanurani, 2017).

Dukungan sosial juga bisa diberikan melalui dukungan suami. Jika suami menghendaki kehamilan istrinya namun tidak memberi support ketika sang istri mengalami masa-masa sulit, maka akan timbul rasa jengkel dan mengurangi keikhlasan istri dalam menjalani kehamilan. Dalam benak istri akan terlintas pikiran bahwa ia hanya seorang diri dalam menghadapi kepayahan dan kesakitan selama masa kehamilannya. Wanita hamil yang mengalami rasa jengkel, tertekan serta rasa cemas ketika menjalani kehamilan akan memengaruhi kondisi janin yang dikandungnya.

Dukungan dapat diberikan oleh orang-orang terdekat pasien (suami, keluarga, teman, perawat, bidan maupun dokter).

Pendamping persalinan hendaknya orang yang sudah terlibat sejak dalam kelas-kelas antenatal. Mereka dapat membuat laporan tentang kemajuan ibu dan bayi secara terus menerus memonitor kemajuan persalinan.



Gambar 2.6. Dukungan keluarga dan sosial

2.3.2 Persiapan Ekonomi



Dalam upaya meningkatkan kesehatan ibu, setiap individu, keluarga, tenaga kesehatan, dan pemerintah bertanggung jawab agar setiap ibu memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, mulai sejak hamil, persalinan, perawatan pasca persalinan (nifas) serta kesehatan bayi baru lahir. Kualitas

pelayanan kesehatan ibu hamil (*antenatal care*) yang diperoleh ibu hamil akan mempengaruhi kesehatan ibu beserta janinnya, bayi yang akan dilahirkan serta kesehatan ibu nifas.

Pelayanan *antenatal care* (ANC) diharapkan dapat mendeteksi adanya faktor risiko, serta pencegahan dan penanganan komplikasi. Apabila ibu hamil tidak melaksanakan ANC selama kehamilan, maka risiko terjadinya komplikasi persalinan menjadi lebih besar. Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan ANC sesuai standar, diharapkan dapat menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI). Menurut penelitian 60% dari semua kematian maternal terjadi dalam satu minggu pertama masa persalinan (Dharmayanti, 2019).

Untuk mencapai kesehatan ibu hamil yang optimal, selain akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, kondisi lingkungan rumah serta sosial ekonomi juga perlu mendapatkan perhatian, berbagai kondisi kesehatan seperti kualitas lingkungan rumah tangga, sosial-budaya, sikap dan perilaku serta kondisi sosial-ekonomi turut menentukan kesehatan ibu hamil. Ketersediaan fasilitas sanitasi, air bersih yang aman, standar bangunan tempat tinggal serta konsumsi zat gizi dapat mempengaruhi kesehatan ibu hamil (Dharmayanti, 2019).

Dalam penelitian menyatakan bahwa kondisi ekonomi, sosial budaya dan kualitas tempat tinggal berhubungan positif dengan kualitas ANC. Sedangkan status sosial ikut berperan dalam pelayanan kesehatan maternal yang berkesinambungan.

DAFTAR PUSTAKA

- Tan, J. H. G. Q. Y. Y. H. X. Y. L. C. W. W. Z. K. L. A. H. S. X. L. X., 2020. Prevalence of Anemia and Iron Deficiency Anemia in Chinese Pregnant Women (IRON WOMEN): A National Cross-Sectional Survey. *BMC Pregnancy Childbirth*, Volume 20 (1), pp. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03359-z>.
- Ali, S. A. A. Z. S. B. G. M. K. H. M. K. N. F. W. J. E. M. E. M. G. R. L. S. S., 2020. Prevalence and determinants of anemia among women of reproductive age in Thatta Pakistan: findings from a cross-sectional study.. *PLOS ONE*, 15(9).
- Shah T, K. M. A. S. L. H. S. F. Z. A. W. J. R. N. R. K. S. A., 2022. Gestational Anemia and its effects on neonatal outcome, in the population of Hyderabad, Sindh, Pakistan. *Saudi J Biol Sci*, 29(1), pp. 83-87.
- Moll, U., Olsson, H. & Landin-Olsson, M., 2017. Impact of pregestational weight and weight gain during pregnancy on long-term risk for diseases. *PLoS ONE*, Volume 12, 1–12.
- Mazurek, D. & B. M., 2020. Maternal anthropometric factors and circulating adipokines as predictors of birth weight and length. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Volume 17(13), 4799.
- Liu CN, Y. F. X. Y. L. J. G. Z. S. M. L. C. H. F. C. D. ., 2021. Prevalence and risk factors of severe postpartum hemorrhage: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 21(1), pp. 332. doi: 10.1186/s12884-021-03818-1. PMID: 3390247.
- Zhu L, Z. Y. L. Y. Z. R. W. Y. H. Y. L. F. L. M. S. S. X. L. Z. Y. C. Y. X. L. Z. L. H. H. Z. D., 2016. Maternal and live-birth outcomes of pregnancies following assisted reproductive technology: a retrospective cohort study. *Sci Rep*, 6(1), p. 35141. doi: 10.1038/srep35141.
- Aune D, S. A. H. T. S. O. T. S., 2016. Physical activity and the risk of gestational diabetes mellitus: a systematic review and dose-response meta-analysis of epidemiological studies. *Eur J Epidemiol*, Volume 31:967–97.

- Watkins VY, O. C. P. M. Z. P. E. S. C. E. K. J. F. A. R. N., 2021. The impact of physical activity during pregnancy on labor and delivery. *Am J Obstet Gynecol*, pp. 225(4):437.e1-437.e8. .
- Barakat R, F. E. P. M. L. C. M. M., 2018. Exercise during pregnancy is associated with a shorter duration of labor. A randomized clinical trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, p. 224:33–40.
- Masoud AT, A. M. E. N. e. a., 2020. The effect of antenatal exercise on delivery outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*, p. 49:101736.
- Domínguez-Solís E, L-S. M. L-R. J., 2021. Non-pharmacological interventions to reduce anxiety in pregnancy, labour and postpartum: A systematic review. *Midwifery*, p. 102:103126. doi: 10.1016/j.midw.2021.103126. .
- Yulianti, I., 2018. Pengaruh Senam Yoga Prenatal Terhadap Tingkat Kecemasan dan Depresi di Klinik Budi Luhur Kabupaten Kudus. *Thesis, UNS (Sebelas Maret University)*.
- Tabatabaeichehr M, M. H., 2020. The Effectiveness of Aromatherapy in the Management of Labor Pain and Anxiety: A Systematic Review. *Ethiop J Health Sci*, 30(3), pp. 449-458. doi: 10.4314/ejhs.v30i3.16. PMID: 32874088; PMCID: PMC7445940..
- Gitanurani, Y. & U. F. S., 2017. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kesiapan persalinan di Puskesmas Jetis I Bantul Yogyakarta. (*Doctoral dissertation, Universitas' Aisyiyah Yogyakarta*).
- Wahyuni, R. & R. S., 2019. Faktor-faktor yang berhubungan dengan riwayat persalinan sectio caesarea. *Wellness And Healthy Magazine*, pp. 1(1), 101-107.
- Dharmayanti, I. A. K. T. D. H. & H. P. S., 2019. Pelayanan pemeriksaan kehamilan berkualitas yang dimanfaatkan ibu hamil untuk persiapan persalinan di indonesia. *Jurnal Ekologi Kesehatan*, pp. 18(1), 60-69.

BAB 3

PARTOGRAF

Oleh Ni Made Dwi Purnamayanti

3.1 Latar Belakang

Partogram atau partograf adalah alat bantu sederhana dan murah yang dapat memberikan gambaran proses persalinan secara berkesinambungan. Partograf berbentuk forulir biasanya dalam versi kertas yang dipergunakan tenaga kesehatan; bidan dan dokter untuk mencatat temuan selama persalinan secara berkesinambungan. Penggunaan partograf telah direkomendasikan oleh WHO untuk digunakan pada persalinan (World Health Organization, 2017). Bentuk partograf telah direvisi pada tahun 2000 oleh WHO dan mulai dipergunakan pada fase aktif persalinan, sehingga lebih sederhana dan lebih mudah dipergunakan.

Fungsi utama partograf adalah untuk memantau kemajuan persalinan serta mengidentifikasi secara dini komplikasi yang terjadi dan memungkinkan intervensi dapat dilakukan tepat waktu. Partograf secara potensial dapat mengidentifikasi komplikasi dengan menyajikan perkembangan kemajuan persalinan dan mendeteksi perpanjangan pada kala I persalinan (Sanyal, Goswami and Mukhopadhyay, 2014) (Mathai, 2009). Partograf menyajikan perkembangan kondisi ibu dan janin secara berkelanjutan selama persalinan kala I, sehingga dapat mendeteksi komplikasi yang terjadi dengan segera (World Health Organization, 2015).

Penggunaan partogram telah terbukti meningkatkan kualitas asuhan intrapartum, kesehatan maternal dan hasil persalinan. Penggunaan partograf juga telah terbukti menurunkan prolans labour, kebutuhan augmentasi persalinan, sectio caesaria dan stillbirth jika disertai dengan guideline manajemen yang sesuai (Sanyal, Goswami and Mukhopadhyay, 2014) (Tayade and Jadhao, 2012).

Sistematik review terbaru yang dilakukan mempertanyakan efektivitas partograf dalam mendeteksi berbagai komplikasi seperti

yang diklaim sebelumnya. Namun tinjauan tersebut memiliki keterbatasan sehubungan dengan lokasi, populasi dan pelaksanaan penelitian (Lavender, Hart and Smyth, 2013). Hal ini menunjukkan masih terbuka peluang penelitian lain terkait efektifitas partograf.

Penggunaan partograf merupakan salah satu standar dalam asuhan persalinan di Indonesia. Standar asuhan persalinan mencakup 5 aspek yaitu pengambilan keputusan klinik, asuhan sayang ibu dan bayi, praktik pencegahan infesi, pencatatan asuhan persalinan dan system rujukan pada persalinan dengan komplikasi baik pada ibu maupun pada bayi (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2014). Penggunaan partograf merupakan standar dalam pencatatan asuhan persalinan dimana penggunaan partograf secara nasional pada setiap persalinan melengkapi rekam medis yang ada (JNPKKR, 2017).

Penggunaan partograf dimulai pada fase aktif persalinan kala I. Fase aktif dimulai dari pembukaan serviks 4 cm. Pencatatan fase laten persalinan kala I dilakukan pada lembar terpisah (JNPKKR, 2017). Pencatatan pada partograf melengkapi pencatatan pada rekam medis dengan metoda pencatatan sesuai standar.

3.2 Perkembangan Partogaf

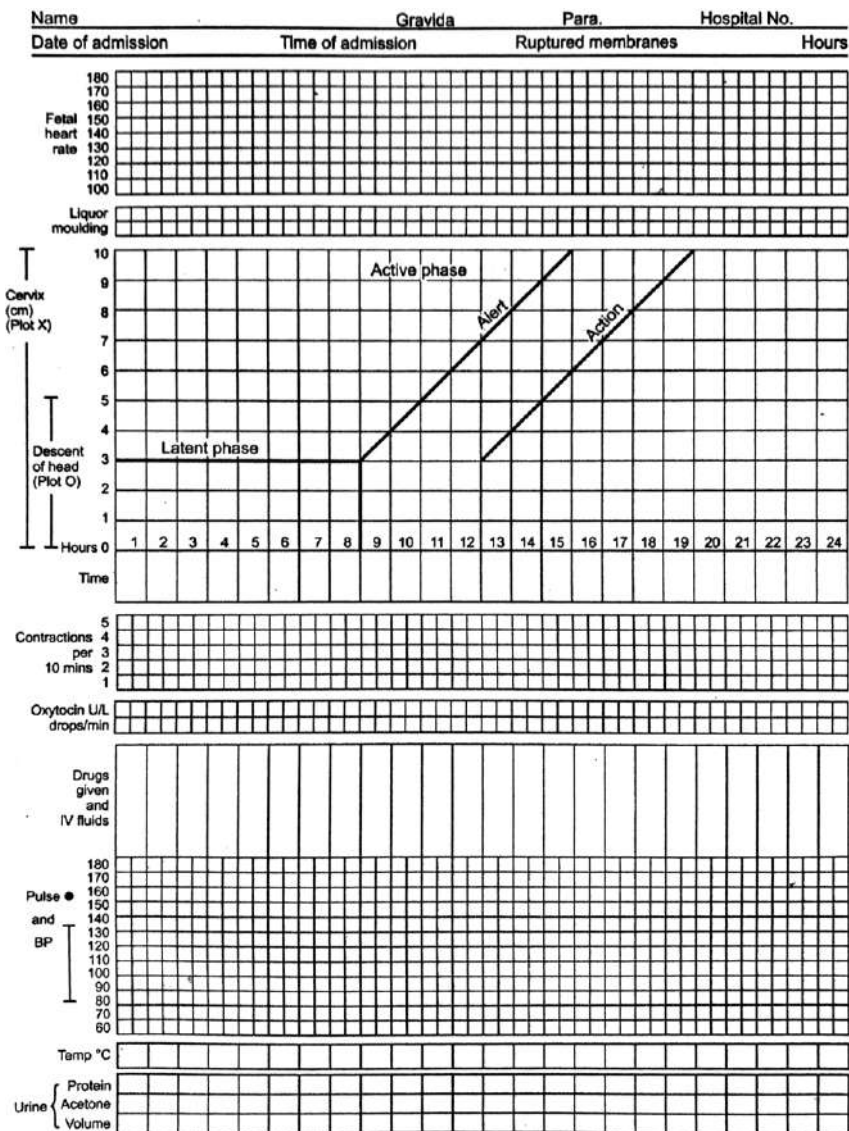
Grafik kemajuan persalinan sebagai komponen utama pada partograf berasal dari kurve Friedman. Kurve ini menggambarkan dilatasi servik terhadap waktu dimana membagi persalinan kala I menjadi dua yaitu fase laten dan fase aktif persalinan. Selanjutnya fase aktif dibagi lagi menjadi 3 yaitu fase akselerasi, dilatasi maksimal dan deselerasi.

Tabel 3.1. Kemajuan persalinan spontan pada usia kehamilan cukup bulan (Dalal and Purandare, 2018)

Parameter	Median	Persentil ke-5
Nullipara		
1. Durasi total	10,1 jam	25,8 jam
2. Durasi kala I persalinan	9,7 jam	24,7 jam
a. Durasi Fase laten	4,4 jam	20,6 jam
b. Kecepatan dilatasi maksimal	3 cm/jam	1,2 cm/jam

Parameter	Median	Persentil ke-5
c. Kecepatan deselerasi	3,3 cm/jam	1 cm/jam
3. Durasi kala II persalinan	33 menit	117,5 menit
4. Durasi kala III persalinan	5 menit	30 menit
Multipara		
1. Durasi total	6,2 jam	19,5 jam
2. Durasi kala I persalinan	8 jam	18,8 jam
a. Durasi Fase laten	4,8 jam	13,6 jam
b. Kecepatan Dilatasi maksimal	5,7 cm/jam	1,5 cm/jam
c. Kecepatan deselerasi	6,6 cm/jam	2,1 cm/jam
3. Durasi kala II persalinan	8,5 menit	46,5 menit
4. Durasi kala III persalinan	5 menit	30 menit

WHO memperkenalkan partograf pertama kali pada tahun 1987 yang disertai dengan garis warpada dan garis tindakan. Versi ini dikenal dengan partograf komposit yang mencakup fase laten selama 8 jam dan fase aktif dimulai pada dilatasi serviks 3 cm.



Gambar 3.1. WHO Composite Partograf (Bedwell et al., 2017)

Versi partograf selanjutnya di perkenalkan pada tahun 2000 yang merupakan modifikasi dari versi sebelumnya. Perubahan besar yang dibuat pada versi ini adalah menghilangkan fase laten dan memulai fase aktif pada dilatasi serviks 4 cm. Partograf versi ini telah diadaptasi dan dipergunakan di Indonesai hingga saat ini

(JNPKKR, 2017).

PARTOGRAF

No. Register _____ Nama Ibu : _____ Umur : _____ G. _____ P. _____ A. _____
No. Puskesmas _____ Tanggal : _____ Jam : _____ Alamat : _____
Ketuban pecah Sejak jam _____ mules sejak jam _____

Denyut Jantung Janin (/menit)

Air ketuban Penyusupan

Pembukaan serviks (cm) beri tanda x
Tunainya kepala beri tanda o

Sejak jam _____

Waktu (jam)

Kontraksi tiap 0 Menit

Oksitosin U/L tetes/menit

Obat dan Cairan IV

Nadi

Tekanan darah

Suhu °C

Urin { Protein Aseton Volume

WASPADA

BERTINDAK

Gambar 3.2. Partograf WHO Halaman Depan dalam Bahasa Indonesia (JNPKKR, 2017)

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :

2. Nama bidan :

3. Tempat Persalinan :
☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas
☐ Polindes ☐ Rumah Sakit
☐ Klinik Swasta ☐ Lainnya :

4. Alamat tempat persalinan :

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

6. Alasan merujuk :

7. Tempat rujukan :

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

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Y / T

10. Masalah lain, sebutkan :

11. Penatalaksanaan masalah Tab :

12. Hasilnya :

KALA II

13. Episiotomi :
☐ Ya, Indikasi :

14. Pendamping pada saat persalinan
☐ Suami ☐ Teman ☐ Tidak ada
☐ Keluarga ☐ Dukun

15. Gawat Janin :
☐ Ya, tindakan yang dilakukan
a.
b.
c.
☐ Tidak

16. Distosia bahu :
☐ Ya, tindakan yang dilakukan
a.
b.
c.
☐ Tidak

17. Masalah lain, sebutkan :

18. Penatalaksanaan masalah tersebut :

19. Hasilnya :

KALA III

20. Lama kala III : menit

21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
☐ Ya, waktu : menit sesudah persalinan
☐ Tidak, alasan :

22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
☐ Ya, alasan :

23. Penegangan tali pusat terkendali ?
☐ Ya,
☐ Tidak, alasan :

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1							
2							

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

24. Masase fundus uteri ?
☐ Ya,
☐ Tidak, alasan :

25. Plasenta lahir lengkap (intact) Ya / Tidak
Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
a.
b.

26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
☐ Ya, tindakan :
a.
b.
c.

27. Laserasi :
☐ Ya, dimana :

28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
Tindakan :
☐ Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
☐ Tidak dijahit, alasan :

29. Atoni uteri :
☐ Ya, tindakan
a.
b.
c.
☐ Tidak

30. Jumlah perdarahan : ml

31. Masalah lain, sebutkan :

32. Penatalaksanaan masalah tersebut :

33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badan gram

35. Panjang cm

36. Jenis kelamin : L / P

37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit

38. Bayi lahir :
☐ Normal, tindakan :
☐ mengeringkan
☐ menghangatkan
☐ rangsang taktil
☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
☐ Aspiksia ringan/pucat/biru/lemas, tindakan :
☐ mengeringkan ☐ bebaskan jalan napas
☐ rangsang taktil ☐ menghangatkan
☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
☐ lain - lain sebutkan :

☐ Cacat bawaan, sebutkan :
☐ Hipotermi, tindakan :
a.
b.
c.

39. Pemberian ASI
☐ Ya, waktu : jam setelah bayi lahir
☐ Tidak, alasan :

40. Masalah lain,sebutkan :

Hasilnya :

Gambar 3.3. Partograf WHO Halaman Belakang dalam Bahasa Indonesia (JNPKKR, 2017)

32

3.3 Tujuan

Tujuan penggunaan partogram pada persalinan adalah sebagai berikut (JNPKKR, 2017):

1. Melaporkan perkembangan proses persalinan
2. Melaporkan perkembangan kondisi ibu dan bayi secara berkesinambungan selama proses persalinan
3. Mengidentifikasi secara dini penyulit selama proses persalinan melalui temuan yang tercatat dalam partograf
4. Membantu penolong persalinan membuat keputusan klinik sesuai perkembangan persalinan yang tercatat pada partograf
5. Mendokumentasikan asuhan yang diberikan kepada ibu selama proses persalinan

3.4 Penggunaan

Penggunaan partograf pada persalinan adalah sebagai berikut (JNPKKR, 2017):

1. Partograf dipergunakan pada semua persalinan baik persalinan fisiologis maupun patologis. Penggunaan partograf dimulai pada kala I fase aktif.
2. Partograf dipergunakan di semua fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan pertolongan persalinan (rumah sakit, klinik, puskesmas, polindes, praktik mandiri bidan dll). Partograf juga dipergunakan pada layanan persalinan yang di berikan di luar fasilitas kesehatan.
3. Partogram dipergunakan secara rutin oleh semua petugas kesehatan yang memberikan pelayanan pertolongan persalinan (dokter spesialis obstetri dan gynecologi, dokter, bidan, perawat)

3.5 Komponen Partograf

Partograf terdiri dari dua halaman yaitu halaman depan dan halaman belakang. Form partograf dicetak pada 1 lebar kertas, masing-masing halaman memuat informasi yang berbeda terkait proses persalinan. Halaman depan partograf terdiri dari informasi ibu, kondisi janin, kemajuan persalinan, dan kondisi ibu. Halaman

belakang partograf mencatat hal-hal yang terjadi selama kala I, kala II, kala III, kala IV dan bayi baru lahir.

Partograf halaman depan

1. Informasi Ibu

No. Register		Nama Ibu : _____	Umur : _____	G. _____	P. _____	A. _____
No. Puskesmas		Tanggal : _____	Jam : _____	Alamat : _____		
Ketuban pecah	Sejak jam _____	mulas sejak jam _____				

Gambar 3.4. Informasi Ibu

Informasi ibu terletak pada bagian paling atas halaman depan partograf. Diisi pertama kali saat pengisian partograf. Informasi ibu terdiri dari:

- Nama ibu
- Umur (dalam satuan tahun dihitung dari tahun kelahiran)
- Alamat
- G (gravida) jumlah kehamilan sampai saat ini, termasuk kehamilan yang berakhir sebelum waktunya (abortus dan preterm)
- P (para) jumlah persalinan termasuk persalinan preterm, aterm dan posterm
- A (abortus) jumlah kehamilan yang berakhir dengan abortus
- Tanggal (tanggal saat ibu datang untuk mendapatkan layanan persalinan)
- Jam (jam saat ibu datang untuk mendapatkan layanan persalinan)
- Ketuban pecah sejak jam : jam saat pecah ketuban dan tanggal jika pada hari yang berbeda
- Mulas sejak jam : jam saat mulai dirasakan nyeri perut hilang timbul yang teratur.

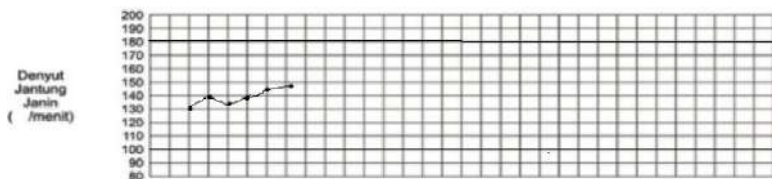
2. Kondisi janin

Komponen utama pertama yang tercatat pada partograf adalah kondisi janin. Pemantauan kondisi janin selama persalinan pada partograf dicatat pada halaman depan terdiri dari:

a. Denyut jantung janin (DJJ)

Pencatatan DJJ dilakukan secara teratur setiap 30 menit. Pencatatan dilakukan secara teratur dan kontinyu sejak ibu ditemukan memasuki fase aktif sampai janin dilahirkan dan kala II persalinan berakhir. Setiap kotak pada bagian DJJ menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka pada sisi kiri menunjukkan jumlah DJJ per menit. Sesuai hasil pemeriksaan tambahkan tanda titik sesuai dengan jam (pada garis vertical) dan jumlah DJJ permenit pada garis horizontal. Sambungkan satu titik dengan titik lain menggunakan garis tegas selama pemantauan dilakukan.

Garis tebal pada bagian DJJ menunjukkan rentang normal DJJ. Garis tebal berada pada jumlah DJJ 180 kali permenit dan 100 kali permenit. $\text{DJJ} \geq 180$ kali permenit dan ≤ 100 kali permenit menunjukkan terjadinya gawat janin dan tindakan harus dilakukan untuk menangani permasalahan yang dialami. Kewaspadaan harusnya mulai ditingkatkan jika $\text{DJJ} \geq 160$ kali permenit dan ≤ 120 kali permenit. Tindakan antisipasi dilakukan jika menemukan kondisi tersebut untuk mencegah perburukan kondisi janin. Pencatatan tindakan penanganan gawat janin dan tindakan antisipasi dapat ditambahkan pada sisi kanan dan kiri kolom DJJ.



Gambar 3.5. Denyut Jantung Janin

b. Warna air ketuban

Pencatatan selaput ketuban dan warna air ketuban dilakukan setiap 4 jam saat dilakukan pemeriksaan pembukaan servik. Pencatatan dapat dilakukan lebih awal jika ditemukan terjadi pecahnya selaput ketuban dan pemeriksaan dalam.

Nilai warna air ketuban dan berikan tanda pada sel sesuai jam dilakukan penilaian. Temuan dicatat menggunakan kode sebagai berikut:

U (selaput ketuban utuh)

J (selaput ketuban pecah dan warna air ketuban jernih)

M (selaput ketuban pecah dan warna air ketuban jernih keruh atau kehijauan karena tercampur dengan meconium)

D (selaput ketuban pecah dan warna air ketuban bercampur dengan darah)

K (selaput ketuban pecah tetapi tidak ada air ketuban yang keluar menandakan “ketuban kering”)

Temuan warna air ketuban dapat menggambarkan kondisi kesejahteraan janin. Temuan yang perlu diwaspadai jika terdapat darah (D), meconium (M) dan ketuban kering (K). Temuan ini ditindaklanjuti dengan pemantauan ketat DJJ janin. Analisis diperlukan untuk menemukan penyebab, diagnosis dan menentukan penatalaksanaan lebih lanjut.

c. Moulase yaitu penyusupan tulang-tulang kepala janin

Moulase merupakan kemampuan pergerakan tulang-tulang kepala janin sehingga tulang-tulang kepala janin berhimpitan pada sutura dan bahkan terjadi penyusupan antar tulang kepala janin. Hal ini menyebabkan berkurangnya ukuran kepala janin. Moulase merupakan indicator terjadinya penyesuaian ukuran kepala janin terhadap panggul ibu untuk dapat melalui proses persalinan dan janin dapat dilahirkan. Semakin besar derajat moulase menunjukkan ketidaksesuaian ukuran kepala dan panggul semakin besar dan mengharuskan kepala janin menyesuaikan ukurannya semaksimal mungkin untuk bisa melewati panggul.

Pemeriksaan terhadap terjadinya moulase dilakukan setiap kali melakukan pemeriksaan dalam yaitu setiap 4 jam atau lebih sering jika ada indikasi. Tuliskan temuan pada kotak penyusupan sesuai jam dilakukan pemeriksaan. Lambang-lambang yang dituliskan adalah sebagai berikut

- 0 : tidak ada molase, sutura teraba dengan jelas, tulang kepala janin terpisah
- 1 : sutura tidak jelas teraba karena tulang kapala janin saling bersentuhan
- 2 : tulang kepala janin bersisipan saling tumpang tindih tetapi dapat dibisahkan
- 3 : tulang kepala janin saling tumpang tindih tidak dapat dibisahkan

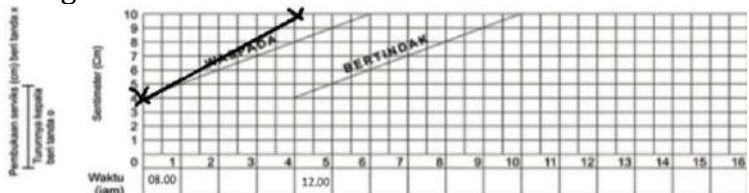
3. Kemajuan persalinan

Informasi tentang kemajuan persalinan merupakan salah satu komponen utama pada pemantauan persalinan kala I yang dicatat pada partograf. Hasil pencatatan ini juga dipergunakan sebagai dasar dalam pengambilan keputusan terkait lamanya persalinan berlangsung. Pemantauan kemajuan persalinan yang dicatat pada halaman depan adalah:

a. Pembukaan serviks

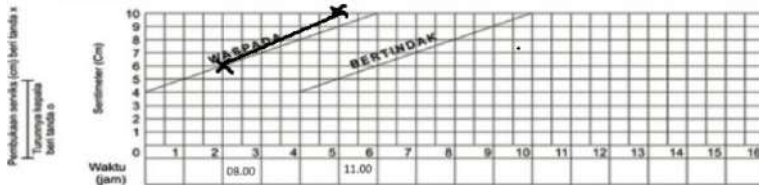
Garis vertical pada sisi kiri menggambarkan pembukaan serviks dari 0-10 cm. Setiap kotak bernilai 30 menit. Terdapat garis waspada tergambar secara diagonal diawali pada pembukaan 4 cm. Garis tindakan tergambar sejajar dengan garis waspada. Temuan pembukaan serviks di dokumentasikan mulai dari fase aktif, pembukaan serviks 4 cm. Pembukaan serviks diberikan tanda 'X' sesuai hasil pemeriksaan di tuliskan pertama kali pada garis waspada. Pembukaan serviks di periksa kembali setiap 4 jam atau lebih awal jika ada indikasi. Tanda pembukaan serviks dihubungkan dengan garis tegas.

Beberapa contoh pengisian partograf **yang tepat** seperti pada gambar berikut.



Keterangan :

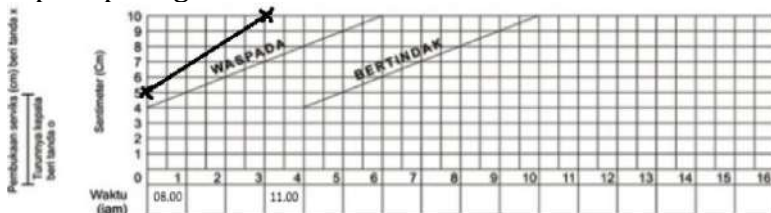
Pembukaan serviks Pk.08.00 adalah 4 cm. Pemeriksaan pembukaan serviks selanjutnya Pk.12.00 adalah 10 cm. Kedua hasil pemeriksaan dihubungkan dengan garis tegas.



Keterangan:

Pembukaan serviks Pk.08.00 adalah 6 cm. Pemeriksaan pembukaan serviks selanjutnya Pk.11.10 adalah 10 cm. Pemeriksaan kedua dilakukan sebelum 4 jam atas indikasi. Kedua hasil pemeriksaan dihubungkan dengan garis tegas.

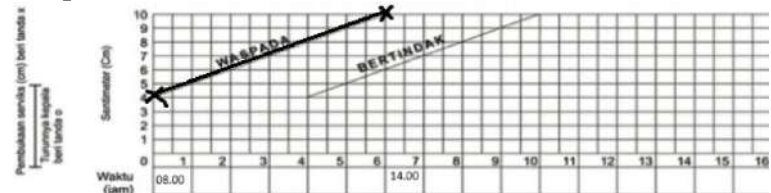
Beberapa contoh pengisian partograf yang **tidak tepat** seperti pada gambar berikut.



Keterangan:

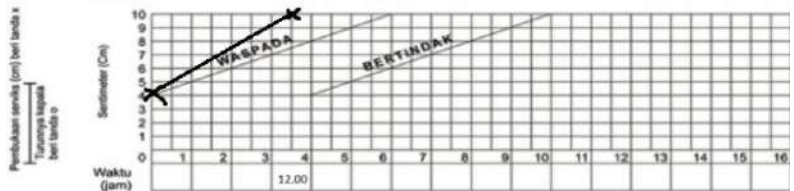
Pembukaan serviks Pk. 08.00 adalah 5 cm. Pemeriksaan pembukaan serviks selanjutnya Pk.11.00 adalah 10 cm. Pemeriksaan kedua dilakukan sebelum 4 jam atas indikasi. Kedua hasil pemeriksaan dihubungkan dengan garis tegas.

Kesalahan : penempatan hasil pemeriksaan pembukaan serviks pertama kali tidak pada garis waspada.



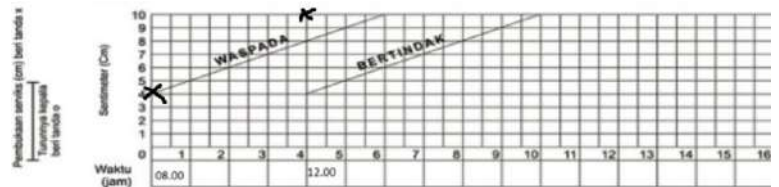
Keterangan:

Pembukaan serviks Pk. 08.00 adalah 4 cm. Pemeriksaan pembukaan serviks selanjutnya Pk.14.00 adalah 10 cm. Kedua hasil pemeriksaan dihubungkan dengan garis tegas. **Kesalahan : pemeriksaan pembukaan serviks kedua dilakukan lebih dari 4 jam.**



Keterangan:

Pembukaan serviks Pk. 09.00 adalah 4 cm. Pemeriksaan pembukaan serviks selanjutnya Pk. 12.40 adalah 10 cm. Pemeriksaan kedua dilakukan sebelum 4 jam atas indikasi. Kedua hasil pemeriksaan dihubungkan dengan garis tegas. **Kesalahan : tidak menuliskan jam pemeriksaan.**



Keterangan:

Pembukaan serviks Pk.08.00 adalah 4 cm. Pemeriksaan pembukaan serviks selanjutnya Pk.12.00 adalah 10 cm. **Kesalahan : kedua hasil pemeriksaan tidak dihubungkan dengan garis tegas.**

b. Garis waspada dan garis berindak

Garis waspada merupakan garis diagonal mulai pembukaan 4 cm sampai dengan pembukaan 10 cm dengan laju kecepatan 1 cm tiap 1 jam. Pencatatan pembukaan serviks dimulai pada garis waspada mulai pembukaan 4 cm (fase aktif). Kecepatan proses persalinan yang terekam dalam partograf diharapkan berada di kiri garis waspada. Jika dalam perkembangan selanjutnya

dalam proses persalinan laju pembukaan berada di sebelah kanan garis waspada, petugas kesehatan dapat meduga terjadinya keterlambatan proses persalinan (fase aktif memanjang) dan analisis lanjutan diperlukan untuk menemukan penyebab keterlambatan dan tindakan antisipasi yang tepat dapat dilakukan.

Garis bertindak merupakan garis diagonal yang sejajar dengan garis waspada berada pada sebelah kanan (berjarak 4 jam dari garis waspada). Jika pembukaan berada di kanan garis bertindak, maka tindakan untuk menyelesaikan persalinan sesuai dengan kondisi yang ditemukan perlu dilakukan. Sebaiknya ibu sudah berada di fasilitas kesehatan sekunder atau tersier sebelum melampaui garis bertindak.

c. Penurunan bagian terendah janin

Hasil pemeriksaan penurunan bagian terendah janin yang dipergunakan adalah hasil pemeriksaan dengan metoda 5 jari atau perlimaan. Hasil pemeriksaan didokumentasikan pada grafik yang sama dengan hasil pemeriksaan pembukaan serviks. Tanda yang dipergunakan adalah 'O'. Hasil pemeriksaan penurunan bagian terendah janin didokumentasikan pada waktu yang bersamaan dengan pembukaan serviks. Dua atau lebih hasil pemeriksaan digabungkan dengan garis tegas.

Hasil pemeriksaan perlimaan yang didokumentasikan pada partograf adalah sebagai berikut.

5/5 : jika bagian terendah janin seluruhnya masih berada diatas simpisis pubis

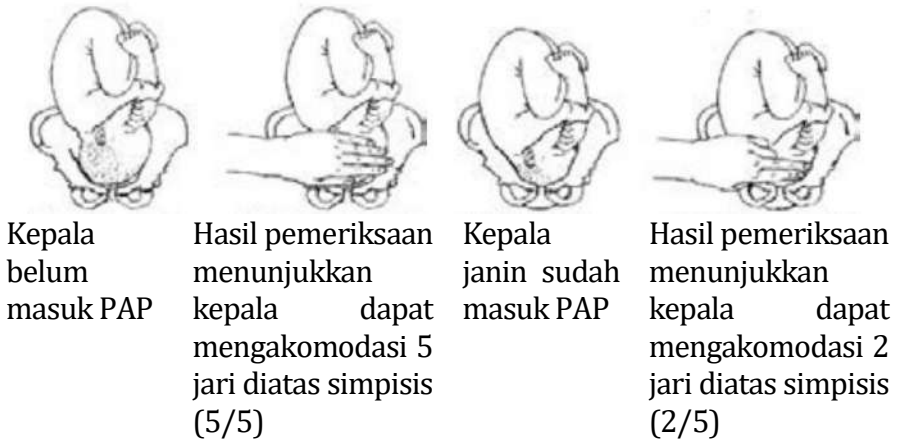
4/5 : jika bagian terendah janin masih teraba 4 jari diatas simpisis pubis

3/5 : jika bagian terendah janin masih teraba 3 jari diatas simpisis pubis

2/5 : jika bagian terendah janin masih teraba 2 jari diatas simpisis pubis

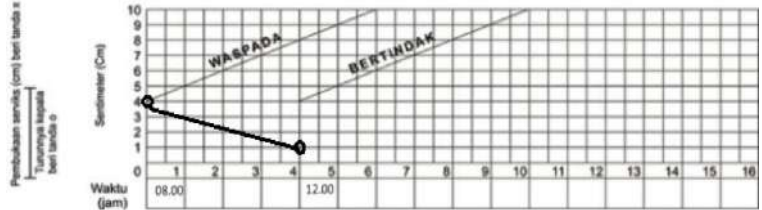
1/5 : jika bagian terendah janin masih teraba 1 jari diatas simpisis pubis

0/5 : jika seluruh bagian terendah janin tidak teraba lagi diatas simpisis pubis



Gambar 3.6. Teknik perlimaan untuk menentukan penurunan bagian terendah janin (World Health Organization, 2017)

Cara pendokumentasian penurunan bagian terendah janin seperti pada gambar berikut.



Keterangan

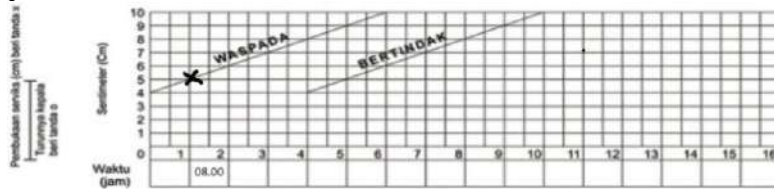
Pk. 08.00 penurunan kepala janin 4/5, dan pk. 12.00 penurunan kepala janin 1/5

d. Pencatatan waktu dan jam

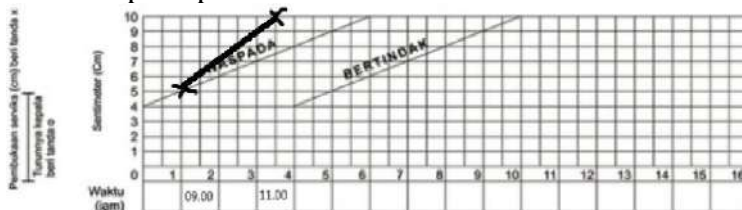
Pada bagian bawah grafik pembukaan serviks dan penurunan bagian terendah janin terdapat sel untuk mencatat waktu. Terdapat angka 1 sampai dengan 16 secara horizontal. Satu kotak mewakili 1 jam. 1 kotak dibagi menjadi 2 yang mewakili masing-masing 30 menit.

Pencatat waktu ini terhubung dengan semua grafik pada halaman depan partograf termasuk: grafik DJJ, air ketuban dan penyusupan, pembukaan dan penurunan, kontraksi, obat dan cairan IV, nadi dan tekanan darah , suhu serta grafik urin. Sangat penting untuk mengisi waktu dengan benar.

Pengisian pencatat waktu dan jam diisi setelah meletakkan tanda pembukaan serviks sesuai dengan ketentuan seperti yang dijelaskan pada bagian sebelumnya. Waktu ditulis tepat di sebelah kanan garis awal meletakkan tanda pembukaan serviks.



Setiap kotak bernilai 30 menit. Hasil pemeriksaan Pk 11.00-11.29 dituliskan pada garis pada angka 3. Hasil pemeriksaan pk. 11.30-11.59 pada garis antara angka 3 dan 4. Sedangkan hasil pemeriksaan pk.12.00-12.29 pada garis 4. Seperti pada gambar berikut dimana hasil pemeriksaan dilakukan pada pukul 11.40.



e. Kontraksi uterus

Kontraksi uterus dicatat pada grafik kontraksi. Pemeriksaan kontraksi uterus dilakukan setiap 30 menit selama kala I fase aktif. Terdapat angka 1 sampai 5 secara vertical pada sisi kiri grafik kontraksi. Kotak ini menyatakan jumlah kontraksi yang terjadi selama 10 menit. Lama kontraksi uterus juga dicatat pada partograf.

Lambang yang dipergunakan untuk menyatakan lama kontraksi adalah sebagai berikut.

	Tanda titik-titik menyatakan lama kontraksi <20 detik
	Tanda garis diagonal menyatakan lama kontraksi 20-40 detik
	Kotak penuh menyatakan lama kontraksi >40 detik

Pengisian grafik kontraksi seperti pada gambar berikut.

5					~ 30 menit pertama kontraksi dengan frekuensi 2 kali dalam 10 menit dengan durasi <20 detik
4					
3					~ 30 menit kedua kontraksi dengan frekuensi 3 kali dalam 10 menit dengan durasi 20-40 detik
2					~ 30 menit keempat kontraksi dengan frekuensi 3 kali dalam 10 menit dengan durasi >40 detik
1					

4. Obat-obatan dan terapi cairan

Pencatatan terapi cairan dan obat-obatan berada pada bagian bawah pencatatan kontraksi uterus. Bagian ini mencatat secara khusus oksitosin yang diberikan secara drip intravena juga mencatat obat-obatan lain serta terapi cairan intravena yang diberikan.

Pencatatan oksitosin terdiri dari dosis oksitosin dalam 1 liter cairan infus dan jumlah tetesan permenit yang diberikan. Pencatatan dosis dan jumlah tetesan dilakukan setiap 30 menit. Pencatatan obat-obatan lain, selain oksitosin serta terapi cairan intravena yang diberikan dicatat pada bagian bawah pencatatan oksitosin. Pencatatan disesuaikan dengan waktu pemberian.

5. Kondisi ibu

Bagian bawah partograf halaman depan mencatat kondisi ibu yang terdiri dari nadi, tekanan darah dan suhu. Bagian paling bawah mencatat urin yang terdiri dari volume, protein dan aseton.

a. Nadi, Tekanan darah dan suhu

Angka pada sisi kiri grafik merupakan angka yang menyatakan tekanan darah dan nadi ibu. Angka dimulai dari 60 pada bagian paling bawah sampai dengan 180 pada bagian paling atas.

Nadi dicatat setiap 30 menit pada fase aktif. Tanda yang dipergunakan untuk mencatat nadi adalah tanda titik. Hasil pencatatan dihubungkan dengan garis tegas.

Tekanan darah dicatat setiap 4 jam atau lebih sering atas indikasi atau timbulnya penyulit. Tanda yang dipergunakan adalah '↓'. Tanda panah pada bagian atas menunjukkan sistolik dan tanda panah bagian bawah menunjukkan diastolic. Tanda dibuat pada garis sesuai waktu pemeriksaan dilakukan.

Suhu dicatat setiap 2 jam. Pengukuran dan pencatatan dilakukan lebih sering atas indikasi. Pencatatan dilakukan pada kotak sesuai dengan jam pemeriksaan.

b. Urin (volume, protein dan aseton)

Ukur dalam lakukan pencatatan jumlah urin setidaknya setiap 2 jam atau setiap kali ibu berkemih. Pencatatan aseton dan protein uri bilamana pemeriksaan dilakukan.

Partograf halaman belakang

Halaman belakang partograf merupakan catatan persalinan. Mencatat proses persalinan dari kala I sampai dengan kala IV juga menjabat tentang bayi baru lahir. Cara pengisian halaman belakang partograf berbeda dengan pengisian halaman depan. Halaman belakang diisi setelah seluruh proses persalinan selesai, kecuali pada pemantauan kala IV. Komponen halaman belakang partograf terdiri dari data dasar, kala I, kala II, kala III, kala IV dan bayi baru lahir.

Pencatatan kala IV berisi tentang kondisi umum ibu dan permasalahan serta penatalaksanaan yang dilakukan. Tabel pemantauan kala IV merupakan bagian paling bawah dari partograf bagian belakang. Tabel pemantauan diisi setiap kali pemantauan dilakukan. Hal ini memungkinkan petugas

kesehatan mendeteksi secara dini perubahan pada kondisi ibu dan kemungkinan komplikasi terutama perdarahan selama 2 jam setelah proses persalinan. Pemantauan kala IV dilakukan setiap 15 menit selama jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Pemantauan dimulai 15 menit setelah placenta lahir. Pemantauan kala IV terdiri dari tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih atau jumlah urin jika ibu berkemih dan jumlah perdarahan. Pemantauan suhu dilakukan setiap 1 jam.

3.6 Partograf Sebagai Alat Bantu Pengambilan Keputusan Klinis

Partograf merupakan alat bantu yang efektif dan berbiaya murah dalam pengambilan keputusan klinis, utamanya di negara-negara dengan sumber daya terbatas. Seperti di Indonesia dimana keterlambatan pengambilan klinis sering kali menjadi penyebab masih tingginya angka kematian ibu.

Cochrane sistematik review tampaknya menunjukkan partograf kurang memuaskan sebagai alat bantu untuk mendeteksi berbagai kelainan selama persalinan (Lavender, Hart and Smyth, 2013). Tetapi penelitian berbeda menyimpulkan bahwa penggunaan partograf menghasilkan persalinan yang lebih singkat dengan outcome pada ibu dan janin yang lebih baik (Tayade and Jadhao, 2012).

Penggunaan partograf sesuai standar belum menunjukkan hasil yang memuaskan. Hal ini diduga berpengaruh terhadap efektifitas partograf. Analisis partograf secara lengkap menunjukkan dilatasi serviks dan detak jantung janin biasanya terisi dengan baik dibandingkan dengan pengisian pada komponen kesejahteraan ibu (Yisma *et al.*, 2013). Hal ini mungkin disebabkan terutama pada beberapa tempat dengan fasilitas lebih baik penyelesaian permasalahan dapat dilakukan lebih baik dibandingkan dengan penggunaan partograf (Bedwell *et al.*, 2017). Beberapa dokter kandungan menganggap penggunaan partograf sulit dan memakan waktu lama untuk diselesaikan (Yisma *et al.*, 2013) tetapi penelitian

lain menyimpulkan tenaga kesehatan pada fasilitas layanan primer dapat menyelesaikan partograf secara efektif (Fatusi *et al.*, 2008).

Secara umum tenaga kesehatan telah menyatakan sikap positif terhadap penggunaan partograf (Bedwell *et al.*, 2017). Namun sikap positif tidak selalu tercermin dalam perilaku penggunaan partograf dalam praktik klinik. Hal ini mungkin disebabkan karena beberapa faktor seperti ketersediaan waktu, beban kerja dan kebijakan rumah sakit (Qureshi, Sekadde-Kigundu and Mutiso, 2010). Peningkatan pengetahuan dan latihan penggunaan partograf secara berkala terbukti meningkatkan penggunaan partograf oleh tenaga kesehatan (Wakgari *et al.*, 2015). Disamping itu dukungan pengawasan, kebijakan setempat juga dapat mendorong penggunaan partograf dengan benar dan konsisten sehingga berdampak pada peningkatan outcome maternal dan neonatal (Yisma *et al.*, 2013)

DAFTAR PUSTAKA

- Bedwell, C. *et al.* (2017) 'A realist review of the partograph: When and how does it work for labour monitoring?', *BMC Pregnancy and Childbirth*. BMC Pregnancy and Childbirth, 17(1), pp. 1–11. doi: 10.1186/s12884-016-1213-4.
- Dalal, A. R. and Purandare, A. C. (2018) 'The Partograph in Childbirth: An Absolute Essentiality or a Mere Exercise?', *Journal of Obstetrics and Gynecology of India*. Springer India, 68(1), pp. 3–14. doi: 10.1007/s13224-017-1051-y.
- Fatusi, A. O. *et al.* (2008) 'Evaluation of health workers' training in use of the partogram', *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 100(1), pp. 41–44. doi: 10.1016/j.ijgo.2007.07.020.
- JNPKKR (2017) *Asuhan Persalinan Normal*. 5th edn, *Asosiasi Unit Pelatihan Klinik Organisasi Profesi*. 5th edn. Edited by G. Adriaansz. Jakarta: Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia.
- Lavender, T., Hart, A. and Smyth, R. M. (2013) 'Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term (Review)', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(CD005461). doi: 10.1002/14651858.CD005461.pub4. www.cochranelibrary.com.
- Mathai, M. (2009) 'The partograph for the prevention of obstructed labor', *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 52(2), pp. 256–269. doi: 10.1097/GRF.0b013e3181a4f163.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2014) 'Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual', *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014*.
- Qureshi, Z. P., Sekadde-Kigundu, C. and Mutiso, S. M. (2010) 'Rapid assessment of partograph utilisation in selected maternity units in Kenya', *East African Medical Journal*, 87(6), pp. 235–241. doi: 10.4314/eamj.v87i6.63081.

- Sanyal, U., Goswami, S. and Mukhopadhyay, P. (2014) 'The Role of Partograph in the Outcome of Spontaneous Labor', *Nepal Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 9(1), pp. 52–57. doi: 10.3126/njog.v9i1.11189.
- Tayade, S. and Jadhao, P. (2012) 'The Impact of Use of Modified Who Partograph on Maternal and Perinatal Outcome', *International Journal of Biomedical and Advance Research*, 3(4). doi: 10.7439/ijbar.v3i4.398.
- Wakgari, N. *et al.* (2015) 'Partograph utilization and associated factors among obstetric care providers in north shoa zone, central ethiopia: A cross sectional study', *African Health Sciences*, 15(2), pp. 552–559. doi: 10.4314/ahs.v15i2.30.
- World Health Organization (2015) 'Recommendations for Augmentation of Labour', *Maternal and Child Survival program*, (April), p. 80. doi: 10.1117/12.600433.
- World Health Organization (2017) *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth, Integrated Management of Pregnancy And Childbirth*.
- Yisma, E. *et al.* (2013) 'Completion of the modified World Health Organization (WHO) partograph during labour in public health institutions of Addis Ababa, Ethiopia', *Reproductive Health*, 10(1), pp. 1–7. doi: 10.1186/1742-4755-10-23.

BAB 4

PERUBAHAN PSIKOLOGI PADA MASA PERSALINAN

Oleh Wita Solama

4.1 Pendahuluan

Kehamilan, meskipun dinanti-nantikan, bisa menjadi masa penuh kecemasan bagi calon ibu. Hal ini diungkapkan oleh Kartono (2007) yang menyatakan bahwa meskipun seorang wanita sangat ingin menjadi ibu dan menjalani gaya hidup sehat, kehamilan tetaplah sebuah ujian berat yang menimbulkan berbagai ketakutan. Pengalaman selama kehamilan, seperti perubahan fisik dan hormonal, dapat memicu perasaan tegang, takut, cemas, dan konflik batin bertambah intens menjelang persalinan.

Ibu hamil rentan mengalami stres yang dapat berkembang menjadi kecemasan, mengganggu keseimbangan mental, dan memengaruhi respons individu. Busnasrd (dalam Nirwana, 2011) mengidentifikasi tiga sumber stres selama kehamilan;

1. Stres internal: Kegelisahan ibu terhadap kemampuannya beradaptasi dengan kehamilan.
2. Stres eksternal: Tekanan dari pihak lain, seperti keluarga, teman, atau lingkungan sosial.
3. Stres sosial: Penyesuaian terhadap tekanan dan ekspektasi sosial terhadap ibu hamil.

Kehamilan juga memicu proses re-evaluasi kognitif pada ibu hamil. Mereka dihadapkan pada suatu perubahan pada diri (dari ibu mereka) menjadi seorang yang dapat memberikan perasaan kasih sayang (karena bersiap-siap jadi seorang ibu). Kegelisahan, ketakutan, dan kecemasan merupakan aspek emosional yang umum dialami ibu hamil. Menurut Kartono (2007), kecemasan ini dapat meliputi;

1. Takut mati

2. Trauma kelahiran
3. Perasaan bersalah atau berdosa
4. Ketakutan akan hal-hal nyata

Perilaku ibu hamil juga dapat menunjukkan kecemasan. Mendekati persalinan, ibu hamil mungkin menjadi lebih aktif dan gelisah sebagai upaya untuk melupakan keresahan hati. Dampak kecemasan pada ibu hamil dapat terlihat dari aktivitas sehari-harinya. Ibu hamil yang cemas mudah lelah, bahkan saat melakukan aktivitas ringan. Kecemasan yang dialami ibu hamil merupakan perasaan emosi negatif dapat muncul bersamaan dengan bentuk emosi yang positif. Perasaan takut serta cemas ini bisa mempengaruhi pada kondisi fisik pada ibu hamil.

Hasil penelitian Wulandari (2006) menunjukkan bahwa kecemasan dapat memengaruhi aktivitas sehari-hari ibu hamil. Ibu hamil yang cemas mudah lelah, bahkan saat melakukan aktivitas ringan. Kelelahan yang berlebihan ini dapat membuat ibu hamil kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari. Kecemasan juga dapat menyebabkan ketegangan pada ibu hamil. Ketegangan ini dapat memicu rasa sakit pada perut dan mengganggu tidur ibu hamil. Ibu hamil yang cemas juga lebih mudah terjaga dari tidurnya.

Menurut Shah, dkk (dalam Hapisah, dkk 2010), kecemasan dapat mengasikkan dan meningkatkan suatu hormon yang dinamakan adrenalin. Hal ini dapat menyebabkan berbagai gejala fisik, seperti:

1. Jantung berdebar.
2. Hypertensi.
3. Meningkatnya Asam lambung.
4. Imunitas tubuh menurun.

Akibatnya, Seorang ibu hamil yang cemas lebih mudah terserang penyakit. Kecemasan berat dan berkepanjangan selama kehamilan dapat meningkatkan risiko komplikasi medis bagi ibu dan bayi. Menurut Desmita (2011), ibu hamil yang cemas lebih berisiko mengalami;

1. Kelahiran premature.
2. Bayi lahir dengan berat badan rendah.

3. Cacat fisik, seperti mulut sumbing atau *down syndrome*.
4. Kesulitan pernapasan pada bayi baru lahir.

Penelitian lain menunjukkan bahwa stres pada ibu hamil dapat menyebabkan; Kerusakan otak pada bayi, sering menangis, susah tidur, dan kurang adanya nafsu makan (Ancok & Suroso, 2011), Anak yang dilahirkan bisa lebih rewel, pemarah, terdapat gangguan khususnya pada perilaku (Martínez, dkk, 2008).

Berbagai faktor yang dapat menyebabkan perasaan cemas pada ibu hamil, yaitu;

Faktor medis;

1. Penyakit ibu dan janin.
2. Kelainan obstetrik.
3. Gangguan plasenta.
4. Gangguan tali pusat.
5. Komplikasi persalinan.
6. Penyakit neonatus.
7. Kelainan genetik.

Faktor non medis;

1. Kemiskinan.
2. Ketidaktahuan.
3. Kepercayaan dalam adat istiadat.
4. Rendahnya pada faktor sosial ekonomi.
5. Lingkungan yang bersih dan nyaman
6. Dalam melakukan pemeriksaan kehamilan kurang teratur.
7. Sarana dan prasarana kesehatan yang terbatas.

Peningkatan kadar hormon dalam tubuh selama masa kehamilan bisa menyebabkan perubahan emosional yang signifikan, seperti pergeseran suasana hati dari kegembiraan menjadi kesedihan, terutama selama trimester pertama. Kondisi psikologis ibu hamil juga dapat dipengaruhi atau diperparah oleh lingkungan sekitarnya. Salah satu aspek lingkungan yang berperan penting adalah faktor budaya. Budaya diartikan sebagai kumpulan sikap, nilai, keyakinan, dan perilaku yang dapat dimiliki kelompok tertentu. Setiap orang dapat memiliki perbedaan dalam budayanya,

dan warisan budaya dapat disampaikan dari satu generasi ke generasi berikutnya (Dayakisni & Yuniardi, 2012).

Kartono (2007) menyatakan bahwa ketakutan yang dialami oleh ibu hamil dapat berasal dari hal yang diwariskan secara turun-temurun di masyarakat, seperti kepercayaan pada takhayul, cerita tentang setan jahat, dan kekuatan magis. Faktor-faktor lingkungan ini, baik secara langsung maupun tidak langsung, dapat memiliki dampak pada kehamilan dan fungsi reproduksi.

Dalam konteks persalinan, sering kali dihubungkan dengan suatu kejadian yang sangat menakutkan, menyakitkan, dan memiliki dampak besar bagi sebagian perempuan. Saat proses persalinan berlangsung, muncul berbagai pertanyaan seperti kemungkinan melahirkan secara normal atau melalui operasi caesar, apakah perlu dilakukan sayatan atau pelebaran jalan lahir, apakah mampu melakukan tekanan saat proses pengeluaran bayi, dan setelah bayi lahir, apakah perlu jahitan jika terjadi robekan yang menyebabkan rasa sakit yang intens, dan sebagainya.

Saat mengalami proses persalinan, setiap perempuan mengalami pengalaman yang unik. Ketakutan yang kurang mendukung dapat meningkatkan tingkat ketegangan dan rasa sakit. Mengurangi rasa takut salah satu cara untuk membantu ibu hamil mengelola rasa takut dan kecemasan adalah dengan memberikan edukasi tentang:

1. Proses persalinan: Memberikan informasi yang akurat tentang proses persalinan dapat membantu ibu hamil memahami apa yang akan terjadi dan mengurangi rasa tidak terduga.
2. Teknik relaksasi: Teknik relaksasi, seperti pernapasan dan meditasi, dapat membantu ibu hamil mengelola stres dan kecemasan.
3. Pengetahuan mengenai berbagai prosedur obstetrik: Memberikan pengetahuan tentang berbagai prosedur obstetrik, seperti epidural dan episiotomi, dapat membantu ibu hamil membuat keputusan yang tepat tentang perawatannya.

Kenyamanan fasilitas rumah sakit dan ruang persalinan: Memberikan informasi tentang kenyamanan fasilitas rumah sakit dan ruang persalinan dapat membantu ibu hamil merasa lebih

nyaman dan aman. Dengan memberikan edukasi tentang berbagai hal ini, ibu hamil dapat lebih siap menghadapi proses persalinan dan mengurangi rasa takut dan kecemasan, serta persiapan untuk mendukung pengalaman persalinan yang positif, nyaman, dan sukses. Peran dokter, bidan, dan perawat memiliki dampak signifikan dalam meningkatkan kepercayaan diri ibu yang akan melahirkan.

4.2 Pengertian Masa Persalinan

Proses persalinan adalah momen yang sangat dinantikan oleh ibu hamil. Ini adalah saat yang menyenangkan, namun di sisi lain, juga menimbulkan rasa ketegangan. Keberhasilan persalinan memberikan kegembiraan karena bayi yang telah berada dalam kandungan selama sembilan bulan akhirnya lahir ke dunia. Namun, bagi calon ibu baru, persalinan juga merupakan momen yang penuh tantangan karena dihadapkan pada gambaran proses yang mungkin menyakitkan, menguras energi, dan merupakan perjuangan yang melelahkan. Oleh karena itu, penting bagi calon ibu untuk memahami tahapan-tahapan persalinan sehingga mereka dapat mempersiapkan diri dengan cara yang sesuai untuk menghadapi proses tersebut.

Persalinan normal merujuk pada proses keluarnya bayi, plasenta, dan selaput ketuban dengan kepala bayi menghadap ke bawah dari rahim ibu melalui jalan lahir, baik itu jalan lahir yang lunak maupun kasar, tanpa intervensi dari pihak eksternal. Persalinan merupakan serangkaian peristiwa yang berakhir dengan kelahiran bayi yang sudah cukup bulan atau hampir cukup bulan, diikuti oleh keluarnya plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Yanti, 2010).

Persalinan normal adalah suatu proses di mana serviks membuka dan menipis, serta janin menuruni ke dalam jalan lahir. Menurut Bandiyah (2012), persalinan dan kelahiran normal adalah pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan, di mana bayi lahir secara spontan dengan presentasi belakang kepala tanpa komplikasi bagi ibu maupun janin. Pendapat serupa disampaikan oleh Margareth ZH (2013), yang menyatakan bahwa persalinan normal melibatkan proses pembukaan dan penipisan

serviks, serta penurunan janin ke dalam jalan lahir, pada kehamilan antara 37 hingga 42 minggu, dengan lahir secara spontan dan presentasi belakang kepala tanpa komplikasi.

Perspektif lainnya disampaikan oleh Sulistyowati & Nugraheny (2013), yang menjelaskan bahwa persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi, baik janin maupun plasenta, yang dapat terjadi pada kehamilan cukup bulan atau dengan kemampuan hidup di luar kandungan, melalui jalan lahir atau jalur lain, dengan atau tanpa bantuan, termasuk kekuatan alami tubuh sendiri.

4.3 Perubahan Psikologi Pada Ibu Bersalin

Selama kehamilan, ibu akan mengalami banyak perubahan, baik secara fisik maupun psikologis, dan hal serupa juga berlaku pada ibu saat menjalani proses persalinan. Perubahan psikologis pada ibu bersalin adalah suatu hal yang alami bagi setiap individu, namun mendapat panduan dan dukungan dari keluarga serta penolong persalinan sangatlah penting. Pendampingan tersebut membantu ibu untuk menerima kondisi selama persalinan dan memahaminya sehingga dapat beradaptasi dengan perubahan yang terjadi pada dirinya. Pengetahuan mengenai perubahan psikologis selama persalinan juga diperlukan oleh penolong persalinan untuk melaksanakan tugas dan kewajibannya sebagai pendamping selama proses tersebut.

Ketakutan dan kecemasan ibu hamil dapat memengaruhi proses persalinan. Menurut Pitchard dan rekan-rekannya, kecemasan dan ketakutan merupakan faktor kunci yang dapat memicu sensasi nyeri selama proses persalinan dan memengaruhi kontraksi rahim serta pembukaan serviks. Hal ini dapat memperpanjang proses persalinan.

Jika rasa takut dan kecemasan yang dialami ibu berlebihan, dapat berujung pada stres. Stres dapat menyebabkan:

1. Kontraksi rahim yang tidak efektif
2. Pembukaan serviks yang lambat
3. Peningkatan rasa sakit
4. Persalinan yang lama

Oleh karena itu, penting bagi ibu hamil untuk mengelola rasa takut dan kecemasan selama kehamilan. Berikut beberapa tips untuk mengelola rasa takut dan kecemasan:

1. Dapatkan informasi yang akurat tentang proses persalinan.
2. Berlatih teknik relaksasi, seperti pernapasan dan meditasi.
3. Dapatkan dukungan dari keluarga dan teman.
4. Bicarakan dengan dokter atau bidan tentang rasa takut dan kecemasan.

Dengan mengelola rasa takut dan kecemasan, ibu hamil dapat menjalani proses persalinan yang lebih lancar dan nyaman (Sondakh, 2013).

1. Perubahan Psikologi Pada Ibu Bersalin Kala I

Ketika menghadapi tahap pertama persalinan, pasien umumnya menunjukkan keadaan yang tenang dan santai, kecuali saat mengalami kontraksi uterus, tanpa tanda pucat pada umumnya. Beberapa kondisi psikologis yang sering muncul pada wanita selama persalinan kala I melibatkan:

- a. Ketakutan dan kecemasan terkait dosa-dosa atau kesalahan-kesalahan pribadi, terutama kekhawatiran tentang kemungkinan bayi lahir dengan cacat.
- b. Munculnya perasaan tegang, nyeri, kecemasan, dan konflik batin, yang dapat disebabkan oleh pertumbuhan janin yang semakin besar, menyebabkan kelelahan dan gangguan tidur pada calon ibu.
- c. Perasaan jengkel, ketidaknyamanan, kegerahan, dan kurang kesabaran yang sering muncul, mengakibatkan ketidakharmonisan antara ibu dan janin dalam kandungannya.
- d. Ketakutan akan rasa sakit dan risiko komplikasi selama proses persalinan sebagai hambatan utama.
- e. Antisipasi terhadap jenis kelamin bayi yang akan lahir juga memiliki dampak pada keadaan psikologis selama proses persalinan.

2. Perubahan Psikologi Ibu Bersalin Kala II

Proses persalinan dapat memicu berbagai respons psikologis pada perempuan. Ada yang merasa tenang dan

bangga menyambut kelahiran bayinya, namun ada pula yang dilanda rasa takut. Perubahan psikologis yang mungkin terjadi melibatkan:

- a. Rasa panik atau terkejut saat mencapai pembukaan lengkap.
- b. Kebingungan terhadap apa yang sedang terjadi selama pembukaan lengkap.
- c. Frustrasi dan rasa marah.
- d. Kurang peduli terhadap keberadaan orang dan situasi di kamar bersalin.
- e. Merasa lelah dan kesulitan untuk mengikuti perintah.
- f. Fokus pada diri sendiri.

4.4 Pada Masa Persalinan Masalah Psikologis Yang dapat Terjadi

Kecemasan merupakan salah satu permasalahan psikologis yang umum dialami ibu selama persalinan. Kecemasan ini dapat didefinisikan sebagai gangguan emosional yang ditandai dengan rasa takut dan kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan. Meskipun kecemasan tidak menyebabkan gangguan dalam penilaian realitas dan kepribadian, namun dapat memengaruhi perilaku ibu. Biasanya, kecemasan yang dialami ibu selama persalinan masih dalam batas normal.

Perlu ditekankan bahwa kecemasan memiliki perbedaan dengan rasa takut, di mana kecemasan merupakan bentuk respons emosional yang tidak melibatkan objek spesifik yang dapat diidentifikasi dan dikomunikasikan secara langsung antarpersonal. Suliswati dan rekan-rekannya (2003) menyatakan bahwa kecemasan dapat tercermin melalui respon fisiologis dan psikologis. Dari segi fisiologis, respon tubuh terhadap kecemasan melibatkan aktivasi sistem saraf otonom, yang terdiri dari sistem saraf simpatis dan parasimpatis. Sistem saraf simpatis berperan dalam mengaktifkan berbagai proses tubuh, sedangkan sistem saraf parasimpatis menyebabkan respons tubuh tertentu.

Stimulasi korteks otak akan menyebabkan pelepasan zat yang akan disampaikan melalui saraf simpatis ke kelenjar adrenal, yang kemudian akan melepaskan adrenalin/epinefrin. Efek dari

respons ini antara lain adalah peningkatan dalam pernapasan, peningkatan detak jantung, dan peningkatan tekanan darah. Aliran darah utamanya disalurkan ke jantung, sistem saraf pusat, dan otak. Dengan peningkatan glikogenolisis, terjadi peningkatan kadar gula darah. Dari perspektif psikologis, dampak kecemasan dapat memengaruhi aspek interpersonal, dan peningkatan tingkat kecemasan mungkin memiliki konsekuensi terhadap koordinasi gerak atau refleks, kesulitan pendengaran, serta bisa mengganggu hubungan dengan orang lain. Kondisi kecemasan dapat menyebabkan individu cenderung mengurangi interaksi dan keterlibatan dengan orang lain (Suliswati, dkk, 2003).

Secara umum, kecemasan memiliki beberapa gejala yang serupa dengan orang yang mengalami stres. Perbedaannya terletak pada dominasi gejala fisik pada stres, sementara kecemasan lebih didominasi oleh gejala psikis. Gejala-gejala yang umum dialami oleh individu yang mengalami kecemasan meliputi:

1. Ketegangan motorik atau alat gerak, seperti gemetar, tegang, nyeri otot, kelelahan, sulit bersantai, Terlihat gelisah, sulit untuk tetap tenang, tampak kerutan di kening, dan seringkali terkejut dengan mudah.
2. Hiperaktivitas saraf otonom dapat menyebabkan berbagai gejala fisik selama persalinan, antara lain, seperti peningkatan keringat, detak jantung yang cepat, dingin Gejala-gejala termasuk kekeringan pada telapak tangan dan kaki, sensasi mulut yang kering, rasa pusing, mual, frekuensi buang air kecil yang meningkat, serta keluhan perasaan lesu, perubahan warna wajah (merah atau pucat), serta peningkatan denyut nadi dan frekuensi napas.
3. Kekhawatiran yang meningkat mengenai masa depan, yang mencakup perasaan cemas, takut, dan kekhawatiran yang berlebihan, serta membayangkan kemungkinan terjadinya malapetaka pada dirinya sendiri.
4. Kewaspadaan yang berlebihan, seperti kesulitan untuk tetap fokus atau mudah teralihkannya perhatiannya, kesulitan berkonsentrasi, kesulitan tidur, mudah tersinggung, dan kurang kesabaran (Hawari, 2004).

4.5 Faktor-Faktor Yang Dapat Menyebabkan Perasaan Cemas

1. Nyeri

Hampir seluruh wanita mengalami atau merasakan nyeri yang sangat intens selama proses persalinan. Nyeri diartikan sebagai suatu pengalaman yang bervariasi dari satu individu ke individu lainnya (Reeder dan Martin, 1997). Dalam konteks persalinan tahap pertama, nyeri merujuk pada sensasi sakit dan ketidaknyamanan yang dialami oleh ibu mulai dari awal persalinan hingga mencapai dilatasi maksimal serviks (10 cm). Faktor-faktor yang menyebabkan nyeri ini melibatkan proses dilatasi serviks, hipoksia otot uterus, iskemia korpus uteri, peregangan segmen bawah uterus, dan kompresi saraf di serviks (ganglionic servikalis). Pengalaman nyeri ini bersifat subjektif dan dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti paritas, ukuran dan posisi janin, tindakan medis, tingkat kecemasan, tingkat kelelahan, aspek budaya, mekanisme koping, serta faktor lingkungan (Reeder dan Martin, 2000). Akibat dari nyeri tersebut adalah penurunan aliran darah ke uterus, menyebabkan kekurangan oksigen pada uterus.

Nyeri persalinan memiliki dua komponen: fisiologis dan psikologis. Secara fisiologis, nyeri persalinan disebabkan oleh kontraksi rahim dan pelebaran serviks. Kontraksi rahim adalah sensasi kram yang terjadi saat otot-otot rahim berkontraksi untuk mendorong bayi keluar. Pelebaran serviks adalah proses pembukaan serviks (mulut rahim) untuk memungkinkan bayi lewat.

Secara psikologis, nyeri persalinan dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti:

- a. Ketakutan dan kecemasan.
- b. Kurang pengetahuan tentang proses persalinan.
- c. Kurang dukungan social.
- d. Pengalaman persalinan sebelumnya yang buruk.

Pengurangan nyeri persalinan dapat memberikan dampak positif secara psikologis, seperti:

- a. Mengurangi tekanan pada ibu dan bayi.
- b. Membantu ibu untuk lebih fokus pada proses persalinan.
- c. Mempercepat proses persalinan.
- d. Mempermudah interaksi ibu dengan bayinya setelah lahir.
- e. Meningkatkan respons ibu terhadap aktivitas seksual di masa mendatang.
- f. Meningkatkan keinginan untuk melahirkan di masa mendatang.

Oleh karena itu, penting bagi ibu hamil untuk mendapatkan informasi dan edukasi yang memadai tentang proses persalinan dan cara mengatasi nyeri persalinan. Dukungan sosial dari keluarga dan teman juga penting untuk membantu ibu hamil mengatasi nyeri persalinan secara psikologis.

2. Keadaan Fisik

Adanya penyakit yang menemani ibu selama masa kehamilan dapat menjadi pemicu munculnya kecemasan. Seseorang yang sedang mengalami penyakit memiliki peluang yang lebih tinggi untuk mengalami kecemasan dibandingkan dengan individu yang dalam keadaan sehat (Carpenito, 2001). Jika seorang ibu mengalami kehamilan sambil menderita suatu penyakit, tingkat kecemasannya kemungkinan akan meningkat karena meskipun kehamilan dan persalinan dianggap sebagai proses fisiologis, namun tetap ada risiko terjadinya komplikasi yang bersifat patologis.

3. Riwayat Pemeriksaan Kehamilan

Ibu yang sedang hamil memiliki opsi untuk menjalani pemeriksaan kehamilan oleh Dokter yang memiliki spesialisasi dalam kebidanan, dokter umum, atau bidan

dapat melakukan pemeriksaan dan pemantauan kehamilan. Tujuan dari prosedur ini adalah sebagai berikut:

- a. Mengidentifikasi serta mengelola potensi komplikasi yang dapat muncul selama masa kehamilan, masa persalinan, dan masa nifas.
- b. Mendeteksi dan mengobati suatu penyakit kemungkinan yang dapat muncul pada ibu sejak dini.
- c. Mengurangi angka kesakitan ibu dan bayi serta angka kematian ibu dan bayi.
- d. Memberikan panduan mengenai gaya hidup sehari-hari dan perencanaan keluarga, serta memberikan informasi tentang kehamilan, persalinan, masa nifas, dan laktasi.

Saat pemeriksaan kehamilan, ibu hamil akan mendapatkan pemeriksaan fisik dan edukasi kesehatan dari tenaga kesehatan. Edukasi ini bertujuan untuk membantu ibu hamil mendapatkan perawatan kehamilan yang optimal dan mempersiapkan diri untuk persalinan.

Informasi dan edukasi yang diberikan selama pemeriksaan kehamilan dapat meliputi:

- a. Perubahan fisik dan emosional yang terjadi selama kehamilan.
- b. Nutrisi dan diet yang sehat untuk ibu hamil.
- c. Tanda-tanda bahaya kehamilan yang perlu diwaspadai.
- d. Persiapan persalinan, termasuk teknik pernapasan dan relaksasi.
- e. Perawatan bayi setelah lahir.

Dengan mendapatkan informasi dan edukasi yang memadai, Ibu yang sedang hamil akan lebih siap dan memiliki keyakinan diri yang lebih besar dalam menghadapi tahap persalinan. Oleh karena itu, sangat dianjurkan bagi ibu hamil untuk menjalani pemeriksaan kehamilan secara teratur oleh tenaga kesehatan.

4. Pengetahuan

Pengetahuan adalah suatu pemahaman dimiliki seseorang terhadap suatu konsep, baik itu melalui jalur formal maupun informal. Pengetahuan muncul sebagai hasil dari suatu proses mengetahui, yang terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan terhadap suatu objek khusus. Proses pengindraan ini melibatkan penggunaan panca indera manusia, seperti penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan peraba. Mayoritas pengetahuan manusia diperoleh melalui penggunaan mata dan telinga (Notoadmojo, 2003). Dalam konteks ini, dapat disimpulkan bahwa perilaku yang didasarkan pada pengetahuan cenderung lebih mantap dan dipegang erat oleh individu dibandingkan dengan perilaku yang kurang bersumber dari pengetahuan.

Ketidaktahuan atau pengetahuan yang rendah dapat menyebabkan seseorang rentan terhadap kecemasan. Ketidakpahaman terhadap suatu topik dianggap sebagai faktor tekanan yang dapat memicu krisis, yang pada gilirannya dapat menimbulkan kecemasan pada individu tersebut. Kecemasan dapat muncul pada seorang ibu yang memiliki pengetahuan yang terbatas mengenai proses persalinan dan segala aspek yang perlu dihadapi oleh ibu seiring dengan perkembangan persalinan. Hal ini disebabkan oleh kekurangan informasi yang diterima oleh individu.

5. Dukungan Lingkungan Sosial (Dukungan Suami)

Mendukung suami pada saat ibu hendak melahirkan merupakan bagian dari dukungan sosial, yang dianggap sebagai aspek psikologis yang kompleks. Wortman dan Dunkel-Schetter (sebagaimana dikutip oleh Abraham, 1997) mengidentifikasi beberapa jenis dukungan, termasuk ekspresi peran positif yang melibatkan perlakuan yang menghargai dan menyampaikan penghargaan terhadap ketepatan, keyakinan, dan perasaan seseorang. Dukungan dari keluarga, khususnya dari suami, selama proses

persalinan sangatlah penting, termasuk kehadiran mereka untuk menghadapi proses tersebut. Selain itu, kata-kata yang memotivasi dan memberikan keyakinan pada ibu bahwa proses persalinan akan berjalan dengan lancar dapat membantu mengurangi kecemasan, ketegangan, atau rasa takut (Musbikin, 2005).

6. Pendidikan

Pendidikan merujuk pada suatu proses pembelajaran yang melibatkan pertumbuhan atau perubahan menuju keadaan yang lebih positif bagi individu, kelompok, dan masyarakat secara keseluruhan. Pendidikan memiliki hubungan yang erat dengan pengetahuan, yang merupakan hasil dari proses memahami sesuatu setelah mengalami penginderaan terhadap objek tertentu. Aspek pengetahuan atau kognitif memainkan peran penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmojo, 2003). Raystone (sebagaimana dikutip oleh Maria, 2005) menyatakan bahwa tingkat pendidikan seseorang dapat mempengaruhi responsnya terhadap situasi, baik dari dalam maupun luar. Orang dengan pendidikan tinggi umumnya lebih rasional dalam merespon situasi dibandingkan mereka yang berpendidikan rendah atau tidak berpendidikan. Kecemasan, sebagai respon yang dapat dipelajari, lebih mudah terjadi pada orang dengan pendidikan rendah.

Pendidikan tinggi: Memberikan pengetahuan dan keterampilan untuk memahami dan menganalisis informasi secara lebih kritis. Hal ini membantu orang untuk membuat keputusan yang lebih rasional dan terhindar dari respon emosional yang berlebihan. Pendidikan rendah: Kurangnya pengetahuan dan keterampilan untuk memahami informasi secara kompleks. Hal ini dapat membuat orang lebih mudah panik dan cemas dalam situasi yang tidak terduga. Kecemasan: Respon yang dapat dipelajari melalui pengalaman dan lingkungan. Orang dengan pendidikan rendah mungkin memiliki lebih banyak pengalaman negatif yang membuat mereka lebih mudah cemas.

4.6 Manajemen Pada Gangguan Psikologis Masa Persalinan

Kondisi perasaan emosional ibu saat melahirkan dipengaruhi oleh rasa sakit dan ketidaknyamanan yang muncul pada proses persalinan berlangsung, terutama jika ini merupakan pengalaman pertama ibu melahirkan dan pertama kali dirawat di rumah sakit. Untuk menghadapi situasi tersebut, penting bagi ibu hamil untuk mengenal lingkungan di ruang persalinan atau Fasilitas dan staf pelayanan di rumah sakit merupakan bagian integral dari upaya tersebut. Penting untuk mengupayakan kenyamanan dan familiaritas bagi ibu yang sedang melahirkan meskipun berada di lingkungan rumah sakit. Peran bidan yang memiliki empati sangat memiliki nilai signifikan, memberikan respon yang baik terhadap keluhan dan kebutuhan yang muncul. Penjelasan mengenai perkembangan persalinan juga perlu disampaikan dengan baik untuk menghindari rasa panik yang berlebihan pada ibu bersalin.

Peran suami yang memahami proses persalinan dan mendampingi ibu saat melahirkan dapat memberikan dukungan emosional yang sangat penting dalam mengatasi rasa sakit dan ketakutan. Pengurangan rasa sakit dapat dilakukan melalui beberapa cara, seperti:

1. Dukungan dalam bentuk fisik, emosional, dan psikologis selama proses persalinan telah terbukti bisa mempercepat jalannya persalinan serta memberikan kepuasan kepada ibu yang menjalani persalinan normal.
2. Metode pengurangan nyeri yang sederhana, biaya rendah, berisiko rendah, membantu kemajuan persalinan, meningkatkan hasil kelahiran, dan memperhatikan kesejahteraan ibu.

Berbagai metode pendekatan untuk mengurangi sensasi nyeri meliputi:

1. Konsistensi kehadiran pendamping, sentuhan yang memberikan kenyamanan, dan dorongan yang diberikan oleh orang yang memberikan dukungan.
2. Perubahan posisi tubuh dan gerakan yang dilakukan.

3. Penggunaan sentuhan dan pijatan.
4. Penerapan teknik counterpressure untuk meredakan tekanan pada ligamen.
5. Pijatan ganda pada area pinggul.
6. Pemberian tekanan pada bagian lutut.
7. Pemanfaatan kompres hangat dan dingin.
8. Melakukan berendam.
9. Penggunaan suara sebagai metode.
10. Melakukan visualisasi dan fokus perhatian melalui doa.
11. Menggunakan musik yang lembut dan menyenangkan untuk ibu.

DAFTAR PUSTAKA

- Abraham, C. (1997). *Psikologi Sosial Untuk Perawat*. Alih Bahasa Leony Sally Maiitimu. Jakarta: EGC.
- Ancok, D. & Suroso, F. N. (2011). *Psikologi Islami Solusi Islam Atas Problem- Problem Psikologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Bandiyah, S. 2012. *Kehamilan, Persalinan & Gangguan Kehamilan*. Yogyakarta
- Carpetino, L.J. (2001). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*. Terjemahan oleh Monica Ester. Jakarta: EGC.
- Dayakisni, T. & Yuniardi, S. (2012). *Psikologi Lintas Budaya*. Malang: UMM Press
- Desmita. (2006). *Psikologi Perkembangan*. Bandung : Remaja Rosdakarya.
- Hawari, D. (2004). *Psikiatri Manajemen Stress, Cemas dan Depresi*. Jakarta: FK UI.
- Kartono, K. (2007). *Psikologi Wanita 2 Mengenal Wanita Sebagai Ibu DanNenek*. Bandung: Mandar Maju
- Kinny, dkk. (2009). *Cost Accounting: Foundations and Evaluation* (7th Edition). Mason: South-Western Cengage Learning.
- Margareth ZH. (2013). *Kehamilan, Persalinan dan Nifas*. Yogyakarta: Nuhamedika.
- Maria, Assumpta. (2005). *Dasar-Dasar Public Relations: Teori dan Praktik*. Jakarta: PT. Grasindo.
- Musbikin, Imam. (2005). *Panduan bagi Ibu Hamil dan Melahirkan*. Yogyakarta: PT Mitra Pustaka.
- Nirwana, A. B. (2011). *Psikologi Kesehatan Wanita (Remaja, Menstrulasi, Menikah, Hamil, Nifas, Menyusui)*. Yogyakarta: Nuha Medica
- Notoadmojo, S. (2003) *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Rosyidah, D.A.C, SST. (2019). *Buku Ajar Kebidanan Psikologo Ibu dan Anak*. Surabaya: PT Refika Aditama.
- Suliswati, dkk. (2003). *Konsep Dasar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Sulistiyawati dan Nugraheny. 2013. *Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin*. Yogyakarta: Salemba Medika.

- Wulandari, P. Y. (2006). Efektivitas Senam Hamil sebagai Pelayanan Prenatal dalam Menurunkan Kecemasan Menghadapi Persalinan Pertama. *Jurnal Insan*, 8 No. 2.
- Yanti. (2010). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan. Yogyakarta: Pustaka Rahma.

BAB 5

KEBUTUHAN DASAR IBU MASA PERSALINAN

Oleh Damai Noviasari

5.1 Pendahuluan

Kehamilan dan dan persalinan merupakan proses unik bagi seorang wanita. Selama proses persalinan, seorang wanita memiliki harapan yang berbeda berdasarkan pengetahuan, pengalaman, kepercayaan, budaya serta latar belakang sosial dan keluarga. Perbedaan yang ada harus dapat dipahami dan di hormati serta diberikan perawatan yang disesuaikan dan diatur untuk memenuhi kebutuhan pada wanita tersebut (Iravani *et al.*, 2015).

Setiap wanita yang akan melahirkan memiliki ekspektasi, harapan, keinginan, kebutuhan dan ketakutan, sehingga dibutuhkan pendamping yang dapat memahami kondisi ibu sehingga ibu memiliki pengalaman positif terhadap proses persalinan. Harapan ibu selama proses persalinan berperan penting dalam menentukan respon wanita terhadap pengalaman melahirkan (Beaton and Gupton, 1990).

5.2 Kebutuhan Ibu Masa Persalinan

Kebutuhan selama proses persalinan merupakan salah satu hal yang harus diperhatikan bagi tenaga medis ketika memberikan perawatan dan pelayanan yang berkualitas bagi ibu bersalin. Hal tersebut juga merupakan salah satu strategi dalam peningkatan kualitas layanan. Kebutuhan ibu pada masa bersalin terdiri atas :

5.2.1 Kebutuhan Fisiologis

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan dasar pada ibu bersalin agar proses persalinan dapat berjalan dengan baik. Berbagai macam kebutuhan fisiologis yang harus dipenuhi menjelang proses persalinan. Pemenuhan kebutuhan ini

disesuaikan dengan kala proses persalinan. Kebutuhan fisiologis yang harus dipenuhi saat proses persalinan terdiri dari:

1. Kebutuhan nutrisi

Menjelang persalinan seorang wanita akan memerlukan tenaga, untuk itu diperlukan asupan nutrisi yang baik. Pemenuhan nutrisi merupakan salah satu faktor penting dalam keberhasilan proses persalinan, sebab dengan pemenuhan nutrisi seorang wanita akan memiliki tenaga untuk meneran saat proses persalinan. Nutrisi dan hidrasi yang cukup merupakan mekanisme penting untuk mempertahankan kesejahteraan fisik. Aktivitas otot polos uterus yang berkontraksi secara adekuat setiap 2-3 menit saat persalinan memerlukan oksigen dan glukosa secara signifikan. Hidrasi dianggap penting karena aliran darah uterus tidak diatur secara otomatis sehingga terjadi penurunan volume intravaskuler, bila hidrasi tidak adekuat maka akan terjadi perubahan keseimbangan asam-basa di miometrium yang mengakibatkan penurunan pH dan mempengaruhi kalsium serta kekuatan kontraktilitas miometrium sehingga proses persalinan memanjang (Kearney *et al.*, 2023).

World Health Organization (WHO) menyebutkan bahwa kebutuhan energi saat proses persalinan berfungsi untuk memastikan kesejahteraan ibu dan anak sehingga seorang ibu bersalin memiliki hak untuk pemenuhan nutrisi dan hidrasi selama proses persalinan (Dwyer and Davis, 2008). Kondisi hypoglikemia pada ibu bersalin memiliki dampak ataupun komplikasi baik pada ibu ataupun janin. Resiko yang dialami oleh ibu dapat berupa perdarahan serta menghambat proses kemajuan persalinan, sementara komplikasi yang terjadi pada janin dapat berupa asfiksia.

Pedoman perawatan intrapartum merekomendasikan bahwa hidrasi pada ibu bersalin dikelola dengan cara pemberian asupan cairan dan pembatasan makanan secara oral (Kearney *et al.*, 2023). Hidrasi yang diberikan pada ibu bersalin dapat berupa asupan oral yang mengandung karbohidrat seperti

minuman jus buah-buahan atau air madu (Ahadi Yulghunlu *et al.*, 2020).

2. Kondisi lingkungan fisik

Kondisi lingkungan yang baik serta kenyamanan yang dirasakan pada ibu bersalin, merupakan salah satu hal yang harus diperhatikan. Seorang ibu bersalin menginginkan nyaman serta lingkungan yang menyenangkan seperti suhu ruangan yang nyaman, sirkulasi udara yang baik, tempat tidur yang bersih, ruangan yang tenang serta penerangan yang baik. Oksigen juga merupakan salah satu kebutuhan yang harus terpenuhi pada ibu bersalin, serta menjadi perhatian oleh seorang bidan terutama pada kala I dan kala II. Oksigen yang tidak cukup akan memberikan dampak terhadap kemajuan persalinan serta mempengaruhi kondisi janin. Pemenuhan oksigen dapat dilakukan dengan cara seperti menganjurkan ibu untuk tidak menggunakan pakaian yang ketat, mengatur sirkulasi udara yang baik di dalam ruangan (Kurniarum *et al.*, 2016)

3. Kebutuhan personal hygiene

Kebutuhan personal hygiene saat persalinan perlu diperhatikan untuk memberikan rasa nyaman, mencegah gangguan peredaran darah serta menjaga integritas jaringan fisik. Tindakan yang dapat dilakukan yaitu dengan membersihkan seluruh tubuh dan daerah genitalia. Mandi merupakan salah satu cara yang dilakukan untuk meningkatkan sirkulasi darah sehingga kenyamanan ibu dapat meningkat, apabila ibu sudah tidak mampu untuk mobilisasi maka bidan membantu ibu untuk menjaga kebersihan genitalia untuk menghindari terjadinya infeksi saat persalinan. Vulva hygiene merupakan salah satu cara untuk membersihkan daerah genitalia dengan menggunakan kapas Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT).

Menjaga personal hygiene ibu saat kala II dan III dapat dilakukan dengan cara mengganti alas bersalin yang

sudah kotor, sehingga ibu merasa lebih nyaman. Pada kala IV pastikan keadaan ibu sudah menggunakan pakaian yang bersih dan kering.

4. Kebutuhan privasi dan kenyamanan

Kenyamanan merupakan suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yang bersifat holistik serta individual sehingga dengan terpenuhinya nyaman ibu maka dapat menyebabkan perasaan sejahtera pada ibu bersalin. Kenyamanan merupakan penilaian komprehensif seseorang terhadap lingkungannya. Manusia menilai lingkungan berdasarkan rangsangan yang masuk melalui indra dan dicerna oleh otak. Kenyamanan diklasifikasikan sebagai hal yang holistik dan didefinisikan sebagai pengalaman yang diperkuat dengan pemenuhan kebutuhan dalam kesenangan, ketentraman serta kebebasan untuk kemudahan yang meliputi fisik, psikospiritual, sosial dan lingkungan.

Kenyamanan dalam konsep persalinan adalah ekspresi yang muncul setelah terpenuhinya 3 kebutuhan yaitu tubuh, pikiran dan jiwa. Hal ini akan memberikan perasaan lega, aman, sejahtera dan timbul kepercayaan diri. Ibu bersalin akan merasa nyaman selalui dukungan lingkungan fisik berupa lingkungan yang nyaman, aman, privasi ibu terjaga dan adanya dukungan emosional, terpenuhinya kebutuhan fisik, psikologis dan spiritual selama proses persalinan (Maerany, 2018).

5. Kebutuhan posisi dan ambulasi

Proses persalinan merupakan peristiwa yang normal dan bersifat progresif, sehingga diperlukan asuhan oleh bidan untuk pemenuhan kebutuhan ambulasi pada ibu bersalin pada kala I. Bidan memberikan fasilitas pada ibu bersalin untuk memilih posisi persalinan serta memberikan penjelasan terhadap alternatif posisi persalinan apabila posisi yang dipilih ibu tidak efektif.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menentukan posisi persalinan pada ibu adalah sebagai berikut :

- a. Untuk meningkatkan kenyamanan ibu serta mengurangi nyeri persalinan, maka ibu bebas memilih posisi bersalin untuk menimbulkan perasaan aman dan dapat mengendalikan proses persalinannya secara alamiah.
- b. Bidan berperan sebagai fasilitator bagi ibu dalam menentukan posisi persalinan
- c. Posisi berbaring saat persalinan memberikan kemudahan bagi penolong agar lebih nyaman dalam memberikan pertolongan persalinan.

Intervensi yang diberikan oleh bidan pada kala I bermaksud untuk membantu ibu mengurangi rasa sakit yang disebabkan karena his serta meningkatkan kemajuan persalinan. Ibu dapat mencoba berbagai posisi dibantu dengan kehadiran pendamping yang memberikan motivasi kepada ibu, saat kala I ibu diperbolehkan untuk berjalan, berdiri, duduk ataupun berbaring miring.

Macam-macam posisi meneran antara lain :

- a. Duduk atau setengah duduk. Posisi ini memudahkan bidan untuk memberikan pertolongan persalinan
- b. Posisi merangkak merupakan posisi untuk mempermudah janin melakukan rotasi dan mengurangi peregangan pada perineum.
- c. Jongkok atau berdiri akan memberi kemudahan penurunan kepala janin, memperluas panggul sebesar 20% lebih besar dari pintu bawah panggul serta memperkuat dorongan meneran. Posisi ini memberikan resiko laserasi jalan lahir.
- d. Posisi berbaring miring dapat mengurangi penekanan pada vena cava inferior sehingga mengurangi terjadinya hipoksia janin karena suply oksigen tidak terganggu dan dapat memberi suasana rileks bagi ibu serta mencegah robekan jalan lahir.

- e. Posisi telentang merupakan posisi yang harus dihindari karena dapat mengakibatkan penurunan suplai oksigen sehingga mengakibatkan hipoksia janin, selain itu posisi telentang menambah rasa nyeri, gangguan pernafasan pada ibu serta mengganggu mobilisasi ibu.

Teknik meneran yang benar pada kala II terdiri dari :

- a. Ibu meneran saat ada his/kontraksi
- b. Hindari menahan nafas saat meneran karena akan mengakibatkan suplai oksigen berkurang
- c. Saat tidak ada kontraksi/his, maka ibu dianjurkan untuk beristirahat.
- d. Menempelkan dagu di dada akan memudahkan proses meneran pada ibu terutama apabila ibu memilih posisi miring saat meneran
- e. Menganjurkan ibu untuk tidak mengangkat bokong saat meneran karena akan berdampak terhadap laserasi jalan lahir.
- f. Tidak dianjurkan bagi bidan untuk melakukan dorongan pada fundus untuk membantu kelahiran janin karena akan menyebabkan distosia serta ruptur uteri.

6. Kebutuhan istirahat

Istirahat saat persalinan harus tetap terpenuhi, hal ini berarti bidan memberikan kesempatan pada ibu untuk dapat merelaksasi kondisi tubuh serta tidak memberikan tekanan emosional atau fisik. Pada kala IV bidan dapat memberikan izin pada ibu tidur apabila mengalami kelelahan. Istirahat yang cukup setelah proses persalinan membantu ibu untuk memulihkan alat reproduksi serta meminimalisasi trauma saat proses persalinan berlangsung.

7. Pengurangan rasa nyeri

Rasa nyeri yang dirasakan oleh ibu bersalin merupakan pengalaman subjektif yang berhubungan dengan penurunan janin, kontraksi uterus, dilatasi dan penipisan servik. Rasa nyeri tersebut berdampak terhadap peningkatan tekanan

darah, derak jantung, pernafasan serta ketegangan otot. Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi nyeri antara lain status janin, riwayat persalinan, dukungan keluarga serta ambang nyeri seseorang. Rasa nyeri yang dirasakan oleh ibu berbeda-beda sehingga diperlukan teknik yang dapat membuat ibu merasa nyaman. Tubuh memiliki cara untuk mengontrol rasa nyeri saat persalinan dalam bentuk beta-endorphin, sebagai opiat alami beta-endorphin tersebut bekerja pada reseptor di otak. Hormon beta-endorphin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis, hormon ini dapat menimbulkan perasaan senang pada saat melahirkan. Terdapat beberapa cara untuk mengurangi nyeri saat persalinan antara lain teknik *self-help*, pemberian entonox melalui masker, pemberian analgesik sistemik atau regional (Kurniarum *et al.*, 2016).

Bidan bertugas untuk membantu ibu bersalin mengatasi ketidaknyamanan dikarenakan nyeri melalui teknik pernafasan dan teknik relaksasi serta stimulasi, selain itu bidan dapat memberikan dapat memberikan alternatif lain seperti pendamping persalinan, pengaturan posisi, relaksasi dan latihan pernafasan, informasi tentang kemajuan persalinan, asuhan diri dan sentuhan.

Menurut Simpkin terdapat beberapa cara untuk mengurangi nyeri diantaranya adalah memberikan rangsangan alternatif serta mengurangi reaksi mental. Bidan dapat memberikan stimulasi untuk pengurangan rasa nyeri dengan cara pijatandidaerah lumbo sacral, pijatan pada pinggul dan lutut sera counterpressure, selain itu dapat juga dilakukan kompres hangat dan dingin (Yanti and Keb, 2010). Perubahan posisi serta mengajarkan ibu teknik meneran saat persalinan berfungsi untuk menenangkan dan membuat ibu rileks selama proses persalinan. Kontak fisik yang dilakukan oleh bidan kepada ibu bersalin seperti memberikan sentuhan dapat memberikan dampak mengurangi nyeri saat persalinan. Hal ini menunjukkan bahwa sentuhan dapat mengeluarkan hormon endorphin, mengurangi hormon katekolamin dan memblokir nyeri

sehingga sentuhan merupakan metode yang digunakan dalam proses persalinan untuk membantu mengurangi nyeri (Yanti and Keb, 2010).

8. Kebutuhan eliminasi

Pemenuhan eliminasi selama persalinan berfungsi untuk proses kemajuan persalinan dan dapat meningkatkan kenyamanan pasien. Pemenuhan terhadap kebutuhan eliminasi dapat :

- a. Mencegah terhambatnya proses penurunan bagian terendah janin ke dalam rongga panggul yang karena kandung kemih yang penuh.
- b. Menghindari penurunan efisiensi kontraksi uterus
- c. Mencegah perpanjangan waktu saat kala III
- d. Menghindari perdarahan karena kandung kemih yang penuh dapat menghambat kontraksi uterus

Pemenuhan pola eliminasi menjelang proses persalinan dapat dilakukan, dimana bidan membantu proses tersebut. Tindakan pemasangan kateter secara rutin tidak dianjurkan karena dapat meningkatkan resiko infeksi serta trauma pada saluran kemih ibu. Pastikan ibu sudah pemenuhan pola eliminasi baik buang maupun bab, karena rektum yang penuh dapat menghambat proses persalinan.

5.2.2 Kebutuhan psikologis

Kebutuhan psikologis merupakan salah satu kebutuhan dasar yang diperlukan oleh ibu bersalin. Keadaan psikologis selama persalinan sangat mempengaruhi kemajuan dan hasil persalinan. Dukungan psikologis yang baik dapat mengurangi kecemasan yang meningkat pada ibu hamil (Kurniarum *et al.*, 2016). Kebutuhan psikologis dapat berupa sugesti, empati, dukungan emosional yang berkelanjutan serta motivasi. Pemberian sugesti pada ibu bersalin dimaksudkan untuk mempengaruhi ibu dengan cara memotivasi ibu untuk menjalani proses persalinan yang tepat dan mudah. Bidan memberikan saran positif untuk meyakinkan ibu bahwa semuanya dalam keadaan baik. Empati yang diberikan oleh seorang bidan

pada ibu bersalin akan memberi pengaruh positif terhadap kondisi psikis ibu, empati tersebut dapat menenangkan perasaan pada ibu sehingga ibu memiliki motivasi yang besar dalam menjalani proses persalinannya. Beberapa ibu bersalin menyatakan bahwa dengan empati dan motivasi yang diberikan, seorang ibu bersalin akan merasa terhibur secara emosional sehingga dapat mengatasi rasa sakit (Iravani *et al.*, 2015).

Kepercayaan merupakan salah satu point terpenting dalam membangun komunikasi antara bidan ibu bersalin, untuk membangun sugesti yang baik, ibu harus mempunyai kepercayaan pada bidan untuk melakukan pertolongan persalinan dengan baik yang sesuai standar, berdasarkan pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki serta mempunyai pengalaman yang cukup.

Kepercayaan yang terjalin antara ibu dan bidan akan memberikan rasa aman dan nyaman selama proses persalinan (Kurniarum *et al.*, 2016).

5.2.3 Kebutuhan Informasi

Informasi merupakan salah satu kebutuhan bagi ibu bersalin. Informasi yang diberikan berupa proses persalinan. Seorang ibu bersalin ingin mengetahui apakah kemajuan persalinannya normal, sehingga mengharapkan bidan dapat memberikan penjelasan terhadap tindakan yang dilakukan serta memberikan bimbingan pada mereka.

Informasi yang diberikan oleh bidan dapat membantu seorang ibu bersalin dalam mengembangkan rasa percaya diri dan termotivasi untuk menjalani persalinan dengan baik (Iravani *et al.*, 2015).

5.2.4 Kebutuhan Sosial dan Relasi

Kebutuhan sosial dan relasi memiliki dua kategori yaitu komunikasi dengan tenaga medis yang terdiri dari bidan serta kehadiran pendamping. Ibu bersalin menekankan perlunya komunikasi dengan bidan karena mereka mengharapkan bidan dapat memberikan perhatian kepada ibu tepat waktu, dapat berkomunikasi dengan baik serta mendengarkan dengan sabar keluhan-keluhan yang dirasakan oleh ibu. Kehadiran seorang

pendamping juga memiliki pengaruh penting terhadap proses persalinan (Iravani *et al.*, 2015).

5.2.5 Kebutuhan Harga Diri

Kebutuhan harga diri merupakan bagian penting dari kebutuhan ibu saat melahirkan. Kebutuhan ini terdiri dari rasa dihargai, kepercayaan diri, efikasi diri serta partisipasi dalam pengambilan keputusan dan perasaan terlibat dalam perawatan. Membangun kepercayaan terhadap bidan juga merupakan salah satu hal penting yang perlu dilakukan agar terjalin komunikasi yang baik sehingga ibu merasa tenang dan dilibatkan dalam setiap pengambilan keputusan dalam proses persalinannya (Iravani *et al.*, 2015).

5.2.6 Kebutuhan Keamanan

Kebutuhan rasa aman merupakan kategori utama yang diperoleh dari pengalaman selama menjalani proses persalinan dan melahirkan. Hal ini didominasi oleh rasa takut akan kehilangan bayi, kecemasan terhadap kesehatan bayi, kecemasan akan trauma saat menjalani persalinan, kecemasan terhadap kematian serta kecemasan atas keahlian profesional bagi penolong (Iravani *et al.*, 2015).

5.2.7 Kebutuhan Medis

Kebutuhan medis yang disiapkan berupa pereda nyeri serta pencegahan penatalaksanaan yang tidak perlu dilakukan selama proses persalinan seperti penggunaan kateter urin serta penatalaksanaan episiotomi dan enema (Iravani *et al.*, 2015).

DAFTAR PUSTAKA

- Ahadi Yulghunlu, F. *et al.* (2020) '*The effects of intravenous dextrose 5%, Ringer's solution, and oral intake on the duration of labor stages in nulliparous women: A double-blind, randomized, controlled trial*', *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(2), pp. 289–296.
- Beaton, J. and Gupton, A. (1990) '*Childbirth expectations: a qualitative analysis*', *Midwifery*, 6(3), pp. 133–139.
- Dwyer, G.B. and Davis, S.E. (2008) '*ACSM's health-related physical fitness assessment manual*',
- Iravani, M. *et al.* (2015) '*Women's needs and expectations during normal labor and delivery*', *Journal of education and health promotion*, 4.
- Kearney, L. *et al.* (2023) '*Evidence-based guidelines for intrapartum maternal hydration assessment and management: A scoping review*', *Birth* [Preprint].
- Kurniarum, A. *et al.* (2016) '*Asuhan kebidanan persalinan dan bayi baru lahir*'. Pusdik SDM Kesehatan.
- Maerany, A. (2018) '*Pengaturan Lingkungan Persalinan Sebagai Upaya Peningkatan Kenyamanan Dan Kepuasan Persalinan*'. Semarang: Unissula Press.
- Yanti, S. and Keb, M. (2010) '*Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan*', *Cetakan Pertama*, Yogyakarta: Pustaka Rihama [Preprint].

BAB 6

EVIDENCE-BASED DALAM ASUHAN IBU BERSALIN

Oleh Ketut Resmaniasih

6.1 Sejarah

Evidence-based medicine (EBM) diciptakan dan didefinisikan oleh Sackett dkk pada tahun 1996 sebagai: Penggunaan bukti terbaik terkini secara teliti, eksplisit dan bijaksana dalam membuat keputusan tentang perawatan pasien secara individu. Seiring dengan diadopsinya prinsip dan proses EBM oleh banyak disiplin ilmu di bidang kesehatan dan perawatan sosial, kemudian EBM diperluas menjadi *Evidence-Based Practice* (EBP). Hal ini menunjukkan EBP adalah konsep modern, yang merupakan perluasan dari EBM untuk diterapkan pada profesi Kesehatan lain dan disiplin ilmu lainnya.

Dikemukakan bahwa EBP berkembang lebih kompleks berkaitan dengan tatanan sosial yang kompleks, dimana kebanyakan orang di negara maju menginginkan usia yang panjang dengan kualitas hidup yang baik. Hal ini menjadikan Kesehatan sebagai fokus perhatian baik oleh individu, pemerintah, dan masyarakat pada umumnya. Seiring dengan tingkat pengetahuan, kesehatan dan kekayaan masyarakat yang semakin tinggi, turut berkontribusi terhadap tuntutan tenaga Kesehatan yang profesional, dalam memberikan pelayanan Kesehatan berlandaskan ilmu pengetahuan, efektivitas dan efisiensi. Dengan demikian filosofi EBP berpadu terhadap kebutuhan yang mendalam di kalangan profesional dan masyarakat. Hal ini yang memungkinkan EBP dengan cepat diadopsi secara luas di semua bidang perawatan kesehatan, dan bidang lainnya, seperti pendidikan, manajemen dan pekerjaan sosial (Trinder (2000) dalam Cluett E.(2006))

6.2 Definisi Evidence-Based Practice (EBP)

Evidence-Based Practice (EBP) didefinisikan sebagai penggunaan bukti untuk mendukung pengambilan keputusan di pelayanan Kesehatan (Greenberg & Pyle (2006) dalam Keele (2011)). EBP merupakan proses pengintegrasian antara bukti penelitian terbaik yang ada dengan keahlian klinis serta nilai dan keunikan pasien (Straus, Glasziou, Richardson, & Haynes, 2019). Menurut Melnyk & Fineout-Overholt (2011) *Evidence Based Practice in Nursing* adalah penggunaan bukti eksternal, bukti internal (*clinical expertise*), serta manfaat dan keinginan pasien untuk mendukung pengambilan keputusan di pelayanan Kesehatan.

Sackett.dkk.(1996) mendefinisikan The practice of evidence based medicine (EBM) adalah penggunaan bukti terbaik terkini secara teliti, eksplisit dan bijaksana, dengan mengintegrasikan keahlian klinis individu terhadap bukti klinis eksternal serta preferensi dan nilai pasien, dalam membuat keputusan tentang perawatan pasien secara individu (Sackett.dkk (1996).

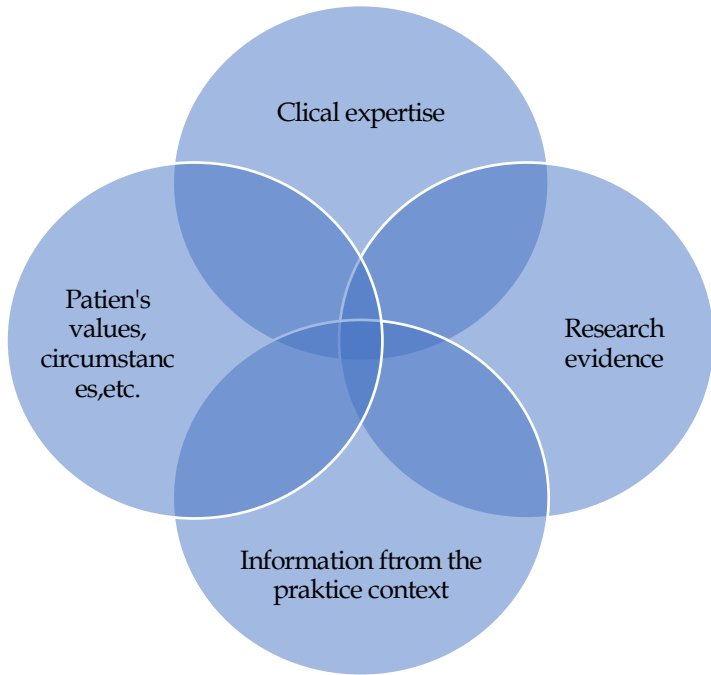
6.3 Prinsip EBP

Bukti selalu berubah seiring dengan penelitian baru, teknologi baru, dan hal baru, ide-ide, serta pilihan-pilihan lama yang disatukan dengan cara-cara baru, artinya praktik terbaik tidak dapat ditetapkan secara meyakinkan dan berakhir, sehingga diperlukan tanggung jawab setiap professional kesehatan untuk menetapkan bukti untuk setiap kasus.

Prinsip dan praktek dalam pelayanan kesehatan berbasis bukti, mengamalkan filsafat : Klien, Praktisi dan melayani Bukti. Dalam hal ini terdapat beberapa pertimbangan yang harus diperhatikan dalam konteks praktik dimana professional Kesehatan tersebut bekerja (Hofmann, Bennett,Mar,Chris.2013) :

1. Bukti penelitian terbaik biasanya berasal dari penelitian relevan yang telah dilakukan dengan menggunakan metodologi yang baik.
2. Keahlian klinis adalah kombinasi dari pengalaman, pendidikan, dan keterampilan klinis yang dimiliki professional kesehatan.
3. Pasien memiliki preferensi, kekhawatiran, harapan, dan nilai-nilai pribadinya sendiri.

4. Konteks praktik mencakup karakteristik situasi termasuk ketersediaan sumber daya di mana interaksi antara pasien dan profesional kesehatan berlangsung.



Gambar 6.1. *Evidence-based practice involves using clinical reasoning to integrate information from four sources: research evidence, clinical expertise, the patient's values and circumstances, and the practice context (Hofmann, Bennett, Mar, Chris. 2013).*

6.4 Tujuan Dan Manfaat Ebp

6.4.1 Tujuan EBP

Menurut Hofmann, Bennett, Mar, Chris tahun 2013, bahwa yang menjadi tujuan secara umum dari praktik berbasis bukti adalah untuk membantu pengambilan keputusan klinis. Sedangkan (Sackett et al (2000) dalam *Centre for Evidence Based Medicine in Canada*) menjabarkan tujuan EBP dengan lebih rinci yaitu untuk melakukan hal yang benar, pada waktu yang tepat, untuk orang yang tepat, dengan kata lain memastikan perawatan yang

berkualitas bagi setiap klien. Hal ini dicapai dengan mengevaluasi ide, praktik, dan kejadian sebelumnya serta menerapkan pembelajaran yang diperoleh untuk praktik di masa depan.

6.4.2 Manfaat EBP

Manfaat EBP menurut Trinder dan Reynolds tahun 2006 :

1. Menjadi jembatan antara penelitian dan praktik
2. Mengeliminasi penelitian dengan kualitas penelitian yang buruk
3. Mencegah terjadinya informasi yang *overload* terkait hasil penelitian
4. Mengeliminasi budaya "*practice which is not evidence-based*"

6.5 Komponen Dasar Ebp

Ada 5 (lima) komponen dasar yang merupakan Langkah-langkah dalam menentukan EBM, sering juga disingkat 5A, diantaranya :

1. *Ask a question* : Mengubah kebutuhan akan informasi (tentang pencegahan, diagnosis, prognosis, terapi, sebab-akibat, dll.) menjadi pertanyaan yang dapat dijawab
2. *Access the information/Find information/evidence to answer question* : Mencari bukti terbaik untuk menjawab pertanyaan tersebut
3. *Appraise the articles found/Critically appraise the information/evidence* : Menilai secara kritis bukti-bukti yang ada untuk validitasnya (kedekatan dengan kebenaran), dampaknya (ukuran dampaknya), dan penerapannya (kegunaannya dalam praktek klinis)
4. *Apply the information/Evaluate/Integrate appraised evidence with own clinical expertise and patient's preferences* : Mengintegrasikan penilaian kritis dengan keahlian klinis kami dan dengan biologi, nilai-nilai, dan keadaan unik pasien kami
5. *Audit/Mengevaluasi efektivitas dan efisiensi kita dalam melaksanakan langkah 1-4 dan mencari cara untuk melakukan perbaikan di waktu berikutnya*

Menurut Melnyk & Fineout-Overholt, 2011 Terdapat 7 (tujuh) Langkah dalam EBP, diantaranya (Melnyk & Fineout-Overholt, 2011):

A. 7 langkah dalam EBP (Melnyk & Fineout-Overholt, 2011)

0. Menumbuhkan semangat menyelidiki :

“Budaya ini ditanamkan dalam visi dan misi institusi”

Elemen-elemen dalam membudayakan EBP:

- a. Mengajak semua petugas kesehatan untuk menanyakan kembali praktik kesehatan yang sedang mereka lakukan.
- b. Memasukkan EBP dalam visi, misi, dan promosi yang dilakukan oleh institusi kesehatan
- c. Adanya mentor serta kadernya yang mempunyai kemampuan dalam EBP dan kemampuan untuk mengatasi hambatan terkait dengan perubahan dalam individu dan institusi
- d. Adanya infrastruktur yang menyediakan alat-alat untuk pengembangan EBP
- e. Dukungan administrasi dan adanya leadership yang menilai, menentukan EBP model, serta menyediakan sumber daya yang diperlukan untuk mempertahankan budaya EBP
- f. Secara teratur mengenali/mengidentifikasi individu atau kelompok kelompok yang secara konsisten melakukan EBP

Menanyakan pertanyaan klinik dengan menggunakan PICO/PICOT format (The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions Richardson, WS. et al. ACP Journal Club, v123:A12, Nov-Dec, 1995.)

Konsep PICO umumnya digunakan untuk merumuskan pertanyaan klinis kuantitatif (pertanyaan terapi, diagnosis, prognosis, etiologi/bahaya, dan pencegahan). Ini sangat berguna untuk pertanyaan tentang terapi atau intervensi. PICO biasanya digunakan ketika satu intervensi dibandingkan dengan intervensi lainnya, atau tanpa intervensi sama sekali.

Masing-masing dari 4 huruf tersebut mengidentifikasi konsep kunci yang akan membantu Anda merumuskan pertanyaan penelitian dan/atau strategi pencarian Anda. Pertanyaan PICO mengidentifikasi 3-4 konsep: pasien/populasi, intervensi, perbandingan (opsional), dan hasil.

P Patient / Population / Problem: Mulailah dengan pasien, atau kelompok pasien, atau masalah. Bagaimana Anda menggambarkan sekelompok pasien yang serupa dengan Anda? Apa karakteristik pasien yang paling penting?

I Intervention: Apa intervensi yang diusulkan? Intervensi, paparan, atau faktor prognostik utama apa yang Anda pertimbangkan? Apa yang ingin Anda lakukan terhadap pasien ini?

C Comparison : Apa alternatif utama yang bisa digunakan sebagai pembanding/dapat menjadi pertimbangan, jika ada?

O Outcome: Apa yang ingin Anda capai, ukur, tingkatkan, atau pengaruhi sebagai hasil yang diantisipasi atau harapkan?

Akronim lain yang terkadang digunakan adalah PICOTT. Huruf tambahannya untuk:

T Type of Question : Anda dapat memiliki jenis pertanyaan yang berbeda. Pertanyaan tersebut dapat dikategorikan sebagai diagnosis, prognosis, terapi, etiologi/bahaya, atau pertanyaan pencegahan.

T Type of Study : Pertanyaan ini menanyakan desain penelitian apa yang paling baik menjawab pertanyaan: uji coba terkontrol secara acak; studi kohort; studi kasus terkontrol; seri kasus; laporan kasus dll.

Contoh PICO

"Saya bekerja di fasilitas perawatan lansia di mana infeksi saluran kemih merupakan masalah umum. Saya pernah mendengar bahwa jus cranberry dapat membantu mencegah ISK. Saya ingin tahu apakah ada bukti mengenai hal tersebut dan apakah jus tersebut dapat membantu pasien kami?"

P Pasien di panti jompo

I Jus cranberry

C Tidak ada intervensi (status quo)

O Pencegahan ISK.

Langkah pertama dalam proses praktik berbasis bukti adalah merumuskan pertanyaan klinis. Pertanyaan klinis harus relevan dengan pasien atau masalahnya dan disusun sedemikian rupa untuk membantu Anda mencari jawaban.

Ada alat yang membantu mempermudah proses ini. "Mnemonik" atau "kerangka kerja" ini membantu Anda untuk:

1. Mengumpulkan bagian-bagian dari pertanyaan klinis
2. Mengidentifikasi konsep-konsep kunci yang perlu ada dalam artikel yang akan membantu menjawab pertanyaan tersebut
3. Merumuskan strategi pencarian anda.
4. Mnemonik ini mencakup pico dan spider, serta peo, spice, dan eclipse yang jarang digunakan.

Pertanyaan Klinik dengan PICO/PICOT Format

P : Populasi pasien atau disease of interest

I : Intervensi atau Issues of Interest

C : Intervensi pembanding/ kelompok pembanding

O : Outcomes/hasil-hasil yang diharapkan

T : Time frame (batas waktu)

Langkah ke-1 Pertanyaan Klinik dengan PICO/PICOT Format (P I C O T INTERVENTION QUESTION)

In teenagers, how does cognitive-behavioral skills building compared to yoga affect anxiety after 6 weeks of treatment ?

6.6 Jenis-Jenis Pertanyaan Klinis (Melnik & Fineout-Overholt, 2011)

Dalam layanan kesehatan berbasis bukti, terdapat berbagai jenis pertanyaan mendasar :

1. Intervention question • Meneliti mengenai keefektifan dari suatu treatment/intervensi : bagaimana memilih pengobatan untuk ditawarkan kepada pasien kita yang memberikan lebih banyak manfaat daripada kerugian dan sepadan dengan usaha dan biaya yang dikeluarkan untuk menggunakannya.
2. Diagnostic question • Meneliti mengenai manfaat, keakuratan, seleksi, atau interpretasi dari suatu alat/instrument : Cara memilih dan menafsirkan tes diagnostik, untuk memastikan

atau mengecualikan diagnosis, berdasarkan pertimbangan presisi, keakuratan, penerimaan, biaya, keamanan, dll.

3. Prognostic question • Meneliti mengenai keadaan pasien terkait kondisi tertentu atau mengidentifikasi faktor-faktor yang mungkin mengubah prognosis pasien : bagaimana memperkirakan kemungkinan perjalanan klinis pasien dari waktu ke waktu karena faktor selain intervensi
4. Etiology question • Meneliti mengenai hubungan sebab akibat dan sesuatu yang mungkin merugikan : cara mengidentifikasi penyebab penyakit (termasuk bentuk iatrogeniknya).
5. Meaning question • Meneliti mengenai makna dari sesuatu hal

Ada juga jenis pertanyaan lainnya (Sackett, DL. *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM.*) :

1. *Clinical findings* : cara mengumpulkan dan menafsirkan temuan dari riwayat dan pemeriksaan fisik dengan benar.
2. *Clinical manifestations of disease* : mengetahui seberapa sering dan kapan suatu penyakit menyebabkan manifestasi klinisnya dan bagaimana menggunakan pengetahuan ini dalam mengklasifikasikan penyakit pasien kami.
3. *Differential diagnosis*: ketika mempertimbangkan kemungkinan penyebab masalah klinis pasien kita, bagaimana memilih penyebab yang mungkin serius, dan responsif terhadap pengobatan.
4. *Prevention*: cara mengurangi kemungkinan timbulnya penyakit dengan mengidentifikasi dan memodifikasi faktor risiko, serta cara mendiagnosis penyakit secara dini melalui skrining.
5. *Qualitative*: bagaimana berempati dengan situasi pasien, menghargai makna yang mereka temukan dalam pengalaman dan >memahami bagaimana makna ini memengaruhi penyembuhan mereka.

Berikut contoh pertanyaan penelitian

1. *Intervention* : Bagaimanakah pencegahan terhadap kejadian ruptur perineum dengan teknik hypnobirthing jika

- dibandingkan dengan pelayanan standar yaitu posisi persalinan litotomi dan tiup-tiup saat mengejan terhadap kejadian ruptur perineum pada ibu bersalin di rumah sakit dimana pasien mempunyai risiko untuk ruptur perineum?
2. *Prognostic* : Apakah diet karbohidrat mampu memprediksi pemeliharaan berat badan yang sehat ($BMI < 25$) selama lebih dari 6 bulan pada pasien yang mempunyai riwayat keluarga obesitas ($BMI > 30$)?
 3. *Diagnostic* : Apakah d-dimer assay lebih akurat dalam mendiagnosa deep vein thrombosis jika dibandingkan dengan ultrasound pada pasien suspected deep vein thrombosis?
 4. *Etiology* : Apakah wanita kulit putih yang terpapar sinar UV ray berkepanjangan dan tidak menggunakan protection (>1 jam) meningkatkan resiko terkena melanoma jika dibandingkan wanita kulit hitam yang tidak terpapar UV ray?
 5. *Meaning* : Bagaimanakah wanita paruh baya dengan fibromyalgia mempersepsikan kehilangan motor functions?

Mencari dan mengumpulkan bukti-bukti (artikel penelitian) yang paling relevan dengan PICO/PICOT

Kata kunci untuk mencari bukti-bukti = kata-kata yang ada dalam PICO/PICOT

Cari kata-kata lain yang mempunyai makna sama seperti katakata yang ada di PICO/PICOT

Setiap jenis pertanyaan mempunyai hierarchy of evidence yang berbeda

Database:

1. Pubmed
2. CINAHL
3. Ovid-medline
4. National Guideline Clearinghouse
5. Chocrane Databases

Melakukan penilaian kritis terhadap bukti-bukti (artikel penelitian)

1. *Critical Appraisal* menyesuaikan dari jenis/level artikel
2. Pertanyaan utama dalam *Critical Appraisal* adalah VIA
 - a. Apakah hasil dari penelitian tersebut valid?
 - 1) Apakah penelitian tersebut menggunakan metodologi penelitian yang baik?
 - b. Apakah hasil dari penelitian tersebut reliable?
 - 1) Apakah intervensinya bekerja dengan baik?
 - 2) Sebesar apa efek dari intervensi tersebut?
 - c. Apakah hasil penelitian tersebut akan membantu dalam melakukan perawatan untuk pasien saya?
 - 1) Apakah sampel penelitiannya mirip dengan pasien saya?
 - 2) Apakah keuntungannya lebih besar dari pada resikonya?
 - 3) Apakah intervensi tersebut mudah untuk diimplementasikan

Levels of Evidence (<https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/oxford-centre-for-evidence-based-medicine-levels-of-evidence-march-2009>) Oxford Centre for Evidence-Based Medicine: Levels of Evidence (March 2009)

Level	Type of evidence
1A	<i>Systematic review (with homogeneity) of RCTs</i>
1B	<i>Individual RCT (with narrow confidence intervals)</i>
1C	<i>All or none study</i>
2A	<i>Systematic review (with homogeneity) of cohort studies</i>
2B	<i>Individual Cohort study (including low quality RCT, e.g. <80% follow-up)</i>
2C	<i>"Outcomes" research; Ecological studies</i>
3A	<i>Systematic review (with homogeneity) of case-control studies</i>

Level	Type of evidence
3B	<i>Individual Case-control study</i>
4	<i>Case series (and poor quality cohort and case-control study)</i>
5	<i>Expert opinion without explicit critical appraisal or based on physiology bench research or “first principles”</i>

Level	Therapy / Prevention, Aetiology / Harm	Prognosis	Diagnosis	Differential diagnosis / symptom prevalence study
1a	SR (with homogeneity*) of RCTs	SR (with homogeneity*) of inception cohort studies; CDR” validated in different populations	SR (with homogeneity*) of Level 1 diagnostic studies; CDR” with 1b studies from different clinical centres	SR (with homogeneity*) of prospective cohort studies
1b	Individual RCT (with narrow Confidence Interval”;))	Individual inception cohort study with > 80% follow-up; CDR” validated in a single population	Validating** cohort study with good” ” ” reference standards; or CDR” tested within one clinical centre	Prospective cohort study with good follow-up**** An alysis based on clinically sensible costs or alternatives; systematic review(s) of the evidence; and including multi-way sensitivity analyses
1c	All or none§	All or none case-series	Absolute SpPins and SnNouts” “	All or none case-series

<i>Level</i>	<i>Therapy / Prevention, Aetiology / Harm</i>	<i>Prognosis</i>	<i>Diagnosis</i>	<i>Differential diagnosis / symptom prevalence study</i>
<i>2a</i>	<i>SR (with homogeneity*) of cohort studies</i>	<i>SR (with homogeneity) of either retrospective cohort studies or untreated control groups in RCTs</i>	<i>SR (with homogeneity) of Level >2 diagnostic studies</i>	<i>SR (with homogeneity*) of 2b and better studies</i>
<i>2b</i>	<i>Individual cohort study (including low quality RCT; e.g., <80% follow-up)</i>	<i>Retrospective cohort study or follow-up of untreated control patients in an RCT; Derivation of CDR" or validated on split- sample\$\$\$ only</i>	<i>Exploratory* * cohort study with good" " " reference standards; CDR" after derivation, or validated only on split- sample\$\$\$ or databases</i>	<i>Retrospective cohort study, or poor follow-up</i>
<i>2c</i>	<i>"Outcomes" Research; Ecological studies</i>	<i>"Outcomes" Research</i>		<i>Ecological studies</i>
<i>3a</i>	<i>SR (with homogeneity*) of case-control studies</i>		<i>SR (with homogeneity) of 3b and better studies</i>	<i>SR (with homogeneity*) of 3b and better studies</i>
<i>3b</i>	<i>Individual Case- Control Study</i>		<i>Non- consecutive study; or without consistently applied reference standards</i>	<i>Non-consecutive cohort study, or very limited</i>
<i>4</i>	<i>Case-series (and</i>	<i>Case-series</i>	<i>Case-control</i>	<i>Case-series or</i>

Level	Therapy / Prevention, Aetiology / Harm	Prognosis	Diagnosis	Differential diagnosis / symptom prevalence study
	poor quality cohort and case- control studies§§)	(and poor quality prognostic cohort studies***)	study, poor or non- independent reference standard	superseded reference standards population
5	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles"	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles"	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles"	Expert opinion without explicit critical

Catatan :

Pengguna dapat menambahkan tanda minus "-" untuk menunjukkan tingkat kegagalan memberikan jawaban konklusif karena:

1. Salah satu hasil tunggal dengan *Confidence Interval* yang lebar
2. Atau *Systematic Review* dengan heterogenitas yang bermasalah/mengkhawatirkan.
3. Bukti tersebut tidak dapat disimpulkan dan oleh karena itu hanya dapat menghasilkan rekomendasi Kelas D.

Yang kami maksud dengan homogenitas adalah *Systematic Review* yang bebas dari variasi yang mengkhawatirkan (heterogenitas) dalam arah dan derajat hasil antar penelitian individual. Tidak semua *Systematic Review* dengan heterogenitas yang signifikan secara statistik perlu mengkhawatirkan, dan tidak semua heterogenitas yang mengkhawatirkan perlu signifikan secara statistik. Seperti disebutkan di atas, penelitian yang menunjukkan

heterogenitas yang mengkhawatirkan harus diberi tanda “-” di akhir tingkat yang ditentukan.

“Aturan Keputusan Klinis. (Ini adalah algoritma atau sistem penilaian yang mengarah pada estimasi prognostik atau kategori diagnostik.)

“_i Lihat catatan di atas untuk saran tentang cara memahami, menilai, dan menggunakan uji coba atau penelitian lain dengan interval kepercayaan yang luas.

§ Ditemukan ketika semua pasien meninggal sebelum Rx tersedia, tetapi beberapa sekarang bertahan hidup dengan Rx; atau ketika beberapa pasien meninggal sebelum Rx tersedia, namun kini tidak ada yang meninggal karenanya.

§§ Yang kami maksud dengan studi kohort berkualitas buruk adalah studi yang gagal mendefinisikan secara jelas kelompok pembanding dan/atau gagal mengukur paparan dan hasil dengan cara yang sama (sebaiknya dilakukan secara buta), baik pada individu yang terpajan maupun yang tidak terpajan dan/atau gagal mengidentifikasi atau mengendalikan secara tepat perancu yang diketahui dan/atau gagal melakukan tindak lanjut pasien yang cukup lama dan lengkap. Yang kami maksud dengan studi kasus-kontrol berkualitas buruk adalah studi yang gagal mendefinisikan kelompok pembanding dengan jelas dan/atau gagal mengukur paparan dan hasil dengan cara yang sama (sebaiknya dilakukan secara blinded), baik dalam kasus maupun kontrol dan/atau gagal mengidentifikasi atau melakukan kontrol dengan tepat. perancu yang diketahui.

§§§ Validasi sampel terpisah dicapai dengan mengumpulkan semua informasi dalam satu tahap, kemudian membaginya secara artifisial menjadi sampel “turunan” dan “validasi”.

“ “ “SpPin Absolut” adalah temuan diagnostik yang Spesifisitasnya sangat tinggi sehingga hasil Positif menentukan diagnosis. SnNout Absolut adalah temuan diagnostik yang Sensitivitasnya sangat tinggi sehingga hasil Negatif mengesampingkan diagnosis.

“_i”_i Baik, lebih baik, buruk dan lebih buruk mengacu pada perbandingan antara pengobatan dalam hal risiko dan manfaat klinisnya.

” ” “ Standar rujukan yang baik tidak bergantung pada tes, dan diterapkan secara membabi buta atau obyektif untuk diterapkan pada semua pasien. Standar referensi yang buruk diterapkan secara sembarangan, namun tetap independen dari pengujian. Penggunaan standar referensi non-independen (di mana 'tes' dimasukkan ke dalam 'referensi', atau di mana 'pengujian' mempengaruhi 'referensi') menyiratkan studi tingkat 4.

” ” ” “ Perawatan yang bernilai lebih baik jelas sama bagusnya tetapi lebih murah, atau lebih baik dengan biaya yang sama atau lebih rendah. Perawatan dengan nilai yang lebih buruk sama baiknya dan lebih mahal, atau lebih buruk dan sama atau lebih mahal.

** Studi validasi menguji kualitas tes diagnostik tertentu, berdasarkan bukti sebelumnya. Studi eksplorasi mengumpulkan informasi dan menjaring data (misalnya menggunakan analisis regresi) untuk menemukan faktor mana yang ‘signifikan’.

*** Yang kami maksud dengan studi kohort prognostik berkualitas buruk adalah studi yang pengambilan sampelnya bias dan memihak pada pasien yang sudah memiliki hasil yang ditargetkan, atau pengukuran hasil dicapai pada <80% pasien penelitian, atau hasil ditentukan secara tidak tersamar. , tidak obyektif, atau tidak ada koreksi terhadap faktor perancu.

**** Tindak lanjut yang baik dalam studi diagnosis banding adalah >80%, dengan waktu yang cukup untuk munculnya diagnosis alternatif (misalnya 1-6 bulan akut, 1 – 5 tahun kronis)

NILAI/PERINGKAT REKOMENDASI

*Grade Practice Recommendations** (AMERICAN SOCIETY OF PLASTIC SURGEONS)

Nilai yang diberikan pada rancangan rekomendasi ditentukan oleh kualitas bukti, pertimbangan antara manfaat serta bahaya, dan nilai serta preferensi pasien.

<i>Grade</i>	<i>Descriptor</i>	<i>Qualifying Evidence</i>	<i>Implications for Practice</i>
A	<i>Strong recommend</i>	<i>Level I evidence or consistent</i>	<i>Clinicians should follow a strong</i>

Grade	Descriptor	Qualifying Evidence	Implications for Practice
	<i>ation</i>	<i>findings from multiple studies of levels II, III, or IV</i>	<i>recommendation unless a clear and compelling rationale for an alternative approach is present</i>
<i>B</i>	<i>Recommendation</i>	<i>Levels II, III, or IV evidence and findings are generally consistent</i>	<i>Generally, clinicians should follow a recommendation but should remain alert to new information and sensitive to patient preferences</i>
<i>C</i>	<i>Option</i>	<i>Levels II, III, or IV evidence, but findings are inconsistent</i>	<i>Clinicians should be flexible in their decision-making regarding appropriate practice, although they may set bounds on alternatives; patient preference should have a substantial influencing role</i>
<i>D</i>	<i>Option</i>	<i>Level V evidence: little or no systematic empirical evidence</i>	<i>Clinicians should consider all options in their decision making and be alert to new published evidence that clarifies the balance of benefit versus harm; patient preference should have a substantial influencing role</i>

A studi tingkat 1 yang konsisten

B studi level 2 atau 3 yang konsisten atau ekstrapolasi dari studi level 1

C studi level 4 atau ekstrapolasi dari studi level 2 atau 3

D bukti tingkat 5 atau penelitian yang sangat tidak konsisten atau tidak meyakinkan pada tingkat mana pun

“Ekstrapolasi” adalah penggunaan data dalam situasi yang berpotensi memiliki perbedaan penting secara klinis dibandingkan dengan situasi penelitian awal.

Study Designs

Tinjauan Sistematis biasanya berfokus pada pertanyaan klinis tertentu dan melakukan pencarian literatur ekstensif untuk mengidentifikasi penelitian dengan metodologi yang tepat. Studi ditinjau, dinilai, dan hasilnya dirangkum sesuai dengan kriteria pertanyaan tinjauan yang telah ditentukan sebelumnya.

Meta-Analysis mengambil tinjauan sistematis satu langkah lebih jauh dengan menggabungkan semua hasil menggunakan metodologi statistik yang diterima.

Randomized Controlled Trial adalah studi eksperimental prospektif, analitis, menggunakan data primer yang dihasilkan dalam lingkungan klinis. Individu yang serupa pada awalnya dialokasikan secara acak ke dalam dua kelompok atau lebih (perlakuan dan kontrol) kemudian diikuti untuk menentukan hasil intervensi.

Case Control Study merupakan studi dimana pasien yang sudah mempunyai kondisi atau hasil tertentu dibandingkan dengan orang yang tidak mempunyai kondisi atau outcome tertentu. Peneliti melihat ke masa lalu (retrospektif) untuk mengidentifikasi kemungkinan paparan. Mereka sering mengandalkan rekam medis dan ingatan pasien untuk pengumpulan data. Individu terpecah karena penyakit.

Cohort Study (prospective) adalah studi terhadap sekelompok individu, beberapa di antaranya terpapar pada variabel yang diminati (misalnya paparan obat-obatan atau lingkungan), yang partisipannya ditindaklanjuti dari waktu ke waktu untuk

menentukan siapa yang mengembangkan hasil yang diinginkan dan apakah hasilnya berhubungan dengan paparan.

Cohort Study (retrospective) adalah ketika data dikumpulkan untuk kelompok yang dibentuk di masa lalu. Eksposur dan outcome sudah terjadi pada awal penelitian. Anda sedang mempelajari faktor risikonya dan melihat apakah Anda dapat mengaitkan suatu penyakit dengan faktor tersebut. Individu dipisahkan berdasarkan paparan.

Cross-Sectional Study adalah observasi terhadap populasi tertentu pada satu titik waktu atau selama interval waktu tertentu untuk menguji hubungan antara hasil dan paparan terhadap intervensi. Eksposur dan hasil ditentukan secara bersamaan. Seringkali mengandalkan data yang awalnya dikumpulkan untuk tujuan lain.

Survey Study adalah studi epidemiologi yang menghasilkan hasil survei, dan akan terdiri dari penilaian simultan terhadap hasil kesehatan, paparan risiko utama dan potensi perancu serta pengubah efek. Dua jenis penelitian survei adalah studi cross-sectional dan longitudinal.

Longitudinal Study mengikuti subjek dari waktu ke waktu dengan pemantauan terus menerus atau berulang terhadap faktor risiko atau hasil kesehatan, atau keduanya. Peneliti melakukan beberapa observasi terhadap subjek yang sama dalam jangka waktu tertentu, terkadang berlangsung bertahun-tahun.

Before and After Study adalah suatu penelitian yang dilakukan pengamatan sebelum (pra) dan sesudah (pasca) pelaksanaan suatu intervensi, baik pada kelompok yang menerima intervensi maupun pada kelompok kontrol yang tidak.

Case Series and Case Reports merupakan studi/studi deskriptif yang terdiri dari kumpulan laporan pengobatan terhadap pasien secara individu atau laporan pada pasien tunggal.

1. Mengintegrasikan bukti-bukti (artikel penelitian) terbaik dengan salah satu ahli di klinik serta memperhatikan keinginan dan manfaatnya bagi pasien dalam membuat keputusan atau perubahan
 - a. *Clinical expertise (CE)*

- 1) Ini merupakan bagian yang paling penting dalam proses EBP decision making.
 - 2) Contoh: saat *follow up* untuk evaluasi hasil, CE mencatat bahwa saat treatment kasus acute otitis media first-line antibiotik tidak *effective*. Artikel terbaru menyatakan Antibiotik A mempunyai manfaat yang lebih baik dari pada Antibiotik B sebagai *second-line* antibiotik pada anak-anak.
- b. Pasien
- Jika kualitas *evidence* bagus dan intervensi sangat memberikan manfaat, akan tetapi jika hasil diskusi dengan pasien menghasilkan suatu alasan yang membuat pasien menolak treatment, maka intervensi tersebut tidak bisa diaplikasikan.
2. Mengevaluasi *outcome* dari perubahan yang telah diputuskan berdasarkan bukti-bukti.
 - a. Langkah ini penting, untuk menilai dan mendokumentasikan dampak dari perubahan pelayanan berdasarkan EBP dalam kualitas pelayanan kesehatan/ manfaatnya bagi pasien.
 - b. Menilai apakah perubahan yang terjadi saat mengimplementasikan hasil EBP di klinik sesuai dengan apa yang tertulis dalam artikel.
 - c. Jika hasil tidak sesuai dengan artikel-artikel yang ada ◊ Apakah treatment dilaksanakan sesuai dengan SOP di artikel; apakah pasien kita mirip dengan sampel penelitian dalam artikel tersebut?
 3. Menyebarkan hasil dari EBP
 - a. Desiminasi dilakukan untuk meng-share hasil EBP sehingga perawat dan tenaga kesehatan yang lain mau melakukan perubahan bersama dan atau menerima perubahan tersebut untuk memberikan pelayanan perawatan yang lebih baik.
 - b. Bentuk-bentuk desiminasi:
 - 1) Melalui oral presentasi
 - 2) Melalui panel presentasi
 - 3) Melalui *roundtable* presentasi

- 4) Melalui poster presentasi
- 5) Melalui *small-group* presentasi
- 6) Melalui *podcast/vodcast* presentasi
- 7) Melalui *community meetings*
- 8) Melalui *hospital/organization-based & professional committee meetings.*
- 9) Melalui *journal clubs*
- 10) Melalui *publishing*

DAFTAR PUSTAKA

- Hoffmann, T., Bennett, S., & Del Mar, C. (2016). *Evidence-based practice across the health professions* (3rd ed.). Elsevier, Australia.
- Straus, S. E., Glasziou, P., Richardson, W. S., & Haynes, R. B. (2011). *Evidence-based medicine: How to practice and teach it* (4th ed.). Churchill Livingstone Elsevier.
- Richardson, W. S., Wilson, M. C., Nishikawa, J., & Hayward, R. S. (1995). The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. *ACP journal club*, 123(3), A12–A13.
- Swanson, J. A., Schmitz, D., & Chung, K. C. (2010). How to practice evidence-based medicine. *Plastic and reconstructive surgery*, 126(1), 286–294. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181dc54ee>
- Sackett, DL. *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. Evidence-based medicine : how to practice and teach EBM. - 3rd ed. / Sharon E. Strauss ... [et al.]. - Edinburgh ; New York : Elsevier/Churchill Livingstone, 2005.
- Burns, P. B., Rohrich, R. J., & Chung, K. C. (2011). The levels of evidence and their role in evidence-based medicine. *Plastic and reconstructive surgery*, 128(1), 305–310. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e318219c171>
- AMERICAN SOCIETY OF PLASTIC SURGEONS. ASPS Evidence-Based Clinical Practice Guideline Methodology. <https://www.plasticsurgery.org/documents/medical-professionals/quality-resources/ASPS-Evidence%E2%80%90Based-Clinical-Practice-Guideline-Methodology.pdf>
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ (Clinical research ed.)*, 312(7023), 71–72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Centre for Evidence Based Medicine in Canada. Website supporting the Sackett et al (2000) evidence-based medicine textbook: www.cebm.utoronto.ca/teach/materials
www.cebm.utoronto.ca/ebm.

- Cluett E.(2006) Evidence-based practice: Principles and practice of midwifery research. https://piranshahr.umsu.ac.ir/uploads/Evidence-based_practice_119.pdf.
- Keele R. 2011. Nursing research and evidence-based practice: ten steps to success, Sudbury, MA : Jones & Bartlett Learning
- Sharon E. Straus, Paul Glasziou, W. Scott Richardson and R. Brian Haynes.2019. Evidence-Based Medicine E-Book: How to Practice and Teach EBM. Elsevier. <https://dl.icdst.org/pdfs/files4/0151c55f69e2fcd3a6d1f99b6430a288.pdf>
- Hoffmann, T., Bennett, S., & Del Mar, C. (2013). *Evidence-based practice across the health professions* (2rd ed.). Elsevier, Australia.
- Fineout-Overholt, Ellen PhD, RN, FNAP, FAAN; Melnyk, Bernadette Mazurek PhD, RN, CPNP/PMHNP, FNAP, FAAN; Stillwell, Susan B. DNP, RN, CNE; Williamson, Kathleen M. PhD, RN. Evidence-Based Practice Step by Step: Critical Appraisal of the Evidence: Part I. AJN, American Journal of Nursing 110(7):p 47-52, July 2010. | DOI: 10.1097/01.NAJ.0000383935.22721.9c
- Melnyk, Bernadette Mazurek PhD, RN, CPNP/PMHNP, FNAP, FAAN; Fineout-Overholt, Ellen PhD, RN, FNAP, FAAN; Stillwell, Susan B. DNP, RN, CNE; Williamson, Kathleen M. PhD, RN. Evidence-Based Practice: Step by Step: The Seven Steps of Evidence-Based Practice. AJN, American Journal of Nursing 110(1):p 51-53, January 2010. | DOI: 10.1097/01.NAJ.0000366056.06605.d2
- Fineout-Overholt, Ellen PhD, RN, FNAP, FAAN; Melnyk, Bernadette Mazurek PhD, RN, CPNP/PMHNP, FNAP, FAAN; Stillwell, Susan B. DNP, RN, CNE; Williamson, Kathleen M. PhD, RN. Evidence-Based Practice Step by Step: Critical Appraisal of the Evidence: Part I. AJN, American Journal of Nursing 110(7):p 47-52, July 2010. | DOI: 10.1097/01.NAJ.0000383935.22721.9c

Stillwell, Susan B. DNP, RN, CNE; Fineout-Overholt, Ellen PhD, RN, FNAP, FAAN; Melnyk, Bernadette Mazurek PhD, RN, CPNP/PMHNP, FNAP, FAAN; Williamson, Kathleen M. PhD, RN. Evidence-Based Practice, Step by Step: Searching for the Evidence. *AJN, American Journal of Nursing* 110(5):p 41-47, May 2010. | DOI: 10.1097/01.NAJ.0000372071.24134.7e

BAB 7

PROSEDUR KETERAMPILAN DASAR KEBIDANAN PADA ASUHAN PERSALINAN

Oleh Lina Darmayanti Bainuan

7.1 Pendahuluan

Asuhan kebidanan pada Persalinan merupakan salah satu kewenangan seorang bidan. Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (Bayi dan plasenta) yang cukup bulan atau hampir cukup bulan melalui jalan lahir dan dengan tenaga ibu. Proses persalinan dimulai dari pembukaan serviks dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi yang semakin sering 2-3 kali dalam 10 menit, durasi dan kekuatan teratur kemudian terus meningkat sampai puncaknya pembukaan serviks lengkap sehingga siap pengeluaran janin dari rahim ibu. (Prawiroharjo, 2014)

Dalam proses persalinan terdapat 4 (empat) tahap yaitu tahap pertama disebut persalinan kala I (Satu) merupakan tahap yang berlangsung sejak terjadi kontraksi uterus (His) yang teratur sampai terjadi pembukaan lengkap; tahap kedua disebut persalinan kala II (dua) merupakan tahap yang berlangsung dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi; tahap ketiga disebut persalinan kala 3 (tiga) merupakan tahap persalinan yang dimulai sejak lahirnya bayi sampai lahirnya plasenta; dan tahap keempat disebut persalinan kala 4 (empat) yaitu tahap persalinan dari plasenta lahir sampai 2 jam setelah persalinan atau disebut juga tahap pengawasan. (JNPK-KR, 2014)

Dalam memberikan asuhan kebidanan persalinan, bidan perlu menguasai beberapa keterampilan dasar kebidanan yang digunakan dalam memberikan asuhan kebidanan pada persalinan.

Bab delapan ini membahas tentang prosedur keterampilan dasar kebidanan pada asuhan persalinan.

Setelah mempelajari Bab 8 ini, Anda diharapkan mampu :

1. Menjelaskan prosedur keterampilan dasar kebidanan asuhan persalinan kala I
2. Menjelaskan prosedur keterampilan dasar kebidanan asuhan persalinan kala II
3. Menjelaskan prosedur keterampilan dasar kebidanan asuhan persalinan kala III
4. Melakukan prosedur keterampilan dasar kebidanan asuhan persalinan kala I, kala II dan kala III

7.2 Prosedur Keterampilan Dasar Kebidanan Pada Asuhan Persalinan

Seorang bidan dalam memberikan asuhan persalinan harus mampu menggunakan pengetahuan, keterampilan dan pengambilan keputusan yang tepat terhadap kliennya. Adapun tujuan asuhan persalinan yang perlu dicapai yaitu :

1. Memberikan dukungan fisik dan emosional kepada ibu dan juga keluarganya selama proses persalinan (*delivery*) dan kelahiran (*Labour*).
2. Melakukan pengkajian data klien pada masa persalinan, membuat diagnosa sesuai dengan identifikasi data subjektif dan objektif yang dikaji, mencegah masalah, menangani komplikasi – komplikasi dengan cara pemantauan ketat dan deteksi dini selama persalinan dan kelahiran.
3. Melakukan rujukan pada kasus-kasus yang tidak dapat ditangani sendiri atau bukan merupakan kewenangan klien untuk mendapatkan asuhan dan penanganan di fasilitas kesehatan yang lebih lengkap dan oleh dokter spesialis.
4. Memberikan asuhan kebidanan yang adekuat kepada ibu bersalin, dengan intervensi minimal pada setiap tahap persalinan klien.
5. Melaksanakan pencegahan infeksi yang aman untuk memperkecil risiko infeksi.

Prosedur keterampilan dasar kebidanan pada asuhan persalinan diberikan ke klien sesuai dengan tahap persalinan.

7.2.1 Prosedur Keterampilan Dasar Kebidanan Persalinan Kala I

Persalinan kala I (satu) dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir.(Cunningham *et al.*, 2014) Beberapa Prosedur keterampilan dasar kebidanan pada asuhan persalinan kala I :

1. Deteksi Dini Penyulit Persalinan

Proses persalinan dapat berjalan lancar atau tidak sangat dipengaruhi oleh kondisi ibu. Bidan perlu melakukan deteksi dini penyulit persalinan terhadap kondisi ibu dan janin melalui pengkajian anamnesa data subjektif, hasil pemeriksaan data objektif dan juga melalui riwayat kesehatan klien melalui data pasien/rekam medik. Pemeriksaan yang dilakukan pada persalinan dilakukan untuk memantau kondisi ibu dan janin. Pemantauan kemajuan persalinan dengan memeriksa pembukaan serviks, penurunan janin dan kontraksi uterus. Kontraksi uterus dipantau dengan alat yang dapat digunakan oleh bidan yaitu Tokodinamometer untuk mendapatkan hasil secara objektif meliputi durasi, frekuensi dan amplitudo kontraksi uterus.(Bainuan *et al.*, 2018)

Berikut daftar Penyulit persalinan yang perlu dikaji pada semua ibu bersalinan yang datang ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan pertolongan persalinan.

Tabel 7.1. Daftar Penyulit Persalinan

Penyulit Persalinan	Tindakan
1. Riwayat bedah Sesar	▪ Segera rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap dan mampu melakukan bedah sesar agar tidak terlambat jika terjadi kegawatan. ▪ Dampingi ibu ketempat rujukan, berikan dukungan dan semangat. Ibu post SC dapat melahirkan secara normal jika kondisi memungkinkan.
2. Perdarahan	▪ JANGAN lakukan pemeriksaan

Penyulit Persalinan	Tindakan
Pervaginasi selain lendir bercampur darah (<i>blood slym</i>)	dalam (VT) diduga ibu menderita "plasenta previa" ▪ Baringkan ibu dengan posisi miring kiri ▪ Pasang infus dengan jarum ukuran 16 atau 18 dan berikan cairan Ringer Laktat (RL) atau Garam Fisiologis (NS/Normal salin) ▪ Segera rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap dan mampu melakukan bedah sesar. ▪ Dampingi ibu ke tempat rujukan dengan membawa surat rujukan.
3. Persalinan dengan usia kehamilan kurang bulan (usia kehamilan < 37 minggu)	▪ Segera rujuk ke fasilitas yang mempunyai kemampuan melakukan bedah sesar. ▪ Dampingi ibu ke tempat rujukan dan beri semangat serta dukungan. ▪ Baringkan ibu miring ke kiri.
4. Ketuban pecah dengan meconium kental	▪ Pantau DJJ ▪ Segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap dan mampu melakukan bedah sesar. ▪ Dampingi ibu ke tempat rujukan dan membawa partus set, penghisap lendir de lee dan perlengkapan bayi seperti handuk atau kain kering untuk mengeringkan atau menyelimuti bayi jika melahirkan di perjalanan.

Penyulit Persalinan	Tindakan
5. Ketuban pecah lama (> 24 jam) atau ketuban pecah pada usia kehamilan kurang bulan) dengan disertai gawat janin.	▪ Pantau Detak jantung janin (DJJ) ▪ Pantau adakah tanda-tanda gawat janin, lakukan asuhan yang sesuai (lihat di bawah) ▪ SDA
6. Tanda -tanda atau gejala infeksi, antara lain : • Suhu : >38°C • Menggigil • Nyeri abdomen • Cairan ketuban berbau	▪ Membaringkan ibu miring ke posisi kiri. ▪ Memasang infus dengan ukuran 16 atau 18 dan berikan cairan garam fisiologis/normal salin (NS) atau Ringer Laktat (RL) dengan kecepatan tetesan 125 ml/jam. ▪ Segera rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap dan mampu melakukan asuhan kegawatdaruratan obstetrik.
7. Tekanan darah > 160/110 mmHg disertai protein dalam urin (preeklamsi berat)	▪ Membaringkan ibu miring ke posisi kiri. ▪ Pasang infus berdiameter besar (16 atau 18) dan berikan cairan garam fisiologis (NS) atau Ringer Laktat (RL). ▪ Bila mungkin berikan dosis awal 4 gr MgSo₄ 20% IV selama 20 menit. ▪ Suntikkan 10 gr MgSo₄, 5 gr IM pada bokong kiri dan 5 gr pada bokong kanan.
8. Tinggi fundus uteri 40 cm atau lebih (Makrosomia, Polihidramnion,	▪ Segera rujuk ke fasilitas yang mempunyai kemampuan melakukan asuhan kegawatdaruratan obstetrik

Penyulit Persalinan	Tindakan
Gemeli)	▪ Pertimbangan dirujuk yaitu <i>jika diagnosis adalah polihidramnion, mungkin ada masalah lain dengan janinnya.dengan adanya makrosomia risiko distosia bahu dan perdarahan pascasalin akan lebih besar.</i>
9. Detak jantung janin < 100 kali/menit atau > 180 kali/menit pada dua kali penilaian dengan jarak pemeriksaan 5 menit (Gawat janin/ <i>foetal distres</i>)	▪ Baringkan ibu miring ke kiri dan anjurkan untuk bernafas secara teratur. ▪ Pasang infus berdiameter besar (16 atau 18) dan berikan cairan garam fisiologis (NS) atau Ringer Laktat (RL) dengan tetesan 125ml/jam. ▪ Segera rujuk ke fasilitas yang mempunyai kemampuan melakukan asuhan kegawatdaruratan obstetrik.
10. Primipara dalam fase aktif persalinan dengan palpasi Leopold 4 kepala janin masih 5/5 (belum masuk pintu atas panggul/PAP)	▪ Baringkan ibu tidur miring ke kiri ▪ Pasang infus berdiameter besar (16 atau 18) dan berikan cairan garam fisiologis (NS) atau Ringer Laktat (RL) dengan tetesan 125ml/jam. ▪ Segera merujuk ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan asuhan kegawatdaruratan obstetrik.
11. Presentasi bukan belakang kepala (letak sungsang, letak lintang)	▪ Baringkan ibu ke sisi kiri ▪ Segera rujuk ke fasilitas yang mempunyai kemampuan melakukan asuhan kegawatan obstetrik.

Penyulit Persalinan	Tindakan
12. Tali pusat menumbung (jika tali pusat masih berdenyut)	▪ Gunakan sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi (DTT), meletakkan satu tangan di vagina untuk menjauhkan kepala janin dari tali pusat janin, gunakan tangan yang lain dan letakkan di abdomen untuk membantu menggeserkan bayi dan menolong bagian terbawah janin agar tidak menekan tali pusatnya (asisten atau keluarga mungkin dapat membantu). ▪ Segera rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mempunyai kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetrik dan penanganan bayi baru lahir. ▪ Dampingi ibu ke tempat rujukan sambil melakukan observasi kondisi ibu juga janin, dan berikan dukungan serta semangat. Atau ▪ Arahkan ibu untuk mengambil posisi bersujud (<i>Kneechest</i>) yaitu posisi bokong ibu lebih tinggi melebihi kepala ibu hingga tiba di tempat rujukan, upaya mengurangi tekanan pada tali pusat. ▪ Rujuk dan dampingi ibu.
13. Terdapat tanda dan gejala syok pada ibu : • Nadi cepat,lemah (>	▪ Baringkan ibu dengan posisi miring ke kiri ▪ Upayakan kedua kaki ibu ditinggikan untuk meningkatkan aliran darah ke

Penyulit Persalinan	Tindakan
110x/menit) • Tekanan darah yang rendah (sistolik < 90 mmHg). • Wajah pucat • Berkeringat berlebihan atau kulit lembab dan dingin • Pernafasan cepat dengan frekuensi >30x/menit. • Cemas, bingung atau tidak sadar.	Jantung. ▪ Pasang infus dengan jarum/advocat ukuran besar (16 atau 18) dengan cairan infus Ringer Laktat (RL) atau Normal Salin (NS). Berikan Infus 1 liter (1000 ml) dalam waktu 15-120 menit, jika mungkin infus 2 liter/jam pertama kemudian turun tetesan menjadi 125 ml/jam. ▪ Segera ibu dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi dan mampu melakukan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetrik dan penanganan kegawatan bayi baru lahir. ▪ Dampingi ibu bersalin ke fasilitas kesehatan rujukan dan berikan dukungan serta semangat.
14. Gejala dan tanda persalinan fase laten memanjang (<i>Prolonge latent phase</i>) : • Pembukaan serviks kurang dari 4 cm setelah 8 jam • Kontraksi teratur (lebih dari 2 dalam 10 menit)	• Baringkan ibu miring ke kiri • Pasang infus dengan jarum/advocat ukuran besar (16 atau 18) dengan cairan infus Ringer Laktat (RL) atau Normal Salin. Berikan Infus 1 liter (1000 ml) dalam waktu 15-120 menit, jika mungkin infus 2 liter/jam pertama kemudian turun tetesan menjadi 125 ml/jam. • Rujuk segera ibu ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan penatalaksanaan

Penyulit Persalinan	Tindakan
	kegawatdaruratan obstetrik dan bayi baru lahir. • Bidan mendampingi ibu ke tempat rujukan dan memberikan dukungan serta semangat.
15. Tanda atau gejala belum inpartu : • kurang dari 2 kontraksi dalam 10 menit, berlangsung kurang dari 20 detik • tidak ada perubahan servik dalam waktu 1-2 jam	▪ Menganjurkan ibu untuk menjaga kondisi dengan tetap minum dan makan ▪ Menganjurkan ibu untuk bergerak bebas dan mencari posisi yang nyaman. ▪ Jika kontraksi uterus berhenti atau tidak ada kemajuan pembukaan servik, evaluasi DJJ. Jika tidak ada tanda-tanda kegawatan darurat pada ibu dan janin, ibu diperbolehkan pulang dengan nasehat untuk: menjaga cukup makan dan minum. ▪ Ibu diberikan KIE : agar datang untuk mendapatkan asuhan jika terjadi peningkatan frekuensi dan lama kontraksi
16. Gejala dan Tanda partus lama, yaitu : • Dilatasi /pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan (garis waspada pada Partograf) • Pembukaan /dilatasi serviks kurang dari 1 cm	▪ Rujuk segera ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu memberikan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetrik dan bayi baru lahir. ▪ Mendampingi ibu ke tempat rujukan (BAKSOKUDA= Bidan, Alat, Kendaraan, Surat, Obat, keluarga,Uang, Donor Darah)

Penyulit Persalinan	Tindakan
per jam. • Kontraksi uterus kurang dari 2 kontraksi dalam 10 menit, durasi < 40 detik.	

Sumber : (JNPK-KR, 2012)

Hasil pengkajian dan pemeriksaan kondisi penyulit pada ibu bersalin terhadap klien, jika didapatkan salah satu atau lebih penyulit maka klien harus di "**RUJUK**" ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap untuk mendapatkan pertolongan lebih lanjut.

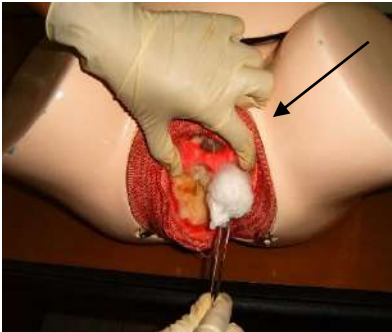
2. Pemeriksaan Dalam (*Vaginal Toucher*) pada Kala I

Untuk mengetahui sejauh mana pembukaan terjadi dan juga kemajuan suatu persalinan klien, kita dapat mengetahuinya dengan Pemeriksaan Dalam (*Vaginal Toucher*). Bidan harus dapat melaksanakan pemeriksaan ini karena Pemeriksaan dalam (VT) ini merupakan proses pemantauan kemajuan proses persalinan. Dalam pemeriksaan ini seorang bidan harus memiliki kompetensi dalam pemeriksaan pembukaan serviks. Apabila seorang bidan tidak kompeten pada saat melakukan pemeriksaan serviks maka akan berakibat fatal dalam menentukan kapan pembukaan lengkap dan proses kelahiran bayi. (Lingen-Stallard, 2009)

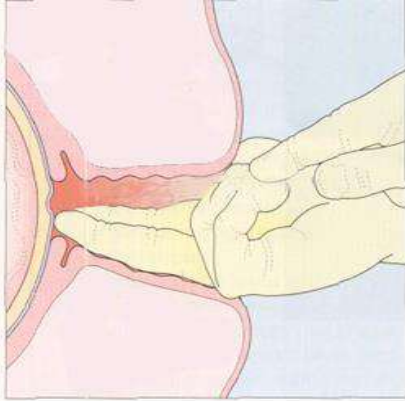
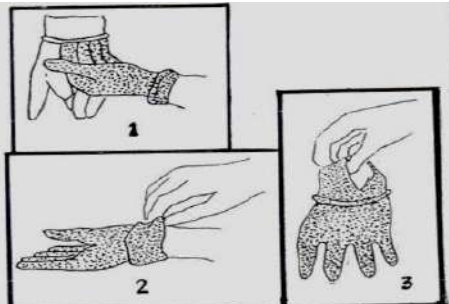
Prosedur Keterampilan Pemeriksaan Dalam (VT) sebagai berikut :

Langkah-Langkah	Key point
1. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan untuk pemeriksaan dalam (VT). 	Alat harus lengkap, mudah dijangkau pada saat mengerjakan.
2. Berikan penjelasan kepada ibu bahwa akan dilakukan pemeriksaan dalam (VT) untuk mengetahui apakah ibu masuk dalam masa persalinan atau belum dan mengetahui kondisi janin. 	Berikan informasi yang jelas dan ramah
3. Atur posisi ibu dalam posisi dorsal recumben yaitu Posisi ibu tidur telentang (kepala lebih tinggi) kedua kaki ditekuk dan	Jaga privasi klien

Langkah-Langkah	Key point
menapak pada tempat tidur. 	
4. Lakukan cuci tangan (7 langkah) dengan sabun dan bilas dengan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk bersih. 	Gunakan cara cuci tang yang efektif.
5. Pakai sarung tangan DTT/ steril 	Perhatikan cara pemakaian saraung tangan yang benar.
6. Bersihkan labia mayora dan labia minora menggunakan kapas DTT (desinfeksi tingkat tinggi) yang dicelupkan ke air DTT	-Lakukan dengan lembut dan hati-hati -bersihkan dari

Langkah-Langkah	Key point
	atas ke bawah -kapas digunakan untuk satu kali pengusapan.
7. Lakukan Inspeksi dan periksa vulva apakah terdapat luka/massa seperti : kondiloma, kondilo matalata, varises vulva/ rektum, luka parut perineum. 	-lakukan dengan hati-hati dan lembut.
8. Pisahkan labia dengan jari telunjuk dan ibu jari tangan kiri. Masukkan jari tengah diikuti oleh jari telunjuk tangan kanan secara perlahan dan hati-hati 	lakukan dengan hati-hati dan lembut.

Langkah-Langkah	Key point
9. Lakukan periksa dalam : Nilai Vagina dengan Palpasi : Periksa pembesaran kelenjar Bartholin, bengkak (massa), cairan yang keluar. Periksa pengeluaran dari Uretha dan Skene.  Periksa Serviks : • Apakah serviks teraba kaku atau lunak • Apakah serviks sudah mendatar atau belum • Apakah bibir servik masih tebal atau tipis • Berapa perkiraan pembukaan serviks (dalam cm dengan jari yang masuk) • Ketuban positif (masih utuh) atau negatif (sudah pecah) • Penurunan kepala (di Hodge berapa atau Stasion berapa), jika presentasi kepala tentukan denomintornya apakah uk/ub (ubun-ubun kecil/ ubun-ubun besar), jika presentasi bokong tentukan	Jangan mengeluarkan jari yang telah masuk dalam vagina sebelum pemeriksaan selesai

Langkah-Langkah	Key point
denominatornya yaitu sakrum. • Tentukan adakah Molase • Apakah teraba bagian-bagian kecil dari janin seperti tangan, kaki atau tali pusat. 	
10. Setelah selesai pemeriksaan, tarik kedua jari, kemudian celupkan sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% lalu lepaskan sarung tangan dengan posisi terbalik dan rendam dalam larutan tersebut. 	Rendam sarung tangan selama 10 menit.

Langkah-Langkah	Key point
	
11. Cuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir dan keringkan. Gunakan cuci tangan efektif dengan 7 langkah. 	Mengeringkan tangan dengan handuk atau tissue secara lembut, hindari menekan terlalu keras agar kandungan sabun tidak hilang.
posisi yang lebih nyaman 	Pastikan ibu merasa rileks dan nyaman
13. Catat dalam catatan status klien	Catat juga pada

Langkah-Langkah	Key point
(rekam medis) dan jelaskan hasil pemeriksaan pada klien serta keluarga.	lembar Partograf (jika persalinan sudah kala I fase aktif)

Sumber : (JNPK-KR, 2014)

7.2.2 Prosedur Keterampilan Dasar Kebidanan Persalinan Kala II (Dua)

Kala II (dua) persalinan dimulai dengan pembukaan serviks hingga 10 cm dan diakhiri dengan lahirnya bayi baru lahir (*neonate*). Setelah pelebaran serviks selesai, janin turun ke dalam saluran vagina (*vaginal canal*) dengan atau tanpa upaya mengejan. Seorang ibu bersalin akan melakukan upaya mengejan jika janin sudah turun dan menekan *fleksus frankenhauser* yaitu daerah rektum atau di Hodge III⁺ atau Hodge IV (ujung os coccygeus) (Cunningham *et al.*, 2014). Keterampilan kebidanan yang perlu dilakukan bidan pada kala II persalinan, yaitu :

1. Mampu mengenali tanda dan gejala kala II (doran-teknus-perjol-vulka). Doran = dorongan meneran/mengejan dirasakan ibu bersama dengan terjadinya his/kontraksi yang teratur dan kuta ; teknus = tekanan anus dan vagina ; perjol = perineum menonjol ; vulka = vulva membuka disertai pengeluaran lendir dan darah.
2. Mampu melakukan pemeriksaan dalam (VT=*vaginal toucher*) untuk memastikan pembukaan serviks sudah lengkap sebagai tanda diawalinya kala II.
3. Mampu melakukan pemantauan janin saat byi belum lahir.
4. Mampu melakukan pertolongan persalinan normal (APN)
5. Mampu melakukan Episiotomi sesuai indikasi
6. Mampu melakukan Amniotomi sesuai indikasi

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) telah merekomendasikan bahwa kala II memanjang (*prolonge second stage*) perlu dipertimbangkan jika ada seorang nulipara melebihi 3 jam jika diberikan anestesi regional atau 2 jam jika tidak diberikan anestesi regional. Pada seorang multipara, kala II

(dua) harus dianggap berkepanjangan jika melebihi 2 jam dengan anestesi regional atau 1 jam tanpa anestesi regional. (Sarah Hagood Milton, 2024).

PEMANTAUAN JANIN

Pada kala I dan II persalinan pemantauan janin tetap perlu dilakukan melalui :

1. Denyut jantung janin (DJJ)

Pada persalinan kala I fase laten pemantauan DJJ dilakukan setiap 1 jam dan hasil pemeriksaan ditulis di lembar observasi atau catatan KMS. Pada kala I fase aktif DJJ di periksa setiap 30 menit dan di catat di lembar Partograf. Pemantauan detak jantung janin (DJJ) harus digunakan untuk menilai status janin. Hasil pemeriksaan Detak jantung janin normal berkisar antara 120-160 kali per menit. Pada kondisi gawat janin, DJJ kurang dari 120 kali per menit atau 160 kali per menit.

2. Pemeriksaan Warna dan adanya air ketuban

Air ketuban (*liquor amnii*) pada saat persalinan sangat berperan untuk melicinkan jalan lahir. Normalnya Ketuban pecah saat pembukaan serviks hampir lengkap, jika ketuban pecah sebelum persalinan disebut dengan ketuban pecah dini (PROM=*premature rupture of the membrane*). Biasanya warna air ketuban adalah bening atau kekuningan. Jika warna air ketuban hijau atau coklat, kondisi tersebut menandakan adanya masalah pada janin selama dalam kandungan oleh karen stres atau hipoksia janin (*foetal distres*). Pemeriksaan sederhana air ketuban yang keluar pada seorang wanita hamil yang datang ke fasilitas kesehatan pertama digunakan kertas lakmus. Jika kertas lakmus berubah menjadi biru berarti cairan yang keluar adalah cairan ketuban dan pemeriksaan selanjutnya dengan inseksi vagina melihat adanya cairan dan lanugo.

3. Molase

Pemantauan adakah Molase kepala janin dilakukan setiap kali melakukan pemeriksaan dalam (VT). Terdapatnya Molase kepala bayi jika teraba bagian sutura tulang tengkorak bayi yang menumpuk. Molase merupakan kompensasi tulang tengkorak kepala bayi terhadap tekanan untuk melewati jalan lahir. Jika panggul ibu sempit tidak bisa dilalui kepala bayi maka Molase akan terjadi. Hasil pemeriksaan molase kapala janin dicatat di Partograf.

KETERAMPILAN DASAR KEBIDANAN MENOLONG MELAHIRKAN (MANUVER TANGAN KALA II)

Setelah memastikan tanda gejala kala II persalinan (Doran-Teknus-Perjol-Vulka) penolong menyiapkan alat (*Partus pack* dan *Heacting pack*) kemudian menyiapkan diri penolong yaitu cuci tangan, memakai celemek/schort dan sarung tangan. Setelah dipastikan pembukaan lengkap dan memeriksa denyut jantung janin, maka pimpin ibu untuk meneran. Berikut adalah langkah langkah MANUVER TANGAN dalam menolong melahirkan(Prawiroharjo, 2014) :

1. Letakkan tangan pada bagian vertek yang terlihat, sambil berhati-hati agar jangan membiarkan jari tangan masuk ke dalam vagina. Lakukan penekanan yang mengendalikan, tetapi tidak menghambat kepala janin keluar dari jalan lahir.
2. Dengan tangan lainnya, topanglah perineum untuk mencegah kepala terdorong keluar terlalu cepat hingga bisa merusak perineum dan mencegah kepala terdorong terlalu cepat keluar yang dapat menimbulkan kerusakan perineum juga. Tangan ditutupi kain/ handuk saat menahan perineum. Letakkan ibu jari dipertengahan dari salah satu sisi perineum. Secara perlahan tekanlah ibu jari dan jari telunjuk ke bawah ke arah satu sama lain untuk mengendalikan peregangan perineum.



Gambar 7.1. Langkah 1 penekanan pengendalian di vertek dan langkah 2 penahan perineum

3. Saat kepala janin terus muncul dan lahir, perhatikan perineum dengan cermat dan hati-hati. Hapuslah mulut bayi secara perlahan dan lembut dengan jari yang dibungkus dengan kain kasa halus.
4. Saat kepala sudah lahir, jari tangan penolong dari salah satu tangan atau kedua jari tangan penolong ke leher bayi untuk memeriksa leher bayi apakah ada lilitan tali pusat sekeliling. Upayakan kepala bayi bisa dilahirkan tanpa penyulit.



Gambar 7.3. Langkah 4 cek Lilitan tali pusat bayi

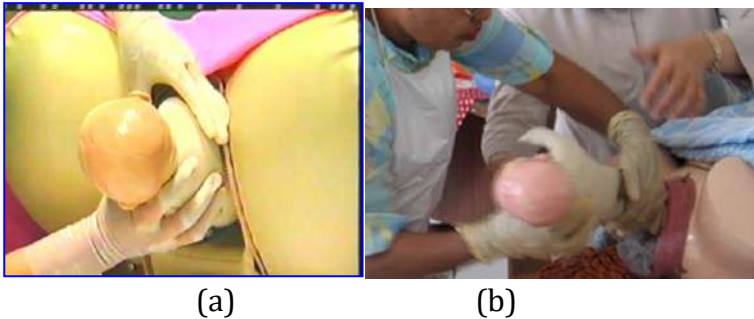
5. Jika terdapat lilitan tali pusat longgar, maka bisa diupayakan agar tali pusat dapat dilepas lewat kepala bayi. Jika tali pusat terlalu ketat tidak bisa dilepas lewat kepala bayi namun tidak terlalu ketat melilit di leher bayi, lepaskan melalui bahu bayi saat bayi lahir.
6. Jika terdapat lilitan tali pusat erat pada leher bayi, maka pasanglah klem tali pusat dengan klem kocher di dua tempat apad tali pusat dengan segera, kemudian digunting dengan gunting tali pusat diantara klem dan melepaskan lilitan tali pusat dari leher bayi. Pastikan ibu mendapat penjelasan tentang apa yang dilakukan penolong dan sebaiknya ibu hanya bernapas pendek saja dan tidak meneran.
7. Tunggulah sampai terjadi rotasi eksternal dari kepala bayi. Setelah kepala bayi berputar menghadap ke paha ibu, letakkan tangan penolong secara Biparietal pada kepala bayi, lalu tarik perlahan ke bawah (curam kebawah) untuk melahirkan bahu anterior (atas), kemudian tarik lagi keatas (curam ke atas) untuk melahirkan baru posterior (bawah).



Gambar 7.3. Langkah 7 melahirkan bahu bayi, tangan diletakkan secara biparietal

8. Pada saat badan bayi dilahirkan, luncurkan tangan atas penolong ke badan bayi dan selipkan jari telunjuk diantara

kaki bayi dan terus ke bawah hingga menggenggam kedua pergelangan kaki bayi.



Gambar 7.4. Langkah melahirkan badan (a) dan tubuh bayi hingga kaki bayi(b)

9. Gerakkan tubuh bayi dalam gerak lengkung yang rata keluar agar supaya kepalanya sekarang ditopang oleh permukaan telapak tangan yang satu lagi. Tangan yang menopang kepala hendaknya lebih rendah dari tubuh bayi. Lihat gambar 3.5



Gambar 7.5. Langkah 9 manuver tangan setelah badan dan kaki bayi lahir seluruhnya

10. Setelah diletakkan di atas perut ibu diatas handuk, eveluasi kondisi bayi dengan APGAR Score 1 menit pertama, keringkan bayi dan evaluasi kembali kondisi bayi 5 menit setelah bayi lahir.



Gambar 7.6. Posisi bayi diletakkan di atas perut ibu setelah lahir

11. Lanjut ke langkah APN 60 langkah yaitu letak – keringkan bayi- jepit potong- ganti- susu.

7.2.3 Prosedur Keterampilan Dasar Kebidanan Persalinan Kala III (Tiga)

Kala tiga di sebut juga kala uri atau kala pengeluaran plasenta dan selaput ketuban setelah bayi lahir. Kala tiga adalah merupakan kelanjutan dari kala I (pembukaan) dan kala II (kala pengeluaran bayi). Dengan demikian berbagai aspek yang akan di hadapi pada kala III (tiga) sangat berkaitan dengan apa yang telah di kerjakan pada tahap-tahap sebelumnya (Bobak, Lowdermilk, 2004).

Kala III tidak kalah penting dengan kala I dan II persalinan. Kurang kompetennya atau kelalaian dalam penatalaksanaan kala III (tiga) dapat mengakibatkan kematian karena perdarahan. Kala III atau kala Uri dimulai sejak bayi lahir sampai plasenta lahir lengkap. Tinggi fundus uteri dan konsistensinya hendaknya dipastikan segera setelah bayi lahir. Selama uterus tetap kencang dan tidak ada perdarahan yang luar biasa, menunggu dengan waspada sampai plasenta terlepas biasa dilakukan. Jika plasenta belum lahir, jangan melakukan masase uterus, tangan hanya diletakkan diatas fundus uteri untuk memastikan bahwa organ tersebut tidak menjadi atonik

dan terisi darah dibelakang plasenta yang telah terlepas. (Cunningham *et al.*, 2014)

Prosedur keterampilan dasar pada persalinan kala III adalah manajemen aktif kala III yang merupakan tindakan aktif untuk melahirkan plasenta dengan segera dan mencegah timbulnya perdarahan. Sebagian kesakitan dan kematian ibu di Indonesia disebabkan oleh perdarahan pasca persalinan, dimana sebagian besar disebabkan oleh atonia uteri dan retensio plasenta.

Manajemen aktif kala III bertujuan untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat memperpendek waktu kala III persalinan dan mengurangi kehilangan darah dibandingkan dengan penatalaksanaan fisiologis.

Prosedur MAK III (Manajemen Aktif Kala III)

Manajemen aktif kala III persalinan terdiri dari 3 (tiga) langkah utama yaitu (JNPK-KR, 2014):

1. Menyuntikkan Oksitosin

- a. Periksa tinggi fundus uteri untuk memastikan bahwa tidak ada janin kedua.

Jangan menyuntikkan Oksitosin sebelum memastikan tidak ada bayi lain karena oksitosin dapat menyebabkan kontraksi uterus yang kuat yang bisa menghentikan suplai oksigen ke bayi di dalam rahim.

- b. Beritahu ibu akan diberikan suntik Oksitosin
Penjelasan tentang prosedur kepada ibu sebelum melakukan penyuntikan merupakan Asuhan sayang ibu.
- c. Menyuntikkan oksitosin 10 iu (IM) dalam waktu 1 menit setelah kelahiran bayi pada bagian luar /lateral paha 1/3 dan memasukkan oksitosin setelah melakukan aspirasi terlebih dahulu untuk memastikan bahwa ujung jarum tidak mengenai pembuluh darah.

1) Oksitosin sebagai uterotonika berfungsi merangsang kontraksi uterus dan mempercepat pelepasan plasenta. Penyuntikan oksitosin di paha karena lebih mudah dilihat dibanding pinggul ketika ibu sedang terlentang dan lebih aman tidak ada bahaya akan mengenai syaraf sciatica.

- 2) *Rangsang puting payudara ibu atau susukan bayi dapat dilakukan jika oksitosin tidak tersedia atau akan menambah pengeluaran hormon oksitosin secara alamiah atau berikan ergometrin 0,2 mg IM*
- 3) *Kontra indikasi ergometrin pada ibu bersalin atau Jangan berikan ergometrin kepada ibu dengan tekanan darah tinggi, preeklampsia, eklampsia, karena hal ini akan meningkatkan risiko terjadinya penyakit serebro-vaskuler*



Gambar 7.7. Penyuntika Oksitosin pada paha bagian lateral.

2. Penegangan Tali Pusat Terkendali (PTT)

- a. Pindahkan klem kocher pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva. Dengan memegang tali pusat dari jarak dekat akan mencegah evulsi tali pusat.
- b. Pantaulah secara terus-menerus tanda-tanda pelepasan plasenta (tali pusat memanjang, semburan darah, bentuknya uterus menjadi globular dan naik di dalam abdomen), letakkan satu tangan secara perlahan di atas abdomen yang dialasi kain untuk meraba apakah sudah ada kontraksi atau perubahan pada uterus, tetapi jangan melakukan masase atau memanipulasi uterus.
- c. Saat uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat dengan tangan kanan sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati ke arah dorsokranial.

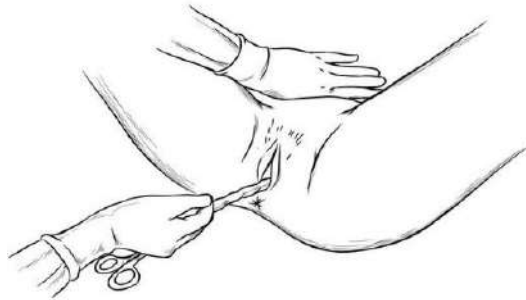
Melakukan penegangan terkendali tali pusat akan membuat bidan dapat melahirkan plasenta dengan aman segera setelah pelepasan plasenta terjadi. Penegangan kearah yang berlawanan diatas simfisis pubis (dorsocranial : dorso= ke

bawah; cranial= ke atas) mencegah inversio uterus pada waktu melahirkan plasenta.

- d. Jika dengan penekanan di atas symphysis pubis dan PTT tali pusat terlihat bertambah panjang dan terasa adanya pelepasan plasenta, minta ibu untuk meneran sedikit sementara tangan kanan menarik tali pusat ke arah bawah kemudian ke atas sesuai dengan kurve jalan lahir hingga
- e. Jika plasenta belum lahir dan tali pusat bertambah panjang maka pindahkan kembali klem kocher hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- f. Dalam waktu 15 menit jika plasenta belum lepas juga, maka lakukan :
 - 1) Berikan kembali suntik Oksitosin 10 intra unit (iu) secara Intra Muskuler (IM) dipaha lateral ibu
 - 2) Lakukan pemeriksaan kandung kemih, dan kateterisasi bila penuh
 - 3) Keluarga diberitahu untuk persiapan merujuk

- g. Lakukan kembali PTT selama 15 menit
- h. Segera rujuk bila setelah mencoba PTT dalam waktu 15 menit kedua plasenta tidak lahir (artinya 30 menit setelah bayi lahir plasenta belum lahir)
- i. Setelah plasenta tampak pada vulva, lahirkan plasenta dengan hati-hati. Bila perlu (terasa ada tahanan), pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput plasenta.

Jika terjadi robek selaput ketuban, klem robekan selaput ketuban tersebut dan tarik keluar secara perlahan atau masukkan jari telunjuk dan jari tengah tangan kanan ke dalam vagina untuk melepaskan selaput ketuban dari mulut rahim.

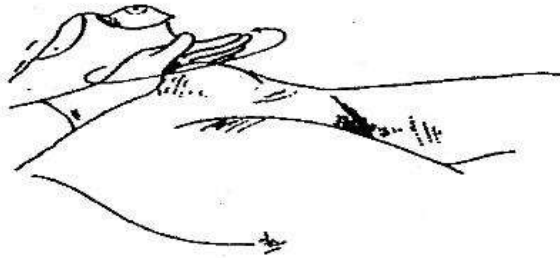


Gambar 7.8. Penegangan Tali Pusat Terkendali (PTT)

3. Masase Uterus

- a. Raksangan taktil pada uterus harus segera dilakukan setelah plasenta lahir. Teknik masase pada fundus uteri yaitu dengan menggosok fundus secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri dilakukan selama 15 detik (15 kali) hingga kontraksi uterus baik (fundus terasa keras). Namun jika dalam waktu 15 detik atau kali dilakukan masase uterus pada fundus uteri, uterus tidak berkontraksi atau lembek dan perdarahan maka didiagnosa Atonia Uteri.

Dengan Kontraksi Uterus diperlukan menjepit pembuluh darah di uterus sehingga mencegah kehilangan darah yang berlebihan.



Gambar 7.7. Rangsangan taktil (pemijatan fundus uteri)

- b. Setelah melakukan masase uterus, periksa plasenta untuk memastikan bahwa kotiledon dan membran sudah lengkap. Setelah selesai plasenta diperiksa, tempatkan plasenta ke dalam kantung plastik atau pot tanah.
- c. *Plasenta jika tidak lengkap bisa menyebabkan perdarahan.*
- d. Lakukan masase uterus dan periksa uterus kembali setelah satu hingga dua menit. Jika uterus masih belum berkontraksi baik, ulangi masase dan ajarkan ibu dan keluarga cara melakukan masase sehingga segera dapat diketahui jika uterus tidak berkontraksi dengan baik. Beritahu ibu jika ada terasa perdarahan dan kontraksi uterus lembek atau tidak ada agar menghubungi bidan atau petugas kesehatan.
- e. Lakukan pemeriksaan kontraksi uterus setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua pascapersalinan. Dokumentasikan hasil pemantaun tersebut pada lembar belakang Partograf dan lembar catatan perkembangan ibu.
- f. Periksa laserasi/robekan di vagina dan perineum, bila ada laserasi/robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, lakukan penjahitan.

PROSEDUR PEMERIKSAAN PLASENTA

Setelah plasenta lahir, selanjutnya plasenta harus diperiksa dengan benar dengan tujuan :

1. Untuk mengetahui apakah plasenta lengkap atau tidak

2. Untuk mengetahui adanya kelainan-kelainan, kelainan bentuk, ukuran maupun warna

Cara memeriksa plasenta adalah dengan inspeksi yang menyeluruh yang dilakukan setelah plasenta dilahirkan. Cara memeriksa plasenta :

1. Scort dipakai, kemudian sarung tangan juga dipakai
2. Plasenta diletakan di tempat yang datar
3. Melihat keadaan selaput Khorion dan selaput Amnion. Melihat bagaimana robekannya, apakah dapat saling menutup dengan rapat. Bila tidak dapat menutup harus diketahui berapa banyak selaput khorion yang masih tertinggal di uterus. Selaput amnion biasanya selalu dikeluarkan dengan lengkap karena selaput amnion terletak di depan khorion.
4. Pada selaput khorion dan amnion diperiksa apakah pembuluh darah ada yang putus. Bila ada yang putus menandakan bahwa darah itu berjalan dari plasenta kea rah lobus yang berada dalam selaput yang disebut *placenta succenturiata*, yaitu salah satu lobus plasenta yang tempatnya terpisah.
5. Pada selaput itu juga diperiksa apakah tidak terjadi *insertion velamentosa*, yaitu tali pusat tidak tertanam pada plasenta tetapi pada selaputnya.
6. Melihat keadaan plasenta yang menghadap dinding uterus (*maternal surface*) :
 - a. Gumpalan darah diangkat dari bagian ini, dikumpulkan lalu diukur berapa banyak.
 - b. Warna plasenta dilihat, yang norms1 adalah merah tua kebiruan. Bila plasenta berwarna pucat kemungkinan adanya *oedemateus*, kelainan plasenta yang disebabkan kurang lancarnya peredaran darah di plasenta.
 - c. Konsistensi plasenta adalah padat, bila tidak terlalu lemas kemungkinan adanya kelainan, kurang lancarnya peredaran darah atau adanya kuman-kuman penyakit
 - d. Melihat apakah kotiledon lengkap dengan menempatkan plasenta ditempat yang rata, bila tidak ada yang ketinggalan kotiledon akan bersatu.

- e. Melihat apakah adanya plasenta *infark*, ialah warna putih-putih pada plasenta yang menandakan adanya jaringan-jaringan yang mati karena kuman-kuman penyakit atau karena tidak mendapatkan makanan
7. Melihat bagian plasenta yang menghadap anak (*fetal surface*) :
 - a. Melihat warnanya, biasanya agak pucat. Permukaan ini lebih licin dan tertanam tali pusat
 - b. Melihat bagaimana insertion tali pusat, apakah di tengah yang disebut *incertio centralis*, ke pinggir sedikit yang disebut *insertion lateralis*, di tepi plasent disebut *insertion marginalis* dan bila tertanam pada selaput disebut *insertion velamentosa*
 - c. Mengukur panjangnya tali pusat dengan pita ukuran, normalnya 0,5-1 m
 - d. Melihat keadaan tali pusat apakah ada kelainan, ada simpul dan lain-lain. Adanya simpul pada tali pusat dapat mengganggu perjalanan darah dari plasenta ke anak, yang dapat menyebabkan anak kekurangan zat asam dan zat makanan.
 - e. Mengukur diameter plasenta, berapa diameternya; yang normal adalah antara 15-20 cm, tebalnya 2,5 cm
8. Menimbang plasenta, yang normal 0,5 kg atau memakai pedoman seperenam dari berat badan anak. Bila plasenta lebih besar kemungkinan adanya aedaineteus. Plasenta besar dapat juga karena anak kembar satu telur, yaitu untuk lebih satu anak, plasenta hanya satu
9. Setelah menimbang plasenta letakkan kembali pada tempat yang telah mempunyai etiket yang bertuliskan: nama ibu, pukul dan tanggal kelahiran serta alamat ibu
10. Membersihkan alat-alat, melepas schort dan sarung tangan, kemudian mencuci tangan.
11. Mencatat hasil pemeriksaan

Setelah plasenta dan selaputnya lahir, bidan harus tetap memantau kondisi ibu dan janinnya. Bidan harus memastikan keadaan ibu dan janin dalam kondisi yang normal.

DAFTAR PUSTAKA

- Bainuan, L. D. *et al.* (2018) 'Sensitivitas, Spesifisitas dan Akurasi Pengukuran Kontraksi Uterus Kala I Fase Aktif Ibu Bersalin Menggunakan Tokodinamometer', *Majalah Kedokteran Bandung*, 50(1), pp. 29–35. doi: 10.15395/mkb.v50n1.1213.
- Bobak, Lowdermilk, J. (2004) *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. 4th edn. Jakarta: EGC.
- Cunningham, F. . *et al.* (2014) *William Obstetrics 24th edition*. Jakarta: EGC.
- JNPK-KR (2012) *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: Jaringan Nasional Pelatihan Klinik-Kesehatan. Reproduksi JNPKR. Available at: <https://www.academia.edu/16299715/Penuntun>.
- JNPK-KR (2014) *Buku Acuan Persalinan Normal*. Jakarta: JNPK-KR.
- Lingen-Stallard, A. (2009) 'Normal Labour and birth', *Journal of Paramedic Practice*, 1(11), pp. 446–453. doi: 10.12968/jpar.2009.1.11.43737.
- Prawiroharjo, S. (2014) *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*. Edited by S. A. Bari. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono.
- Sarah Hagood Milton, M. (2024) *Normal Labour and Delivery*, *Medscape*. Edited by M. Christine Isaacs. Medscape. Available at: <https://emedicine.medscape.com/article/260036-overview?form=fpf#showall>.

BAB 8

Pengenalan Tanda Bahaya pada Masa Persalinan

Oleh Sulastry Pakpahan

8.1 Pendahuluan

Proses persalinan adalah momen yang tak bisa diprediksi, meskipun kesehatan ibu dan janin sudah cukup baik selama masa kehamilan, risiko komplikasi saat persalinan tetaplah dapat mengancam nyawa ibu dan bayinya bahkan menyebabkan kematian. Angka kematian ibu (AKI) masih merupakan masalah yang cukup besar di berbagai negara, terutama di negara berkembang dengan segala faktor risiko yang mempengaruhinya. Menurut *World Health Organization* (WHO) AKI sangat tinggi sekitar 800 wanita meninggal akibat komplikasi terkait kehamilan atau persalinan di seluruh dunia setiap hari. Pada tahun 2020, seorang wanita meninggal setiap 2 menit karena penyebab yang dapat dicegah terkait dengan kehamilan. (WHO, 2023). Mencegah kematian ibu, khususnya saat persalinan telah menjadi perhatian baik secara global dan nasional. Target AKI dalam SDGs adalah untuk mengurangi Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi 70 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. (Kemenkes RI, 2015).

Salah satu faktor risiko kematian ibu dari segi non medik yaitu terbatasnya pengetahuan ibu tentang tanda bahaya persalinan. Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Persalinan dimulai sejak inpartu (uterus berkontraksi) dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis), keluarnya lendir bercampur darah (*bloody show*) dan berakhir dengan lahirnya bayi dan plasenta secara lengkap. Persalinan normal prosesnya terjadi pada usia kehamilan

cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai penyulit. (JNPK-KR, 2017).

Tanda-tanda bahaya pada persalinan diantaranya perdarahan lewat jalan lahir, tali pusat atau tangan janin keluar dari jalan lahir, tidak kuat mengejan, kejang, air ketuban keruh dan berbau, ibu gelisah dan ibu merasakan sakit yg hebat. (Kemenkes RI, 2020). Mengenali tanda bahaya persalinan mulai dari fase pembukaan hingga bayi lahir merupakan salah satu hal yang penting bagi ibu hamil. Selain itu, kondisi medis atau penyakit yang diderita ibu sebelum hamil juga bisa berpengaruh terhadap kemungkinan terjadinya komplikasi, sehingga sangat penting untuk melakukan deteksi dini masalah dan komplikasi kehamilan melalui pemeriksaan kehamilan (*Antenatal care/ ANC*) dan pemeriksaan USG.

8.2 Faktor Risiko Komplikasi Persalinan

Komplikasi persalinan adalah kondisi yang bisa berbahaya untuk ibu dan bayi. Bagi ibu hamil yang sebelumnya sudah menderita penyakit kronis, bisa meningkatkan risiko saat persalinan. Beberapa penyakit ibu yang dapat menjadi faktor risiko persalinan adalah: Diabetes Melitus; Kanker; Tekanan Darah Tinggi ; Tuberculosis Paru; Infeksi Penyakit Menular Seksual; Masalah Ginjal; Epilepsi; Anemia; Malaria; *Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome* (HIV/AIDS); Toksoplasmosis.

Faktor risiko lain yang juga berpengaruh adalah hamil berusia di atas 35 tahun atau terlalu muda, merokok, mengonsumsi obat-obatan terlarang, hamil kembar, riwayat kehamilan yang buruk (pernah keguguran, pernah persalinan premature, lahir mati, dan riwayat persalinan dengan tindakan seperti ekstraksi vakum, ekstraksi forseps, dan operasi sesar), pre-eklamsia, eklamsia, gravida serotinus, kehamilan dengan pendarahan antepartum, kehamilan dengan kelainan letak, kehamilan dengan penyakit ibu yang mempengaruhi kehamilan.

Pencegahan terjadinya kehamilan risiko tinggi, diantaranya :

1. Penyuluhan Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) untuk kehamilan dan persalinan, misalnya gizi ibu hamil, kebersihan, tanda bahaya pada kehamilan dan persalinan, dll
2. Pengawasan Antenatal, untuk mendeteksi secara dini kelainan/penyakit/gangguan yang diderita ibu hamil, melakukan intervensi terhadap kelaianan/penyakit/gangguan pada ibu hamil sedini mungkin serta melakukan rujukan kasus ke fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan sistem rujukan yang ada.

8.3 Tanda Bahaya Pada Persalinan

Tanda bahaya persalinan adalah tanda-tanda yang mengindikasikan adanya bahaya yang dapat terjadi selama proses persalinan, yang apabila tidak terdeteksi bisa menyebabkan kematian ibu dan janin. Tanda bahaya kala I persalinan diantaranya: a. Riwayat sectio caesarea b. Perdarahan pervaginam c. Persalinan kurang bulan (kurang dari 37 minggu) d. Ketuban pecah dini disertai mekonium e. Ketuban pecah lama (>24 jam pada kehamilan <37 minggu) f. Tanda dan gejala infeksi (suhu tubuh >38 C, menggigil, ketuban berbau). g. PEB (tekanan darah >160 mmHg disertai protein urine) h. Makrosomia, gameli, polihidramnion) i. Takikardi (DJJ >180x/menit) dan bradikardi (DJJ 110x/menit), j. malposisi dan malpresentasi k. tali pusat menumbung, l. tanda gejala syok (nadi cepat, lemah >110x/menit), tekanan darah rendah (sistolik <90 mmHg),

Tanda dan gejala persalinan fase laten memanjang (pembukaan serviks <4cm setelah 8 jam dan kontraksi teratur (>2x dalam 10 menit) n. Tanda dan gejala partus lama (pembukaan serviks < 1 cm/jam dan durasi kontraksi <40 detik dalam 10 menit. (Manuaba, 2014)

Menurut Kemenkes RI (2020), tanda bahaya pada persalinan yang perlu diketahui oleh ibu hamil meliputi : 1) Perdarahan lewat jalan lahir 2) Tali pusat atau tangan bayi keluar dari jalan lahir 3) Ibu mengalami kejang 4) Ibu tidak kuat mengejan 5) Air ketuban keruh dan berbau 6) Ibu gelisah atau mengalami kesakitan yang hebat. Jika muncul salah satu tanda bahaya tersebut maka harus segera

dilakukan rujukan persalinan ke Rumah Sakit. Tanda bahaya persalinan dapat dilihat pada gambar berikut ini:



Gambar 8.1. Tanda Bahaya Persalinan
Sumber: (Kemenkes RI, 2020)

8.3.1 Perdarahan

Pendarahan pada persalinan menjadi salah satu penyebab kematian ibu hamil yang paling sering terjadi. Pendarahan ini terjadi akibat komplikasi saat persalinan. Perdarahan postpartum adalah perdarahan pervaginam > 500 cc setelah kala III atau setelah plasenta lahir. Pada kondisi normal, biasanya ibu kehilangan 500 ml darah pada persalinan, sedangkan pada persalinan sectio cesarea (SC) volume darah yang hilang sekitar 1.000 ml.

Perdarahan bisa terjadi setelah plasenta keluar mengingat kontraksi rahim terlalu lemah dan tidak bisa menekan pembuluh darah yang menjadi tempat melekatnya plasenta. Dalam kondisi ini, pembuluh darah yang rusak saat plasenta terlepas tidak mendapat tekanan yang cukup kuat sehingga darah terus mengalir. Konsekuensi yang mungkin terjadi adalah tekanan darah rendah, gagal organ, hingga kematian. Beberapa kondisi dapat meningkatkan risiko ini seperti placenta previa, hipertensi, hingga proses persalinan yang terlalu lama.

Jika terjadi perdarahan berlebih perlu segera mendapat penanganan serius dan transfusi darah. Jika tidak, kondisi ini bisa menyebabkan syok atau bahkan kematian. Perdarahan postpartum dibagi menjadi dua, yaitu perdarahan postpartum primer/dini dan perdarahan postpartum sekunder/lanjut. (Manuaba, 2014)

1. Perdarahan postpartum primer yaitu perdarahan postpartum yang terjadi dalam 24 jam pertama kelahiran. Penyebab utama perdarahan postpartum primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, robekan jalan lahir, dan inversio uteri.
2. Perdarahan postpartum sekunder yaitu perdarahan postpartum yang terjadi setelah 24 jam pertama kelahiran. Perdarahan postpartum sekunder disebabkan oleh infeksi, penyusutan rahim yang tidak baik, atau sisa plasenta yang tertinggal.

Perdarahan postpartum disebabkan oleh banyak factor, termasuk anemia. Penyebab perdarahan postpartum dibagi menjadi empat kelompok utama yaitu: (Aryana, 2018)

1. **Tone (Atonia Uteri);** Atonia uteri menjadi penyebab pertama perdarahan postpartum. Diagnosis ditegakkan bila setelah bayi dan plasenta lahir perdarahan masih ada dan mencapai 500-1000 cc, tinggi fundus uteri masih setinggi pusat atau lebih dengan kontraksi yang lembek. Pencegahan atonia uteri adalah dengan melakukan manajemen aktif kala III dengan sebenar-benarnya dan memberikan misoprostol peroral 2-3 tablet (400-600 mcg) segera setelah bayi lahir

2. **Trauma dan Laserasi**; Perdarahan yang cukup banyak dapat terjadi karena robekan pada saat proses persalinan baik normal maupun dengan tindakan, sehingga inspeksi harus selalu dilakukan sesudah proses persalinan selesai sehingga sumber perdarahan dapat dikendalikan.
3. **Tissue** (Retensio Plasenta); Retensio sebagian atau seluruh plasenta dalam rahim akan mengganggu kontraksi dan retraksi, sinus-sinus darah tetap terbuka, sehingga menimbulkan perdarahan postpartum. Retensio plasenta dapat disebabkan adanya plasenta akreta, perkreta dan inkreta.
4. **Thrombophilia** (Kelainan Perdarahan)
Kegagalan mekanisme pembekuan darah menyebabkan perdarahan yang tidak dapat dihentikan dengan tindakan yang biasanya dipakai untuk mengendalikan perdarahan.

Gejala Klinis Perdarahan Postpartum menimbulkan tanda-tanda syok yaitu penderita pucat, tekanan darah rendah, denyut nadi cepat dan kecil, ekstremitas dingin, dan lain-lain. gambaran klinis dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 8.1. Gambaran Klinis Perdarahan Obstetri

Volume darah yang hilang	Tekanan darah (sistolik)	Tanda dan gejala	Derajat syok
500-1000 mL	Normal	Tidak ditemukan	-
1000-1500 mL	80-100 mmHg	Bradikardi (<100 x per menit), berkeringat, lemah	Ringan
1500-2000 mL	70-80 mmHg	Takikardi (100-120 kali/menit), oliguria, gelisah	Sedang
2000-3000 mL	50-70 mmHg	Takikardi (>120 kali/menit), anuria	Berat

Sumber : (Manuaba, 2014)

Penanganan pasien dengan perdarahan postpartum memiliki dua komponen utama yaitu resusitasi dan pengelolaan

perdarahan obstetri yang mungkin disertai syok hipovolemik dan identifikasi serta pengelolaan penyebab dari perdarahan. Jika perdarahan berlanjut, meskipun penanganan dengan uterotonika dan intervensi konservatif lainnya telah dilakukan, intervensi bedah harus dilakukan tanpa penundaan lebih lanjut

Penyebab perdarahan dan rencana asuhan dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 8.2. Rencana Asuhan Pada Perdarahan Post Partum

Penyebab Perdarahan	Rencana Asuhan
Atonia uteri	1. Lakukan KBI 2. Jika perdarahan belum berhenti, lakukan KBE 3. Jika perdarahan belum berhenti, pasang infus drip oksitosin, lakukan rujukan dan lakukan KBI/KBE/KAA/Pasang Kondom kateter
Retensio plasenta	1. Kaji perdarahan pervaginam 2. Jika ada perdarahan yang cukup banyak menjadi indikasi manual plasenta 3. Jika tidak perdarahan, lakukan rujukan
Robekan jalan lahir	1. Evaluasi robekan jalan lahir 2. Lakukan penjahitan jika robekan derajat 2 3. Rujuk bila robekan mencapai derajat 3 atau 4
Inversio uteri	1. Evaluasi perdarahan dan keadaan umum ibu 2. Rujuk ke RS PONEK dan dampingi proses rujukan
Sisa plasenta	1. Cek kelengkapan plasenta 2. Lakukan eksplorasi digital bila plasenta ditemukan tidak lengkap

Penyebab Perdarahan	Rencana Asuhan
	3. Beri antibiotik setelah tindakan selesai
Ruptur uteri	1. Evaluasi perdarahan dan keadaan umum ibu 2. Rujuk ke RS PONEK dan dampingi proses rujukan

Sumber: (Prawirohardjo, 2016)

8.3.2 Air Ketuban Berubah Warna

Air ketuban mulai terbentuk pada saat beberapa hari setelah terjadi pembuahan setelah kantung ketuban itu terbentuk.. Pada saat kehamilan memasuki usia 10 minggu air ketuban di dalam kandungan juga bercampur dengan urin dari janin. Normalnya air ketuban berwarna bening kekuningan. Namun, ada beberapa kondisi yang menyebabkan air ketuban keruh atau berubah warna.



Gambar 8.2. Bayi dengan air ketuban hijau

Adapun beberapa kondisi yang menyebabkan kondisi tersebut adalah sebagai berikut:

1. Infeksi. Kondisi ini dikenal sebagai Choriomnitis. Pada kondisi ini ibu akan mengeluh demam, nyeri pada perut bawah, peningkatan denyut jantung pada ibu dan janin.
2. Air ketuban berwarna hijau atau kecokelatan. Kondisi ini terjadi saat air ketuban bercampur dengan mekonium yaitu

kotoran atau tinja dari bayi. Kondisi ini dapat disebabkan pada kehamilan tua yang sudah melewati waktu, adanya plasenta yang tertekan, dan pada kondisi kekurangan oksigen sehingga membuat bayi menjadi stres dan menyebabkan mekonium keluar dan bercampur dengan air ketuban.

3. Air ketuban berwarna kuning yang disebabkan oleh bercampurnya bilirubin.
4. Air ketuban berwarna merah jika bercampur dengan darah dari rahim sang ibu.

Bahaya dari air ketuban hijau adalah jika ketuban ini tertelan oleh sang bayi. Salah satu komplikasi dari tertelannya air ketuban hijau adalah adanya *Meconium Aspiration Syndrome (MAS)*. Komplikasi ini muncul beberapa saat setelah kelahiran dan merupakan keadaan gawat darurat pada bayi yang harus segera ditangani. Kondisi ini ditandai dengan adanya beberapa gejala yaitu pernapasan yang cepat, adanya sianosis (biru pada bibir dan wajah bayi), pelebaran dari dada karena penggunaan otot napas tambahan, sulit bernapas. (Jay S. Greenspan, 2020) Namun, jika kondisi ini dapat ditangani segera maka pernapasan sang bayi dapat kembali normal.

Sebagian besar bayi dengan MAS akan mendapatkan perawatan medis di ruang perawatan khusus atau unit perawatan intensif neonatal atau NICU. Jika perlu, akan diberikan bantuan oksigen. Bayi yang mendapat oksigen ekstra namun masih mengalami kesulitan bernapas akan mendapat bantuan dari mesin pernapasan atau ventilator. Sementara itu, bayi dengan MAS parah mungkin memerlukan lebih banyak penanganan tingkat lanjut, seperti: (Edouard S; Manuel S, 2023)

1. Surfactan untuk membantu paru-paru terbuka
2. Oksida nitrat yang dihirup guna menambahkan oksigen agar pembuluh darah terbuka dan meningkatkan pengiriman oksigen
3. Oksigenasi membran ekstrakorporeal menggunakan mesin ECMO dengan pompa yang bekerja seperti jantung, memompa darah dari tubuh melalui paru-paru buatan.

8.3.3 Kejang (Eklampsia)

Ibu hamil bisa mengalami kejang saat proses persalinan dengan tahapan seperti tatapan mata kosong, kewaspadaan menurun, hingga tubuh bergerak tak terkendali. Istilah medis untuk kondisi ini adalah eklampsia. Ini merupakan kondisi lanjutan dari preeklampsia. Ibu hamil bisa mengalaminya meski tidak pernah kejang sebelumnya. Meski penyebabnya belum diketahui, ada beberapa faktor yang diduga memicu preeklampsia dan eklampsia, yaitu: Riwayat preeklampsia pada kehamilan sebelumnya, Hamil di usia <20 tahun atau > 40 tahun; Riwayat penyakit diabetes; penyakit ginjal; anemia sel sabit; obesitas, serta penyakit autoimun, seperti lupus dan sindrom antifosfolipid; Kehamilan kembar; Kehamilan yang sedang dijalani merupakan hasil metode bayi tabung (IVF) . (Rana et al., 2019) Jika tidak ditangani, maka preeklampsia dapat menjadi masalah serius bagi ibu dan janin.

Gejala preeklampsia biasanya ditandai dengan tekanan darah tinggi, proteinuria, atau tanda-tanda kerusakan ginjal maupun organ lainnya. Tekanan darah tinggi termasuk tanda bahaya karena berarti pembuluh darah arteri yang mengalirkan darah dari jantung ke plasenta menjadi lebih sempit. Tak hanya itu, tekanan darah tinggi juga berkaitan dengan risiko komplikasi lain seperti preeklampsia. Kondisi ini membuat ibu hamil rentan melahirkan sebelum hari perkiraan lahir atau prematur. Umumnya, preeklampsia terjadi pada usia kehamilan awal hingga 20 minggu.

Penanganan sejak dini diperlukan untuk mencegah terjadinya eklampsia dan komplikasi. Ibu hamil yang memiliki tekanan darah tinggi selama kehamilan atau sudah terdiagnosis mengalami preeklampsia disarankan untuk lebih sering memeriksakan kehamilannya. Satu-satunya cara untuk menangani eklampsia adalah dengan melahirkan bayi yang dikandung. Pada ibu hamil dengan preeklampsia yang berisiko mengalami eklampsia, akan dilakukan beberapa penanganan, seperti:

1. Memberikan obat pengontrol tekanan darah dan vitamin
2. Menyarankan untuk *bed rest* di rumah sakit atau di rumah dengan pengawasan
3. Memantau kondisi janin dan ibu hamil secara berkala

Pada ibu hamil yang mengalami eklamsia, akan diberikan obat antikejang. Pemberian magnesium sulfat ($MgSO_4$) melalui infus menjadi pilihan pertama untuk menangani kejang pada eklamsia.

Ibu hamil yang mengalami preeklamsia berat atau eklamsia akan dianjurkan untuk menjalani persalinan secepatnya. Namun, bila usia janin belum cukup bulan untuk dilahirkan, akan diberikan suntikan kortikosteroid untuk mempercepat pematangan paru-paru janin. Sedangkan jika eklamsia terjadi pada ibu hamil dengan usia kehamilan 34 minggu atau lebih, dianjurkan persalinan dengan operasi caesar. (Agung Gede Utara hartawan, 2018)

8.3.4 Posisi Bayi Sungsang (Malpresentasi bokong)

Tanda bahaya persalinan adalah ketika bayi keluar dengan posisi kaki lebih dulu daripada kepala, posisi ini dikenal dengan kelahiran sungsang (*footling breech*), yang mana salah satu atau kedua kaki bayi lahir terlebih dahulu sebelum seluruh tubuh janin.

Berdasarkan sikap janin, malpresentasi bokong dapat dibedakan menjadi presentasi bokong murni (*frank breech*), presentasi bokong kaki sempurna (*complete breech*), dan presentasi bokong kaki tidak sempurna (*incomplete breech*). Tipe yang mungkin menjalani persalinan pervaginam adalah *frank breech* dan *complete breech*. persalinan melalui operasi caesar terencana menghasilkan angka kematian perinatal, kematian neonatal, dan morbiditas serius neonatal yang jauh lebih rendah (Gray CJ, 2020)

Sebagian besar bayi yang berada di posisi ini akan dilahirkan dengan cara operasi, terutama jika terjadi gawat janin atau ukuran bayi terlalu besar untuk bisa dikeluarkan melalui jalan lahir. Bayi yang terlilit tali pusar juga bisa menjadi indikasi persalinan operasi (*Cecarea section*). Utamanya jika tali pusar melilit leher bayi, tertekan, menutup jalan lahir atau keluar lebih dulu sebelum bayi.

Mendekati waktu persalinan, kepala janin seharusnya berada di bawah untuk bersiap keluar lewat jalan lahir. Artinya, jika posisi janin justru terbalik atau bahkan melintang, kecil kemungkinan persalinan normal bisa dilakukan. Menolong persalinan sungsang dapat dilakukan secara klasik, Bracht, Muller &

Loveset, sampai sectio sesarea, tergantung dari kondisi ibu dan janin. Tindakan pertolongan persalinan sungsang:

1. **Cara Bracht:** (1) Segera setelah bokong lahir, bokong dicekam secara Bracht (kedua ibu jari penolong sejajar dengan panjang paha, jari-jari yang lain memegang daerah panggul). Sementara langkah ini dilakukan, seorang asisten melakukan perasat Wigand M. Wingkel. (2) Jangan melakukan intervensi, ikuti saja proses keluarnya janin. Bila terdapat hambatan pada tahapan lahir setinggi scapula, bahu atau kepala maka segera lanjut ke metode manual aid yang sesuai.
2. **Cara Muller:** Pengeluaran bahu dan tangan secara Muller dilakukan jika dengan cara Bracht bahu dan tangan tidak bisa lahir. (1) Melahirkan bahu depan terlebih dahulu menarik kedua kaki dengan cara yang sama seperti klasik, ke arah belakang kontra lateral dari letak bahu depan. (2) Setelah bahu dan lengan lahir dilanjutkan langkah yang sama untuk melahirkan bahu dan lengan belakang.
3. **Cara Mauriceau:** Dilakukan bila bayi dilahirkan secara manual aid/ bila dengan Bracht kepala belum lahir (1) Letakkan bayi diatas tangan kiri sehingga badan bayi seolah-olah menunggang kuda (untuk penolong kidal meletakkan bayi di atas tangan kanan). (2) Satu jari penolong dimasukkan di mulut dan dua jari di maksila. (3) Tangan kanan memegang/mencengkam bahu tengkuk bayi. (4) Minta seorang asisten menekan fundus uteri. (5) Bersamaan dengan adanya his, asisten menekan fundus uteri, penolong persalinan melakukan tarikan ke bawah sesuai arah sumbu jalan lahir dibimbing jari yang dimasukkan untuk menekan dagu/mulut.

Ibu hamil dengan posisi janin sungsang atau melintang sebaiknya dilakukan persalinan melalui operasi caesar. Selain kedua posisi tersebut, janin yang terlilit tali pusar juga merupakan tanda bahaya dalam persalinan sehingga sebaiknya dikeluarkan melalui operasi caesar. Memaksakan janin sungsang untuk lahir secara normal (melalui vagina) justru meningkatkan risiko

kepalanya terjepit atau terlilit tali pusar. Komplikasi persalinan sungsang bisa terjadi baik pada ibu maupun pada bayinya apabila pertolongan persalinannya tidak dilakukan dengan benar.

8.3.5 Persalinan lama (*prolonged labor*)

Proses persalinan dimulai ketika ibu hamil mengalami pembukaan serviks sampai bayi berhasil dikeluarkan. Pembukaan serviks dibagi dalam dua tahap, yaitu tahap 1 untuk pembukaan 0–4 yang disebut fase laten dan tahap 2 untuk pembukaan 4–10 yang disebut fase aktif. Normalnya, waktu yang dibutuhkan dari tahap pembukaan 2 sampai bayi keluar adalah 12–24 jam untuk persalinan pertama dan 8–10 jam pada persalinan berikutnya.

Jika persalinan berlangsung lebih lama, ini bisa disebut dengan *prolonged labor* yang menggambarkan adanya abnormalitas persalinan di kala I. Selain menguras tenaga ibu, kondisi ini juga meningkatkan risiko perdarahan postpartum. Persalinan lama penyebab kematian ibu dan bayi baru lahir, partus lama jika tidak ditangani dengan cepat dan tepat akan mengakibatkan ibu mengalami infeksi, kehabisan tenaga sebelum bayi dilahirkan, dehidrasi, kadang dapat terjadi pendarahan postpartum yang dapat menyebabkan kematian ibu, pada janin akan terjadi infeksi, cedera, dan asfiksia yang dapat meningkatkan kematian bayi. (Prawirohardjo, 2016)

Pada primigravida lama persalinan pada kala I mempunyai durasi yang lebih lama dibandingkan dengan multigravida, dimana lama persalinan kala I pada primigravida sekitar 20 jam sedangkan multigravida sekitar 14 jam. Tetapi tidak semua persalinan alamiah akan berakhir sesuai dengan waktu normal. Persalinan yang waktunya tidak normal dikarenakan partus lama, selain itu faktor yang dapat mempengaruhi persalinan menjadi lama yaitu kelainan presentasi, kontraksi yang tidak adekuat, kelainan jalan lahir, kehamilan kembar, dan anemia. (Varney, 2010). Persalinan lama atau partus lama adalah fase laten lebih dari 8 jam. Persalinan telah berlangsung 12 jam atau lebih, bayi belum lahir. Dilatasi serviks di kanan garis waspada persalinan aktif. Untuk waktu normal persalinan kala I fase aktif pada primigravida yaitu <6 jam. (Suwanti, 2016)

Kondisi *prolonged labor* terjadi ketika fase mulai dari pembukaan hingga persalinan berlangsung terlalu lama, yaitu bayi tidak lahir lebih dari 20 jam untuk kehamilan pertama. Sementara untuk kehamilan berikutnya, rentangnya adalah lebih dari 14 jam. Wajar jika persalinan lama terutama di fase pembukaan. Namun apabila *prolonged labor* terjadi pada fase pembukaan aktif, perlu intervensi medis. Penyebab persalinan terlalu lama beragam, mulai dari pembukaan serviks yang lambat, ukuran bayi terlalu besar, kehamilan kembar, serta faktor emosional seperti rasa stres dan takut. Risiko terjadinya partus lama meningkat dengan faktor berupa nuliparitas, analgesik epidural, dan usia ibu lebih dari 35 tahun. (Ängeby *et al.*, 2018)

Partus lama dapat menyebabkan komplikasi pada ibu dan janin. Komplikasi pada ibu meliputi trauma obstetrik dan korioamnionitis, sedangkan komplikasi pada janin meliputi asfiksia neonatorum dan admisi ke ruang rawat intensif.

Partus lama dapat disebabkan oleh abnormalitas pada kekuatan kontraksi (*power*), jalan lahir (*passage*), atau posisi janin (*passenger*). Risiko terjadinya partus lama meningkat dengan faktor berupa nuliparitas, analgesik epidural, dan usia ibu lebih dari 35 tahun. (Ängeby *et al.*, 2018).

Jika terjadi partus lama, ada beberapa tindakan yang dapat dilakukan, seperti induksi atau augmentasi kekuatan kontraksi dengan pemberian oxytocin, tindakan amniotomi, persalinan dengan bantuan penggunaan alat bantu seperti ekstraksi vakum dan forceps dan tindakan operasi jika diperlukan.

8.3.6 Rahim robek (Uterine rupture)

Uterine rupture atau rahim robek merupakan salah satu tanda bahaya pada persalinan. Ruptur uteri adalah kondisi ketika dinding rahim mengalami robekan akibat cedera yang terjadi selama proses persalinan normal.

Dalam kondisi ini, janin berisiko mengalami kekurangan oksigen. Sementara itu, ibu hamil berisiko mengalami perdarahan hebat. Jika rahim ibu tampak robek selama proses persalinan, akan dilakukan operasi untuk mengeluarkan janin. Sementara itu, jika

robekan rahim membuat ibu kehilangan banyak darah, mungkin juga melakukan histerektomi atau pengangkatan rahim.

Risiko terjadi robekan pada rahim atau *uterine rupture* dapat terjadi apabila pernah menjalani persalinan C-section sebelumnya. Ada kemungkinan luka ini terbuka saat persalinan berikutnya. Faktor risiko lainnya adalah: (Savukyne *et al.*, 2020)

1. Memiliki riwayat melahirkan sebanyak lima kali atau lebih.
2. Plasenta menempel terlalu dalam pada dinding rahim.
3. Trauma rahim.
4. Rahim terlalu besar karena kehamilan kembar atau kelebihan cairan ketuban.
5. Mengalami kontraksi terlalu sering dan kuat, baik karena obat-obatan, lepasnya plasenta dari rahim (solusio plasenta) atau kontraksi yang terjadi secara tiba-tiba.
6. Proses persalinan yang memerlukan waktu lama karena ukuran bayi terlalu besar dibandingkan panggul ibu.
7. pemberian induksi juga dapat berpengaruh terhadap kondisi ini.

Gejala ruptur uteri biasanya baru bisa terdeteksi selama proses persalinan. Gejala dapat terjadi pada ibu maupun janin, dan bisa memburuk dengan cepat. Ruptur uteri pada janin berpengaruh pada penurunan denyut jantung (DJJ), melambatnya gerakan janin, fetal distress atau terhentinya gerakan janin. Sedangkan pada ibu gejala ruptur uteri di antaranya sebagai berikut: (Hospitals, 2023)

1. Perdarahan hebat dari vagina.
2. Kontraksi melambat atau bahkan berhenti.
3. Kekuatan otot rahim menghilang.
4. Nyeri perut yang hebat secara tiba-tiba.
5. Nyeri hebat pada area bekas luka operasi rahim.
6. Tekanan darah menurun drastis.
7. Denyut jantung meningkat.
8. Penonjolan di perut bawah dekat tulang kemaluan.
9. Persalinan normal tidak berhasil diselesaikan karena hilangnya kontraksi rahim.

Ruptur uteri adalah kondisi darurat yang perlu ditangani dengan cepat. Jika janin tidak dikeluarkan dalam waktu 10–40 menit, kondisi tersebut dapat menyebabkan janin kekurangan oksigen bahkan kematian. Untuk mengatasinya, akan diutamakan keluarnya bayi melalui prosedur operasi caesar. Untuk menangani perdarahan, dilakukan beberapa tindakan yang sesuai dengan tingkat keparahan ruptur pasien.

Apabila robekan tidak besar, perdarahan uterus bisa dikendalikan, dan tidak ada tanda koagulopati, maka rahim bisa dipertahankan dengan tindakan repair ruptur. Akan tetapi, apabila robekan rahim sudah mengenai broad ligament, serviks, atau paracolpos, dan terjadi perdarahan yang tidak dapat dikontrol, akan dilakukan tindakan histerektomi. Ibu hamil yang mengalami perdarahan hebat akibat ruptur uteri akan membutuhkan transfusi darah untuk menggantikan darah yang hilang. Pemberian antibiotik intravena untuk mencegah infeksi, serta menyarankan pasien mengonsumsi makanan bergizi dan istirahat cukup.

Upaya penting untuk mencegah ruptur uteri adalah melakukan pemeriksaan antenatal secara rutin, terutama jika ibu memiliki riwayat operasi caesar ataupun memiliki beberapa faktor risiko yang sudah dipaparkan sebelumnya.

8.3.7 Plasenta tertahan (Retensio Plasenta)

Plasenta adalah organ yang terbentuk di dalam rahim ketika masa kehamilan dimulai, yang berfungsi sebagai penyedia nutrisi dan oksigen untuk janin, serta sebagai saluran untuk membuang limbah sisa metabolisme dari darah janin. Normalnya, beberapa menit setelah bayi dilahirkan maka plasenta akan keluar dari rahim dengan sendirinya. Namun, pada beberapa kasus terjadi retensio plasenta, yaitu plasenta tidak keluar dari dalam rahim sampai lewat dari 30 menit setelah persalinan.

Plasenta tertahan atau retensio plasenta juga termasuk dalam tanda bahaya persalinan. Kontraksi rahim yang tidak cukup kuat atau kelainan pada plasenta membuat ibu hamil berisiko mengalami retensio plasenta saat melahirkan. Penggunaan oksitosin yang berkepanjangan, paritas tinggi, kelahiran prematur, riwayat operasi rahim, dan konsepsi IVF, selain itu persalinan premature,

riwayat retensi plasenta dan kelainan uterus kongenital juga menjadi faktor risiko terjadinya retensi plasenta. (Perlman and Carusi, 2019)

Kondisi retensi plasenta dapat mengancam nyawa serta menyebabkan komplikasi bagi sang ibu, termasuk infeksi dan perdarahan berlebih. Mengeluarkan plasenta sama pentingnya seperti melahirkan bayi, agar rahim bisa berkontraksi dan perdarahan berhenti. Jika tidak berhasil dikeluarkan, pembuluh darah tempat organ melekat akan terus mengalami perdarahan. Rahim pun tak bisa menutup sempurna sehingga risiko kehilangan darah dalam jumlah banyak bisa berbahaya. Komplikasi lain yang dapat terjadi adalah: Infeksi rahim atau endometritis, Subinvolusi uteri, yaitu kondisi ketika rahim tidak kembali ke ukuran normal setelah melahirkan, Polip plasenta atau tumbuhnya jaringan tidak normal pada plasenta.

Penanganan retensi plasenta bertujuan untuk mengeluarkan plasenta atau sisa jaringan plasenta dari dalam rahim. Tindakan yang dilakukan antara lain:

1. Mengeluarkan plasenta dari rahim secara manual (manual plasenta)
2. Memberikan obat-obatan untuk merangsang rahim berkontraksi dan mengeluarkan plasenta, misalnya oksitosin atau methylergometrine.
3. Jika kondisi ibu bersalin stabil, dianjurkan untuk buang air kecil karena kandung kemih yang penuh dapat mencegah keluarnya plasenta. Selain itu inisiani menyusui dini sangat disarankan karena proses tersebut bisa memicu kontraksi rahim dan membantu plasenta keluar. (Prawirohardjo, 2016)

Jika semua metode di atas tidak berhasil mengeluarkan plasenta dari rahim, maka prosedur bedah sebagai pilihan terakhir. Oleh karena itu ibu hamil disarankan untuk menjalani pemeriksaan kehamilan dengan USG secara berkala. Melalui pemeriksaan ini, dapat diketahui sejak awal jika ibu hamil memiliki faktor risiko yang dapat memicu terjadinya retensi plasenta. Ibu hamil dengan faktor risiko retensio plasenta harus diperiksa sampel laboratorium untuk

pemeriksaan golongan darah dan antibodi saat masuk ke persalinan dan melahirkan, dan rencana persalinan harus dibuat untuk analgesia yang tepat dan persiapan penanganan perdarahan jika ditemukan retensio plasenta. (Cohen *et al.*, 2023). Dengan begitu, retensi plasenta dapat diantisipasi dengan persiapan yang matang untuk persalinan.

8.3.8 Pergerakan janin berkurang

Berkurang atau hilangnya pergerakan janin dapat merupakan suatu tanda gawat janin yang dapat berakhir dengan kematian janin. Karena itu sebaiknya ibu hamil harus mengerti cara menghitung pergerakan janin dalam satu hari, dan segera periksa ke tenaga kesehatan jika merasakan pergerakan janin berkurang.

Pemantauan pergerakan janin harus sudah dimulai sejak awal, yakni sejak ibu merasa pergerakan janinnya, karena ibu sendirilah yang paling tahu dan mungkin mendeteksi gerakan janin setiap hari, dianjurkan untuk memperhatikannya pada malam hari, saat itu janin sedang 'bangun'. Caranya: ibu berbaring (malam hari dan menghitung gerakan janin selama 20 menit. Janin yang sehat akan bergerak >5 kali dalam 20 menit. Apabila ini terjadi, janin ibu akan baik selama 24 jam berikutnya sehingga dengan memantau gerakan janin ibu dapat memprediksi kesehatan janin setidaknya 24 jam ke depan. (Prawirohardjo, 2016)

Di atas usia kehamilan 28 minggu, ibu dapat menghitung gerakan janin dalam 1 jam. Umumnya terdapat 10 gerakan janin (dalam bentuk apa pun) dalam 1 jam. Menjelang persalinan, ukuran janin yang sudah sangat membesar akan semakin mempersempit ruang yang tersisa di dalam rahim. Akibatnya, gerakan janin juga terasa semakin kuat dan kencang.

Sebaliknya, jika janin dalam kandungan kurang atau tidak bergerak sama sekali, hal ini dapat menjadi tanda dari kondisi berbahaya atau adanya gangguan kesehatan pada janin. Beberapa penyebab janin kurang bergerak, antara lain: janin sedang tidur, ibu kurang sensitif terhadap gerakan janin, ibu mengonsumsi obat tidur, faktor stres, faktor gizi ibu hamil, ketuban pecah dini, plasenta terlepas, kekurangan oksigen (hipoksia). Berikut adalah beberapa kondisi yang bisa menyebabkan gawat janin:

1. Gangguan pada plasenta atau ari-ari sehingga menyebabkan pasokan oksigen dan nutrisi pada janin berkurang
2. Kontraksi yang terlalu cepat dan kuat
3. Usia kehamilan lebih dari 42 minggu
4. Hamil pada usia di atas 35 tahun
5. Kehamilan kembar
6. Komplikasi kehamilan, seperti polihidramnion atau oligohidramnion, preeklamsia, dan hipertensi saat hamil
7. Anemia, diabetes, hipertensi, asma, atau hipotiroidisme pada ibu hamil

Jika ibu merasakan gerakan janin menurun, harus segera memeriksakan diri ke petugas kesehatan untuk mendapatkan pemantauan yang lebih akurat dengan cara NST (Non Stress Test). Janin yang didiagnosis mengalami *fetal distress* harus mendapatkan penanganan secepatnya. Tindakan yang dilakukan adalah : (Lakhno and Uzel, 2022)

1. Resusitasi dalam rahim, yaitu memosisikan ibu berbaring miring ke kiri untuk mengurangi tekanan rahim pada pembuluh vena besar yang dapat mengurangi aliran darah ke plasenta dan janin; Menghentikan sementara penggunaan obat-obatan yang dapat meningkatkan kontraksi, seperti obat oksitosin; Menghentikan kontraksi rahim sementara dengan terapi tokolisis; Menambahkan cairan pada rongga cairan ketuban untuk mengurangi tekanan tali pusat, melalui prosedur *amnioinfusion*.
2. Persalinan segera
Persalinan segera dapat menjadi pilihan jika resusitasi dalam rahim tidak dapat mengatasi kondisi gawat janin. Kelahiran perlu diupayakan dalam 30 menit setelah kondisi gawat janin diketahui. Kelahiran bisa diupayakan melalui vagina dengan bantuan vakum atau forceps pada kepala bayi. Jika cara tersebut tidak mungkin dilakukan, maka janin harus dilahirkan melalui operasi caesar.

DAFTAR PUSTAKA

- Agung Gede Utara hartawan, I. G. (2018) 'Eklamsia Help Syndrome Acute Respiratory Distres Syndrome and Pneumonia', *Universitas Udayana*, 1(1), pp. 1–54.
- Ängeby, K. *et al.* (2018) 'Prevalence of Prolonged Latent Phase and Labor Outcomes: Review of Birth Records in a Swedish Population', *Journal of Midwifery and Women's Health*, 63(1), pp. 33–44. doi: 10.1111/jmwh.12704.
- Aryana, M. B. D. (2018) 'Perdarahan Pasca Persalinan', *Divisi Obstetri Ginekologi*, pp. 0–33. Available at: https://simdos.unud.ac.id/uploads/file_penelitian_dir/bf17d68bf6a144e2b721561bfaf63055.pdf.
- Cohen, G. *et al.* (2023) 'Risk factors for retained placenta in a first pregnancy—A clinical trial', *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 163(1), pp. 194–201. doi: 10.1002/ijgo.14800.
- Edouard S; Manuel S (2023) 'Meconium Aspiration', *National Library of MEDicine*. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557425/>.
- Gray CJ, S. M. (2020) *Breech Presentation*. StatPearls Publishing. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448063/>.
- Hospitals, T. M. S. (2023) 'Ruptur Uteri, Komplikasi yang Bisa Terjadi saat Melahirkan', *Siloam International Hospitals*. Available at: <https://www.siloamhospitals.com/informasi-siloam/artikel/apa-itu-ruptur-uteri>.
- Jay S. Greenspan, M. (2020) 'Meconium Aspiration Syndrome (MAS)', *Kids Health Nemours*. Available at: <https://kidshealth.org/en/parents/meconium.html>.
- JNPK-KR (2017) *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Kemenkes RI (2015) 'Kesehatan dalam Kerangka Sustainable Development Goals (SDGs)', *Rakorpop Kementerian Kesehatan RI*, (97), p. 24. Available at: http://www.pusat2.litbang.depkes.go.id/pusat2_v1/wp-content/uploads/2015/12/SDGs-Ditjen-BGKIA.pdf.

- Kemenkes RI (2020) 'Buku KIA Revisi 2020 Lengkap.pdf', *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*, p. 53.
- Lakhno, I. V. and Uzel, K. (2022) 'Diagnosing antenatal fetal distress', *Ginekologia Polska*, 93(1), pp. 54–56. doi: 10.5603/GP.a2021.0100.
- Manuaba (2014) *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB, Ilmu Kebidanan, Penyakit, Kandungan, dan KB*.
- Perlman, N. C. and Carusi, D. A. (2019) 'Retained placenta after vaginal delivery: risk factors and management', *International Journal of Women's Health*, 11, pp. 527–534.
- Prawirohardjo, S. (2016) 'Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo', *Edisi Ke-4. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo*.
- Rana, S. *et al.* (2019) 'Preeclampsia: Pathophysiology, Challenges, and Perspectives', *Circulation Research*, 124(7), pp. 1094–1112. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.118.313276.
- Savukyne, E. *et al.* (2020) 'Symptomatic uterine rupture: A fifteen year review', *Medicina (Lithuania)*, 56(11), pp. 1–7. doi: 10.3390/medicina56110574.
- Suwanti, E. (2016) *Asuhan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir, BPSDMK Kemenkes*.
- Varney, H. (2010) 'Buku Ajaran Asuhan Kebidanan Edisi 4', *Buku Ajaran Kebidanan jakarta : EGC*.
- WHO (2023) *Trends in maternal mortality 2000 to 2020*. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>

BAB 9

DETEKSI DINI PENYULIT KALA III DAN IV

Oleh Elly Sianturi

9.1 Pendahuluan

Kematian ibu merupakan kematian yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan masa nifas, dan secara global merupakan masalah utama kesehatan karena angkanya masih tinggi. Organisasi kesehatan dunia (WHO) mencatat angka kematian ibu di dunia pada tahun 2020 adalah 223 per 100.000 kelahiran hidup. Penyumbang utama kematian ibu berasal dari negara berkembang seperti Afrika Sub-Sahara dan Asia Selatan berkisar 87%. Penyebab utama kematian ibu yakni perdarahan yang hebat, infeksi dan pre-eklampsia (1). Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi 70 per 100.000 kelahiran di tahun 2030 merupakan salah satu target *Sustainable Development Goals* (SDGs).

Salah satu penyebab utama kematian ibu adalah perdarahan, baik perdarahan yang terjadi selama kehamilan oleh sebab abortus yang tidak aman dan plasenta previa, perdarahan yang terjadi selama persalinan oleh karena retensio plasenta, atonia uteri maupun laserasi jalan lahir, sedangkan penyebab perdarahan di masa nifas oleh sebab atonia uteri dan laserasi jalan lahir.

9.2 Penyulit kala III dan IV

Kala III dan IV dikenal merupakan periode yang paling berbahaya. Kala III yang disebut juga sebagai kala uri dimulai setelah bayi lahir hingga plasenta lahir. Ada tiga tanda pelepasan plasenta dari dinding rahim yakni semburan darah secara tiba-tiba, perubahan bentuk uterus menjadi globuler dan tali pusat bertambah panjang. Plasenta terlepas dari tempat implantasi berlangsung 5 sampai 30 menit dan jika plasenta belum lepas dari tempat implantasi dapat mengakibatkan perdarahan postpartum

dan mungkin membutuhkan tindakan manual plasenta untuk mengeluarkannya atau dengan tindakan lainnya.(2). Perdarahan pasca salin didefinisikan sebagai perdarahan yang berlangsung setelah kelahiran bayi dimana volume darah yang hilang ≥ 500 cc (3). Penyebab perdarahan pasca salin antara lain :

9.2.1 Retensio Plasenta

Plasenta umumnya berimplantasi pada lapisan endometrium. Diawal kehamilan, dibawah pengaruh hormon estrogen dan progesteron endometrium bertumbuh menjadi desidua untuk. Pada persalinan normal, umumnya plasenta akan lahir ± 15 menit setelah kelahiran bayi. Retensio plasenta didefinisikan sebagai keadaan dimana plasenta belum lahir setelah 30 menit kelahiran bayi. Penyulit ini menyebabkan perdarahan yang banyak serta infeksi, dan jika tidak ditangani dengan baik dapat mengakibatkan kematian ibu (4). Retensio plasenta terjadi akibat inertia uteri atau kelainan implantasi pada korpus uteri dan dibagi menjadi :

1. Plasenta adhesive : retensio plasenta ini terjadi karena kontraksi uterus tidak adekuat untuk pelepasan (separasi) plasenta dari dinding uterus. kondisi ini dipicu atonia uteri atau kelelahan ibu. Jenis ini paling umum terjadi.
2. Plasenta akreta : kondisi ini terjadi karena perlekatan terlalu dalam jaringan plasenta pada dinding uterus, namun belum mencapai myometrium. Kondisi ini dapat ditangani dengan tindakan manual plasenta.
3. Plasenta inkreta : pada jenis ini plasenta tertanam lebih dalam hingga mencapai lapisan miometrium. Jenis ini menyumbang 15% dari keseluruhan kasus retensio plasenta.
4. Plasenta perkreta : implantasi plasenta telah melewati lapisan myometrium bahkan dapat mengenai organ lain seperti kandung kemih atau usus. Prevalensinya berkisar 5% kasus. .
5. Plasenta inkarserata : keadaan dimana plasenta yang telah terlepas tertahan dalam kavum uteri oleh karena serviks uteri tertutup sebelum plasenta lahir (5).

Berbagai penelitian dilakukan untuk mencari praktek terbaik dalam penanganan retensio plasenta dalam upaya mengurangi morbiditas dan mortalitas akibat perdarahan. Penelitian yang dilakukan oleh Arda (2012) tentang perbandingan pengaruh oksitosin profilaksis secara intravena umbilikal dan intramuskular terhadap lama lahir plasenta dan jumlah perdarahan pasca salin menunjukkan hasil bahwa oksitosin yang diberikan intravena umbilikal mengurangi perdarahan kala III dan IV serta mempercepat pelepasan plasenta jika dibandingkan dengan pemberian intramuskular (6). Berbeda dari hasil penelitian ini, Kumar (2021) menyatakan injeksi oksitosin melalui vena umbilikal tidak terlalu efektif pada penanganan retensio plasenta jika dibandingkan dengan pemberian injeksi prostaglandin melalui vena umbilikal, namun hasil penelitian ini masih memerlukan penelitian lebih lanjut (7). Namun demikian, WHO merekomendasikan penanganan retensio plasenta dengan pemberian injeksi oksitosin melalui vena umbilikal/ Umbilical Vein Injection (UVI) (8). Berikut ini penanganan perdarahan postpartum dengan penyebab retensio plasenta (9) :

1. Berikan 20-40 unit oksitosin dalam 1000 ml larutan NaCl 0,9% atau Ringer Laktat dengan kecepatan 60 tetes/ menit dan 10 unit IM. Lanjutkan oksitosin 20 IU dalam 1000 ml larutan NaCl 0,9% Ringer Laktat dengan kecepatan 40 tetes/ menit hingga perdarahan berhenti.
2. Melaksanakan traksi tali pusat terkendali.
3. Melakukan manual plasenta jika PTT tidak berhasil.
4. Berikan Ampisilin 2 g IV dan Metronidazol 500 mg/IV.
5. Jika perdarahan hebat atau terjadi infeksi, rujuk ke fasilitas yang lebih lengkap

9.2.2 Atonia uteri

Merupakan komplikasi serius yang menjadi penyebab utama perdarahan postpartum. Perdarahan postpartum merupakan salah satu dari lima penyebab kematian di masa nifas (10). Perdarahan terjadi akibat lapisan miometrium gagal berkontraksi secara adekuat, sehingga arteri spiralis yang

melintas diantara serat-serat otot miometrium terbuka yang menyebabkan perdarahan yang hebat, kesakitan bahkan kematian ibu. Atonia uteri merupakan penyebab utama perdarahan postpartum. Arteri spiralis bergantung pada kekuatan mekanis kontraksi myometrium untuk menjepitnya, sehingga perdarahan dapat terhenti (11). Beberapa komplikasi yang terjadi pada kala III dan IV diakibatkan oleh kondisi atonia uteri. Miometrium yang tidak berkontraksi atau berkontraksi dengan lemah menyebabkan tertahannya jaringan konsepsi seperti plasenta. Beberapa kondisi penyebab atonia uteri :

1. Persalinan yang lama atau persalinan yang sulit
2. Polyhidramnion (oleh sebab peregangan uterus yang maksimal)
3. Kehamilan ganda (oleh sebab peregangan uterus yang maksimal).
4. Anemia dan malnutrisi (menyebabkan kekurangan oksigen/ glukosa dan zat penting lainnya)
5. Grande multipara (uterus “lelah” dan jaringan parut)
6. Induksi dan augmentasi persalinan pada kasus his yang tidak adekuat
7. Penggunaan obat-obatan yang menyebabkan relaksasi myometrium (termasuk anestesi/ halothane).
8. Perdarahan antepartum (banyak kehilangan darah).
9. Plasenta previa.
10. Abruptio plasenta (kerusakan otot rahim).
11. Persalinan presipitatus.
12. Riwayat perdarahan postpartum yang lalu
13. Ibu hamil dengan indeks massa tubuh ≥ 40 .

Berdasarkan faktor resiko, dibagi menjadi dua yakni faktor resiko sedang dimana ibu memiliki satu faktor resiko dan resiko tinggi jika ibu memiliki dua atau lebih faktor resiko.

Komplikasi atonia uteri dapat dideteksi sejak kehamilan, di masa persalinan dan pasca salin. Faktor resiko atonia uteri pada persalinan dan nifas dapat dicegah selama kehamilan dengan memastikan kecukupan kadar haemoglobin. Hemoglobin mengikat oksigen yang ditransportasikan

keseluruh jaringan sel khususnya lapisan miometrium untuk kontraksi rahim. Kondisi anemia memperburuk kontraksi miometrium dan menyebabkan disfungsi seluler. Frass (2015) menunjukkan ada hubungan antara kejadian anemia dengan tindakan histerektomi oleh penyebab atonia uteri (12).

Penanganan ibu hamil dengan anemia dilakukan dengan pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan, memenuhi kebutuhan nutrisi yang cukup dan melakukan konseling gizi seimbang yang dibutuhkan ibu hamil.

Pencegahan atonia uteri pada persalinan dilakukan dengan pengawasan ketat selama kala I dan II dengan menggunakan partograf. Dokumentasi pengawasan kala I memberikan gambaran lama kala I dan intensitas kontraksi uterus. Persalinan yang telah melewati garis waspada mengindikasikan lama persalinan kala I telah melewati rata-rata lama persalinan kala I, dimana pada ibu primigravida selama 12 jam dan pada ibu multigravida berlangsung 8 jam.

Bidan dapat mengenali tanda dan gejala atonia uteri berdasarkan tanda dan gejala seperti keluar darah yang banyak setelah persalinan. Kondisi ini menyebabkan tekanan darah menurun yang berdampak pada peningkatan frekuensi jantung. Sebagian pasien dapat merasakan nyeri khususnya pada punggung bagian bawah dan bagian akral terasa dingin.

Diagnosa atonia uteri dapat ditegakkan melalui pemeriksaan kontraksi dengan melakukan palpasi uterus. Penolong persalinan meletakkan tangan diatas perut ibu, dan terasa lebih besar dan lembek. Tinggi fundus uteri berada diatas pusat. Kavum uteri terisi penuh oleh darah yang keluar melalui vagina. Pemeriksaan USG oleh dokter dapat mengkonfirmasi diagnosa atonia uteri. Gambaran USG menunjukkan warna yang terang yang berhubungan dengan sisa bagian plasenta yang masih tertinggal.

Pencegahan dan tatalaksana awal perdarahan postpartum dengan penyebab atonia uteri dengan Manajemen Aktif Kala III (MAK III). Pemberian oksitosin untuk meningkatkan kontraksi rahim dan mempercepat pelepasan plasenta, Peregangannya Tali pusat Terkendali (PTT) untuk mendeteksi pelepasan plasenta dari dinding

uterus serta masase fundus uteri segera setelah plasenta lahir dapat meningkatkan kontraksi rahim dan mendorong sisa darah dari kavum uteri.

Federation International Gynecology and Obstetric (FIGO) berdasarkan berdasarkan bukti-bukti literature di tahun 2022 merekomendasikan pencegahan dan penanganan perdarahan postpartum sebagai berikut :

A. Rekomendasi Pencegahan Perdarahan Postpartum :

1. Pemberian oksitosin 10 IU secara IM segera setelah bayi lahir baik pada persalinan pervaginam maupun persalinan sectio saecaria. Oksitosin yang digunakan sebaiknya disimpan pada rantai dingin oksitosin.
2. Jika tidak tersedia oksitosin atau kualitas oksitosin tidak dapat dijamin, gunakan ergometrin/methylegometrin 200 µ secara IM/IV (pastikan tidak hipertensi) atau misoprostol oral (400-600 µg peroral) atau carbetocin 100 µg IM/IV)
3. Kombinasi antara ergometrin dan oksitosin atau misoprostol dan oksitosin lebih efektif mencegah perdarahan postpartum.
4. Jika tidak ada penolong persalinan yang terlatih dalam pemberian injeksi uterotonika atau tidak tersedia oksitosin, dapat diberikan misoprostol 400-600 µg peroral untuk pencegahan perdarahan postpartum.
5. Jika tidak ada penolong persalinan terlatih, dilarang untuk melakukan Peregangannya Tali pusat Terkendali (PTT).
6. Masase uterus lanjutan tidak dianjurkan sebagai intervensi pencegahan perdarahan postpartum pada wanita yang mendapatkan oksitosin profilaksis.
7. Penilaian kontraksi uterus melalui palpasi abdomen pada ibu post partum sebagai deteksi atonia uteri direkomendasikan pada setiap wanita.
8. Pemberian oksitosin (IM dan IV) serta PTT direkomendasikan sebagai metode melahirkan plasenta sebagai upaya pencegahan perdarahan postpartum pada persalinan seksio sesaria.

B. Rekomendasi Penanganan Perdarahan Postpartum :

1. Pemberian oksitosin secara IV merupakan uterotonika lini pertama untuk penanganan perdarahan postpartum.
2. Jika oksitosin intravena tidak tersedia atau jika perdarahan tidak bereaksi terhadap pemberian oksitosin, direkomendasikan penggunaan ergometrin intramuscular dan misoprostol sublingual 800 µg.
3. Cairan kristaloid lebih efektif dibandingkan jenis koloid untuk langkah awal resusitasi pada wanita dengan perdarahan postpartum.
4. Masase uterus direkomendasikan pada penanganan perdarahan postpartum.
5. Kompresi bimanual dan kompresi aorta abdominal untuk penanganan perdarahan postpartum dengan penyebab atonia uteri pasca persalinan pervaginam direkomendasikan sebelum mendapatkan penangan lanjut.
6. Penggunaan balon kateter sebagai tampon direkomendasikan sebagai tehnik non-invasif yang efektif (pastikan tidak ada sisa konsepsi dalam kavum uteri).
7. Penanganan prioritas bertujuan menghentikan perdarahan sebelum pasien mengalami masalah koagulasi dan kerusakan organ. Langkah awal dengan penanganan konsevatif, namun jika tidak berhasil rujuk untuk tindakan invasif (13).

Penanganan perdarahan postpartum bertujuan untuk memperbaiki volume intravaskular dengan cepat, memperbaiki koagulapati dan mengatasi penyebab utama perdarahan. Tatalaksana atonia uteri dilakukan dengan kompresi bimanual internal (KBI), kompresi bimanual eksternal (KBE) dan pada kasus yang lebih berat dilakukan dengan kompresi aorta abdominal melalui penekanan tulang belakang menggunakan kepalan tangan pada area perut diatas umbilikus.

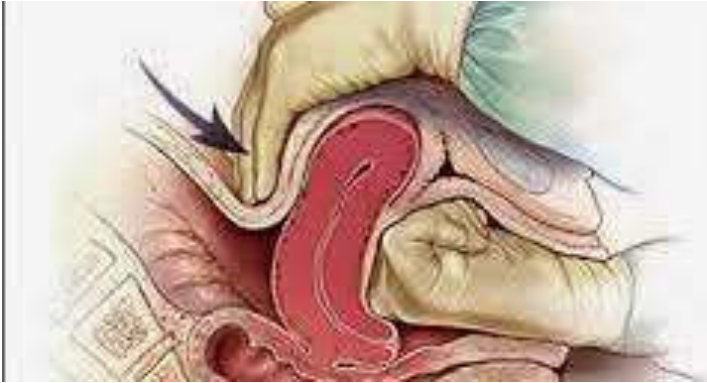
Adapun manajemen penatalaksanaan perdarahan postpartum dengan penyebab atonia uteri (9) :

1. Masase fundus uteri
2. Pastikan kelengkapan jaringan plasenta
3. Berikan 20-40 IU oksitosin dalam 1000 ml larutan NaCl 0,9% atau Ringer Laktat dengan kecepatan 60 tetes/ menit dan 10 IU melalui intramuscular.
4. Dosis pemeliharaan 20 IU dalam 1000 ml NaCl 0,9% atau RL dengan kecepatan 40 tetes/ menit hingga perdarahan berhenti.
5. Jika oksitosin tidak tersedia atau bila perdarahan masih berlangsung, berikan ergometrin 0,2 mg IM atau IV secara perlahan setiap 4 jam jika diperlukan. Hindari pemberian berlebih (5 dosis atau 1 mg).

CATATAN :

- Ergometrin tidak sesuai diberikan pada ibu yang mengalami hipertensi berat/ tidak terkontrol, penderita jantung serta penyakit pembuluh darah tepi.
- Hindari pemberian larutan intravena + oksitosin lebih dari 3 liter

6. Jika perdarahan masih berlangsung, berikan 1 g asam traneksamat IV (bolus selama 1 menit) dan dapat diulang setelah 30 menit.
7. Pasang kondom kateter atau lakukan kompresi bimanual internal selama 5 menit.
8. Jika kasus berlangsung pada tempat pelayanan kesehatan tingkat dasar, rujuk segera untuk penanganan operatif.
9. Jika kontraksi uterus belum membaik, pada rumah sakit rujukan, dilakukan operatif dimulai dari yang konservatif.



Kompresi Bimanual Internal

9.2.3 Laserasi jalan lahir

Laserasi jalan lahir atau yang lebih dikenal dengan istilah ruptur perineal merupakan terputusnya kontinuitas jaringan jalan lahir akibat proses persalinan pervaginam. Ruptur dapat terjadi mengenai kulit perineum, selaput/ mukosa vagina, otot perineal bahkan hingga mukosa anus. Rupture terjadi baik secara alamiah (spontan) maupun karena buatan (episiotomi) menggunakan instrumen bertujuan untuk memperlebar jalan lahir agar persalinan lancar.

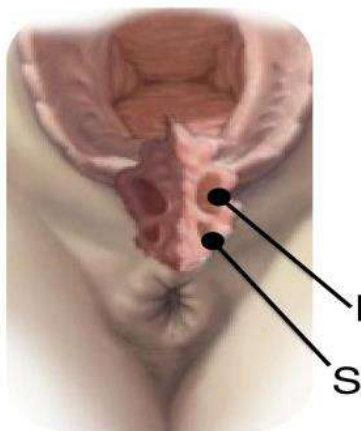
Derajat laserasi perineum didasarkan pada batas jaringan yang robek dan dibagi menjadi :

1. Derajat 1 : terjadinya luka cenderung kecil dan hanya pada area kulit dan mukosa vagina. Laserasi derajat 1 umumnya tidak memerlukan jahitan, namun jika perlu hanya memerlukan 1-2 jahitan.
2. Derajat 2 : ditandai dengan terjadinya ruptur mengenai kulit dan otot perineum. Untuk mencegah infeksi, dan mempercepat penyembuhan, laserasi ini membutuhkan jahitan.
3. Derajat 3 : laserasi telah mengenai lapisan vagina, bahkan hingga pada spinkter anus. Penjahitan laserasi dilakukan oleh dokter, dan jika persalinan berlangsung di fasyankes tingkat pertama lakukan rujukan pada pasien dengan laserasi derajat 3.

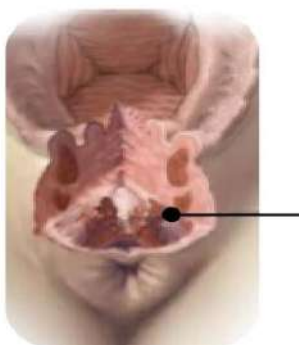
4. Derajat 4 : laserasi memanjang hingga mencapai mukosa rectum. Meskipun kasus ini jarang terjadi, namun dapat dijumpai pada persalinan dengan distosia bahu, penggunaan vakum ekstraktor selama persalinan.



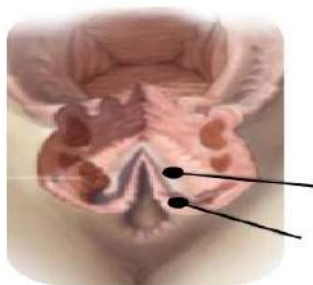
Laserasi derajat 1
hanya mengenai kulit
perineum



Laserasi derajat 2
Mengenai kulit dan
otot perineum



Laserasi derjat 3
mengenai otot
perineum hingga
spingter anus



Laserasi derajat 4
Mengenai spingter
anus dan mukosa
rektum

Sumber : <https://go.roshreview.com/obgyn>

Beberapa faktor dikaitkan dengan terjadinya ruptura perineum, antara lain :

1. Persalinan bantuan menggunakan vakum ekstraksi dan forceps ekstraksi.
2. Persalinan primipara
3. Riwayat persalinan sebelumnya dengan laserasi perineum.
4. Persalinan lama atau ibu mengejan dalam waktu yang lama.
5. Taksiran berat janin diatas 3500 gram
6. Jaringan perineum ibu yang lebih pendek
7. Presentasi kepala oksiput posterior.
8. Perineum kaku.

Upaya pencegahan laserasi perineum dapat dilakukan baik oleh ibu maupun oleh bidan sebagai penolong persalinan. Selama kehamilan ibu dapat melakukan olah raga secara rutin untuk meningkatkan kekuatan otot panggul serta otot disekitar jalan lahir, hal ini mampu mengurangi resiko ruptura perineum. Selain itu, pijat perineum yang dilakukan oleh tenaga medis atau oleh pasangan dan latihan bimbingan meneran oleh tenaga medis di masa trimester akhir dapat meningkatkan elastisitas jaringan perineum. Dimasa persalinan, upaya pencegahan laserasi perineum dapat dilakukan baik oleh ibu maupun oleh bidan selaku penolong persalinan. Bidan dapat mengompres area perineum dengan air hangat untuk menjaga elastisitas kulit serta otot perineum. Pilihan posisi mengejan seperti duduk dan berdiri mengurangi resiko rupture perineum. Tehnik mengejan yang sudah dilatih diakhir kehamilan dapat diulang kembali oleh ibu bersalin, waktu yang tepat untuk mengejan adalah saat ibu sudah merasakan dorongan yang kuat untuk meneran.

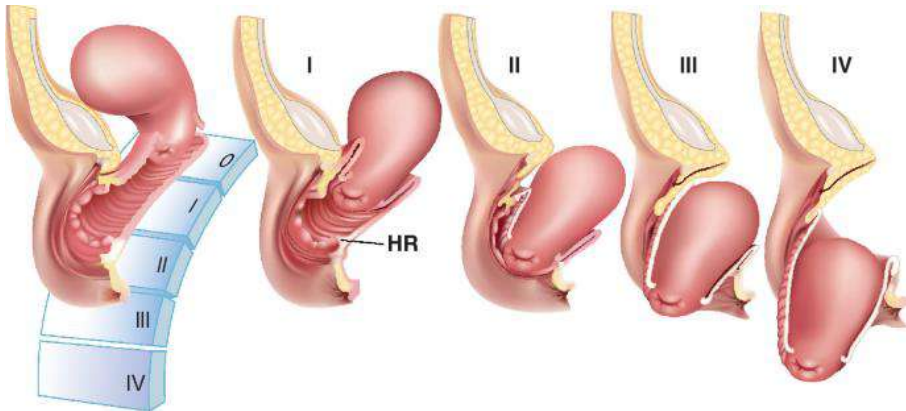
9.2.4 Inversio uteri

Merupakan satu keadaan dimana rahim terbalik akibat fundus kolaps sehingga sebagian atau seluruh jaringan keluar melalui lubang vagina. Komplikasi ini jarang terjadi namun cukup serius yang dapat menyebabkan kesakitan yang hebat bahkan kematian.

Etiologi inversio uteri akibat penarikan tali pusat yang terlalu kuat, sehingga bagian fundus yang merupakan tempat implantasi plasenta ikut tertarik keluar, selain itu dorongan pada fundus saat uterus mengalami relaksasi. Faktor lain yang diduga berhubungan dengan kejadian inversio uteri adalah persalinan presipitatus, peregangan uterus yang berlebihan akibat kehamilan ganda atau polihidramnion, plasenta yang berimplantasi terlalu dalam, tindakan manual plasenta, tali pusat yang terlalu pendek, penggunaan obata-obatan relaksasi uterus dan riwayat persalinan yang lalu dengan inversio uteri.

Derajat inversio uteri dibagi menjadi :

1. Inkomplit : dimana fundus terbalik namun tidak mencapai ostium internum.
2. Complete : keadaan uterus terbalik dimana fundus keluar melalui ostioum uteri internum.
3. Prolaps uteri : dimana fundus sudah terlihat di orificium vagina
4. Total inversion : uterus dan vagina menonjol keluar, kasus ini lebih dimungkinkan oleh karena kanker, bukan akibat persalinan.(14)



Derajat Inversio Uteri

Sumber : <http://link.springer.com>

Deteksi dini inversio uteri dapat diketahui bidan dengan melihat tanda dan gejala, sesuai dengan derajat prolaps uteri, antara lain :

1. Nyeri hebat pada area perut bagian bawah
2. Perdarahan pervaginam
3. Tekanan darah menurun
4. Teraba tonjolan di area vagina
5. Sakit kepala disertai pusing
6. Nadi lemah, bagian akral teraba dingin.
7. Mengantuk atau lelah

Ada tiga hal yang dapat menjelaskan patofisiologi inversio uteri yakni tarikan pada bagian fundus yang kuat, serviks yang melebar atau menjorok kedepan menyebabkan sebagian dinding rahim turun kedalam kanalis servikalis serta relaksasi sebagian dinding rahim menyebabkan inversio uteri.(15)

Diagnosis inversio uteri dapat diduga atau ditegakkan saat palpasi abdominal tidak teraba fundus, dengan pemeriksaan bimanual dimana fundus uteri teraba di segmen bawah uterus. Jika hasil pemeriksaan klinis meragukan, dapat dikonfirmasi dengan pemeriksaan ultrasonografi.

Saat diagnosa inversio uteri ditegakkan, penanganan segera yang bertujuan menghentikan perdarahan dan stabilisasi hemodinamik harus dilakukan. Penanganan yang terlambat menyebabkan resiko kematian ibu meningkat. Jika inversio uteri berlangsung pada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat dasar, segera rujuk ibu ke fasilitas yang lebih lengkap sambil tetap melakukan perbaikan keadaan umum ibu. Jika inversion uteri berlangsung di tempat fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih lengkap, tindakan segera berikut ini harus dilakukan :

1. Segera minta pertolongan, dan hubungi bagian anestesi.
2. Stabilisasi keadaan umum ibu dengan pemberian cairan kristaloid menggunakan vena kateter ukuran besar untuk mengatasi hypovolemia
3. Jika inversio uteri dengan plasenta yang telah terlepas dan baru saja terjadi dapat ditangani dengan mendorong fundus

uteri secara manual menggunakan jari dan telapak tangan searah sumbu vagina.

4. Jika penanganan tidak segera dilakukan, akan mempersulit penanganan dan meningkatkan resiko perdarahan.
5. Jika plasenta belum terlepas, tunda evakuasi jaringan plasenta sebelum cairan terpasang dan pemberian anestesi yang memberikan efek relaksasi uterus.
6. Pemberian tokolitik magnesium sulfat atau beta mimetic dan nitrogliserin terbukti untuk relaksasi dan reposisi uterus
7. Setelah plasenta keluar, dorong fundus yang terbalik menggunakan kepalan tangan, atau dengan cara dua jari direntangkan dengan kaku untuk mendorong bagian tengah fundus keatas. Hindari mendorong secara kuat, agar tidak terjadi perforasi.
8. Berikan uterotonika untuk meningkatkan kontraksi, mencegah inversio yang berulang.

DAFTAR PUSTAKA

- WHO, 2018. Maternal Mortality
- J H, H M. Stages of Labor - StatPearls - NCBI Bookshelf [Internet]. Ncbi. 2021. p. 1–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544290/>
- Perdarahan Pascapersalinan Akut - StatPearls - Rak Buku NCBI.
- Perlman NC, Carusi DA. Retained placenta after vaginal delivery: Risk factors and management. Vol. 11, International Journal of Women's Health. 2019. p. 527–34.
- Medeiros F. Pathology Outlines - Placenta accreta, increta and percreta [Internet]. Pathology Outlines. 2021. Available from: <https://www.pathologyoutlines.com/topic/placentaplacentaaccreta.html>
- Arda M.Z. Perbandingan Pengaruh Oksitosin Profilaksis secara Intravena Umbilikal dan Intramuskuler terhadap Lama Lahir Plasenta dan Perdarahan Paskasalin [Internet]. 2012. Available from: <http://etd.repository.ugm.ac.id/penelitian/detail/55159>
- N, Kumar J s. Umbilical vein injection for management of retained placenta (Review). 2021.
- World Health Organization. WHO Recommendation on Umbilical Vein Injection of Oxytocin for the Treatment of Retained Placenta [Internet]. Vol. 1, WHO Library. 2020. 25–37 p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013940>
- Kemenkes RI. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan. 2013.
- Koutras A, Fasoulakis Z, Syllaios A, Garmpis N, Diakosavvas M, Pagkalos A, et al. Physiology and pathology of contractility of the myometrium. In Vivo (Brooklyn). 2021;35(3):1401–8.
- Armata, Nikol N, Singh, A HA. Uterine Atony_ What Is It, Risk Factors, Treatment, and More _ Osmosis.
- Frass KA. Postpartum hemorrhage is related to the hemoglobin levels at labor: Observational study. Alexandria J Med [Internet]. 2015;51(4):333–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajme.2014.12.002>

- Escobar MF, Nassar AH, Theron G, Barnea ER, Nicholson W, Ramasauskaite D, et al. FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022. *Int J Gynecol Obstet.* 2022;157(S1):3–50.
- Macones G, Berghella V, Barss V. Puerperal uterine inversion - UpToDate [Internet]. UpToDate. 2023. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/puerperal-uterine-inversion#H13>
- Monika T, Angesh T. Uterine Inversion - StatPearls - NCBI Bookshelf. StatPearls. 2023. p. 22–3.

BAB 10

ADAPTASI BAYI SEGERA SETELAH LAHIR

Oleh Dewi Candra Resmi

10.1 Pendahuluan

Neonatus sama artinya dengan bayi baru lahir berusia 0 hingga 28 hari. Setelah dilahirkan bayi membutuhkan penyesuaian dengan tempat yang baru yaitu diluar uterus. Untuk dapat bertahan hidup maka kita sebagai seorang bidan perlu memberikan asuhan kepada bayi baru lahir karena pada masa ini bayi masih sangat beresiko mengalami masalah ataupun komplikasi.

Masa neonatus ini sangat diperlukan sekali asuhan dan perawatan tambahan terutama pada bayi yang mengalami masalah ataupun kelainan, karena bayi melakukan adaptasi selama proses persalinan yang apabila bayi tidak mampu melakukannya maka akan menimbulkan masalah seperti masalah dalam sistem pernafasannya, mengalami penurunan suhu tubuh, peningkatan kadar bilirubin apabila masalah ini tidak segera teratasi maka akan menambah jumlah angka kematian pada neonatus. Maka dari itu kita perlu mengamati, memahami kondisi bayi yang baru saja dilahirkan dengan cara memberikan asuhan sesuai kebutuhannya.

10.2 Bayi Baru Lahir (Neonatus)

10.2.1 Pengertian

Bayi baru lahir merupakan bayi yang lahir dengan posisi belakang kepala, berat badan saat lahir berkisar 2500 sampai 4000 gr, nilai skor APGAR nya >7 dan lahir pada usia kehamilan aterm yaitu 37 hingga 42 minggu.

Neonatus adalah bayi yang dilahirkan dan harus melakukan adaptasi terhadap kehidupan diluar uterus. Terdapat beberapa factor yang berpengaruh terhadap fungsi organ dan vital dari neonatus yaitu cara beradaptasi, toleransi dan juga kematangan bayi

tersebut. Terdapat pula perubahan yang paling cepat terjadi pada bayi baru lahir yaitu sirkulasi darah, kemampuan dalam menghasilkan glukosa dan juga sistem pernafasan.

10.2.2 Masa Neonatus

Menurut Marmi dan Rahardjo tahun 2018, masa yang dimulai sejak dilahirkan sampai dengan usia 4 minggu (28 hari) sesudah kelahiran.

1. Neonatus adalah bayi sejak berusia 0 hingga usia 1 bulan setelah dilahirkan.
2. Neonatus dini : bayi berusia 0-7 hari
3. Neonatus lanjut : bayi dengan usia 7-28 hari

10.2.3 Berat Badan Lahir (Birthweight)

Mengetahui berat badan neonatus dapat dilakukan dengan cara melakukan penimbangan dalam waktu satu jam setelah lahir:

1. Bayi berat lahir cukup : berat badan lahir > 2500gr
2. Bayi berat lahir rendah (BBLR) atau *low Birthweight infant*: bayi yang lahir dengan berat badan antara <1500-2500 gr.
3. Bayi berat lahir sangat rendah (BBLSR) atau *very Low Birthweight infant*: bayi lahir dengan berat badan antara < 1000-1500 gr.
4. Bayi berat amat sangat rendah (BBLASR) atau *Extremely very low Birthweight infant* : bayi lahir hidup dengan berat lahir < 1000 gr.

10.2.4 Ciri-ciri Bayi Baru Lahir normal

1. Berat badan bayi saat dilahirkan sekitar 2500 – 4000 gr
2. Panjang badan bayi 48 – 52 cm
3. Bayi memiliki Lingkar dada 30-38 cm
4. Lingkar kepala pada bayi baru lahir normal 33 – 35 cm
5. Frekuensi denyut jantung 120-160x/ menit
6. Frekuensi pernafasan $\pm$ 40-60 x/menit
7. Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna
8. Saat lahir bayi langsung menangis keras

9. Kulit berwarna kemerahan dan agak sedikit licin karena masih terdapat jaringan subcutan yang cukup
10. Kuku agak Panjang dan lemas
11. Genetalia : pada bayi Perempuan, normalnya labia mayora sudah menutupi labia minora, sedangkan pada bayi laki-laki : testis sudah turun, dan scrotum sudah teraba berjumlah dua
12. Eliminasi urin dan feses terjadi dalam waktu 24 jam pertama, feses akan berwarna hitam kecoklatan
13. Refleks bayi baru lahir merupakan indikator penting perkembangan normal. Beberapa refleks pada bayi diantaranya:
 - a. Refleks *Glabella* : Reflek ini dapat kita nilai dengan adanya kedipanmata bayi ketika dirangsang dengan melakukan ketukan dibatang hidung ketika bayi terjaga sebanyak 4 hingga 5 kali ketukan.
 - b. Refleks *Sucking* : reflek ini akan timbul secara bersamaan ketika terdapat rangsangan pada pipi dan dan sekitar bibir untuk menghisap dan menelan ASI.
 - c. Refleks Mencari (*rooting*) : Ketika bayi diberikan rangsangan berupa usapan lembut diarea pipi maka bayi akan menoleh karah rangsangan tersebut dan akan membuka mulutnya.
 - d. Refleks genggam (*palmar grasp*) : letakkan jari telunjuk pada palmar, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat.
 - e. Refleks *babynski* : jika terdapat rangsangan pada bagian telapak kaki maka ibu jari akan terangkat keatas dan jari-jari kaki akan terbuka lebar.
 - f. Refleks *Morro*: atau refleks terkejut yaitu adanya pergerakan tangan bayi kesamping lebar-lebar, melebarkan jari-jari lalu mengembalikan dengan tarikan cepat seolah memeluk seseorang
 - g. Refleks *Ekstrusi* : bayi menjulurkan lidah ke luar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau putting.

- h. Refleks Tonik leher (*Fencing*) : reflek pada otot leher, bayi akan menolehkan kepalanya ke arah kanan ataupun kiri ketika berada pada posisi tengkurap.

10.2.5 Penampilan Pada bayi baru lahir

1. Kesadaran dan Respon terhadap lingkungan sekeliling, perlu adanya pengurangan rangsangan terhadap respon rangsangan sakit, suara yang keras dan dapat membuat kaget atau terkejut, ataupun suara maianan yang keras.
2. *Gerakan bayi baru lahir*, ketika bayi dalam keadaan terjaga makai a akan melakukan Gerakan yang simetris. Pada saat menangis Gerakan yang normal terjadi adalah Gerakan seperti tremor dibagian bibir dan tangan, namun jika hal ini terjadi pada saat bayi sedang tertidur maka perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut untuk mematikan dan mengetahui kondisi bayi baru lahir tersebut.
3. Keseimbangan, melakukan pemeriksaan pada kepala apakah simetris atau tidak, apakah ada benjolan yang menyebabkan kepala tampak lebih memanjang. Benjolan ini dapat diakibatkan karena proses persalinan dan akan menghilang dengan sendirinya.
4. Muka, pada bagian mata perlu diperhatikan keseimbangan antara mata kanan dan kiri dan periksa apakah terdapat perdarah pada mata berupa bercak yang dapat menghilang dalam kurun waktu 6 minggu.
5. Bagian mulut, pada bayi yang normal mulut tidak akan tampak kebiruan, mulut normal tidak mecucu selayaknya ikan, saliva juga tidak terdapat pada bayi baru lahir. Perhatikan apakah ada kelainan pada saluran cerna dengan ciri terdapat secret yang berlebihan.
6. Perut, dada, leher; perhatikan apakah terdapat cidera akibat proses persalinan, kelainan pada sistem pernafasannya, karena pada bayi baru lahir biasanya masih menggunakan pernafasan perut.
7. Kuku dan kulit bayi, pada bayi baru lahir normal kulit berwarna kemerahan, warna biru pada kuku, bibir dan warna pucat pada kulit biasanya mengindikasi terjadinya hipotermia, pengelupasan ringan biasanya terjadi, apabila

- terdapat pengelupasan yang luas menandakan terjadi kelaianan pada kulit. Bercak mongol atau kebiruan pada kulit biasanya terdapat pada area bokong dan akan menghilang dengan sendirinya dalam kurun waktu 1 hingga 5 tahun.
8. Refleks menghisap dan sistem pencernaan, lakukan pemeriksaan yang berkaitan dengan sistem pencernaan, pada bayi baru lahir urin dan tinja normalnya akan keluar dalam waktu 24 jam. Lakukan pengamatan pada bagian abdomen apabila terjadi pembesaran secara tiba-tiba, berwarna kebiruan dan tidak disertai dengan pengeluaran feses maka perlu dibawa ke tenaga Kesehatan untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut, dapat dicurigai terjadinya hisprung/ congenital megacolon.
 9. Untuk mengetahui pertumbuhan bayi maka perlu dilakukan pemantauan berat badan dan tinggi badan bayi, terjadi penurunan berat badan pada bayi hingga 5% yang biasanya disebabkan oleh kekurangan cairan.

10.3 Adaptasi pada BBL dari intrauterin ke Ekstrauterin

Adaptasi bayi baru lahir merupakan suatu proses penyesuaian diri dari lingkungan uterus ke luar uterus yang disebut dengan homeostatis. Setelah bayi dilahirkan maka secara fisiologis bayi akan melakukan adaptasi terhadap perubahan yang terjadi pada dirinya. Masa ini merupakan masa transisi dari sistem yang biasa tergantung dari organ-organ ibunya ke sistem yang tergantung pada kemandirian genetic dan homeostatisnya. Periode ini dapat berlansung selama 1 bulan bahkan bisa lebih tergantung dari bagaimana bayi tersebut beradaptasi. Perubahan yang paling mencolok adalah perubahan pada sistem pernafasan, peredaran darah dan juga pengaturan suhu tubuh, yang mana sebelum dilahirkan dilakukan oleh plasenta. Sehingga bidan perlu memahami mengenai perubahan ini sehingga ketika memberikan asuhan kepada bayi baru lahir dapat disesuaikan dengan kebutuhannya.

10.3.1 Perubahan Sistem Pernafasan

Bayi baru lahir pertama kali melakukan pernafasan dalam waktu 30 detik setelah ia dilahirkan. Selama didalam kandungan janin mendapatkan oksigen melalui plasenta, namun setelah ia dilahirkan maka sistem pernafasannya melalui paru-paru.

Tabel 10.1. Perubahan pada sistem Pernafasan

Usia Kehamilan	Perkembangan
24 hari	Bakal paru-paru sudah terbentuk
26-28 hari	Bakal bronchi membesar
6 minggu	Segmen bronkus terbentuk
24 minggu	Alveolus terbentuk
28 minggu	Surfaktan terbentuk
34-36 minggu	Surfaktan matang

1. Rangsangan untuk Gerakan pernafasan pertama yaitu:
 - a. Proses persalinan menyebabkan penekanan mekanis pada toraks
 - b. Kemoreseptor yang berada di sinus karotikus tersimulus oleh Penurunan Pa O₂ dan kenaikan pa CO₂
 - c. Awal pergerakan pernafasan ini juga disebabkan karena rangsangan dinding yang berada di daerah muka
 - d. Pada persalinan pervaginam rongga dada bayi akan tertekan hal ini mengakibatkan paru-paru janin normal akan terisi cairan sebanyak 80-100 ml, setelah bayi lahir maka cairan tersebut akan diganti dengan udara.
 - e. Refleks deflasi Hering Breur
2. Awal mula pernafasan bayi
Faktor yang berpengaruh pada rangsangan pernafasan pertama bayi :
 - a. Pusat pernafasan berada di otak dan akan dirangsang oleh rangsangan fisik dari Rahim serta ketika terjadi hipoksia pada akhir proses persalinan
 - b. Sistem-sistem tubuh bayi yang berkaitan dengan pernafasan harus berfungsi secara normal, karena dengan adanya interaksi yang saling berkesinambungan

antara kardiovaskuler, sistem pernafasan dan juga susunan syaraf pusat dapat merangsang timbulnya pernafasan yang teratur. Selama proses persalinan akan terjadi penekanan pada rongga dada yang menyebabkan terjadinya kompresi dibagian paru-paru.

3. Surfaktan dan Upaya respirasi untuk bernafas

Bayi berusaha untuk bernafas pertama dengan tujuan untuk mengeluarkan cairan yang berada di paru-paru agar terganti oleh udaradan alveolus akan berkembang. Adanya surfaktan yang semakin lama semakin berkembang hingga paru-paru matang pada minggu ke 30 hingga 40 akan membantu menstabilkan dinding alveolus dengan cara memberikan penekanan pada permukaan paru-paru sehingga tidak akan menyebabkan terjadinya kolaps pada akhir pernafasan yang mengakibatkan bayi mengalami kesulitan bernafas.

4. Bermula cairan hingga menjadi udara

Selama proses persalinan pervaginam akan memberikan penekanan pada bayi, penekanan ini yang akan membuat pengeluaran $\frac{1}{3}$ cairan yang ada di paru-paru keluar, dengan tarikan nafas yang dilakukan beberapa kali oleh bayi maka udara akan masuk dan akan memenuhi trakea dan bronkus, sisa cairan yang masih didalam paru-paru akan dikeluarkan dan diserap oleh pembuluh limfe dan darah.

5. Fungsi pernafasan berkaitan dengan fungsi kardiovaskuler

Ketika terjadi hipoksia pada bayi maka pembuluh darah akan mengalami vasokonstriksi. Hal ini berkaitan dengan pentingnya mempertahankan kecukupan oksigen. Pembuluh darah yang mengalami penyempitan akan menyebabkan tidak ada aliran darah didalamnya artinya tidak ada oksigen yang berada di dalam alveoli sehingga akan memperburuk terjadinya hipoksia pada bayi.

10.3.2 Sistem Peredaran Darah

Tubuh bayi akan mengantarkan oksigen ke jaringan-jaringan seluruh tubuh. Oleh karena itu bayi perlu mengambil oksigen dan

melewati paru-paru agar dapat terbentuk sirkulasi yang baik. Perubahan besar yang terjadi agar terbentuk sirkulasi yang baik:

1. Pada bagian atrium jantung akan terjadi penutupan foramen ovale.
 - a. Ketika tali pusat dipotong akan terjadi peningkatan resistensi pembuluh darah sistemik dan terjadi penurunan tekanan pada atrium kanan. Hal ini yang menyebabkan darah dengan kandungan sedikit oksigen dapat masuk ke paru-paru yang disebut sebagai oksigenasi ulang.
 - b. Pada saat terjadi penurunan resistensi pembuluh darah sistemik dan peningkatan tekanan atrium kanan, oksigen akan mengalir masuk ke paru-paru, sedangkan atrium kiri mengalami penurunan yang akan mengakibatkan terjadinya penutupan pada foramen ovale secara fungsional.
2. Duktus arteriosus yang terdapat antara arteri paru dan aorta mengalami penutupan.
 - a. Terjadinya pernafasan secara langsung akan mengakibatkan penutupan pada ductus arteriosus yang mengalami konstriksi karena kadar oksigen dalam tubuh meningkat.
 - b. Setelah oksigen memenuhi seluruh jaringan tubuh maka sistem sirkulasi dapat berjalan sesuai dengan fungsinya secara mandiri.

10.3.3 Perubahan Sistem Pengaturan Suhu

Perubahan lingkungan kerap kali membuat bayi baru lahir menjadi lebih ekstra dalam mempertahankan suhu tubuhnya, suhu yang lebih dingin akan membuat air ketuban yang menempel pada tubuh bayi menjadi menguap sehingga bayi berusaha untuk menghangatkan tubuhnya Kembali.

Rahim ibu rata-rata memiliki suhu 37°C , ketika bayi lahir dan tidak dilakukan upaya untuk menghangatkan tubuh bayi, bahwa selama 6-12 jam dibiarkan basah dan telanjang maka akan meningkatkan terjadinya hipotermia pada bayi baru lahir. Tanda dan Gejala hipotermia:

1. Bayi baru lahir yang mengalami hipotermi maka akan mengakibatkan gerakannya tidak aktif, letargi, hisapan ketika menyusu menjadi lemah dan tangisan lemah.
2. Detak jantung menurun serta Pernafasan tidak leluasa atau megap-megap
3. Kulit bagian punggung, lengan dan tungkai akan mengeras dan berwarna kemerahan.
4. Muka bayi berwarna merah terang
5. Metabolisme tubuh akan mengalami perubahan yang akan berdampak pada terjadinya gagal jantung, perdarahan di paru-paru icterus bahkan kematian bayi.

Cara Mempertahankan Suhu Tubuh Bayi Normal Pencegahan Kehilangan Panas

Pada bayi baru lahir pengaturan suhu tubuh belum dapat berfungsi secara baik, oleh karena itu bayi lebih cepat merasa kedinginan jika kehilangan panas yang berlarut. Sehingga bidan perlu berupaya untuk mencegah terjadinya kehilangan panas pada bayi baru lahir adalah:

1. Segera keringkan bayi setelah dilahirkan
Setelah bayi lahir segera keringkan tubuh untuk mencegah kehilangan panas karena penguapan dari cairan ketuban. Mengeringkan tubuh dengan cara menyeka ini dapat bermanfaat untuk merangsang pernafasan bayi. Keringkan bayi menggunakan handuk yang sudah disiapkan diatas perut ibu dan segera ganti handuk ketika sudah basah.
2. Hangatkan bayi dengan memberikan selimut yang bersih dan kering
Setelah mengeringkan bayi dan memotong talipusatnya maka ganti handuk dengan kain yang bersih, hangat dan kering. Handuk yang basah dan berada didekat bayi dapat menyerap panas tubuhnya yang melalui proses radiasi.
3. Tutup kepala bayi
Cegah kehilangan panas bayi dengan cara menutup kepala bayi menggunakan topi atau kain kering. Cairan ketuban dan lemak banyak menempel di area kepala sehingga ketika

kepala dibiarkan terbuka maka akan terjadi penguapan dan akan mempercepat kehilangan panas.

4. Peluk dan susui bayi segera mungkin
Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya segera setelah bayi lahir, hal ini akan memberikan kehangatan kepada bayinya.
5. Tunda menimbang dan memandikan bayi
Memandikan bayi dapat ditunda dulu sampai suhu tubuhnya stabil, paling tidak 6 jam setelah lahir baru boleh dimandikan namun sebelum memandikannya perlu dilakukan pengecekan suhu tubuh terlebih dahulu. Sebelum menimbang, bayi harus diselimuti atau ditutup kain bersih dan kering, atau dapat juga dilakukan dengan menimbang bayi yang menggunakan pakaian untuk menilainya berat badan bayi dikurangi selisih dari berat bayi saat berpakaian dikurangi berat pakaian atau selimut yang digunakan. Hal ini dilakukan karena pada bayi baru lahir sangat mudah mengalami kehilangan panas tubuh.

Cara memandikan bayi yang benar

1. Tidak dianjurkan memandikan bayi langsung setelah ia lahir, setidaknya tunggu kurang lebih enam jam setelah lahir dan harus dilakukan pengecekan suhu tubuh terlebih dahulu. Apabila suhu tubuh belum stabil maka tunda memandikan bayi lebih lama hal ini dapat dilakukan pada bayi yang mengalami asfiksia ataupun hipotermia.
2. Suhu tubuh normal pada bayi adalah antara $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$. Apabila suhu tubuh bayi masih dibawah $36,5^{\circ}\text{C}$, maka selimuti atau lakukan skin to skin dengan ibu atau ayahnya agar suhu tubuh bayi menjadi stabil, tutup kepala bayi dan selimuti bayi bersama ibu. Tunda memandikan sampai suhu tubuhnya menjadi stabil paling tidak 1 jam setelah pengecekan suhu tubuh.
3. Selalu lakukan pengecekan suhu tubuh dan juga pernafasan pada bayi, tunda memandikan apabila terjadi masalah pada pernafasannya.

4. Siapkan terlebih dahulu handuk, kain bersih dan kering. Air yang bersih dan hangat serta ruangan yang hangat, hindari tiupan angin baik dari jendela ataupun pendingin ruangan. Mandikan bayi secepat mungkin agar tidak mengalami kehilangan panas, dan segera keringkan menggunakan handuk bersih dan kering.
5. Pastikan tubuh bayi sudah kering, ganti handuk dengan selimut yang hangat, usahakan bagian kepala bayi selalu tertutup.
6. Lakukan skin to skin ibu dan bayi, selimuti keduanya agar bayi tidak merasa kedinginan. Bisa dilakukan sambil menyusui bayinya.

Cara kehilangan panas pada Bayi

Bayi baru lahir dapat mengalami kehilangan panas dengan beberapa cara, yaitu :

1. Evaporasi

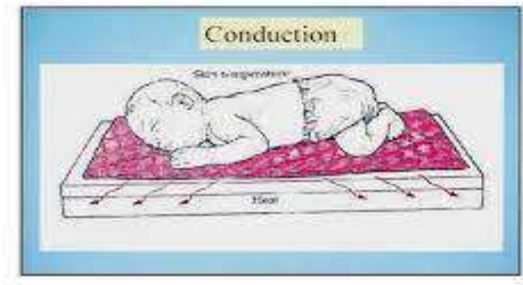
Bayi baru lahir akan mengalami kehilangan panas apabila cairan ketuban yang menempel ditubuh bayi tidak segera dikeringkan sehingga akan terjadi penguapan.



Gambar 10.1. Evaporasi

2. Konduksi

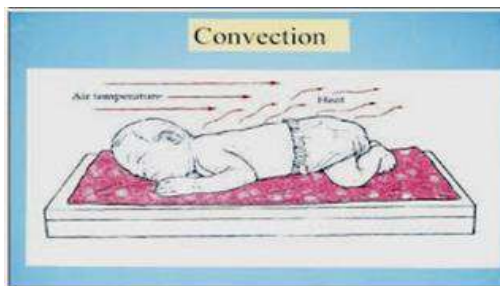
Bayi akan mengalami kehilangan panas apabila bayi diletakkan dan bersentuhan langsung dengan benda atau permukaan dengan suhu lebih rendah atau dingin. Contohnya bayi ditimbang pada timbangan tanpa alat, permukaan matras yang dingin.



Gambar 10.2. Konduksi

3. Konveksi

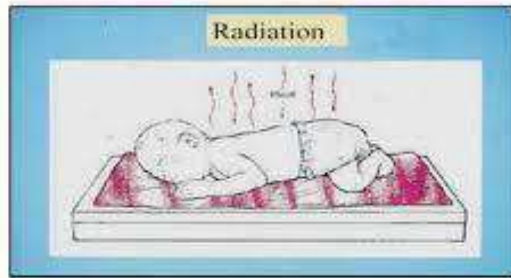
Bayi baru lahir mengalami kehilangan panas karena paparan dari lingkungan atau ruangan sekitar yang dingin karena tiupan udara dari jendela, pintu ataupun pendingin ruangan.



Gambar 10.3. Konveksi

4. Radiasi

Kehilangan panas dengan metode radiasi ini dikarenakan bayi berada didekat benda-benda yang suhunya lebih dingin meskipun bayi tidak bersentuhan langsung dengan benda tersebut, karena benda tersebut dapat menyerap panas dari tubuh bayi itu.



Gambar 10.4. Radiasi

Tempatkan bayi dilingkungan yang lebih hangat

Segera setelah mengetahui bayi dalam keadaan stabil dan normal lakukan rawat gabung dengan ibu. Tempatkan bayi dalam lingkungan yang hangat, anjurkan ibu untuk mendekap bayi dan juga susui bayi sedini mungkin karena dapat menghambat hilangnya panas bayi dari tubuhnya.

10.3.4 Perubahan Kardiovaskular dan Darah

Menurut Rohani, bayi baru lahir akan menggunakan paru-parunya untuk mengambil oksigen dan mempertahankan sirkulasi darah dengan sebaik mungkin, akan terjadi perubahan sirkulasi pada bayi yaitu:

1. Pada bagian atrium jantung akan terjadi penutupan foramen ovale.
2. Diantara aorta dan paru-paru akan terjadi penutupan dibagian ductus arteriosus.
3. Saat terjaga denyut jantung bayi sekitar 120-160 kali/menit dan ketika tidur 100 kali/menit.

Oksigen yang masuk kedalam pembuluh darah dapat mengubah tekanan dengan cara menekan atau meningkatkan resistensinya sehingga memberikan efek pada perubahan aliran darah pada bayi :

1. Setelah tali pusat dipotong makan akan terjadi oksigenasi ulang. Akan terjadi perubahan pada aliran darah bayi.

Dimana tekanan pada atrium kanan akan tertekan dan akan meningkatkan resistensi pembuluh sistemik. Hal ini akan menyebabkan berkurangnya aliran darah keatrium kanan yang berakibat penurunan volume dan tekanan pada atrium, sehingga darah dengan kandungan oksigen dapat sedikit mengalir ke paru-paru.

2. Foramen ovale akan mengalami penutupan, hal ini terjadi ketika terjadi aliran darah keparu-paru yang menyebabkan volume darah meningkat, atrium kanan tertekan dan juga system peredaran darah terbuka.

10.3.5 Perubahan Sistem Pencernaan

Saat bayi dilahirkan perkembangan otot dan refleks menelan sudah terjadi. sebagian bayi sudah dapat menyusu ketika dilakukan IMD, putting susu perlu dimasukkan lebih dalam lagi untuk mendorong refleks menelan dan mencerna makanan karena kemampuan dalam menelan dan mencerna masih belum maksimal. Saat lahir kapasitas lambung masih terbatas hanya 30 cc. refleks menghisap, menelan bayi dipengaruhi oleh factor kematangan dari neuromuscular, pengobatan dan proses persalinan. Normalnya bayi akan mengeluarkan meconium dalam waktu 24 jam.

10.3.6 Perubahan Sistem Ginjal

Ginjal merupakan oragan yang sangat penting karena perannya sangat banyak yaitu sebagai pengatur air, keseimbangan asam dan basa, pengeluaran sisa-sisa metabolisme tubuh ataupun kelebihan garam, dan juga berperan dalam mengatur konsentrasi garam didalam darah. Pada bayi yang kurang bulan ginjal akan mengalami keterbatasan dalam menjalankan fungsinya, sehingga mudah menyebabkan retensi cairan tidak dapat mengoptimalkan urin dengan baik yang terlihat dari berat jenis urin hingga 1004 dan juga osmolalitas urin menjadi rendah.

Kerja ginjal pada bayi baru lahir dimulai sejak ia dilahirkan hingga peningkatan cairan yang masuk kedalam tubuh, oleh karena itu pemberian ASI sedini mungkin akan membantu kerja ginjal agar lebih ringan. Normalnya bayi baru lahir akan berkemih dalam waktu 24 jam sebanyak 2-6 kali sehari pada hari-hari pertama

kehidupannya, setelah itu akan terjadi peningkatan pengeluaran urin yaitu sebanyak 5-20 kali dalam 24 jam menurut Sondakh, tahun 2013.

10.3.7 Hati

Ketika masih didalam kandungan hingga lahir usia sekitar 5 bulan hati janin sudah memproduksi haemoglobin, karena selama masa kehamilan asupan zat besi ibu sangat berpengaruh terhadap simpanan zat besi pada hati janin. Hati berfungsi dalam produksi bilirubin yang nantinya akan diubah menjadi urobilinogen dan diekskresikan dalam bentuk urin dan juga stercobilin dalam bentuk feses. Bayi yang baru dilahirkan mempunyai kapasitas dalam mengubah bilirubin sehingga dapat terjadi hiperbilirubin pada bayi. Hati pada bayi baru lahir juga dapat menjadi tempat ikatan albumin yang adekuat, namun ikatan ini akan menjadi lemah dan menurun apabila terjadi hipotermia dan juga asfiksia.

10.3.8 Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Ketika dilahirkan otot-otot ditubuh bayi sudah lengkap dan siap untuk menjalankan fungsinya, namun pertumbuhannya perlu melalui proses dipertropi. Pada kepala bayi dapat terjadi moulage atau tumpang tindih ketika proses persalinan karena pembungkus tengkorak belum sepenuhnya mengalami adfiksi. Pada bayi yang sudah cukup bulan kepala dapat berukuran $\frac{1}{4}$ dari Panjang tubuhnya, dan lengan dapat lebih Panjang dari tungkainya.

10.3.9 Sistem neuromuskuler

Otak bayi baru lahir akan siap melakukan fungsinya termasuk juga dalam Sistem *neuromuskuler*. Aktivitas motorik yang lebih terlihat yaitu Gerakan tremor ketika sedang menangis yaitu dibagian mulut dan dagu. Otak memerlukan asupan glukosa untuk melakukan aktivitas motorik ini.

10.3.10 Perubahan Sistem Immunoglobulin

Selama berada didalam kandungan plasenta sebagai penghubung antara ibu dan janin baik itu berupa makanan, oksigen dan juga antibody. Setelah lahir bayi memiliki antibody gama

globulin G, antibody ini didapatkan dari ibu melalui plasenta. Namun ketika terjadi infeksi reaksi imunologi masih tetap terjadi dengan melakukan pembentukan sel plasma dan antibody gama A, G dan M.

10.4 Pencegahan Infeksi

Menurut Muslihatun 2010, asuhan yang sangat penting dilakukan ketika menangani bayi baru lahir adalah dengan memperhatikan pencegahan infeksi, karena pada bayi yang baru saja dilahirkan sangat rentan sekali terhadap infeksi sehingga harus benar-benar dipertikan dalam pertolongan persalinan terutama dalam pencegahan infeksi.

10.4.1 Kewaspadaan dalam Pencegahan infeksi

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam mencegah terjadinya penularan infeksi :

1. Setiap orang yang berada di lingkungan rumah sakit baik itu petugas ataupun karyawan atau keluarga memiliki ppotensi untuk menularkan infeksi
2. Melakukan cuci tangan sebelum dan setelah menyentuh bayi
3. Ketika melakukan Tindakan alangkah baiknya jika menggunakan sarung tangan/ hand scone
4. Gunakan pakaian pelindung yang anti air untuk mengantisipasi apabila terkena cairan orang lain baik itu darah dan cairan tubuh lainnya.
5. Setelah melakukan Tindakan maka lakukan desinfeksi pada peralatan dan barang yang digunakan.
6. Bersihkan ruang perawatan pasien.
7. Pisahkan bayi yang mengalami masalah misalnya seperti diare yang infeksius dengan bayi yang dalam keadaan sehat.

Asuhan segera yang aman dan bersih untuk bayi baru lahir, menurut JNPK-KR/POGI, APN, adalah:

1. Sebelum dan setelah menyentuh bayi usahakan untuk selalu cuci tangan

2. Saat menangani bayi yang baru dilahirkan dan belum dimandikan lebih baik menggunakan sarung tangan
3. Semua peralatan yang akan digunakan harus steril baik itu klem, gunting tali pusat, penghisap lender dee lee ataupun benang tali pusat
4. Siapkan perlengkapan bayi baju, kain selimut, handuk dalam keadaan bersih kering dan hangat. Begitu juga timbangan berat badan, pita ukur, thermometer dan stetoskop dalam keadaan bersih.

10.4.2 Memberikan vitamin K

Pemberian vitamin K pada bayi baru lahir dimaksudkan agar bayi tidak mengalami perdarahan yang diakibatkan karena kekurangan vitamin K. dosis pemberian vitamin K yaitu per oral 1 mg/ hari selama 3 hari, dan pada bayi yang memiliki resiko tinggi diberikan vitamin K secara parenteral dengan dosis 0,5 – 1 mg IM.

10.4.3 Obat tetes atau salep mata

Untuk mencegah penyakit mata karena klamidia (penyakit menular seksual) perlu diberikan obat mata pada jam pertama persalinan, yaitu pemberian obat mata eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1 %, sedangkan salep mata biasanya diberikan 5 jam setelah bayi lahir.

10.5 Rawat Gabung

10.5.1 Pengertian

Muslihatun, 2010 menyampaikan bahwa rawat gabung merupakan suatu metode untuk menjadikan satu antara ibu dan bayi yang baru dilahirkan dan tidak dipisahkan, tetapi dijadikan satu kamar selama 24 jam pertama dan seterusnya.

10.5.2 Tujuan dilakukan rooming in

1. Terjalin hubungan emosional yang baik antara ibu dan bayi
2. Mempercepat pemberian ASI
3. Dapat dimanfaatkan dalam pemberian Pendidikan Kesehatan bagi ibu dan juga dapat mencegah infeksi
4. Memudahkan dalam pemberian ASI sedini mungkin

5. Menjadi media demonstrasi dalam memberikan contoh pada ibu mengenai perawatan bayi baru lahir
6. Ibu memiliki kesempatan dan pengalaman lebih dalam merawat bayi baru lahir
7. Suami dapat berperan aktif dalam mendukung ibu untuk memberikan ASI
8. Terjalin *Bounding attachment*

10.5.3 Syarat-syarat dalam melakukan rooming in

1. Proses persalinan secara pervaginam
2. Rawat gabung dapat dilakukan apabila kondisi bayi dalam keadaan cukup sehat, tidak terdapat infeksi refleks pri itif baik.
3. Pada proses persalinan secara SC (*section caesaria*) maka rawat gabung dapat ditunda terlebih dahulu sampai kondisi ibu sudah membaik kira-kira 4-6 jam pasca operasi.
4. Tidak terjadi asfiksia setelah 5 menit kelahiran
5. Masa gestasi aterm > 37 minggu
6. Berat badan bayi baru lahir ≥ 2.500 gram.
7. Selama proses persalinan tidak terjadi infeksi
8. Ibu dan bayi dalam keadaan yang sehat

10.5.4 Kontraindikasi dilakukan rawat gabung adalah:

1. Bayi lahir prematur
2. Berat badan lahirnya < 2.000 gram
3. Bayi yang mengalami sepsis.
4. Bayi yang mengalami gangguan pernafasan
5. Bayi dengan cacat bawaan
6. Jangan lakukan rawat gabung pada ibu dan bayi yang mengalami masalah Kesehatan. Misalnya ibu mengalami infeksi berat misalnya TBC dan sepsis
7. Ibu yang mengalami kardiorespirasi
8. Ibu yang mengalami eklamsi selama proses persalinan dan kondisi belum stabil
9. Ibu yang memiliki Riwayat hepatitis, HIV/AIDS, Herpes, Kanker payudara dan masalah kejiwaan.
10. Bayi dengan kesadaran menurun atau mengalami kejang

11. Bayi dengan kelainan jantung/paru berat,
12. Bayi yang membutuhkan perawatan khusus

10.5.5 Pelaksanaan Rooming in

1. Rawat gabung dapat dilaksanakan di poliklinik kebidanan, yang dapat dimulai sejak ibu dalam masa kehamilan dengan kegiatan pemberian penyuluhan atau Pendidikan Kesehatan berkaitan dengan Kesehatan ibu dan anak.
2. Di kamar bersalin rawat gabung dapat dilakukan jika memenuhi persyaratan yaitu berat badan bayi lahir 2500-4000 gr, usia gestasi anata 37-40 minggu, bayi lahir spontan pervaginam, ibu dan bayi tidak ada kelainan dan cacat bawaan, tidak ada permasalahan dalam sistem pernafasan, nilai APGAR dalam 5 menit pertama ≥ 7 .
3. Di dalam ruang perawatan bayi, pengawasan bayi dilakukan pada boks bayi yang diletakkan disamping ibu, awasi keadaan umum bayi dan catat dalam rekam medis pasien. Berikan ASI kepada bayi, jika ada indikasi dalam pemberian susu formula maka berikan menggunakan sendik atau pipet atau NGT, lakukan pemantauan ibu ketika sedang meneteki bayi, berikan penyuluhan kepada ibu sebelum ibu dan bayi diperbolehkan untuk pulang.
4. Rooming in di Poliklinik Anak, kegiatan yang dapat dilakukan antara lain pemeriksaan pada bayi yang dilakukan oleh dokter, pemberian imunisasi sesuai dengan jadwal imunisasi bayi, menimbang dan mengukur Panjang badan, mengkaji proses laktasi dan pemeriksaan payudara, pemberian Pendidikan Kesehatan tentang makanan pada bayi.

10.5.6 Keuntungan melakukan rooming in

1. Memotivasi pemberian ASI
2. Terjalin ikatan kasih saying anytara ibu dan bayi
3. Ibu dan keluarga mampu mengenali tanda bahaya pada bayi baru lahir dan segera melaporkan
4. Mampu merawat bayinya secara mandiri dan memberikan rasa percaya diri dalam merawat bayinya
5. Menambah pengetahuan ibu dalam merawat bayi

6. Dapat bertukar pikiran, cerita dengan ibu lainnya mengenai ibu dan bayi
7. Mengurangi penyebaran infeksi nosokomial
8. Meringankan beban kerja petugas karena ibu dan keluarga bisa merawat bayinya sendiri

10.5.7 Kerugian melakukan rooming in

1. Waktu istirahat ibu berkurang
2. pihak orang tua dapat memberikan makanan dini pada bayi tanpa pengawasan dari petugas
3. ibu dan bayi dapat rentan sakit apabila kurang menjaga kebersihan
4. Pengunjung kurang membatasi ketika berkunjung keruang ibu dan bayi, sehingga rentan terjadi infeksi pada bayi.

DAFTAR PUSTAKA

- Asiyah, N. dkk. (2017). Perawatan Tali Pusat Terbuka Sebagai Mempercepat Pelepasan Tali Pusat. I(I), <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.26751/ijb.v1i1.112>
- Buda, E. and Sajekti, S. (2011) Buku Ajar : Asuhan Kebidanan Pada Neonatus, Bayi Dan Balita. Surabaya: Akademi Kebidanan Griya Husada.
- Hidayat, A. A. (2009). Asuhan Neonatus, Bayi & Balita : Buku Pratikum Mahasiswa Kebidanan (1st ed.; Esty Wahyuningsih, ed.). Jakarta: EGC.
- Jamil, Siti Nurhasiyah, Febi Sukma. Hamdiyah. 2017. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Pra Sekolah. Jakarta : Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta.
- JNPK. 2017. Asuhan Persalinan Normal Asuhan Esensial Bagi Ibu Bersalin Dan Bayi Baru lahir Serta Penatalaksanaan Komplikasi Segera Pascapersalinan Dan Nifas.
- Mintaningtyas, Sestu Iriami. Yuni Subhi Isnaini. Dyan Puji Lestari. 2023. Buku Ajar Asuhan Peersalinan dan Bayi Baru Lahir. Pekalongan: PT. Nasya Expanding Management.
- Prawiroharjo S. 2002. Ilmu Kebidanan. Jakarta: YBPSP.
- Qonitun, Umu. Sri Utaminingsih. 2018. Gambaran Kestabilan Suhu Tubuh Bayi Baru Lahir Yang Dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) (Di Ruang Mina RS Muhammadiyah Tuban). Jurnal Kebidanan Univeritas Islam Lamongan. Vo. 10. No.1, Juni 2018.
- Saifudin, Abdul Bari. 2002. Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: YBPSP-JNPKKR-POGI-JHPIEGO
- Sondakh, J. (2013). Asuhan Kebidanan Persalinan & Bayi Baru lahir (Sally Carolina, ed.). PT Aksara Pratama.
- Sunarti and Abdullah, V.I. (2022) 'Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir Fisiologis Pada Bayi Ny ." H " Usia 0 Hari Di Puskesmas Fak-Fak Tahun 2021', Jurnal Cakrawala Kesehatan, XIII(1), pp. 1-14.

- Trirestuti, Cristina dan Puspitasari, D. (2018). Buku Ajar Asuhan Kebidanan 2 (1st ed.). Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Wulandari, Setyo Retno. 2020. Asuhan Kebidanan Neonatus Bayi, Balita dan Anak Prasekolah. Yogyakarta: Zahir Publishing.
- JNPKKR (2017) Asuhan Persalinan Normal. 5th edn, Asosiasi Unit Pelatihan Klinik Organisasi Profesi. 5th edn. Edited by G. Adriaansz. Jakarta: Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia.

BAB 11

MANAJEMEN ASUHAN PADA IBU PERSALINAN

Oleh Cut Linar

11.1 Pendahuluan

Persalinan normal merupakan proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan / kekuatan sendiri. Persalinan merupakan hubungan saling mempengaruhi antara dorongan psikologi dan fisiologis dalam diri wanita dengan pengaruh dorongan pada proses kelahiran bayi. (Rapida Saragih, dkk.2020).

Upaya melakukan asuhan pada ibu bersalin, proses persalinan dilakukan dengan cara mengawasi kondisi ibu dan janinnya agar dapat diketahui adanya komplikasi sedini mungkin, maka asuhan kebidanan dilakukan dengan memberikan pelayanan kepada ibu bersalin dengan pendekatan manajemen kebidanan (Atik Purwandari, dkk, 2014).

11.2 Manajemen Asuhan pada Ibu Bersalin

Persalinan adalah proses secara alamiah dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabkan dilatasi serviks untuk mengeluarkan bayi. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi sampai lahirnya plasenta yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) tanpa disertai penyulit. Berdasarkan teori diatas penulis dapat menyimpulkan bahwa persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) melalui jalan lahir, lahir spontan dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Purwoastuti dan Elisabeth, 2015).

11.2.1 Pengertian Manajemen Kebidanan

Asuhan kebidanan merupakan metode atau bentuk pendekatan yang digunakan bidan dalam memberikan asuhan kebidanan sehingga langkah-langkah dalam manajemen kebidanan merupakan alur pikir bidan dalam pemecahan masalah atau pengambilan keputusan klinis. Asuhan yang dilakukan harus dicatat secara benar, sederhana, jelas dan logis (Sulfiанти, dkk, 2020).

11.2.2 Tahapan dalam manajemen Kebidanan

1. Manajemen kebidanan persalinan Kala I

a. Data Subyektif

Pada data ini biasanya mengkaji keluhan umum, digunakan untuk mengetahui keluhan utama yang dirasakan oleh klien, seperti perut terasa kenceng-kenceng, mengeluarkan cairan atau darah dari jalan lahir (Marmi, 2016). Keluhan utama bisa berupa ketuban pecah dengan atau tanpa kontraksi, data tentang kemajuan persalinan didapatkan dari riwayat persalinan (permulaan timbulnya kontraksi uterus/his, selaput ketuban utuh/robek, darah lendir, perdarahan, masalah yang pernah ada dalam kehamilan terdahulu seperti perdarahan, terakhir kali makan dan minum, lama istirahat/tidur.

Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu dikaji untuk dijadikan acuan bidan dalam memberikan asuhan saat persalinan, yang dikaji yaitu jumlah anak, kehamilan dan persalinan yang lalu apakah ada penyulit, jarak persalinan, keadaan BBL yang lalu (Mufdlilah, 2017).

b. Data Objektif

Data Obyektif Data ini dikumpulkan untuk melengkapi data dalam menegakkan diagnosa. Tanda-tanda vital pada ibu hamil diperiksa seperti tekanan darah. Pada saat ada kontraksi tekanan darah akan naik dan sebaliknya. Tekanan darah di periksa setiap 4 jam sekali. Nadi, dikaji untuk mengetahui keadaan jantung ibu, nadi normal apabila tidak lebih dari 100x/menit (Mufdlilah, 2017). Suhu, selama persalinan suhu akan meningkat, kenaikan dikatakan normal jika tidak > 0,5-

1°C (Mufdlilah, 2017). Pernapasan, selama persalinan akan meningkat karena adanya rasa nyeri.

Pemeriksaan abdomen (TFU, tanda bekas operasi, kontraksi : frekuensi, lama, kekuatan, penurunan kepala), pemeriksaan vagina (pembukaan serviks, penipisan serviks, ketuban dan anggota tubuh bayi yang sudah Nampak). Data tentang kondisi janin diperoleh melalui gerakan janin, warna, kepekatan dan jumlah cairan ketuban, letak janin, besar janin, tunggal/kembar, DJJ, posisi janin, penurunan bagian terenda, Molding/moulage (Situmorang, dkk, 2021)

c. Analisa

Pada langkah ini menentukan masalah/diagnosa sesuai data yang telah terkumpul. Diagnosa persalinan kala I mencakup paritas, usia kehamilan dalam minggu kala dan fase persalinan, keadaan janin. Contoh Ny X G..P..A.. usia kehamilan... minggu dalam persalinan kala I fase laten/aktif, keadaan janin normal (Sulistyawati dan Nugraheny, 2013).

d. Penatalaksanaan

Menurut (Sondakh, 2013) rencana asuhan kala I yaitu : mempersiapkan ruangan untuk klien, persiapan perlengkapan bahan-bahan dan obat yang diperlukan, persiapan rujukan apabila terjadi penyulit dalam persalinan, memberikan asuhan sayang ibu (pengaturan posisi, memberi dukungan emosional), menganjurkan ibu untuk makan/minum saat tidak ada kontraksi, melakukan teknik pencegahan infeksi yang baik dan benar, melakukan pemantauan untuk melihat kemajuan persalinan.

Menurut (Sulfianti, dkk. 2020) Posisi miring ke kiri pada saat persalinan membuat ibu lebih nyaman dan efektif untuk meneran dan membantu perbaikan oksiput yang melintang pada bayi untuk berputar menjadi posisi oksiput anterior serta mengurangi risiko terjadinya laserasi dan memperlancarkan aliran darah melalui plasenta serta suplai oksigen ke janin. Posisi

miring ke kiri dapat mempercepat penurunan kepala janin menuju jalan lahir.

2. Manajemen kebidanan persalinan kala II

Dimulai ketika pembukaan lengkap (10 cm) hingga pengeluaran bayi. Pada kala ini his akan semakin kuat dan semakin sering. Dalam keadaan normal kepala sudah masuk dalam rongga panggul. Dokumentasi asuhan persalinan kala II yaitu :

a. Data Subyektif

Menurut Jenny S (2013) persalinan dapat diketahui tentang tanda gejala kala II yaitu ibu merasa ada dorongan untuk meneran ketika ada kontraksi.

b. Data Obyektif

Terdapat dorongan untuk meneran, tekanan pada anus, perineum terlihat menonjol, vulva tampak membuka, kontraksi semakin sering, hasil pemeriksaan dalam serviks buka lengkap (10 cm) (Ari Kurniarum, 2016).

c. Analisa

Dilakukan perumusan atau diagnosa sesuai dengan data yang telah diperoleh dari data subyektif maupun obyektif, contoh : seorang G..P..A.. usia.. tahun hamil.. minggu persalinan kala II.

d. Penatalaksanaan

Menurut (Untari, S., & Sehmawati, S., 2020) Kelancaran persalinan dan kelahiran normal kala II juga dipengaruhi oleh paritas ibu melahirkan karena pada ibu bersalin dengan multipara akan cenderung lebih lancar dibandingkan dengan ibu bersalin primipara karena secara anatomi ibu multipara sudah mengalami proses persalinan sebelumnya sehingga pengetahuan dan pengalaman pada persalinan berikutnya menjadi lebih siap secara psikis, dan itu juga dapat membanu kelancaran dalam persalinan kala II. Cara meneran yang benar yang tergantung dengan kesiapan ibu bersalin dalam menghadapi persalinan dan kesiapan bidan dalam membimbing selama proses persalinan.

3. Manajemen kebidanan persalinan kala III

a. Data Subyektif

Menurut Sulistyawati dan Esty (2013) pada data ini diperoleh bahwa ibu mengatakan bayinya telah lahir, plasenta belum keluar, nyeri pada jalan lahir dan perut ibu merasa mulas. Hal ini terjadi karena involusi uterus (uterus berkontraksi) yang merupakan upaya pelepasan plasenta dari tempat implantasinya.

b. Data Obyektif

Pada data obyektif berisi tentang keadaan bayi saat bayi lahir spontan, jenis kelamin bayi, perdarahan pervaginam, Tinggi Fundus Uteri (TFU) ibu, dan kontraksi uterus ibu: intensitasnya yaitu kuat, sedang, lemah, atau tidak ada selama 15 menit pertama dan 15 menit. Perubahan bentuk dan tinggi fundus setelah bayi lahir dan sebelum myometrium mulai berkontraksi, uterus bulat penuh dan tinggi fundus biasanya di bawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah alpukat dan fundus berada di atas pusat (sering kali mengarah sisi kanan), tali pusat memanjang keluar vagina, adanya semburan darah yang mendadak dan singkat, dorongan plasenta keluar dibantu oleh gaya gravitasi (Sulfianti, dkk, 2020).

c. Analisa

Dilakukan identifikasi sesuai data yang telah terkumpul untuk menentukan masalah atau diagnose, contoh: seorang P..A.. usia..tahun inpartu kala III.

d. Penatalaksanaan

Menurut (Ari Kurniarum, 2016) manajemen aktif kala III yaitu, memberikan injeksi oksitosin 10 IU dilakukan pada 1/3 paha bagian luar secara IM, melakukan penjepitan tali pusat dengan klem serta melakukan pemotongan tali pusat, pindahkan klem 5-10 cm dari vulva, tali pusat ditegangkan dan tangan kiri diletakkan diatas perut memeriksa kontraksi uterus, saat ada kontraksi uterus, tangan diatas perut

melakukan gerakan dorso cranial dengan sedikit tekanan, ulangi hingga plasenta lepas. Lahirkan plasenta dengan kedua tangan, lakukan masase uterus selama 15 detik, periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh, evaluasi robekan pada vagina dan perineum lakukan penjahitan bila terjadi robekan.

Menurut (Santi, M., 2021) Penundaan pemotongan tali pusat secara signifikan meningkatkan cadangan zat besi dan meningkatkan transfer sel induk (stem cells) pada bayi baru lahir. Pencatatan waktu dan efek penjepitan tali pusat yang tertunda belum dijelaskan dalam banyak referensi

4. Manajemen kebidanan persalinan kala IV

a. Data Subyektif

Menurut Bobak yang dikutip Sondakh (2013) menyatakan bahwa kala IV merupakan tahap pemulihan setelah persalinan, tahap ini bukan hanya pemulihan fisik tetapi juga melalui suatu hubungan baru. Data yang didapatkan yaitu biasanya ibu mengatakan plasenta telah keluar, perut terasa mulas (Sulistyawati dan Nugraheny, 2013).

b. Data Obyektif

Pada data ini diketahui bahwa plasenta telah lahir secara spontan dan lengkap serta utuh, TFU berapa jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik/tidak (Sulistyawati dan Nugraheny, 2013). Menurut Sondakh (2013) uterus terletak di tengah abdomen kurang lebih $\frac{2}{3}$ sampai $\frac{3}{4}$ antara simpisis pubis sampai umbilicus, uterus berkontraksi baik.

Data obyektif kala IV ini biasanya berisi tentang evaluasi uterus berkontraksi normal harus terasa keras saat diraba atau disentuh, serviks vagina dan perineum, tanda – tanda vital, gastrointestinal dan sistem rektal (Mutmainnah, dkk, 2017).

c. Analisa

Menurut Marmi (2016) menyatakan bahwa analisa ditentukan menurut data subyektif dan obyektif, contoh : Seorang P..A.. usia .. tahun inpartu kala IV

d. Penatalaksanaan

Menurut (Sulfianti, dkk 2020) Melakukan IMD pada bayi dan ibu selama 1 jam untuk mencegah perdarahan pada kala IV. Hubungan antara IMD dengan involusi uteri hal ini terbukti karena adanya isapan bayi pada putting susu ibu sehingga menyebabkan oksitosin akan keluar lebih banyak. Hal ini menguntungkan karena otot-otot polos rahim akan terus berkontraksi lebih kuat sehingga perdarahan pasca persalinan dapat dicegah. Pada penelitian yang dilakukan oleh peneliiti menunjukkan bahwa ada ibu yang mengalami perdarahan kurang lebih 500 cc karena ibu belum melakukan IMD. Oleh karena itu, ibu bersalin bisa segera dilaksanakan IMD untuk mengurangi perdarahan pada kala IV sehingga otot uterus terus berkontraksi dengan baik .

DAFTAR PUSTAKA

- Ari Kurniarum. 2016. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta Selatan : Pusdik SDM Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- Atik Purwandari, dkk. 2014. Studi Kasus Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ny. D.N Dengan Persalinan Normal Di Puskesmas Bahu Kecamatan Malalayang Kota Manado. *JIDAN Jurnal Ilmiah Bidan*. 2(1). 46 – 60. <https://media.neliti.com/media/publications/92063-ID-studi-kasus-manajemen-asuhan-kebidanan-p.pdf>
- Marmi. 2016. *Intranatal Care Asuhan Kebidanan pada Persalinan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Mufdlilah. 2017. *Buku Pedoman Pemberdayaan Ibu Menyusui pada Program ASI Eksklusif*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Mutmainnah, Annisa UI, dkk. 2017. *Asuhan persalinan dan bayi baru lahir*. Yogyakarta: ANDI
- Purwoastuti Endang dan Siwi Elisabeth. 2015. *Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal & Neonatal* Yogyakarta : Pustaka Baru Press
- Rapida Saragih, dkk. 2020. Pemanfaatan Puskesmas pada Persalinan Normal. *JKM (Jurnal Kebdanan Malahayati)*. 6(1), 84 – 88. <https://ejournalmalahayati.ac.id/index.php/kebidanan/article/view/2414>
- Santi, M. (2021). Hubungan Tingkat Kecemasan Suami Dengan Pola Berhubungan Seksual Selama Kehamilan Di Puskesmas Hutaimbaru Tahun 2021.
- Situmorang, R.B. dkk. 2021. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Jawa Timur: Pustaka El Queena
- Sondakh Jenny J.S. 2013. *Asuhan Kebidanan Persalinan & Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: Erlangga
- Sulfianti, dkk. 2020. *Asuhan Kebidanan pada Persalinan*. Medan: Yayasan Kita Menulis
- Sulistyawati dan Nugraheny. 2013. *Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin*. Yogyakarta: Salemba Medika

- Sulistyawati, Ari & Nugraheny, Esti. 2013. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika
- Untari, S. dan Sehmawati, 2020. Hubungan Paritas dan Carta Meneran yang Benar dengan Kelancara Persalinan Kala II, *The Shine Cahaya Dunia Kebidanan*, 5(1), 40–46. <https://ejournal.annurpurwodadi.ac.id/index.php/TSCBid/article/view/200>

BIODATA PENULIS



Sekar Handayani, S.S.T., M.Keb.

Dosen Program Studi Diploma III Kebidanan Balikpapan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Penulis lahir di Balikpapan tanggal 15 Agustus 1979. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma III Kebidanan Balikpapan, Poltekkes kemenkes Kalimantan Timur. Menyelesaikan pendidikan Diploma IV Bidan Pendidik di Poltekkes Kemenkes Kaltim dan melanjutkan S2 pada Magister Kebidanan di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.

BIODATA PENULIS



Ika Yulianti, S.SiT,Bdn,M.K.M.

Dosen di Universitas Borneo Tarakan

Lahir di Jepara, 26 Juli 1986. Penulis menyelesaikan pendidikan di SDN 01 Mayonglor I (1993-1999), SPMN 1 Pecangaan (1999-2002), SMAN 1 Welahan (2003-2005) kemudian penulis melanjutkan pendidikan Diploma III Kebidanan di Universitas Muhammdyah Kudus (2005-2008) melanjutkan pendidikan DIV Kebidanan (2009) di Semarang dan melanjutkan jenjang S2 Kesehatan Masyarakat Peminatan Kesehatan Ibu dan Anak di UNS (2016-2018). Pengalaman menulis buku dari penulis : (2020) Buku Etika Profesi dan Hukum Kesehatan, (2020) Pengantar Asuhan Kehamilan, (2020) Dokumentasi Kebidanan, (2021)Yoga Prenatal mencegah Kecemasan dan Depresi, (2023) Pengembangan Komiditi Unggulan Buah Terap dalam Penurunan Kekurangan Energi Kronik (KEK) Di WilaYAH Perbatasan Daerah Pesisir Kalimantan Utara. Pecinta Yoga juga bersertifikat sebagai Trainer Yogra Prenatal sejak tahun 2018. Pengalaman Mengajar Pernah menjadi dosen tetap di Universitas Borneo Tarakan dari tahun 2009 sampai dengan sekarang.

BIODATA PENULIS



Ni Made Dwi Purnamayanti, S.Si.T., M.Keb

Dosen di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Denpasar

Ni Made Dwi Purnamayanti, S.Si.T., M.Keb lahir di Badung, tanggal 1 Februari 1980. Saat ini aktif sebagai dosen di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Denpasar. Menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di Poltekkes Kenemkes Denpasar tahun 2004, Pendidikan Diploma IV Bidan pendidik di Universitas Gadjah Mada tahun 2006 dan program pascasarjana di Magister Kebidanan Universitas Brawijaya pada tahun 2016. Bidang keahlian penulis yaitu pada asuhan kebidanan, kesehatan reproduksi serta komplementer kebidanan. Aktif dalam melakukan penelitian serta menulis dalam jurnal internasional serta nasional. Moto hidup yaitu “Lakukan yang terbaik, maka orang-orang akan melihat kualitasmu”. Penulis dapat dihubungi melalui email purnamayanti.dwi80@gmail.com

BIODATA PENULIS



Wita Solama, SST., M.Kes

Staff Lembaga Penjaminan Mutu Internal, menjadi Editor Jurnal Babul Ilmi dan Dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Aisyiyah Palembang

Wita Solama, SST., M.Kes lahir di Kota Palembang pada tanggal 24 Desember 1984. Ia Lulus pada tahun 2016 hingga mendapat gelar Magister Kesehatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada Palembang jurusan Kesehatan Reproduksi. Saat ini ia tercatat sebagai dosen tetap tersertifikasi pada mata kuliah Psikologi Ilmu Kebidanan, Komunikasi dan Konseling Ilmu Kebidanan, Pengantar Asuhan Kehamilan, Persalinan, Nifas dan Bayi Baru Lahir, Asuhan Kebidanan Kehamilan, Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Aisyiyah Palembang. Selain mengajar ia aktif dalam kegiatan tridarma lainnya diantaranya ialah penelitian dan pengabdian masyarakat dan sebagai penulis *Book Chapter* di berbagai Penerbit. Pernah menjabat sebagai Sekretaris Prodi D3 Kebidanan STIKes Aisyiyah Palembang Tahun 2017-2019, menjabat sebagai Ketua Prodi D3 Kebidanan STIKes Aisyiyah Palembang Tahun 2020-2022, saat ini ia sebagai staff Lembaga Penjaminan Mutu Internal dan menjadi editor jurnal Babul Ilmi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Aisyiyah Palembang. Peraih penelitian yang berhasil didanai oleh Ristekdikti tahun 2020 yang berjudul: Analisis Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Deteksi Dini Tumbuh Kembang Pada Anak Usia PAUD 3-5 Tahun di Lingkungan Sekolah Pendidikan Usia Dini

Pimpinan Ranting Aisyiyah Ilir Timur I Palembang. Sebagai bentuk pengabdian kepada masyarakat, ia pun terlibat aktif dalam mengisi materi dengan tema Kesehatan Reproduksi Remaja di Sekolah-sekolah Aisyiyah dan Muhammadiyah Kota Palembang. Korespondensi melalui: witasolama24@gmail.com

BIODATA PENULIS



Damai Noviasari, S.ST., M.Keb

Dosen Program Studi Diploma III Kebidanan Balikpapan
Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kalimantan timur

Penulis lahir di Balikpapan tanggal 02 November 1978. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma III Kebidanan Balikpapan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur. Menyelesaikan Pendidikan Diploma IV Kebidanan pada Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur pada tahun 2010 dan melanjutkan pada Program Pasca Sarjana di universitas Brawijaya Malang pada tahun 2017 serta menyelesaikan studi pada tahun 2019. Dari tahun 2002 sampai dengan sekarang penulis bekerja sebagai staf pada Prodi Diploma III Kebidanan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur.

BIODATA PENULIS



Ketut Resmaniasih, SST., M.Kes.

Dosen di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya

Penulis mulai mengenal ilmu kebidanan sejak tahun 1998 silam, yang diawali dengan kuliah di Akademi Kebidanan Palangka Raya dan sekaligus ikut terjun langsung berpraktek pada salah satu praktek mandiri bidan di kota Palangka Raya, hingga menyandang gelar AMd.Keb. Setahun kemudian, penulis mulai bekerja di Poltekkes Kemenkes Palangka Raya sebagai calon dosen, dan tepatnya pada tahun 2009 penulis aktif sebagai dosen setelah satu tahun sebelumnya telah menyelesaikan pendidikan D4 Bidan Pendidik di universitas Padjadjaran Bandung. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan S2 Kesehatan di Universitas Diponegoro pada tahun 2012 dan berhasil menyandang menyelesaikan studi 2 tahun kemudian.

Sebagai pengalaman praktisi, penulis pernah bekerja di Praktek Mandiri Bidan dan Puskesmas Pembantu, namun saat ini penulis lebih fokus sebagai dosen di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya. Sebagai dosen, penulis aktif melaksanakan tri dharma perguruan tinggi melalui penelitian dan pengabdian kepada masyarakat yang terfokus pada bidang kesehatan ibu dan anak, penulis juga aktif dalam menulis buku. Begitu juga dalam hal organisasi, penulis masih aktif sebagai anggota maupun sebagai pengurus organisasi profesi Ikatan Bidan Indosensia.

No. WA : 085251355535
Email :devikalya@yahoo.co.id

BIODATA PENULIS



Bdn. Lina Darmayanti Bainuan, SST., M.Keb.

Dosen Program Studi Diploma III Kebidanan
Fakultas Kesehatan Universitas Triatma Mulya

Penulis lahir di Melaya kabupaten Jember provinsi Bali tanggal 30 Juni 1980. Sejak tahun 2004 - 2020 penulis sebagai dosen tetap di Akademi Kebidanan Griya Husada Surabaya. Penulis mulai tahun 2021 sampai dengan sekarang adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma III Kebidanan, Fakultas Kesehatan, Universitas Triatma Mulya. Menyelesaikan pendidikan Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) tahun 1997 di SPK Mardi Santoso Surabaya kemudian tahun 1997-1998 bekerja di RS Mardi Santoso Surabaya dan sebagai Clinical Instruktur (CI). Tahun 2002 menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di Akademi Kebidanan Griya Husada Surabaya, pada tahun 2004 menyelesaikan pendidikan D4 Bidan Pendidik di Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung dan menyelesaikan S2 Kebidanan di Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung tahun 2017. Penulis telah menyelesaikan pendidikan Profesi Bidan tahun 2022 di STIKES Bina Usada Badung. Penulis aktif di pengajaran, penelitian dan pengabdian masyarakat juga menekuni bidang Menulis dan sudah menghasilkan beberapa karya buku kebidanan baik yang tersimpan di perpustakaan kampus maupun yang telah diterbitkan penerbit.

BIODATA PENULIS



Sulastry Pakpahan, SST.,M.Keb.

Dosen Program Studi D3 Kebidanan Tapanuli Utara
Poltekkes Kemenkes Medan

Penulis lahir di kota Tarutung 31 Juli 1983, Kabupaten Tapanuli Utara. Menyelesaikan pendidikan DIV Bidan Pendidik dari Unpad Bandung, dan melanjutkan S2 Kebidanan dari Unpad Bandung. Pernah bekerja di Universitas Gunadarma, Jakarta. Saat ini sebagai dosen tetap di Prodi Kebidanan Tapanuli Utara, Poltekkes Kemenkes Medan. Mengampu beberapa mata kuliah Asuhan Kebidanan diantaranya Asuhan Kebidanan Pada Persalinan Dan Bayi Baru Lahir, Asuhan Kebidanan Pada Pasca Persalinan Dan Menyusui, Konsep Kebidanan, Praktik Klinik Kebidanan I, II dan III. Terlibat aktif pada Pengurus Ikatan Bidan Indonesia (IBI) Cab. Tapanuli Utara. Penulis juga terlibat dalam penelitian dan pengabdian kepada masyarakat, menulis artikel jurnal dan naskah buku, sebagai reviewer jurnal terakreditasi nasional, yang merupakan kontribusi dalam mewujudkan Tri Dharma Perguruan Tinggi. Email: lastry@gmail.com

BIODATA PENULIS



Cut Linar, S.SiT., M.K.M
Dosen Program Studi D-III Kebidanan
Stikes Darussalam Lhokseumawe

Cut Linar, S.SiT., M.K.M lahir di Mongeudong Kota Lhokseumawe, Aceh 28 Agustus 1987. Jenjang Pendidikan D3 ditempuh di Akbid Darussalam Lhokseumawe lulus tahun 2008. Pendidikan D4 Stikes Darussalam Lhokseumawe, lulus tahun 2012, Pendidikan S2 ditempuh di Institut Helvetia Medan Lulus Tahun 2020. Saat ini penulis sebagai dosen di STIKes Darussalam Lhokseumawe