

PERSALINAN BERBASIS KOMPETENSI



**Murti Ani
Risma Putri Utama
Sukmawati
Sri Wahyuni
Juli Purnama Hamudi
Ummul Khair
Siti nurhidayati
Lilis Candra Yanti
Amina Ahmad**

PERSALINAN BERBASIS KOMPETENSI

**Murti Ani
Risma Putri Utama
Sukmawati
Sri Wahyuni
Juli Purnama Hamudi
Ummul Khair
Siti nurhidayati
Lilis Candra Yanti
Amina Ahmad**



GET PRESS INDONESIA

PERSALINAN BERBASIS KOMPETENSI

Penulis :

Murti Ani
Risma Putri Utama
Sukmawati
Sri Wahyuni
Juli Purnama Hamudi
Ummul Khair
Siti nurhidayati
Lilis Candra Yanti
Amina Ahmad

ISBN : 978-623-198-604-7

Editor : Dr. Oktavianis, M.Biomed.

Ilda Melisa, A.Md.,Kep

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

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

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

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

Cetakan pertama, 16 Agustus 2023

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

KATA PENGANTAR

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

Buku ini membahas Konsep Dasar Persalinan, Faktor-Faktor yang Memengaruhi Persalinan, Perubahan Fisik dan Psikologis pada Kala I, Partograf, Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin Kala I, Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin Kala II, Deteksi Dini dan Komplikasi Persalinan Kala III, Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin Kala IV, Asuhan pada Bayi Segera Setelah Lahir.

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, 16 Agustus 2023

Penulis

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR GAMBAR	vi
DAFTAR TABEL	vii
BAB 1 KONSEP DASAR PERSALINAN.....	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Pengertian Persalinan.....	1
1.3 Macam-Macam Persalinan.....	3
1.4 Jenis Persalinan Berdasarkan Umur Kehamilan	4
1.5 Teori Penyebab Persalinan	4
1.6 Tanda Permulaan Persalinan	6
1.7 Tahapan Persalinan.....	9
DAFTAR PUSTAKA	13
BAB 2 FAKTOR FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERSALINAN	15
2.1 Pendahuluan.....	15
2.2 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Persalinan	15
2.2.1 <i>Power</i>	15
2.2.2 <i>Passage</i>	17
2.2.3 <i>Passanger</i> (Janin dan Plasenta).....	18
2.2.4 Penolong.....	22
2.2.5 Psikis Ibu.....	22
DAFTAR PUSTAKA	24
BAB 3 PERUBAHAN FISIK DAN PSIKOLOGIS PADA KALA I	25
3.1 Perubahan Fisik Pada Kala 1	25
3.2 Perubahan Psikologis Pada Kala 1.....	38
DAFTAR PUSTAKA	41
BAB 4 PARTOGRAF.....	43
4.1 Partograf Berdasarkan WHO Labor Care Guide 2020	43
4.2 Tujuan utama LCG.....	45

4.3 Kapan LCG harus dimulai ?	45
4.4 Di mana sebaiknya LCG digunakan ?.....	45
4.5 Struktur LCG	46
4.6 Kualitas Pelayanan Bersalin	50
DAFTAR PUSTAKA	51
BAB 5 ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN	
KALA I.....	53
5.1 Manajemen Asuhan Kala I	53
5.1.1 Pemeriksaan Fisik	53
5.1.2 Pemeriksaan Janin	54
5.2 Asuhan Kala I.....	57
5.2.1 Partograf.....	57
5.2.2 Kebutuhan Ibu Bersalin	62
5.2.3 Tanda Bahaya kala I	63
5.3 Pendokumentasian Kala I	68
DAFTAR PUSTAKA	69
BAB 6 ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU	
BERSALIN KALA II.....	71
6.1 Pendahuluan.....	71
6.2 Pemantauan Selama Kala II Persalinan	73
6.3 Evaluasi Kemajuan Persalinan.....	75
6.4 Dukungan Aktif Selama kala II Persalinan	76
6.5 Pengawasan Terhadap Fetal Well- Being Selama Kala II Persalinan	78
6.6 Komunikasi dan Pemberian Informasi pada Kala II Persalinan	79
6.7 Perawatan Perineum Selama Kala II	81
6.8 Persiapan Persalinan Jika Ada Komplikasi	82
6.9 Evidence Based pada Kala II Persalinan.....	84
6.9.1 Pengertian <i>Evidence Based Practice</i>	84
6.9.2 Evidence Based dalam Praktik Persalinan.....	85
6.9.3 Evidence based pada Kala II Persalinan	87
DAFTAR PUSTAKA	89

BAB 7 DETEKSI DINI KOMPLIKASI KALA III	91
7.1 Pendahuluan.....	91
7.2 Komplikasi Kala III.....	91
7.2.1 Atonia Uteri.....	92
7.2.2 Retensio Plasenta.....	96
7.2.3 Robekan Jalan Lahir	102
DAFTAR PUSTAKA	108
BAB 8 ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN	
KALA IV	111
8.1 Fisiologi Kala IV.....	111
8.2 Tindakan-Tindakan Kala IV.....	111
8.2.1 Evaluasi Uterus	111
8.2.2 Pemeriksaan Serviks, Vagina dan Perineum	112
8.2.3 Perkiraan Darah yang Hilang.....	114
8.3 Penjahitan Luka Robekan	114
8.3.1 Penyebab Robekan Perineum.....	114
8.3.2 Macam-Macam Penjahitan.....	118
8.3.3 Anestesi Lokal.....	119
8.3.4 Prinsip Penjahitan Luka Perineum.....	120
8.3.5 Teknik Mencegah Robekan (Laserasi) Perineum.....	120
8.4 Asuhan Kala IV	122
8.5 Pemantauan Kala IV	122
8.5.1 Pemantauan pasca persalinan	122
DAFTAR PUSTAKA	126
BAB 9 ASUHAN PADA BAYI SEGERA SETELAH LAHIR....	127
9.1 Konsep Dasar Pada Bayi Baru Lahir	127
9.1.1 Definisi	127
9.1.2 Klasifikasi Bayi Baru Lahir Dapat Di Bedakan	
Menjadi Tiga Kategori	127
9.1.3 Ciri Bayi Lahir Normal	128
9.1.4 Perubahan Adaptasi Bayi Segera Lahir.....	129
9.2 Asuhan Segera Pada Bayi Baru Lahir	129
9.2.1 Asuhan Esensial Pada Bayi Segera Setelah Lahir ..	130

9.2.2 Pencegahan Kehilangan Panas	131
9.2.3 Pemotongan Funiculus Umbilicalis.....	131
9.2.4 Kontak Kulit Ke Kulit	131
9.2.5 Inisiasi Menyusui Dini.....	132
9.2.6 Pemberian Vit K.....	132
9.2.7 Pemberian Salep Mata	132
9.2.8 Perawatan Tali Pusat.....	132
9.3 Masalah Yang Sering Terjadi Pada Bayi Baru Lahir.....	133
9.3.1 Asfiksia.....	133
9.3.2 Bayi Baru Lahir Rendah	134
9.3.3 Hipotermi	135
9.3.4 Hipoglikemia	137
9.3.5 Hyperbilirubinemia.....	139
9.3.6 Kejang.....	141
9.3.7 Gangguan Nafas	142
9.3.8 Kelainan Kogenital	143
DAFTAR PUSTAKA	146
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1. Kontraksi Uterus Selama Persalinan.....	26
Gambar 3.2. Perubahan Uterus Selama Persalinan	27
Gambar 3.3. Perubahan Bentuk SAR dan SBR.....	28
Gambar 3.4. Perubahan Serviks Selama Persalinan.....	29
Gambar 3.5. Posisi Tangan Ketika Melakukan <i>Vaginal</i> <i>Tourche</i>	30
Gambar 3.6. Perubahan Sistem Urinaria Selama Persalinan	31
Gambar 3.7. Proses Mekanisme Persalinan	32
Gambar 3.8. Sirkulasi Ibu Ke Janin.....	33
Gambar 3.9. Pengaturan Pernapasan Mulai dari Kehamilan.....	36
Gambar 3.10. Gambar Ekspresi (Untuk melihat seberapa nyeri ibu yang dirasakan oleh bersalin).....	38
Gambar 3.11. Kecemasan pada Ibu Bersalin	39
Gambar 4.1. WHO Labor Care Guide	43
Gambar 4.2. WHO Labor Care Guide	44
Gambar 5.1. Pemeriksaan leopold untuk mengetahui presentasi, bagian terendah janin	53
Gambar 5.2. Pengukuran TFU dengan pita ukur	54
Gambar 5.3. Penurunan bagian terendah janin	55
Gambar 5.4. Lembar depan partograf	61
Gambar 5.5. Lembar Belakang Partograf	62
Gambar 7.1. plasenta	92
Gambar 7.2. Perbandingan uterus dengan palsenta yang sudah lahir dan retensio plasenta	97
Gambar 7.3. Anatomi Perineal.....	102
Gambar 7.4. Derajat robekan perineum	104
Gambar 8.1. Tingkat Rupture Perineum.....	113

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1. Pemantauan kemajuan persalinan	48
Tabel 7.1. Hal-Hal yang harus tersedia untuk penatalaksanaan retensio plasenta.....	100

BAB 1

KONSEP DASAR PERSALINAN

Oleh Murti Ani

1.1 Pendahuluan

Persalinan adalah proses yang harus dilewati bagi seorang ibu hamil agar dapat bertemu langsung dengan bayi. Dalam proses tersebut, tidak jarang perempuan mengalami rasa cemas dan ketakutan. Ibu hamil membutuhkan tenaga kesehatan yang kompeten, terampil, dapat memberikan bimbingan dan asuhan sayang ibu sesuai dengan kebutuhan klien.

Setiap proses persalinan tidak lepas dari risiko yang bisa saja terjadi setiap saat yang dapat mengancam keselamatan ibu dan bayi. Umur dan kesehatan merupakan salah satu faktor yang dapat menimbulkan risiko bagi seorang perempuan yang dapat memunculkan komplikasi, baik dalam masa kehamilan ataupun persalinan. Ada banyak hal yang harus diketahui dan dilakukan untuk memastikan bahwa ibu dan bayi dalam keadaan sehat sebelum dan setelah persalinan sehingga proses persalinan berjalan dengan aman dan sejahtera nantinya.

1.2 Pengertian Persalinan

Pengertian persalinan dari berbagai sumber sebagai berikut:

1. Persalinan adalah suatu proses dimana seorang wanita melahirkan bayi yang diawali dengan kontraksi uterus yang teratur dan memuncak pada saat pengeluaran bayi sampai dengan pengeluaran plasenta dan selaputnya dimana proses persalinan ini akan berlangsung selama 12 sampai 14 jam (Mayles, 1996).

2. Persalinan merupakan proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba, 1998).
3. Persalinan merupakan suatu proses fisiologis yang memungkinkan serangkaian perubahan yang besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir (Moore, 2001).
4. Persalinan merupakan suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar (Prawirohardjo, 2002).
5. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37–42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2002)
6. Persalinan merupakan proses kontraksi uterus yang menyebabkan dilatasi serviks dan mendorong janin melalui jalan lahir (Cunningham, F. Gary, 2006)
7. Persalinan merupakan proses kontraksi uterus yang teratur yang menyebabkan penipisan dan dilatasi serviks sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan (Heffne, 2006)
8. Persalinan merupakan proses dimana bayi, plasenta, dan ketuban keluar dari uterus (JNPK-KR, 2008)

Dari pengertian di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin,

plasenta dan selaput ketuban) dari dalam uterus ke dunia luar baik dengan kekuatan ibu sendiri atau dengan bantuan.

1.3 Macam-Macam Persalinan

Macam-macam persalinan yaitu sebagai berikut :

1. Persalinan spontan, adalah persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut. Persalinan spontan (*eustosia*) adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang sudah cukup bulan, melalui jalan lahir (*pervaginam*), dengan kekuatan ibu sendiri atau tanpa bantuan.
2. Persalinan buatan adalah suatu proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan atau pertolongan dari luar, misalnya dengan forceps, vakum, atau dilakukan operasi *Sectio Caesaria*.
3. Persalinan anjuran, adalah persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban (*amniotomi*), dan pemberian oksitosin.
4. Persalinan presipitatus, yaitu persalinan yang berlangsung sangat cepat
5. Persalinan percobaan, yaitu proses penilaian kemajuan persalinan untuk memperoleh bukti tentang ada atau tidaknya CPD (*Cephalo Pelvic Disproportion*) atau ketidaksesuaian antara ukuran panggul dan bayi
6. *Lotus birth*, yaitu proses persalinan dengan tali pusat yang melekat pada bayi dan plasenta dibiarkan, tanpa dijepit atau dipotong, dan tali pusat dibiarkan terlepas dari bayi secara alami atau tiga hari setelah kelahiran
7. *Water birth*, adalah proses melahirkan menggunakan media air yang disesuaikan dengan ukuran suhu tubuh ($\pm 30^{\circ}\text{C}$).
8. *Hypno birthing*, adalah metode persalinan dengan penggunaan hypnosis sehingga dapat melahirkan dengan nyaman tanpa ada rasa nyeri

9. *Smooth landing*, adalah proses persalinan dengan lembut tanpa bantuan alat.

1.4 Jenis Persalinan Berdasarkan Umur Kehamilan

Macam-macam persalinan berdasarkan umur kehamilan sebagai berikut :

1. *Abortus*, merupakan kelahiran sebelum umur kehamilan 22 minggu atau bayi dengan berat badan <500 gram.
2. *Partus immaturus*, merupakan kelahiran pada umur kehamilan 22-28 minggu atau bayi dengan berat badan 500-999 gram.
3. *Partus prematurus*, merupakan kelahiran pada umur kehamilan 28-37 minggu atau bayi dengan berat badan 1000-2499 gram.
4. *Partus maturus* atau *aterm*, merupakan kelahiran pada umur kehamilan 37-42 minggu atau bayi dengan berat badan 2500 gram atau lebih.
5. *Partus postmaturus* atau *serotinus*, merupakan kelahiran pada umur kehamilan lebih dari 42 minggu.

1.5 Teori Penyebab Persalinan

Hormon yang memegang peranan penting pada saat kehamilan yaitu hormon estrogen dan hormon progesteron.

1. Hormon estrogen, dapat menaikkan sensitivitas otot uterus dan memberi kemudahan penerimaan rangsangan dari luar seperti hormon oksitosin, prostaglandin, maupun rangsangan mekanis
2. Hormon progesteron, dapat menurunkan sensitivitas otot uterus, memberi kesulitan penerimaan dari luar, mengakibatkan otot uterus dan otot polos relaksasi

Hal-hal yang menyebabkan mulainya proses persalinan sampai dengan saat ini belum diketahui dengan pasti. Beberapa teori yang memungkinkan yaitu:

1. Teori progesteron yang menurun
Kadar hormon progesteron akan mulai menurun pada 1-2 minggu sebelum persalinan dimulai. Progesterone bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim, jika kadar progesteron turun akan menyebabkan tegangnya pembuluh darah dan menimbulkan his.
2. Teori keregangan
Ukuran rahim yang semakin membesar dan mengalami penegangan akan mengakibatkan otot rahim mengalami iskemia sehingga dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenta
3. Teori oksitosin interna
Kelenjar hipofisis posterior mengeluarkan oksitosin. Perubahan keseimbangan antara hormon estrogen dan progesterone mengakibatkan sensitivitas otot uterus, sehingga menimbulkan *braxton hicks*. Menurunnya konsentrasi progesterone karena maturnya usia kehamilan mengakibatkan oksitosin meningkatkan aktivitasnya dalam merangsang otot uterus untuk berkontraksi, dan persalinan dimulai.
4. Teori plasenta menjadi tua.
Plasenta yang menua mengakibatkan menurunnya kadar estrogen dan progesterone yang mengakibatkan kekejangan pembuluh darah, sehingga mengakibatkan kontraksi uterus.
5. Teori distensi uterus
Uterus yang semakin besar dan meregang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus, sehingga mengganggu aliran utero-plasenta. Otot uterus memiliki kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati

batas tersebut, akhirnya terjadi his sehingga muncul awalan persalinan. Misalnya pada kehamilan kembar (gemelli), sering muncul his karena rahim teregang oleh ukuran janin ganda, yang dapat mengakibatkan persalinan lebih dini.

6. Teori iritasi mekanis.

Di belakang serviks terdapat ganglion servikal (*fleksus frankenhauser*). Bila ganglion ini digeser dan ditekan, menyebabkan his pada rahim.

7. Teori hipotalamus–pituitari dan glandula suprarenalis.

Glandula suprarenalis adalah pendorong munculnya persalinan. Teori ini menjelaskan bahwa pada kehamilan dengan bayi tanpa batok kepala (anencephal) sering mengalami keterlambatan proses persalinan karena tidak terbentuknya hipotalamus.

8. Teori prostaglandin.

Desidua menghasilkan prostaglandin, yang merupakan salah satu penyebab awal mulai persalinan. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 atau E2 yang diberikan secara intravena menyebabkan his pada otot myometrium di setiap usia kehamilan. Hal tersebut juga ditopang dengan kadar hormon prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban ataupun darah perifer pada ibu hamil sebelum atau selama proses lahiran.

1.6 Tanda Permulaan Persalinan

Tanda-tanda bahwa proses persalinan sudah dekat, yaitu:

1. *Lightening*.

Memasuki umur kehamilan 36 minggu pada primigravida, terjadi penurunan bagian fundus rahim karena kepala bayi sudah masuk ke dalam panggul. Hal ini disebabkan karena:

- a. Kontraksi *braxton hicks*
- b. Ketegangan dinding perut

- c. Ketegangan ligamentum rotundum
- d. Gaya berat janin, kepala ke arah bawah uterus
- e. Masuknya kepala janin ke dalam panggul yang dapat dirasakan oleh wanita hamil dengan tanda-tanda:
 - 1) Terasa ringan di bagian atas dan rasa sesak berkurang
 - 2) Pada bagian bawah terasa penuh dan mengganjal
 - 3) Mengalami kesulitan saat berjalan.
 - 4) Sering buang air kecil

Proses *lightening* yang dialami oleh primigravida merupakan hubungan normal antara *power*, *passage*, dan *passenger*. Pada multigravida prosesnya tidak sejelas primigravida. Hal ini dikarenakan kepala janin yang masuk ke dalam panggul terjadi bersamaan dengan proses persalinan.

2. Pollikasuria.

Pada akhir kehamilan (bulan kesembilan), hasil pemeriksaan menunjukkan epigastrium kendor, fundus rahim lebih rendah daripada kedudukannya dan kepala janin sudah mulai masuk ke dalam pintu atas panggul. Hal ini mengakibatkan kandung kemih tertekan sehingga mendorong ibu untuk sering berkemih atau disebut dengan pollikasuria.

3. False labor

Tiga atau empat minggu sebelum persalinan, muncul his awalan yang sebenarnya hanya merupakan peningkatan dari kontraksi *braxton hicks*.

His awalan ini memiliki karakteristik:

- a. Rasa nyeri muncul di perut bagian bawah
- b. His tidak teratur
- c. Lamanya kontraksi pendek, dengan majunya waktu his tidak bertambah kuat dan apabila digunakan untuk jalan semakin berkurang

d. Tidak mengakibatkan pendataran atau pembukaan cervix

4. Perubahan pada cerviks

Hasil pemeriksaan cerviks pada kehamilan akhir (bulan kesembilan) menampilkan bahwa cerviks yang awalnya tertutup, panjang dan kurang lunak, berubah menjadi lebih lembut, dan beberapa terlihat telah terjadi pembukaan dan penipisan. Perubahan ini pada masing-masing ibu tidak sama. Pada multipara bisa saja sudah terjadi pembukaan 2 cm, akan tetapi pada primipara masih dalam keadaan tertutup.

5. *Energy sport*

Pada 24-28 jam sebelum persalinan dimulai, beberapa ibu mengalami peningkatan energi. Setelah beberapa hari sebelumnya merasa kelelahan fisik karena usia kehamilan yang semakin tua, maka satu hari sebelum persalinan ibu memiliki energi yang penuh. Peningkatan energi ibu ini menyebabkan ibu dapat menyelesaikan pekerjaan rumah, mengepel, mencuci perabot rumah, atau pekerjaan rumah lainnya. Apabila ibu kehabisan tenaga menjelang proses persalinan dapat mengakibatkan kala I lama.

6. *Gastrointestinal upsets*

Sebagian wanita hamil mungkin mengalami tanda-tanda seperti diare, obstipasi, mual dan muntah karena efek penurunan hormon dalam sistem pencernaan.

Tanda pasti dalam persalinan yaitu sebagai berikut:

1. Kekuatan his yang semakin sering dan teratur dengan jarak yang semakin pendek

Karakter dari his yaitu :

- a. Nyeri melingkar mulai dari punggung menjalar ke perut bagian depan.
- b. Pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan

- c. Memiliki sifat teratur, dengan jarak semakin lama semakin pendek dan kapasitasnya semakin besar
 - d. Mengakibatkan pendataran dan atau pembukaan serviks.
 - e. Semakin ibu beraktifitas dapat mengakibatkan his yang semakin kuat. His pada uterus yang mengakibatkan perubahan pada serviks adalah kontraksi yang adekuat
2. Terjadi pengeluaran lendir atau lendir bercampur darah
 Dengan adanya kontraksi pada persalinan, terjadi perubahan pada serviks yang mengakibatkan:
 - a. Pendataran dan pembukaan
 - b. Pembukaan mengakibatkan selaput lendir yang terdapat pada kanalis servikalis terlepas
 - c. Terjadi perdarahan karena pecahnya kapiler pembuluh darah.
 3. Ketuban dapat pecah
 Beberapa ibu mengeluarkan cairan ketuban dalam jumlah yang banyak dari jalan lahir akibat pecahnya selaput ketuban atau selaput janin robek yang dikenal dengan istilah *premature rupture of membrane*. Kulit ketuban biasanya pecah jika pembukaan sudah lengkap atau hampir lengkap. Akan tetapi ketuban dapat pecah sebelum waktu proses persalinan atau dikenal dengan istilah ketuban pecah dini.
 4. Pada pemeriksaan dalam dijumpai perubahan serviks, meliputi perlunakan, pendataran, dan pembukaan.

1.7 Tahapan Persalinan

Tahapan dari persalinan terdiri atas empat kala, yaitu kala satu atau kala pembukaan, kala dua atau kala pengeluaran janin, kala tiga atau pelepasan plasenta, dan kala empat atau kala pengawasan.

1. Kala I (kala pembukaan)

Kala satu atau kala pembukaan, yaitu proses pembukaan serviks dan his secara teratur minimal 2 kali dalam 10 menit selama 40 detik, yang menyebabkan serviks membuka dari 1 sampai pembukaan lengkap (10 cm). Pada kala satu terdiri atas 2 fase, yaitu:

- a. Fase laten, yaitu berlangsung ± 8 jam, dari pembukaan 1 sampai 3 cm, dengan his yang masih lemah dan frekuensi jarang, dan proses pembukaan terjadi sangat lambat
- b. Fase aktif, yaitu berlangsung ± 7 jam, yang dibagi menjadi tiga fase, yaitu:
 - 1) Fase akselerasi, lamanya 2 jam, dari pembukaan 3 cm menjadi 4 cm
 - 2) Fase dilatasi maksimal, lamanya 2 jam, pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm
 - 3) Fase deselerasi, lamanya 2 jam, pembukaan dari 9 cm menjadi 10 cm, kontraksi terjadi setiap 3-4 menit selama 45 detik, dan proses pembukaan menjadi lambat sekali

Fase-fase tersebut dapat ditemui pada primigravida ataupun multigravida, akan tetapi pada multigravida pada fase laten, fase aktif dan fase deselerasi dapat lebih pendek.

Mekanisme membukanya serviks pada primigravida dan multigravida berbeda. Pada primigravida *Ostium Uteri Internum* (OUI) akan membuka lebih dahulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis. Sedangkan pada multigravida OUI sudah sedikit terbuka. OUI dan OUE serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam waktu yang bersamaan.

2. Kala II (kala pengeluaran kanin)

Kala dua merupakan kala pengeluaran bayi, dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai dengan keluarnya bayi. Tanda gejala kala dua yaitu:

- a. Kontraksi semakin kuat, dengan jarak 2 sampai 3 menit, lamanya 50 sampai 100 detik
- b. Memasuki selesainya kala satu, sebagian besar ketuban akan pecah, yang ditandai dengan terlihatnya pengeluaran cairan secara mendadak
- c. Ketuban yang pecah pada pembukaan yang hampir lengkap diikuti dengan dorongan ibu untuk meneran karena tertekannya *pleksus franken hauser*.
- d. Kolaborasi antara kekuatan his dan meneran akan mendorong kepala bayi, sehingga mengakibatkan:
 - Kepala bayi membuka pintu
 - Subocciput sebagai hipomoklion, selanjutnya secara berurutan lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, serta kepala seluruhnya.
- e. Kepala lahir seluruhnya yang diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyesuaian kepala bayi pada punggung.
- f. Setelah putaran paksi luar terjadi, maka pertolongan persalinan dilakukan dengan cara:
 - Kepala dipegang pada *os occiput* dan di bawah dagu, kemudian ditarik dengan menggunakan cunam ke bawah untuk melahirkan bahu depan dan ke atas untuk melahirkan bahu belakang.
 - Setelah kedua bahu lahir, sisa badan bayi dilahirkan.
 - Bayi kemudian lahir diikuti oleh sisa air ketuban.
- g. Lama kala II untuk primigravida $\pm 1-2$ jam dan pada multigravida $\pm 0,5 -1$ jam.

3. Kala III (kala pelepasan plasenta)

Kala tiga adalah kala pelepasan dan pengeluaran plasenta, atau disebut juga dengan kala uri.

Berikut ini merupakan tanda lepasnya plasenta, yaitu:

- a. Uterus berbentuk globuler atau bundar
- b. Uterus terdorong ke atas karena plasenta lepas ke segmen bawah rahim.
- c. Tali pusat bertambah panjang.
- d. Terjadi semburan darah tiba-tiba.

4. Kala IV (kala pengawasan)

Kala empat diawali dari lahirnya plasenta sampai dengan 2 jam postpartum. Kala empat disebut juga kala observasi, karena perdarahan postpartum paling sering muncul pada dua jam pertama kelahiran.

DAFTAR PUSTAKA

- Aji, S.P., 2022. Bab 1 Konsep Dasar Persalinan. Asuhan Kebidanan Pada Persalinan, p.1.
- Amelia, P., 2019. Konsep Dasar Persalinan. Umsida Press, pp.1-126.
- Kurniarum, A., SiT, S., Kurniarum, A. and SiT, S., 2016. Asuhan kebidanan persalinan dan bayi baru lahir.
- Widyastuti, R., 2021. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir.
- Yulianti, N.T. and Sam, K.L.N., 2019. Asuhan kebidanan persalinan dan bayi baru lahir. Cendekia Publisher.

BAB 2

FAKTOR FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERSALINAN

Oleh Risma Putri Utama

2.1 Pendahuluan

Persalinan merupakan proses yang fisiologis. Sebagian besar wanita menganggap persalinan adalah hal menegangkan. Persalinan adalah proses yang alami dan akan berlangsung dengan sendirinya, namun setiap saat dapat mengalami penyulit ataupun komplikasi yang akan membahayakan janin maupun ibunya sehingga diperlukan pengawasan/pencegahan, pertolongan dan pelayanan dengan fasilitas yang memadai. Dalam menghadapi proses persalinan, ibu dapat mempercayakan dirinya kepada bidan ataupun dokter spesialis kandungan. Peran dari penolong sangat penting dalam proses persalinan, yaitu mencegah dan mengatasi segala kemungkinan masalah-masalah atau penyulit yang terjadi pada saat persalinan, baik pada ibu maupun pada janinnya. Beberapa faktor yang mempengaruhi keberhasilan persalinan yaitu *power*, *passage*, *passanger*, penolong dan psikologis ibu.

2.2 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Rohani (2011), faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan adalah *power* (kekuatan/tenaga), *passage* (jalan lahir), *passanger* (janin dan plasenta), penolong dan psikis ibu.

2.2.1 Power

Power adalah tenaga/kekuatan yang membantu mendorong janin untuk keluar saat proses persalinan. Kekuatan

tersebut antara lain yaitu : his, kontraksi otot perut, kontraksi diafragma dan aktivitas dari ligament.

1. His

His ialah kekuatan kontraksi uterus yang disebabkan oleh otot-otot polos uterus yang bekerja secara baik dan sempurna. Sifat his yang baik ialah kontraksinya teratur, menonjol pada fundus, terkoordinasi dan memiliki jeda. Otot-otot pada uterus akan menguncup saat terjadi kontraksi sehingga menjadi lebih pendek dan menebal. Rongga rahim mengecil sehingga mendorong janin dan kantong amnion ke sisi segmen bawah rahim (SBR) dan cerviks.

Kontraksi memiliki sifat involunter, hal ini karena dipengaruhi oleh saraf interinsik. Kontraksi uterus juga bersifat intermitten yaitu memungkinkan adanya periode relaksasi uterus diantara kontraksi, ini bertujuan agar otot uterus dan juga ibu dapat beristirahat, mempertahankan kesejahteraan bagi bayi karena terjadi kontriksi pembuluh darah plasenta pada saat uterus berkontraksi uterus. Berikut ini macam-macam kontakasi beserta sifatnya:

- a. His pendahuluan : his bersifat lemah, tidak beraturan dan adanya pengeluaran lendir dan darah.
- b. His pembukaan : his bersifat bertambah kuat, teratur dan nyeri, mengakibatkan pembukaan serviks (pembukaan 0 – 10 cm)
- c. His pengeluaran : his bersifat adekuat, teratur, dan terkoordinasi yang bertujuan untuk proses pengeluaran janin.
- d. His pelepasan uri : his bersifat sedang bertujuan untuk proses pelepasan dan pengeluaran plasenta.
- e. His pengiring : his bersifat lemah, masih sedikit nyeri, bertujuan untuk proses involusi uteri.

Hal –hal perlu diperhatikan saat melakukan observasi his:

- a. Frekuensi his yaitu banyaknya his dalam waktu 10 menit
- b. Intensitas yaitu kekuatan kontraksi bersifat kuat atau tidak
- c. Durasi atau lamanya his yaitu lamanya saat terjadi his dalam hitungan detik
- d. Interval his yaitu jarak saat terjadi his dengan his selanjutnya

2. Tenaga mendedan

Keinginan ibu untuk mendedan disebabkan oleh adanya peningkatan tekanan pada intra abdominal. Hal ini dikarenakan kontraksi semakin kuat pada saat pembukaan telah lengkap dan sebagian dari bagian terendah janin terletak di dasar panggul. Tenaga mendedan akan efektif dan berhasil jika dilakukan saat his adekuat pada saat pembukaan lengkap.

2.2.2 Passage

Passage atau jalan lahir terdiri atas bagian keras dan bagian lunak.

- a. Bagian keras : dibentuk oleh tulang-tulang panggul
 - 1) Tulang panggul, terdiri dari
 - a) Os coxae atau tulang pangkal paha terbagi atas tulang usus (os ilium), tulang duduk (os ischium), tulang kemaluan (os pubis)
 - b) Os sacrum atau tulang kelangkang
 - c) Os coccygeus atau tulang tungging/ekor.
 - 2) Ruang panggul :
 - a) Pintu atas panggul (PAP) dibentuk oleh promontorium, sayap os sacrum kiri dan kanan, linea terminalis kiri dan kanan, ramus superior ossis pubis dan tepi atas simpisis pubis.

- b) Pintu tengah panggul (PTP) / Midlet terdiri dari bagian luas panggul dan bagian sempit. Bagian luas panggul dibentuk oleh pertengahan simpis pubis melewati acetabulum dan menuju kepertemuan os sacrum 2 dan 3. Sedangkan bagian sempit panggul dibentuk oleh tepi bawah simpisis pubis menuju ke spina ischiadica kiri dan kanan memotong os sacrum setinggi 2 cm diatas ujungnya.
- c) Pintu bawah panggul (PBP) /Outlet. Terdiri dari dua segitiga yang dasarnya sama. Segitiga depan dasarnya tuber ossis ischiadica dibatasi oleh arcus pubis. Segitiga belaka dasarnya tuber ossis ischiadica dan dibatasi oleh ligamentum sacrotuberosum kiri dan kanan.

3) Bidang Hodge

- a) Hodge I : bidang datar dibentuk pada lingkaran PAP dan melalui pinggir atas simpisis dan promontorium.
- b) Hodge II : sejajar dengan hodge I, setinggi dengan tepi bawah simpisis pubis.
- c) Hodge III : sejajar dengan hodge I dan II, setinggi dengan spina ischiadica.
- d) Sejajar dengan hodge I, II, dan III, setinggi dengan os coccygeus.

b. Bagian lunak: dibentuk oleh otot-otot panggul dan *ligament-ligament*

2.2.3 *Passanger* (Janin dan Plasenta)

Faktor janin antara lain : berat badan, letak, posisi, sikap (habitus), serta jumlah janin dalam uterus. Plasenta dianggap bagian dari *passanger* karena juga harus melalui jalan lahir bersama janin.

a. Janin

1. Kepala janin

Kepala janin merupakan hal terpenting dalam persalinan. Kesesuaian antara ukuran kepala dan luasnya jalan lahir adalah penentu dalam kelancaran proses persalinan. Apabila kepala dapat melewati jalan lahir maka bagian lain juga dapat mengikuti dengan mudah.

2. Letak janin dalam uterus

ialah posisi sumbu janin terhadap sumbu panjang ibu. Letak terbagi atas :

- a) Letak membujur/memanjang (longitudinal) : letak kepala dan letak sungsang
- b) Letak lintang
- c) Letak miring

3. Posisi

Menurut Nurasiah (2014), posisi ialah letak salah satu bagian tertentu dari janin terhadap dinding abdomen ataupun jalan lahir. Contohnya ubun-ubun kecil kiri depan atau ubun-ubun kecil kanan belakang.

4. Habitus/sikap

Menunjukkan hubungan bagian-bagian janin terhadap sumbu janin. Badan janin dalam keadaan kifosis yaitu punggung janin membungkuk, kepala fleksi maksimal (dagu mendekati dada), lengan menyilang di dada dan kaki terlipat di dada.

b. Plasenta

Plasenta berasal dari lapisan trofoblast pada sel telur yang telah dibuahi, kemudian terhubung dengan sirkulasi ibu guna melakukan fungsi-fungsi yang belum dapat dilakukan oleh janin selama kehidupan intrauterin, salah satunya ialah sebagai alat petukaran zat antara ibu dan

janin maupun sebaliknya. Oleh karena itu, plasenta berperan penting bagi janin. Pada Umur Kehamilan 16 minggu, plasenta terbentuk lengkap. Plasenta berbentuk bulat, dengan diameter $\pm 15-20$ cm, ketebalan 2-3 cm, dengan berat 500-600 gram, terdapat 2 arteri yang memuat darah yang kotor dan 1 vena memuat darah yang bersih. Pada umumnya plasenta berada di badan uterus bagian depan atau bagian belakang kearah fundus. Plasenta terdiri dari :

1. Bagian janin/fetal portion terdiri atas vili dan korion frondosum. Mengarah ke janin, berwarna agak putih dan tertutup oleh amnion sehingga permukaannya agak licin. Dibawah amnion terdapat pembuluh-pembuluh darah.
2. Bagian ibu/*maternal portion* terdiri atas beberapa lotus, mengarah ke dinding uterus, bercelah-celah, berwarna merah bertekstur kasar.
3. Tali Pusat. Panjangnya 30-100cm, diameter sekitar 1-2,5 cm (sebesar jari).

Letak tali pusat terdiri dari :

- a) *Insertio lateralis* yaitu terletak di tengah-tengah plasenta
- b) *Insertio lateralis* yaitu terletak di bagian lateral plasenta.
- c) *Insertio marginalis* yaitu terletak dibagian pinggir plasenta.
- d) *Insertio velamentosa* yaitu terletak di bagian luar plasenta di selaput janin.

Plasenta memiliki fungsi sebagai berikut :

1. Nutrisi

Proses tumbuh kembang janin di dalam rahim membutuhkan nutrisi. Janin di dalam rahim belum

dapat melakukan metabolisme dengan sendirinya, oleh karena itu janin membutuhkan plasenta untuk melakukan transfer aktif dari ibu. Plasenta dapat memecah nutrisi kompleks menjadi senyawa yang lebih sederhana sehingga dapat digunakan oleh janin. Nutrisi yang dialirkan melalui plasenta antara lain yaitu : karbohidrat, protein, kalsium, fosfor, besi, mineral, air, vitamin dan lemak.

2. Ekskresi

Ginjal, hati dan usus janin belum berfungsi dengan baik sebagai alat pembuangan. Sisa metabolisme akan dibuang melalui plasenta yang dapat menghubungkan janin dengan dunia luar secara tidak langsung. Zat yang dapat diekskresikan janin yaitu karbondioksida, bilirubin, urea dan asam urat. Namun jumlah urea dan asam urat yang dikeluarkan relatif sedikit.

3. Respirasi

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

4. Endokrin

Pada awalnya, trofoblas menghasilkan hCG, yang berfungsi mempertahankan korpus luteum dan produksi hormone steroidnya. Di bulan ke 3 dan seterusnya, plasenta akan menghasilkan hormon estrogen dan progesteron yang jumlahnya besar. HPL diproduksi oleh sinsitiotrofoblast. Jika hormon hCG menurun maka akan terjadi peningkatan pada hormon

HPL. Fungsi hormon HPL dikaitkan dengan proses pertumbuhan dan metabolisme glukosa. Hormon kortikosteroid, Adrenocorticotrophic hormone, Tthyroid stimulating hormon, IGFs, prolaktin, relaksin, endotelin, dan prostaglandin juga di produksi oleh plasenta.

5. Imunisasi

Plasenta menyalurkan antibodi yang dibentuk oleh ibu sehingga janin memiliki kekebalan. Bayi memiliki kekebalan pasif sampai berumur 4 bulan dan kemudian akan berkurang. Kolustrum harus diberikan pada bayi karena ASI memiliki kandungan antibodi.

6. Penyimpanan

Glikogen dan vitamin yang dapat larut dalam lemak disimpan oleh plasenta sebagai cadangan makanan. Saat janin memerlukan glukosa maka glikogen ini akan diubah jadi glukosa.

7. Barrier

Selama janin di dalam uterus, plasenta berfungsi melindungi janin dari bakteri, virus, serta obat-obatan yang dikonsumsi oleh ibu, sehingga tidak akan mempengaruhi tumbuh kembang janin.

2.2.4 Penolong

Kelancaran persalinan sangat bergantung pada kompetensi yang dimiliki oleh seorang penolong. Dengan kompetensi yang baik diharapkan dapat mencegah terjadinya kesalahan dalam memberikan asuhan sehingga dapat mengurangi mortalitas pada ibu maupun bayi.

2.2.5 Psikis Ibu

Proses persalinan dapat dipengaruhi oleh keadaan psikologis ibu. Perubahan psikologis ini memiliki karakteristik masing-masing. Proses persalinan cenderung lebih cepat pada ibu inpartu

yang mempunyai pendamping (suami ataupun orang tua) dibandingkan dengan yang tidak didampingi saat persalinan. Hal ini menunjukkan bahwa dukungan mental pada ibu bersalin dapat berdampak positif terhadap psikis ibu dan berpengaruh terhadap kelancaran proses persalinan. Kondisi psikologis ibu bersalin bukan hanya dipengaruhi oleh dukungan dari pasangan dan orang terdekat serta keluarga, melainkan juga dipengaruhi oleh penolong, fasilitas dan lingkungan tempat bersalin serta kehamilannya merupakan kehamilan yang diharapkan atau tidak.

DAFTAR PUSTAKA

- Affandi, 2017. Asuhan Persalinan Normal. Jakarta: JNPK-KR.
- Asri H, S., 2010. Asuhan Kebidanan Persalinan. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Asrinah, d., 2010. Asuhan Persalinan Normal. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Dwi, S. & C., 2010. Asuhan Persalinan Normal. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Hanifa, 2002. Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Manuaba, 1998. Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan & Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan. Jakarta: EGC.
- Nurasiah, A., 2014. Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan. Bandung: PT Refika Aditama.
- Rohani, Reni, S. & M., 2020. Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan. Jakarta: Salemba.
- Saifuddin, A. B., 2010. Ilmu Kebidanan, Edisi 4. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawihardjo.
- Walyani, E. S. & Purwoastuti, E. T., 2020. Asuhan Persalina dan Bayi Baru Lahir. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Yulizawati, d., 2019. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan. Sidoarjo: Indomedika Pustaka.

BAB 3

PERUBAHAN FISIK DAN PSIKOLOGIS PADA KALA I

Oleh Sukmawati

Perubahan ibu bersalin pada kala 1 banyak terjadi baik secara fisik maupun psikologis dan hal ini biasanya dimata masyarakat masih dianggap hal yang ringan. Padahal kenyataannya ibu mengalami perubahan begitu banyak dan melibatkan seluruh sistem kehidupan yang bersifat dramatis dan memerlukan dukungan dari berbagai pihak. Persalinan merupakan kodrat bagi setiap wanita yang telah membina rumah tangga dan siap untuk memiliki keturunan. Maka perubahan itu juga harus diterima oleh setiap Wanita yang akan bersalin baik dari segi fisik maupun mental. Perubahan fisik dan mental ini perlu diberikan edukasi terkait perubahan yang akan dirasakan oleh ibu ketika hamil, bersalin maupun menjadi orang tua. Oleh karena itu bab ini membahas terkait perubahan fisik dan psikologis pada ibu bersalin.

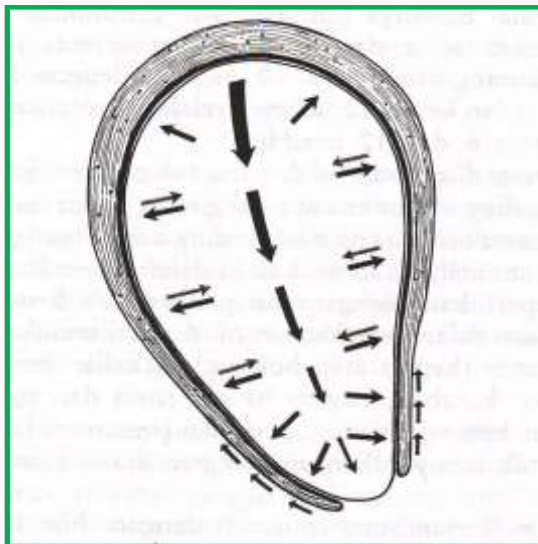
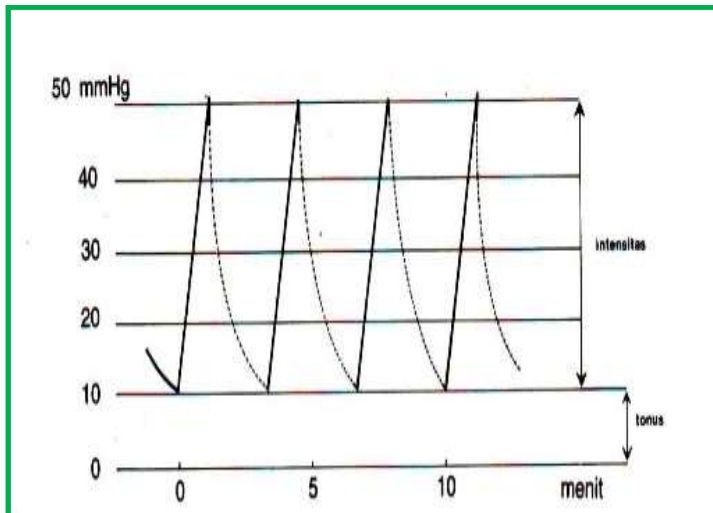
3.1 Perubahan Fisik Pada Kala 1

Perubahan fisik pada ibu bersalin kala 1 adalah sebagai berikut :

1. Perubahan Uterus

Perubahan uterus ini terjadi sejak masa kehamilan hingga masa masa nifas. Adapun perubahan pada masa persalinan antara lain :

- a. Perubahan terjadi pada uterus adalah uterus akan mengalami kontraksi yang akan dirasakan ibu mulai dari fundus uteri dan akan kebagian bawah abdomen.



Gambar 3.1. Kontraksi Uterus Selama Persalinan

- b. Segmen Atas Rahim (SAR) akan dibentuk oleh bagian korpus uteri yang berkontraksi, dinding uterus semakin

menebal yang akan berakibat pada bayi terdorong keluar, sedangkan Segmen Bawah Rahim (SBR) akan dibentuk oleh istmus uteri yang berelokasi dan berdilatasi selama proses persalinan. Dalam hal ini dilatasi serviks akan semakin tipis bersamaan dengan persalinan yang mengalami yang terus mengalami kemajuan, sehingga semakin baik serviks berdilatasi dan uterus berkontraksi maka semakin maju persalinan (Cunningham *et al.*, 2018).

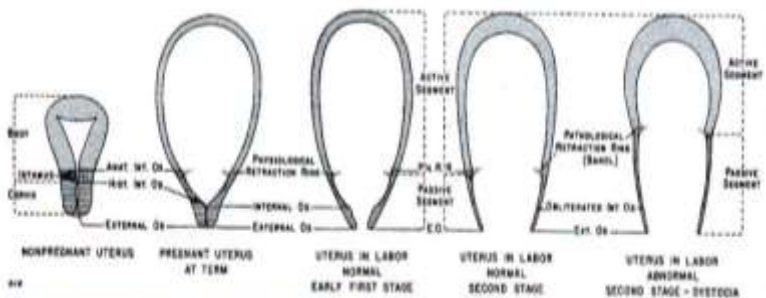


FIGURE 11-2. Sequence of development of the segments and rings in the uterus in pregnant women at term and in labor. Note comparison between the uterus of a nonpregnant woman, the uterus at term, and the uterus during labor. The passive lower segment of the uterine body is derived from the isthmus; the physiological retraction ring develops at the junction of the upper and lower uterine segments. The pathological retraction ring develops from the physiological ring. (Anat. Int. Os = anatomical internal os; E.O. = external os; Hist. Int. Os = histological internal os; Ph.R.R. = physiological retraction ring.)

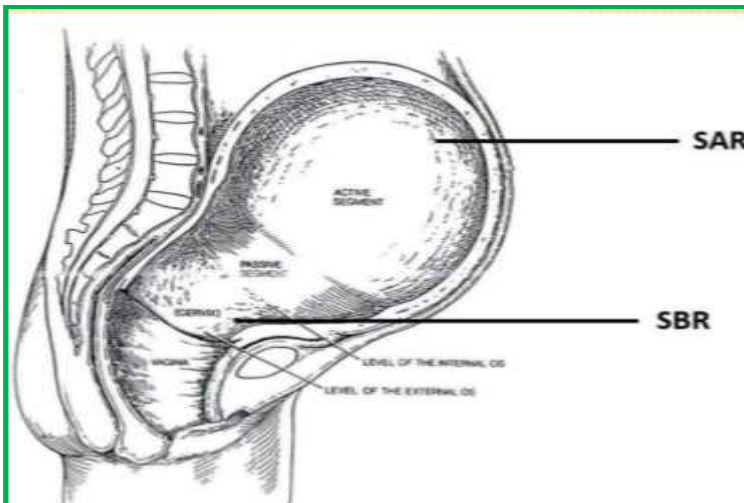
Gambar 3.2. Perubahan Uterus Selama Persalinan

2. Perubahan Bentuk Rahim

Setiap kali kontraksi terjadi, sumbu panjang rahim memanjang sementara dimensi melintang dan belakangnya menyusut. Dampak perubahan bentuk rahim:

- Punggung bayi turun menjadi lurus, menekan bagian atas bayi pada fundus dan bagian bayi ke pintu atas panggul, yang menyebabkan ukuran punggung mengecil.

- b. Saat rahim tumbuh lebih panjang, otot longitudinal ditarik dan diregangkan. Pada gilirannya, pembukaan serviks disebabkan oleh segmen bawah rahim dan leher rahim, menghasilkan pembentukan segmen atas rahim (SAR) dan segmen bawah rahim (SBR). Berikut gambar perubahan SAR dan SBR Ketika dalam proses persalinan (Saifuddin, 2020).



Gambar 3.3. Perubahan Bentuk SAR dan SBR

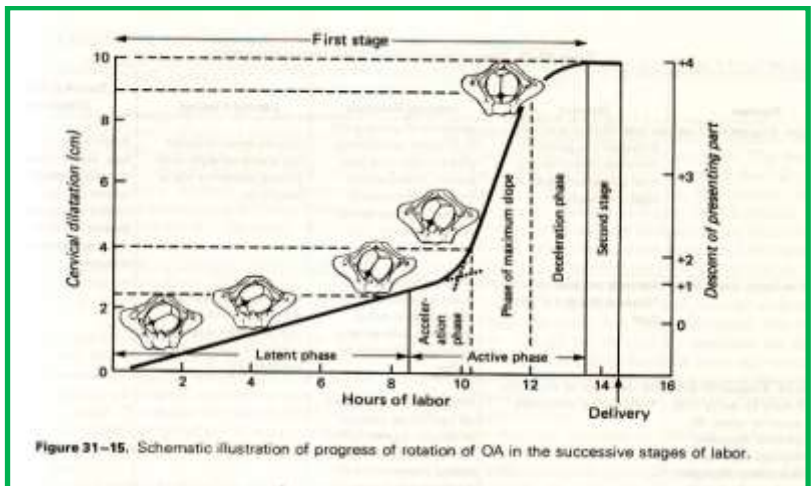
3. Faal Ligamentum Rotundum

- a. Saat fundus, yang bertumpu pada tulang belakang, terangkat selama kontraksi, dinding perut bagian depan terdorong ke depan. Karena perubahan uterus memaksa sumbu rahim untuk sejajar dengan sumbu jalan lahir, perubahan posisi rahim selama kontraksi sangat penting.

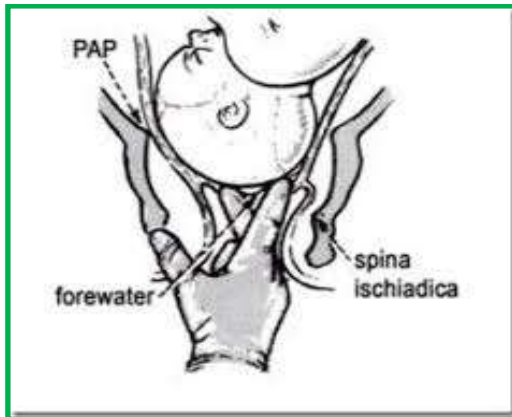
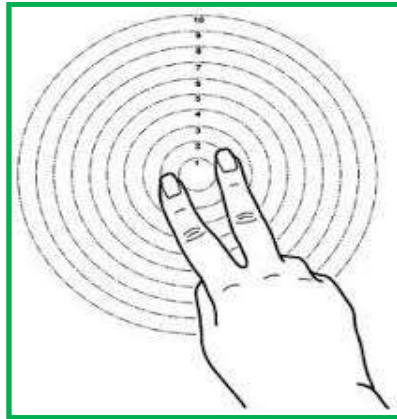
- b. Fundus uteri ditambatkan oleh kontraksi ligamen rotundum, mencegahnya naik selama kontraksi (Saifuddin, 2020).

4. Perubahan Serviks

- a. Affesement atau penipisan Serviks Saluran serviks berkurang dari 1-2 cm menjadi lubang tunggal dengan batas tipis.
- b. B. Os eksterna yang awalnya berupa lubang dengan diameter beberapa milimeter menjadi lubang dengan diameter sekitar 10 cm yang dapat dilalui bayi, karena pembukaan serviks telah sempurna. Porsio tidak lagi teraba saat dibuka sepenuhnya. Serviks, SBR, dan vagina semuanya menyatu menjadi satu saluran (Cunningham *et al.*, 2018).



Gambar 3.4. Perubahan Serviks Selama Persalinan

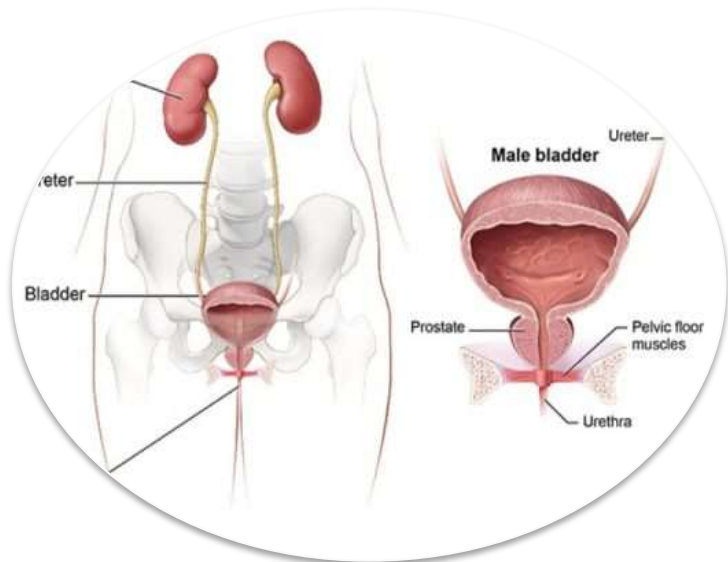


Gambar 3.5. Posisi Tangan Ketika Melakukan *Vaginal Tourche*

5. Perubahan Pada Sistem Urinaria

Pada akhir minggu ke-36, kepala janin sudah mulai memasuki pintu panggul dan menekan kandung kemih, yang menyebabkan ibu lebih sering buang air kecil. Rahim berkontraksi selama tahap awal, dan akibatnya tekanan kandung kemih meningkat. Karena peningkatan curah jantung, filtrasi glomerulus, dan aliran plasma ginjal,

poliuria sering berkembang selama persalinan. Jumlah poliuria akan berkurang saat ibu besalin terlentang. Proteinuria dengan derajat yang lebih ringan adalah tipikal selama persalinan. Karena kontraksi rahim, tekanan presentasi janin, efek anestesi lokal, atau faktor lain, seorang wanita dalam proses persalinan mungkin tidak menyadari bahwa kandung kemihnya sudah penuh. Hal ini sangat penting agar tidak mengganggu kontraksi uterus. Sistem adaptasi ginjal mencakup diaforesis dan peningkatan IWL (*Insensible Water Loss*) melalui respirasi (Cunningham *et al.*, 2018).



Gambar 3.6. Perubahan Sistem Urinaria Selama Persalinan

6. Perubahan Pada Vagina dan Dasar Panggul

Vagina akan meregang begitupun dengan ketuban sehingga bayi dapat melakukan mekanisme persalinan. Setelah ketuban pecah, segala perubahan terutama pada

dasar panggul yang ditimbulkan oleh bagian depan bayi menjadi saluran dengan dinding yang tipis (Saifuddin, 2020).



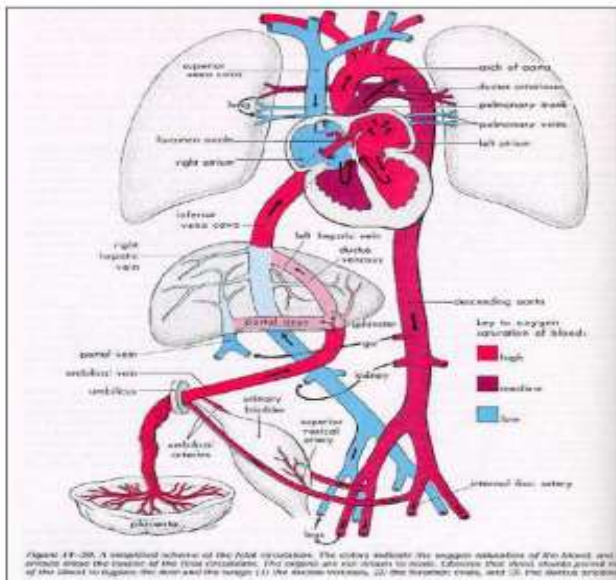
Gambar 3.7. Proses Mekanisme Persalinan

7. Perubahan System Kardiovaskuler (Meliputi Tekanan Darah Dan Jantung)

Selama persalinan, curah jantung meningkat 40-50% dibandingkan dengan kadar prenatal dan kira-kira 80-100% dibandingkan dengan kadar prenatal. Peningkatan curah jantung ini disebabkan oleh pelepasan katekolamin akibat nyeri dan kontraksi otot perut dan rahim. Saat uterus berkontraksi, sekitar 300-500 mL darah berpindah ke volume darah sentral. Studi klasik menunjukkan bahwa rasa sakit dan kecemasan dapat meningkatkan curah jantung sekitar 50-60 persen. Sebagian besar curah jantung yang meningkat langsung pada ekstremitas atas dan kepala karena kontraksi uterus dapat menekan aorta dan arteri iliaka secara signifikan. Aliran darah di cabang-cabang arteri uterina yang mengisi celah antartili berkurang dengan cepat pada setiap kontraksi uterus sebanding dengan kekuatan kontraksi. Penurunan ini terkait dengan

peningkatan pertahanan vaskular lokal di dalam rahim daripada perubahan besar dalam tekanan perfusi sistemik (Cunningham *et al.*, 2018).

Saat darah mengalir kembali ke vena uterina, yang membesar, tekanan vena istemik meningkat. Selama kontraksi pada tahap pertama, tekanan sistolik rata-rata naik 10 mm Hg, dan tekanan diastolik rata-rata naik 5–19 mm Hg. Namun, tekanannya tidak banyak berubah. Di antara kontraksi tahap kedua, tekanan darah naik dari 10/5 menjadi 10 sebesar 30/25 mmHg. Jika wanita mengejan dengan kuat, tekanan darah berkurang; namun, ketika dia berhenti mengejan pada akhir kontraksi, tekanan darah sering turun drastis. Selama tahap kala II persalinan, detak jantung juga meningkat secara bertahap namun pasti hingga kira-kira 100 detak per menit (Cunningham *et al.*, 2018).



Gambar 3.8. Sirkulasi Ibu Ke Janin

Dehidrasi, pendarahan, kecemasan, nyeri, dan beberapa obat, seperti terbutalin, semuanya dapat membuat denyut nadi menjadi lebih cepat. Waktu terbaik untuk memantau tanda-tanda vital ibu adalah di antara kontraksi karena perubahan peredaran darah yang disebabkan oleh kontraksi rahim. Posisi memiliki dampak signifikan pada curah jantung. Curah jantung wanita bekerja 30% lebih rendah saat berputas dari sisi ke belakang. Tekanan darah sistolik dan diastolik meningkat selama kontraksi, masing-masing meningkat sebesar 15 dan 20 mmHg. Setelah kontraksi, tekanan darah kembali ke nilai sebelum melahirkan. Kemungkinan variasi tekanan darah yang terjadi selama proses kontraksi akan berkurang jika Anda berbaring miring. Kecemasan, kekhawatiran, dan rasa sakit semuanya dapat meningkatkan tekanan darah. Peningkatan metabolisme berhubungan dengan peningkatan denyut jantung. Detak jantung meningkat secara dramatis. Antara kontraksi sedikit meningkat dibandingkan sebelum persalinan (Nuraisyah, 2022).

8. Perubahan Pada Metabolisme Karbohidrat dan Basal Metabolisme Rate

Saat persalinan dimulai, hormon progesteron turun, memperlambat perubahan pada saluran pencernaan dan membiarkan makanan bertahan lebih lama di perut. Akibatnya, banyak wanita yang mengalami konstipasi atau kelebihan cairan lambung saat persalinan sehingga menyebabkan mual dan muntah. Metabolisme karbohidrat aerobik dan anaerobik secara perlahan dipercepat oleh aktivitas otot rangka dan kecemasan ibu. Peningkatan ini ditandai dengan suhu tubuh ibu, denyut jantung, pernapasan, curah jantung, dan kehilangan cairan. Dengan tingkat metabolisme basal (BMR), kontraksi dan energi

peregangan energi tinggi, gas buang juga lebih tinggi dan suhu tubuh meningkat. Suhu tubuh naik sedikit (0,5–1 °C) selama kelahiran dan turun segera setelah lahir. Hal ini disebabkan meningkatnya metabolisme dalam tubuh. Kenaikan suhu tubuh tidak boleh melebihi 1⁰ (Cunningham *et al.*, 2018).

9. Perubahan Pada Sistem Pernapasan

Saat mulai persalinan, ibu membutuhkan banyak oksigen karena proses untuk mengedan dan pengeluaran karbondioksida yang lebih sering. Jika ibu mengalami kontraksi yang adekuat, maka pernapasan juga semakin meningkat. Karena terjadi kebutuhan oksigen yang semakin tinggi disebabkan oleh terjadi peningkatan metabolisme dalam tubuh ibu bersalin. Jika ibu bersalin berupaya untuk selalu mengatur pernapasan dengan baik maka dalam persalinan kala 2 dapat mengurangi karbondioksida sehingga hal ini dapat memajukan persalinan kala 2 (Nuraisyah, 2022).

Salah satu tehnik dalam pengaturan pernapasan sudah disiapkan pada kehamilan dengan yoga dan olahraga lainnya pada ibu hamil. Sehingga pada saat persalinan, ibu merasa lebih rileks dan beradaptasi dengan rasa nyeri yang dirasakan.



Gambar 3.9. Pengaturan Pernapasan Mulai dari Kehamilan

10. Perubahan Pada Gastrointestinal

Perubahan pada sistem gastrointestinal terjadi juga ibu bersalin karena pada saat persalinan tonilitas lambung dan penyerapan makanan padat sangat terbatas selama persalinan aktif dan pengosongan lambung. Efek ini dapat memburuk setelah obat diberikan. Banyak wanita mengalami mual dan muntah saat melahirkan, terutama saat peralihan ke tahap pertama persalinan. Selain itu, penurunan sekresi asam lambung menyebabkan pencernaan terhenti dan pengosongan lambung melambat. Cairan meninggalkan lambung dengan kecepatan normal. Mual atau muntah terjadi sampai ibu mencapai akhir tahap pertama (Nuraisyah, 2022).

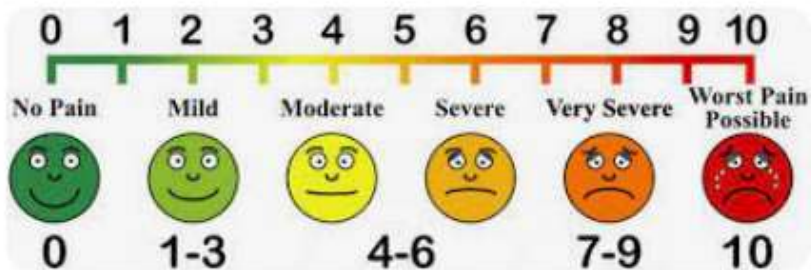
Ibu bersalin akan mengalami dehidrasi jika asupan air tidak diperhatikan dengan baik yang ditandai dengan bibir kering. Hal ini disebabkan oleh ibu melakukan pernapasan melalui mulut. Poliuria (sering buang air kecil) sering terjadi. Penurunan cairan rongga mulut karena mual dan muntah, malaise, dan pemberian analgesik atau anestesi selanjutnya dapat mengubah keseimbangan cairan dan elektrolit (Saifuddin, 2020).

11. Perubahan Pada Hematologi

Hemoglobin meningkat 1,2 g selama persalinan dan kembali ke tingkat sebelum melahirkan pada hari pertama setelah melahirkan, asalkan tidak ada perdarahan. Pertumbuhan leukosit yang progresif pada awal fase pertama (5.000) hingga mencapai ukuran maksimum pada ekspansi penuh (15.000). Hemoglobin meningkat 1,2 g selama persalinan dan kembali ke tingkat prenatal pada hari pertama setelah lahir, asalkan tidak ada perdarahan. Proliferasi leukosit bertahap pada awal fase pertama (5.000) hingga mencapai ukuran maksimumnya (15.000) pada ekspansi penuh (Saifuddin, 2020).

12. Nyeri

Pada tahap pertama, nyeri dirasakan dimulai di bagian punggung bawah, tetapi lama kelamaan menyebar ke bagian depan perut. Waktu antara kontraksi memendek, memanjang dan mengintensifkan setiap 3-5 menit. Saat persalinan memasuki fase aktif, wanita seringkali ingin tetap di tempat tidur dan berjalan mungkin tidak nyaman. Sensasi fisik sangat mempengaruhi dirinya dan dia menarik diri dari lingkungannya. Durasi setiap kontraksi adalah 30-90 detik, rata-rata sekitar 1 menit. Saat serviks melebar 8-9 cm, kekuatan kontraksi rahim mencapai puncaknya dan wanita tersebut memasuki fase transisi (Saifuddin, 2020).



Gambar 3.10. Gambar Ekspresi (Untuk melihat seberapa nyeri ibu yang dirasakan oleh bersalin)

3.2 Perubahan Psikologis Pada Kala 1

Kondisi psikologis yang sering terjadi pada wanita dalam persalinan kala I adalah antara lain :

1. Takut akan dosa atau kesalahan secara umum dan kecemasan. Kecemasan ini bermanifestasi sebagai kekhawatiran bahwa anak yang belum lahir akan memiliki kecacatan serta takhayul lainnya. Terlepas dari kenyataan bahwa kesulitan biologis, anatomis, dan fisiologis dalam persalinan dapat dijelaskan dengan alasan patologis atau penyebab abnormal (luar biasa), kepercayaan pada kecemasan supernatural selama proses reproduksi telah berkurang secara signifikan di zaman modern. Namun, masih ada wanita yang lumpuh karena fobia takhayul.
2. Munculnya ketegangan, ketakutan, penderitaan, kegelisahan, dan pergulatan batin. Hal ini disebabkan oleh pertumbuhan janin dalam kandungan yang dapat membuat ibu hamil mudah gelisah, gelisah, dan tidak bisa tidur, serta sering mengalami kesulitan bernapas dan beberapa tanggung jawab fisik lainnya selama masa kehamilannya



Gambar 3.11. Kecemasan pada Ibu Bersalin

3. Sering timbul perasaan mudah tersinggung, tidak nyaman, panas terus menerus dan tidak sabar, yang mengganggu keharmonisan antara ibu dan janin di dalam kandungan. Pasalnya, kepala bayi sudah masuk panggul, dan rahim sudah berkontraksi. Bayi yang sudah beberapa bulan dinanti dan disayang itu kini merasakan beban yang sangat berat.
4. Ketakutan akan kesulitan dan resiko dalam memiliki anak, yang merupakan hambatan dalam proses kelahiran:
 - a. Timbulnya ketakutan dan kecemasan terjadi dalam waktu singkat dan tanpa alasan yang jelas
 - b. Ada keluhan sesak napas atau mati lemas, jantung berdebar
 - c. Takut akan kematian atau ketidakberdayaan saat melahirkan
 - d. Wajah pucat, mata liar, napas cepat pendek dan takikardia
5. Orang memiliki harapan tentang jenis kelamin calon bayi mereka. Kepopuleran AKU-YOU (aku sebagai ibu, kamu

sebagai bayi) semakin nyata ketika hubungan antara ibu dan calon anak putus. Ibu akan merasakan hal berupa ingin dicintai dan diperhatikan oleh suami dan keluarga. Karena pada masa ini ibu membutuhkan dukungan penuh dalam pengasuhan anak dan ibu membutuhkan nutrisi yang baik untuk menyusui.

6. Ibu yang tidak mendapatkan dukungan kepada suami dan keluarga akan berdampak juga pada bayinya karena akan menganggap bahwa penyebab ibu seperti itu karena adanya bayi tersebut. Dampak lainnya adalah Ibu juga belum merasa belum mampu untuk melakukan tugas sebagai seorang ibu dan akan sering menyalahkan diri sendiri. Oleh karena itu dukungan oleh suami dan keluarga yang sangat penting pada fase ini.
7. Kecemasan dan perasaan takut dalam menghadapi proses persalinan:
 - a. Ketakutan akan kematian
 - b. Rasa Bersalah
 - c. Takut kenyataan untuk tidak bisa menjaga bayinya (Sarah Fitria, Sri Andar Puji Astuti, Sukmawati, 2023).

DAFTAR PUSTAKA

- Cunningham *et al.* 2018. *Obstetri Williams*. Jakarta: EGC.
- Nuraisya, W. 2022. *Buku Ajar Teori Dan Praktik Kebidanan Dalam Asuhan Kehamilan Disertai Daftar Tilik*. 1st edn. Yogyakarta: Deepublish.
- Saifuddin, A. B. 2020. *Buku panduan praktis pelayanan kesehatan maternal dan neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka. Available at: <http://journal.um-surabaya.ac.id/index.php/JKM/article/view/2203>.
- Sarah Fitria, Sri Andar Puji Astuti, Sukmawati, C. S. H. 2023. 'Metode Non-Farmakologis dalam Mengurangi Nyeri Persalinan', in. Makassar: CV. Ayrada Mandiri. Available at: <http://osf.io/98a2q/>.

BAB 4

PARTOGRAF

Oleh Sri Wahyuni

4.1 Partograf Berdasarkan WHO Labor Care Guide 2020

Fig. 3. Sections of the LCG

The form is titled "WHO LABOUR CARE GUIDE" and is divided into seven main sections, each with a specific purpose for monitoring labor progress. Section 1 is for "General information" (Name, Date, Time, etc.). Section 2 is for "Fetal status" (Heart rate, Position, etc.). Section 3 is for "Maternal status" (Temperature, Pulse, Blood pressure, etc.). Section 4 is for "Contraction pattern" (Frequency, Duration, etc.). Section 5 is for "Cervical dilation" (Dilation, Effacement, etc.). Section 6 is for "Fetal descent" (Station, etc.). Section 7 is for "Delivery" (Time, etc.). The form includes a timeline at the top for "Time" (0 to 24 hours) and a "Fetal heart rate" section on the left. The form is designed to be filled out by a healthcare provider during labor.

Gambar 4.1. WHO Labor Care Guide

(Sumber WHO, 2020, *WHO labour care guide: user's manual*. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO)

WHO LABOUR CARE GUIDE

Name		Parity	Labour onset	Active labour diagnosis [Date]	
Ruptured membranes [Date]		Time	Risk factors		
		Hours			
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12			
		ALERT	ACTIVE FIRST STAGE	SECOND STAGE	
SUPPORTIVE CARE	Companion	H			
	Pain relief	H			
	Oral fluid	H			
	Posture	SP			
BABY	Baseline FHR	$\geq 110, \geq 140$			
	FHR deceleration	L			
	Amniotic fluid	MA+, B			
	Fetal position	R, L			
	Caput	+++			
	Moulding	+++			
WOMAN	Pulse	$< 60, \geq 130$			
	Systolic BP	$< 80, \geq 140$			
	Diastolic BP	≥ 90			
	Temperature °C	$\geq 38.0, \geq 37.5$			
	Uterine	P++, A++			
LABOUR PROGRESS	Contractions per 10 min	$\geq 2, \geq 5$			
	Duration of contractions	$< 20, \geq 60$			
	Cervix [Plot X]	10 9 8 7 6 5			
		$\geq 2h$ $\geq 2.5h$ $\geq 3h$ $\geq 5h$ $\geq 6h$			
	Descent [Plot O]	5 4 3 2 1 0			
MEDICATION	Oxytocin (IU/L, drops/min)				
	Medicine				
	IV fluids				
SHARED DECISION-MAKING	ASSESSMENT				
	PLAN				
INITIALS					

INSTRUCTIONS: CIRCLE ANY OBSERVATION MEETING THE CRITERIA IN THE 'ALERT' COLUMN, ALERT THE SENIOR MIDWIFE OR DOCTOR AND RECORD THE ASSESSMENT AND ACTION TAKEN. IF LABOUR EXTENDS BEYOND 12 h, PLEASE CONTINUE ON A NEW LABOUR CARE GUIDE.

Abbreviations: V = Vex, H = Hs, D = Decidua, U = Unknown, SP = Supine, MAO = Mobile, E = Early, L = Late, V = Variable, I = Intact, C = Clear, M = Meconium, B = Blood, A = Anterior, P = Posterior, T = Transverse, P+ = Positive, A+ = Anterior

Gambar 4.2. WHO Labor Care Guide

4.2 Tujuan utama LCG

Tujuan utama LCG adalah untuk :

1. Wanita dalam persalinan akan membutuhkan pemantauan lebih lanjut atas kemajuan persalinan dengan LCG.
2. Memandu pemantauan dan dokumentasi kesejahteraan ibu dan bayi serta kemajuan persalinan membimbing tenaga kesehatan terampil untuk menawarkan perawatan suportif selama persalinan
3. Untuk memastikan pengalaman persalinan yang positif bagi wanita membantu tenaga kesehatan terampil untuk segera mengidentifikasi dan mengatasi komplikasi persalinan yang muncul, dengan memberikan ambang referensi untuk observasi persalinan yang dimaksudkan untuk memicu refleksi dan tindakan tertentu jika observasi abnormal diidentifikasi
4. Mencegah penerapan intervensi yang tidak perlu dalam persalinan
5. Mendukung audit dan peningkatan kualitas pengelolaan manajemen persalinan.

4.3 Kapan LCG harus dimulai ?

Pendokumentasian LCG tentang kesejahteraan wanita dan bayinya serta perkembangan persalinan harus dimulai saat wanita tersebut memasuki fase aktif kala I persalinan (dilatasi serviks 5 cm atau lebih), terlepas dari paritasnya dan status membran.

Meskipun LCG tidak boleh dimulai pada fase laten persalinan, ibu dan bayinya diharapkan dipantau dan menerima perawatan dan dukungan persalinan selama fase laten.

4.4 Di mana sebaiknya LCG digunakan ?

LCG dirancang untuk digunakan pada semua persalinan di fasilitas kesehatan, termasuk tempat perawatan primer, sekunder, dan tersier. Wanita yang melahirkan di fasilitas tingkat rendah

mungkin memerlukan rujukan ke tingkat perawatan yang lebih tinggi jika terjadi komplikasi. Oleh karena itu, perempuan dalam situasi seperti itu harus memiliki akses ke pilihan rujukan dan transportasi yang sesuai untuk transfer yang aman dan tepat waktu. Penggunaan LCG dapat memfasilitasi identifikasi dini potensi komplikasi; karenanya, itu harus berkontribusi pada rujukan tepat waktu bila diperlukan.

4.5 Struktur LCG

LCG memiliki tujuh bagian yang diadaptasi dari desain partograf sebelumnya. Bagian-bagiannya adalah sebagai berikut (lihat Gambar 4.1):

Bagian 1. Mengidentifikasi informasi dan karakteristik persalinan saat pasien masuk

Bagian 2. Dukungan Perawatan (*Supportive care*)

Bagian 3. Kesejahteraan bayi

Bagian 4. Kesejahteraan wanita

Bagian 5. Kemajuan persalinan

Bagian 6. Obat

Bagian 7. Pengambilan keputusan bersama

LCG WHO menggabungkan rekomendasi berbasis bukti tahun 2018, tentang perawatan intrapartum untuk definisi fase laten dan fase aktif persalinan, durasi persalinan, dan intervensi perawatan suportif (dukungan perawatan); dan memiliki nilai kewaspadaan yang harus memicu penilaian tambahan dan, jika ada indikasi, dilakukan intervensi klinis. LCG WHO (Gambar 4.1) memiliki tujuh bagian, yang diadaptasi dari desain partograf sebelumnya.

Berikut adalah bagian-bagian (*Section*) perawatan persalinan selama fase aktif kala satu dan persalinan kala dua yaitu:

Bagian 1. Mengidentifikasi informasi dan karakteristik persalinan saat pasien masuk: Untuk mendokumentasikan nama ibu; kondisi kebidanan yang diketahui, perawatan medis dan faktor risiko sosial, dan karakteristik persalinan yang dapat berdampak pada hasil persalinan juga harus dipertimbangkan ketika merencanakan perawatan dan pengelolaan persalinan.

Bagian 2. Dukungan Perawatan: Untuk mendokumentasikan intervensi yang mengoptimalkan kualitas perawatan dan meningkatkan kenyamanan wanita, dokumentasi kondisi maternal dan perinatal pasca bersalin, serta pengalaman perawatan. Dalam hal ini termasuk pendampingan persalinan, pereda nyeri farmakologis dan non-farmakologis, cairan oral, dan postur tubuh ibu (yaitu mendorong mobilitas dan pilihan ibu untuk posisi persalinan/melahirkan).

Bagian 3. Kesejahteraan bayi: Untuk mendokumentasikan parameter untuk memantau kesejahteraan bayi: denyut jantung janin dasar (FHR)/DJJ dan deselerasi DJJ, cairan ketuban, posisi janin, molase kepala janin, dan perkembangan dari caput succedaneum. kehati-hatian dalam meninjau parameter ini dan perbandingan tanda-tanda peringatan yang dapat membantu tenaga kesehatan membuat keputusan tentang manajemen persalinan berdasarkan kondisi janin yang dapat ditangani selama persalinan dan jika ada potensi tanda-tanda persalinan macet (misalnya caput+++ / moulding+++).

Bagian 4. Kesejahteraan wanita: Untuk mendokumentasikan parameter untuk memantau kesejahteraan wanita: denyut nadi, tekanan darah, suhu, dan urin. Evaluasi yang dilakukan dengan hati-hati dari parameter ini dan perbandingan dengan tanda-tanda bahaya membantu tenaga kesehatan dalam membuat keputusan tentang manajemen persalinan berdasarkan kondisi yang ada, untuk menentukan tindakan yang akan diberikan termasuk jika ada kondisi yang tidak normal.

Bagian 5. Kemajuan persalinan: Untuk mendokumentasikan pemantauan parameter kemajuan persalinan : frekuensi dan durasi kontraksi, dilatasi serviks, dan turunnya kepala bayi. Tinjauan yang cermat terhadap parameter ini dan perbandingan dengan tanda bahaya membantu tenaga kesehatan dalam membuat keputusan tentang manajemen persalinan berdasarkan apakah persalinan berjalan normal atau tidak.

Bagian 6. Obat: Untuk mendokumentasikan semua jenis obat yang digunakan selama persalinan: nama obat (misalnya oksitosin) dan dosisnya, nama cairan IV dan laju perfusi. Ini memastikan kesinambungan perawatan antara tenaga kesehatan dan mencegah kesalahan pengobatan.

Bagian 7. Pengambilan keputusan bersama: Untuk mendokumentasikan rencana perawatan, berdasarkan temuan selama pemantauan dan komunikasi berkelanjutan dengan/persetujuan dari wanita dan pendampingnya.

Tabel 4.1. Pemantauan kemajuan persalinan

Pemantauan	Normal	Pantau Ulang Setiap	Rujuk Jika
Frekuensi kontraksi uterus	3–5 kali per 10 menit	30 menit pada kala 1 15 menit pada kala 2	<3 kali per 10 menit
Durasi kontraksi uterus	20–60 detik	30 menit pada kala 1 15 menit pada kala 2	<20 detik

Pemantauan	Normal	Pantau Ulang Setiap	Rujuk Jika
Dilatasi serviks*	1 cm/jam setelah pembukaan 5 cm	4 jam	Tetap 5 cm selama ≥ 6 jam Tetap 6 cm selama ≥ 5 jam Tetap 7 cm selama ≥ 3 jam Tetap 8 cm selama $\geq 2,5$ jam Tetap 9 cm selama ≥ 2 jam
Penurunan posisi janin*	Penting pada kala 2, untuk menilai efektivitas kontraksi dan dorongan ibu, serta posisi dan kondisi janin	4 jam	
* Pemeriksaan dalam untuk menentukan dilatasi serviks dan penurunan posisi janin dapat dilakukan lagi <4 jam hanya untuk mengumpulkan informasi demi keputusan saat persalinan.			

(Sumber : dr. Alicia, 2023 , www.alomedika.com/tindakan-medis/obstetrik-dan-ginekologi/partograph/teknik)

4.6 Kualitas Pelayanan Bersalin

Kualitas pelayanan, sangat ditentukan oleh beberapa faktor, diantaranya, ketersediaan fasilitas pelayanan, tenaga penolong persalinan, lama masa kerja, pendidikan, pelatihan sebelumnya, (dalam hal ini pelatihan menggunakan partograf berdasarkan rekomendasi who), semakin lama masa kerja sorang penolong persalinan maka semakin baik kualitas pelayanan bersalinnya, lama masa kerja biasanya dikaitkan dengan pengalaman pengalaman yang didapat selama menjalankan tugas, karyawan yang berpengalaman dipandang lebih mampu dalam menjalankan tugasnya. Makin lama kerja seseorang kecakapan mereka akan baik karena sudah dapat menyesuaikan diri dengan lingkungan pekerjaan, demikian juga halnya dengan pelatihan yang didapat. Semakin terlatih tenaga penolong persalinan dalam mengikuti perkembangan evidence based yang terkini, maka dapat dikatakan bahwa kualitas penolong persalinan baik, karena pelatihan biasanya dirancang untuk memperoleh ilmu-ilmu paling update dan terkini, sehingga dapat menghindari komplikasi yang mungkin dapat terjadi selama proses persalinan, (Wahyuni. S, et.al, 2018)

DAFTAR PUSTAKA

- dr. Alicia, 2023, *Teknik Partograf*, Jakarta
www.alomedika.com/tindakan-medis/obstetrik-dan-ginekologi/partograph/teknik
- Wahyuni, S., Hidayat, M., & Adamy, A. (2018). *Karakteristik Bidan dan Kualitas Pelayanan Persalinan di Puskesmas PONED Kabupaten Aceh Besar*. Jukema (Jurnal Kesehatan Masyarakat Aceh), 4(1), 282-286.
- WHO, 2020, *WHO labour care guide: user's manual*. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240017566>
- WHO, 2022, *KEY POINTS FOR CONSIDERING ADOPTION OF THE WHO LABOUR CARE GUIDE: POLICY BRIEF*. Geneva: World Health Organization; 2022
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055766>

BAB 5

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN KALA I

Oleh Juli Purnama Hamudi

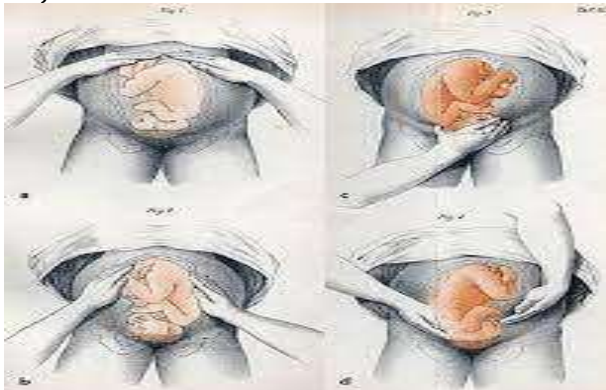
5.1 Manajemen Asuhan Kala I

5.1.1 Pemeriksaan Fisik

Proses ini menentukan tingkat kesehatan dan kesejahteraan fisik pasien dan janin serta berfungsi sebagai dasar pengambilan keputusan klinis, serta membantu pengembangan diagnosis dan rencana perawatan yang sesuai dengan kondisi ibu bersalin.

a. Pemeriksaan Abdomen

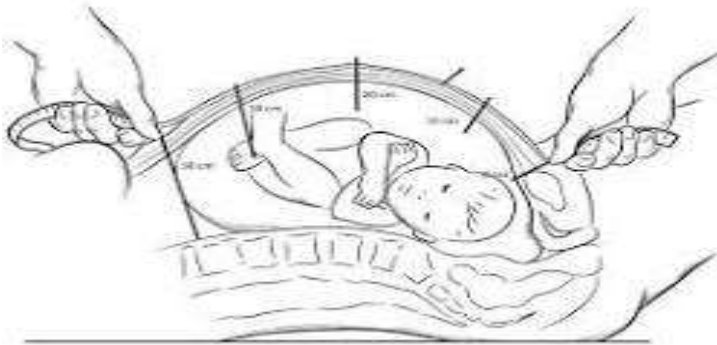
Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui kondisi janin, mengukur tinggi fundus, kontraksi rahim, detak jantung janin, mengetahui presentasi, dan menentukan bagian terendah janin.



Gambar 5.1. Pemeriksaan leopold untuk mengetahui presentasi, bagian terendah janin

b. Menentukan TFU

Memastikan tidak ada kontraksi pada saat penentuan TFU. TFU diukur menggunakan pita ukur (pita cm) dari atas *symphysis* direntangkan sampai pada fundus uteri mengikuti *aksisi* atau *linea medialis* pada abdomen.



Gambar 5.2. Pengukuran TFU dengan pita ukur

c. Memantau Kontraksi Uterus

Pemantauan kontraksi dilakukan dengan meletakkan tangan diatas uterus, dilakukan selama 10 menit. Minimum 2-3 kontraksi yang berlangsung 40 detik atau lebih dan terjadi dalam 10 menit.

5.1.2 Pemeriksaan Janin

a. Pemantauan DJJ

Pemantauan Detak Jantung Janin dilakukan dalam hitungan detik menggunakan sebuah fetoskop pinard atau dopler yang di letakkan diatas dinding abdomen.

Pemantauan ini mendengarkan selama 60 detik. Jika hasil DJJ kurang dari 120 atau lebih besar dari 160, hal ini menunjukkan adanya gangguan perfusi uteroplamenta pada janin. Namun bila frekuensi DJJ di bawah 100 atau di atas

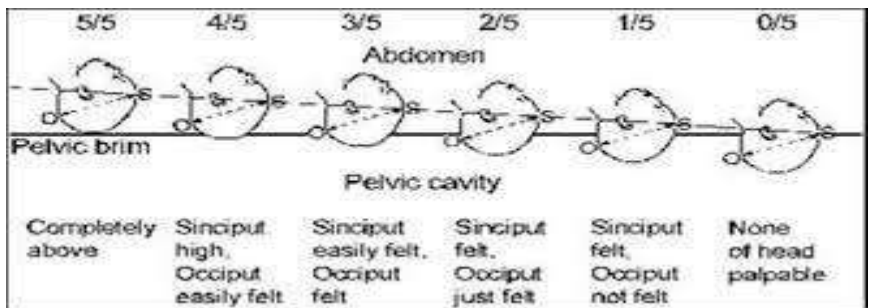
180, anjurkan ibu untuk mengubah postur tubuh ke samping.

Penilaian ulang dilakukan kembali selama 15 menit untuk mengetahui apakah DJJ tidak normal. Apabila detak jantung janin belum berubah bidan perlu menyiapkan rujukan.

b. Menentukan Bagian Terendah Janin

Penentuan bagian terendah janin bisa dilakukan dengan menggunakan perlimaan kepala janinyang di raba di atas *shympisis*. Perlimaan bagian terndah janin terdiri dari:

- 1) Bagian 5/5, dimana seluruh kepala janin dapat teraba di atas shympisis pubis.
- 2) Bagian 4/5, sebagian besar kepala janin dapat diraba dengan 4 jari
- 3) Bagian 3/5, sebagian besar kepala janin dapat diraba dengan 3 jari
- 4) Bagian 2/5, apabila 2 jari bagian kepala janin berada di atas shympisis dan kepala janin tidak bisa di goyangkan.
- 5) Bagian 1/5, apabila 1 jari bagian kepala janin teraba di atas shympisis.
- 6) Bagian 0/5, kepala sudah tidak dapat diraba menandakan kepala sudah masuk pintu atas panggul.



Gambar 5.3. Penurunan bagian terendah janin

c. Menentukan Diagnosa Atau Menetapkan Normalitas Kehamilan

Penentuan diagnosis pada pemeriksaan kehamilan Dalam menentukan diagnosa pada pemeriksaan kehamilan dapat dilakukan dengan menilai beberapa poin tersebut:

- 1) Apakah Hamil atau tidak
- 2) Kehamilan pertama kali atau kehamilan lebih dari 1 kali
- 3) Masa gestasi
- 4) Kondisi janin hidup atau mati
- 5) Janin satu atau kembar
- 6) Posisi janin
- 7) Di dalam rahim atau diluar rahim
- 8) Kondisi jalan lahir
- 9) Kondisi umum pasien

d. Hamil Atau Tidak

Dalam penentuan keadaan hamil atau tidak, perlu diketahui tanda-tanda sebagai berikut:

- 1) Tanda pasti, diketahui setelah mendapatkan hasil yang objektif dari pemeriksaan. Tanda pasti hamil yaitu adanya detak jantung janin pada saat auskultasi, terdapat bagian-bagian janin saat palpasi, pada pemeriksaan USG rangka janin terlihat jelas.
- 2) Tanda;tanda kemungkinan hamil, seperti:
 - a) Hipertrofi uterus dan adanya tanda hegar (kekakuan uterus me lunak)
 - b) Uterus menjadi lunak
 - c) Kontraksi Braxton hicks,uterus yang melunak berubah menjadi keras saat ada kontraksi.
 - d) Uterus teraba Ballotement

- e) Saat usia 20 minggu ke atas bagian-bagian janin mulai teraba, namun adanya tumor, mioma, dan fibroma bentuknya bisa menyerupai janin.
- f) Abdomen membesar
- g) Adanya *Cloasma* pada ibu hamil
- h) *Amenorrhoe*, TBC, tifus dan psikis bisa membuat seorang wanita mengalami *amenorrhoe*.
- i) Mual muntah
- j) Sering kencing
- k) Dada berisi dan sakit

5.2 Asuhan Kala I

5.2.1 Partograf

a. Fungsi Partograf

Partograf adalah alat untuk memantau kemajuan persalinan di kala aktif, mengumpulkan informasi, dan mengamati serta mendeteksi masalah di awal persalinan. Jika digunakan dengan benar, Partograf dapat sangat membantu bidan dalam membantu persalinan.

- 1) Mengetahui hasil pemantauan jalannya persalinan
- 2) Periksa kelahiran normal
- 3) catatan status dan perawatan ibu dan janin
- 4) Gunakan informasi yang terekam untuk mendeteksi penyakit secara dini
- 5) Gunakan informasi yang diperoleh selama pemantauan untuk membuat keputusan klinis yang tepat untuk pasien.

b. Waktu Pengisian Partograf

Saat persalinan berada pada kala I fase aktif dan pembukaan serviks mulai melebar 4 cm hingga pembukaan penuh (10 cm) maka bidan mulai melakukan pengisian

partograf. Pengisian partograf berakhir saat pemantauan kala IV.

c. Bagian-Bagian Partograf

1) Informasi tentang ibu

- a) Nomor rekam medis pada Puskesmas, BPM, klinik dan RS
- b) Data Biometrik Pasien
- c) Gravida, para, abortus
- d) Waktu/tanggal pasien dirawat
- e) Waktu robeknya membran ketuban

2) Keadaan Janin

- a) Denyut jantung janin (FHR)

Penilaian FHR dilakukan setiap 30 menit dan lebih sering jika ada bukti gawat janin. Setiap kolom menampilkan waktu 30 menit. Kisaran normal untuk FHR ditunjukkan antara 180 dan 100 garis tebal. Jika DJJ 120/menit (bradikardia) atau di atas 160/menit (takikardia), bidan harus mengetahui kondisi pasien. Masukkan "." (titik) untuk angka antara 180 dan 100 dan hubungkan titik.

- b) Warna dan Adanya air ketuban (amnion)

Cairan amnion dinilai saat pemeriksaan dalam (YT) dan bila selaput ketuban telah pecah. Adanya mekonium menandakan terjadi gawat, dan bidan perlu menyiapkan rujukan ke fasilitas kesehatan. Berikut tanda pengisian kolom ketuban pada partograf:

U : Membran ketuban utuh

J : Membran ketuban telah robek dan berwarna jernih

M : Membran ketuban robek dan bercampur mekonium

D : Membran ketuban sudah robek dan bercampur darah

K : Membran ketuban sudah robek dan air ketuban habis

c) Molase

Penyusupan kepala janin merupakan salah satu parameter penting bagaimana menilai seberapa pas kepala janin dengan panggul ibu. Penyusupan kepala/ molase dilakukan oleh bidan setiap melakukan VT. .

Pengisian dalam partograf:

- 0 : Tulang kepala janin terpisah, dengan mudah sutura dapat dipalpasi
- 1 : Tulang kepala janin bersentuhan
- 2 : Tulang kepala janin bertumpuk, masih dapat dipisahkan
- 3 : Tulang kepala janin bertumpuk, tidak dapat dipisahkan

3) Jam dan waktu

a) Fase aktif persalinan (waktu mulai)

Bagian bawah partograf (pelebaran dan penurunan serviks) memiliki kotak bernomor 1 sampai 16, masing-masing mewakili titik waktu 1 jam setelah terdapat kotak yang diberi angka 1-16 setiap kotak menyatakan waktu 1 jam setelah dimulainya fase aktif persalinan.

b) Waktu aktual saat pemeriksaan atau persalinan

Satu kotak mewakili 1 jam dan sesuai dengan 2 kotak setengah jam di baris atas kotak dan garis tereduksi yang lebih rendah. Di bawah garis waspada kita mencatat pembukaan serviks sesuai kotak yang ditentukan.

4) Kontraksi Uterus

Kontraksi uterus dihitung dengan frekuensi dalam waktu 10 menit, bidan memeriksa kontraksi setiap 30 menit, mencatat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan menuliskan angkanya pada kotak yang sesuai.

5) Obat-Obatan

Berikan oksitosin segera setelah infus dimulai dan catat jumlah unit oksitosin per volume cairan dan jumlah unit tetes per menit setiap 30 menit. Selain oksitosin, ada yang diberikan secara intravena. Catat setiap pemberian obat pada kolom yang sesuai.

6) Kondisi ibu

- a) Denyut nadi diobservasi setiap 30 menit dan ditandai dengan titik (.) pada tempat yang tersedia. Tekanan darah diukur setiap 4 jam dengan menempatkan panah di kolom kanan, setiap 2 jam temperatur tubuh diukur.
- b) Ukur dan catat urin (volume, aseton, protein) setiap 2 jam pada kolom yang sesuai.

Kekerapan minimum pemeriksaan dan intervensi persalinan normal

Parameter	Kekerapan pada fase laten	Kekerapan pada fase aktif
Tekanan darah	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Suhu	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Nadi	Setiap 30-60 menit	Setiap 30-60 menit
Denyut jantung janin	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Kontraksi	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Pembukaan serviks	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Penurunan	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam

informasi tentang kelengkapan kebidanan dan sterilisasi, penerimaan terhadap sikap dan perilaku ibu.

2. Pengurangan Rasa Sakit

Salah satu bentuk dukungan fisik dan psikis yang diberikan oleh bidan adalah meringankan rasa sakit ibu bersalin. Beberapa asuhan yang dapat diberikan oleh bidan untuk mengurangi rasa sakit diantaranya:

- a. Mengharuskan adanya pendamping persalinan
- b. Melakukan pendekatan agar mengurangi rasa sakit
- c. Memberikan rangsangan alternatif adekuat untuk meminimalisir nyeri seperti kompres.
- d. Meminimalisir reaksi yang buruk, emosi, dan respon ibu terhadap nyeri
- e. Latihan relaksasi dan pernapasan, serta berikan istirahat privasi, sentuhan dan pijatan.

5.2.3 Tanda Bahaya kala I

1. Riwayat Operasi seksio sesaria

Tindakan:

- a. Segera rujuk ke fasilitas yang mampu melakukan operasi caesar
 - b. Menemani ibu selama perjalanan agar tetap semangat.
- #### **2. Perdarahan pervaginam selain dari Lendir bercampur darah**

Tindakan:

- a. Atur posisi ibu baring miring ke kiri
 - b. Melakukan pemasangan infuse dengan memberikan cairan RL atau cairan NaCl, gunakan abocath besar.
 - c. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang lengkap
 - d. Ikut mendampingi selama perjalanan berikan dorongan serta motivasi
- #### **3. Kehamilan Preterm (< 37 minggu)**

Tindakan:

- a. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang dapat menangani kegawatdaruratan kebidanan dan bayi baru lahir
 - b. Ikut mendampingi selama perjalanan berikan dorongan serta motivasi
4. Pecahnya Membran bercampur mekonium
Tindakan:
 - a. Atur posisi menghadap kekiri
 - b. Mendengarkan bunyi Jantung Janin
 - c. Rujuk ibu ke fasilitas yang dapat segera dilakukan operasi caesar
 - d. Mendampingi ibu saat rujukan dan membawa perlengkapan kebidanan lengkap agar ibu siap melahirkan dalam perjalanan
5. Ketuban Pecah setelah 24 jam atau pecah pada awal kehamilan
Tindakan :
 - a. Segera rujuk ke fasilitas Kesehatan yang mampu dan lebih lengkap
 - b. Ikut mendampingi selama merujuk
6. Tanda dan gejala infeksi
 - a. Suhu $>38^{\circ}\text{C}$
 - b. Gemetar kedinginan
 - c. Sakit pada daerah perut
 - d. Ketuban berbau
 Tindakan:
 - a. Atur posisi ibu baring miring kekiri
 - b. Melakukan pemasangan infuse dengan memberikan cairan RL atau cairan NaCl 125ml/jam, gunakan abocath besar.
 - c. Segera rujuk ke fasilitas Kesehatan yang mampu dan lebih lengkap
 - d. Ikut mendampingi selama merujuk

7. Tekanan darah

Bila ditemukan tekanan darah $>140/90$ mmHg dan atau terdapat protein urin++++, pandangan kabur, udem dan nyeri ulu hati (PEB).

Tindakan:

- a. Atur posisi ibu baring miring kekiri sambil melakukan pemasangan infuse dengan memberikan cairan RL atau cairan NaCl, gunakan abocath besar.
- b. Jika mungkin berikan 4 mg $MgSO_4$ drips dalam waktu 4 jam (tiap jam 1 gram selama 4 jam) $MgSO_4$ drip.
- c. Segera rujuk ke fasilitas Kesehatan yang mampu dan lebih lengkap
- d. Ikut mendampingi selama merujuk

8. Tinggi fundus uteri lebih dari 40 cm (makrosomia, cairan ketuban berlebih, kehamilan kembar)

Tindakan:

- a. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang dapat melakukan operasi sesar
- b. Dampingi ibu saat merujuk beri dorongan dan motivasi

9. DJJ $<100/>180$ x/menit pada 2 kali penilaian dengan jarak 5 menit (gawat janin)

Tindakan:

- a. Tempatkan ibu pada sisi kirinya, minta untuk bernapas teratur
- b. Melakukan pemasangan infuse dengan memberikan cairan RL atau cairan NaCl 125ml/jam ,gunakan abocath besar.
- c. Segera rujuk ke fasilitas Kesehatan yang mampu dan lebih lengkap
- d. Ikut menemani selama merujuk

10. Primipara palpasi kepala bayi masih 5/5 dalam persalinan fase aktif
Tindakan:
 - a. Tempatkan ibu pada posisi kirinya
 - b. Segera rujuk ke fasilitas Kesehatan yang mampu dan lebih lengkap
11. Presentasi sungsang, letak lintang
Tindakan:
 - a. Atur posisi ibu baring miring kekiri
 - b. Segera rujuk ke fasilitas Kesehatan yang mampu dan lebih lengkap
 - c. Ikut menemani selama merujuk
12. Presentasi ganda (majemuk)
Tindakan:
 - a. Atur posisi ibu baring miring kekiri atau lutut menempel pada dada
 - b. Segera rujuk ke fasilitas Kesehatan yang mampu dan lebih lengkap
 - c. Ikut dalam proses merujuk
13. Tali pusat menumbung (tali pusat masih berdenyut)
Tindakan:
 - a. Letakkan tangan Anda di dalam vagina dengan sarung tangan DTT dan jauhkan kepala janin dari tali pusat. Memakai tangan yang lain untuk menggerakkan janin, topang setiap bagian tubuh dan hindari menekan tali pusat.
 - b. Segera rujuk ke fasilitas Kesehatan yang mampu dan lebih lengkap
 - c. Ikut dalam proses merujuk
 - d. Anjurkan ibu untuk berbaring dengan bokong lebih tinggi dari kepala. Pertahankan posisi ini sampai ke tempat rujukan.

14. Tanda dan gejala syok

- a. Denyut nadi cepat, lemah (lebih dari 110x/menit)
- b. Tekanan darah rendah (sistolik <90 mmHg)
- c. Pucat
- d. Berkeringat, kulit lengket, dingin
- e. Nafas cepat (>30 napas/menit)
- f. Cemas,bingung, pingsan
- g. Pengeluaran urine > 30 ml/jam

Tindakan :

- a. Atur posisi ibu baring miring ke kiri, Bila memungkinkan, angkat kedua kaki ibu untuk memperlancar aliran darah ke jantung
- b. Melakukan pemasangan infus dengan abocath berdiameter besar
- c. Infus dengan RL atau cairan NS. Infus 1 liter dalam waktu 15-20 menit, jika memungkinkan berikan 2 liter pada satu jam di awal dan kurangi dosis menjadi 125 ml/jam.
- e. Segera rujuk ke fasilitas Kesehatan yang mampu dan lebih lengkap
- f. Ikut dalam proses merujuk

15. Persalinan dengan fase laten yang panjang

- a. Pelebaran serviks < 4 cm setelah 8 jam
- b. His teratur > 2 kali dalam 10 menit

Tindakan:

- a. Segera rujuk ke fasilitas Kesehatan yang mampu dan lebih lengkap
- b. Ikut dalam proses merujuk

16. Tanda dan gejala sebelum persalinan

- a. Kurang dari 2 kontraksi dalam 10 menit, durasi >20 detik
- b. Tidak ada perubahan serviks dalam waktu 1 s/d 2 jam

Tindakan:

- a. Meminta ibu makan dan minum
- b. Meminta ibu untuk mobilisasi
- c. Jika persalinan berhenti dan/atau tidak ada perubahan serviks, periksa DJJ. Jika ibu dan janin sudah bebas dari gejala berat, ibu diperbolehkan pulang dengan peringatan, “Silahkan tetap makan dan minum. Jika frekuensi dan waktu melahirkan berbeda, segera ke puskesmas.”
- d. Apabila kontraksi berhenti, dan atau tidak ada perubahan serviks, evaluasi DJJ, jika tidak ada tanda gawat pada ibu dan janin ibu diizinkan pulang dengan catatan: tetap makan dan minum, segera ke Puskesmas jika frekuensi dan waktu kontraksi meningkat.

17. Partus lama

- a. Pembukaan serviks disebelah kanan garis wapada (partograf)
- b. Dilatasi serviks, 1 cm sampai 2 kontraksi dalam 10 menit, masing-masing kurang dari 40 detik.

Tindakan :

- a. Segera rujuk ke fasilitas Kesehatan yang mampu dan lebih lengkap
- b. Ikut dalam proses merujuk

5.3 Pendokumentasian Kala I

Pendokumentasian pada kala I persalinan di lakukan pada lembar partograf. Pada fase laten di catat pada lembar kosong, dan pada fase aktif di dokumentasikan pada lembar partograf.

DAFTAR PUSTAKA

- Fitriana Y, & Widya, 2018, *Asuhan Persalinan: Konsep Persalinan Secara Komprehensif Dalam Asuhan kebidanan*, Pustaka Baru, Yogyakarta
- Prawirohardjo, S. 2022. *Ilmu Kebidanan*, YBPSP, Jakarta
- Saifuddin, AB, 2014, *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, YBP-SP, Jakarta
- Varney, 1997, *Varney,s Midwifery,3rd Edition*, Jones and Barlet Publishers, Sudbury, England
- Yuliawati & Aldina, 2019, *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*, Indomedia Pustaka, Sidoarjo

BAB 6

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN KALA II

Oleh Ummul Khair

6.1 Pendahuluan

Asuhan kebidanan kala II persalinan berkaitan dengan manajemen dan perawatan selama fase aktif persalinan hingga saat bayi lahir. Kala II dimulai dari saat serviks sepenuhnya terbuka (10 cm) hingga kelahiran bayi. Pada fase ini, fokus utama adalah pada pengawasan dan bantuan untuk memfasilitasi proses kelahiran bayi dengan aman.

Adapun beberapa aspek yang terkait dengan asuhan kebidanan kala II persalinan yakni, Observasi dan pemantauan, Bantuan dan dukungan, Pemberian informasi dan persetujuan, Pencegahan cedera perineum, Bantuan dalam persalinan, Memantau tanda-tanda bahaya serta Mengamati kelahiran.

Selama kala II persalinan, penting untuk menjaga komunikasi yang baik antara ibu dan bidan. Tujuan utama adalah memastikan keselamatan dan kesehatan ibu serta bayi selama kelahiran. Setiap langkah yang diambil harus didasarkan pada kebutuhan dan kondisi individu ibu dan bayi.

Ada beberapa poin penting yang harus diketahui tentang asuhan kebidanan selama kala II. Berikut adalah beberapa di antaranya:

Pemantauan Ketat: Selama kala II, perawat atau bidan harus secara teratur memantau tanda-tanda vital ibu, seperti tekanan darah, denyut jantung, dan kontraksi rahim. Pemantauan ini

membantu mengidentifikasi adanya masalah atau komplikasi yang mungkin timbul selama persalinan.

Evaluasi Kemajuan Persalinan: Perawat atau bidan harus terus menganalisis kemajuan persalinan dengan memeriksa pembukaan serviks dan penurunan kepala bayi. Hal ini membantu dalam menentukan apakah persalinan berjalan dengan baik atau jika ada kebutuhan untuk intervensi lebih lanjut.

Bantuan dan Dukungan Aktif: Selama kala II, perawat atau bidan harus memberikan bantuan dan dukungan aktif kepada ibu. Ini termasuk memberikan petunjuk dan panduan tentang teknik pernafasan, posisi yang nyaman, dan cara efektif untuk mendorong saat mengejan. Bantuan dan dukungan ini membantu ibu menghadapi rasa sakit dan memaksimalkan efektivitas upaya persalinan.

Pengawasan Terhadap Fetal Well-being: Selama kala II, perawat atau bidan harus memantau terus-menerus kesejahteraan janin. Ini dapat dilakukan melalui pemeriksaan teratur detak jantung janin menggunakan alat seperti stetoskop atau monitor detak jantung janin. Jika terdapat perubahan yang mencurigakan atau tanda-tanda distres pada janin, tindakan medis yang tepat harus segera diambil.

Komunikasi dan Pemberian Informasi: Penting bagi perawat atau bidan untuk menjalin komunikasi yang baik dengan ibu selama kala II. Mereka harus memberikan informasi yang jelas dan akurat tentang perkembangan persalinan, serta memberikan dukungan emosional kepada ibu dan keluarganya. Komunikasi yang efektif membantu mengurangi kecemasan dan meningkatkan kolaborasi antara perawat/bidan dan ibu. Maka dari itu diperlukan konseling dari para tenaga kesehatan pada ibu menjelang persalinan guna mengurangi tingkat kecemasan ibu serta perlu adanya pendampingan dari anggota keluarga lain agar ibu lebih tenang dalam menjalani proses persalinan.(Sagita, 2018)

Perawatan Perineum: Selama kala II, perawat atau bidan harus memberikan perawatan yang tepat pada perineum ibu. Ini termasuk mengoleskan minyak atau jeli pelumas pada perineum saat kepala bayi mulai keluar untuk mencegah robekan yang berlebihan. Jika terjadi robekan perineum, perawat atau bidan harus memberikan jahitan yang sesuai dan memberikan instruksi perawatan luka pasca persalinan.

Persiapan untuk Persalinan Jika Adanya Komplikasi: Selama kala II, perawat atau bidan harus mempersiapkan diri untuk menghadapi komplikasi yang mungkin terjadi. Hendaknya bidan melakukan pelayanan continuity of care atau asuhan kebidanan komprehensif, secara berkesinambungan, dimulai sejak kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan keluarga berencana agar dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian pada ibu dan bayi.

75 (Podungge, 2020)

6.2 Pemantauan Selama Kala II Persalinan

Pemantauan bidan selama kala II persalinan sangat penting untuk memastikan keselamatan ibu dan bayi. Kala II persalinan dimulai setelah fase pembukaan serviks selesai dan berakhir dengan kelahiran bayi. Selama kala ini, kontraksi rahim menjadi lebih intens, dan ibu akan merasakan dorongan untuk mendorong bayi keluar.

Berikut adalah beberapa hal yang biasanya dipantau oleh bidan selama kala II persalinan:

1. Kontraksi rahim: Bidan akan memantau intensitas, frekuensi, dan durasi kontraksi rahim. Hal ini membantu dalam menentukan kecepatan dan kemajuan persalinan.
2. Pemeriksaan serviks: Bidan akan memeriksa serviks secara berkala untuk mengetahui sejauh mana pembukaan telah terjadi. Hal ini membantu dalam memantau kemajuan persalinan.

3. Pemantauan detak jantung janin: Bidan akan terus memantau detak jantung janin selama kala II persalinan. Metode pemantauan bisa berupa pemeriksaan dengan stetoskop atau pemantauan elektronik kontinu menggunakan alat seperti kardiotokografi (CTG). Pemantauan ini penting untuk memastikan kesehatan janin selama persalinan.
4. Posisi dan kemajuan bayi: Bidan akan memantau posisi bayi saat persalinan dan memeriksa kemajuan bayi dalam menuruni jalan lahir. Hal ini bisa dilakukan melalui pemeriksaan vaginal atau pemantauan dengan bantuan alat ultrasonografi.
5. Bantuan saat mendorong: Bidan akan memberikan bimbingan dan dukungan kepada ibu saat mendorong bayi keluar. Bidan juga akan memantau reaksi ibu terhadap dorongan dan memberikan petunjuk yang diperlukan untuk mendorong dengan efektif.
6. Penanganan emergensi: Jika terjadi situasi darurat seperti masalah detak jantung janin yang tidak normal atau kemacetan bahu, bidan akan mengambil langkah-langkah untuk menangani keadaan tersebut. Hal ini mungkin melibatkan tindakan seperti manipulasi luar atau menggunakan alat bantu seperti vakum atau forceps.

Selama kala II persalinan, bidan juga akan memastikan bahwa ibu merasa nyaman dan mendapatkan dukungan fisik dan emosional yang diperlukan. Mereka akan memberikan dorongan dan motivasi kepada ibu serta melakukan tindakan yang sesuai jika terjadi komplikasi atau situasi darurat. Pemantauan yang cermat selama kala II persalinan membantu meminimalkan risiko dan memastikan persalinan berjalan dengan lancar.

6.3 Evaluasi Kemajuan Persalinan

Pada proses persalinan pemantauan Evaluasi kemajuan persalinan dilakukan untuk memantau perkembangan persalinan dan menentukan apakah proses persalinan berjalan dengan baik. Evaluasi ini membantu bidan atau tenaga medis lainnya dalam mengambil keputusan tentang intervensi yang diperlukan atau langkah-langkah selanjutnya. Berikut adalah beberapa metode yang digunakan untuk evaluasi kemajuan persalinan:

1. Pemeriksaan pembukaan serviks: Bidan atau tenaga medis akan memeriksa pembukaan serviks secara berkala menggunakan tangan atau alat bantu seperti spekulum atau alat pemeriksaan serviks lainnya. Pemeriksaan ini dilakukan untuk menentukan sejauh mana pembukaan serviks telah terjadi. Pembukaan serviks diukur dalam sentimeter, dan progres pembukaan serviks yang normal adalah sekitar 1 sentimeter per jam pada primigravida (ibu yang melahirkan anak pertama) dan lebih cepat pada multigravida (ibu yang telah melahirkan sebelumnya).
2. Pemantauan kontraksi rahim: Kontraksi rahim dipantau secara kontinu untuk menilai intensitas, frekuensi, dan durasinya. Kontraksi yang teratur dan kuat merupakan indikator kemajuan persalinan yang baik.
3. Pemantauan detak jantung janin: Detak jantung janin dipantau secara terus-menerus untuk memastikan kesehatan janin selama persalinan. Perubahan detak jantung janin yang tidak normal atau penurunan detak jantung janin yang signifikan dapat menjadi tanda adanya komplikasi atau gangguan dalam kemajuan persalinan.
4. Pemantauan posisi dan kemajuan bayi: Bidan atau tenaga medis akan memantau posisi bayi dalam panggul ibu untuk memastikan bahwa bayi berada dalam posisi yang tepat dan menuruni jalan lahir dengan baik. Pemeriksaan vaginal

atau pemantauan dengan alat ultrasonografi dapat digunakan untuk mengevaluasi posisi dan kemajuan bayi.

5. Evaluasi tanda-tanda dorongan: Tanda-tanda dorongan seperti desakan untuk mendorong atau perubahan pada tingkat pernapasan ibu dapat memberikan petunjuk tentang kemajuan persalinan. Perasaan ingin mendorong yang kuat dan efektif menunjukkan bahwa persalinan telah mencapai fase mendorong.

Selain metode di atas, ada juga alat bantu elektronik seperti kardiotokografi (CTG) yang dapat digunakan untuk memantau kontraksi rahim dan detak jantung janin secara bersamaan.

Dengan melakukan evaluasi yang teliti terhadap kemajuan persalinan, bidan atau tenaga medis dapat mengidentifikasi potensi masalah atau komplikasi dan mengambil langkah-langkah yang diperlukan untuk memastikan keselamatan ibu dan bayi selama persalinan.

6.4 Dukungan Aktif Selama kala II Persalinan

Dukungan aktif bidan selama kala II persalinan adalah pendekatan yang bertujuan untuk memberikan perhatian dan dukungan aktif kepada ibu selama fase mendorong dan kelahiran bayi. Pendekatan ini berfokus pada kegiatan yang membantu ibu dalam proses persalinan dan meningkatkan pengalaman positifnya. Berikut adalah beberapa bentuk dukungan aktif yang biasanya diberikan oleh bidan selama kala II persalinan:

Dukungan emosional: Bidan memberikan dukungan emosional kepada ibu dengan memberikan pujian, dorongan, dan motivasi. Mereka memberikan pengakuan dan menguatkan ibu dalam usaha dan keberhasilannya dalam proses persalinan. Dukungan emosional dapat membantu mengurangi kecemasan dan stres ibu serta meningkatkan rasa percaya diri.

Bimbingan dan pendampingan dalam mendorong: Bidan memberikan bimbingan dan instruksi kepada ibu tentang teknik mendorong yang efektif. Mereka memastikan bahwa ibu melakukan mendorong dengan tepat dan memberikan umpan balik mengenai kekuatan dan durasi mendorong yang diperlukan. Bimbingan ini membantu ibu menggunakan tenaga dengan efektif dan mengoptimalkan kemajuan persalinan.

Dukungan fisik: Bidan membantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman untuk mendorong. Mereka dapat memberikan bantuan dalam perubahan posisi, memberikan dukungan tubuh, atau melakukan teknik pijatan yang membantu meringankan ketidaknyamanan dan meningkatkan efisiensi mendorong.

Monitor dan pemantauan: Bidan secara terus-menerus memantau kontraksi rahim, detak jantung janin, dan kemajuan persalinan. Mereka memberikan informasi kepada ibu tentang perkembangan persalinan dan menjelaskan apa yang sedang terjadi. Hal ini membantu ibu merasa terlibat dan memiliki pemahaman yang jelas tentang proses persalinan.

Kolaborasi dengan tim medis: Bidan bekerja sama dengan tim medis lainnya, seperti dokter atau ahli obstetri, untuk memberikan perawatan yang terkoordinasi selama persalinan. Mereka berkomunikasi secara efektif untuk memastikan keselamatan ibu dan bayi serta mengoordinasikan langkah-langkah yang diperlukan jika terjadi situasi darurat.

Dukungan aktif bidan selama kala II persalinan memiliki tujuan untuk meningkatkan pengalaman persalinan yang positif bagi ibu, memfasilitasi proses persalinan yang aman, dan memastikan kesehatan ibu dan bayi. Melalui perhatian, bimbingan, dan dukungan yang berkelanjutan, bidan dapat menciptakan lingkungan yang mendukung dan memperkuat ibu dalam menghadapi tantangan persalinan.

6.5 Pengawasan Terhadap Fetal Well- Being Selama Kala II Persalinan

Pengawasan terhadap kesejahteraan janin (fetal well-being) selama kala II persalinan sangat penting untuk memastikan bahwa bayi dalam kondisi yang baik dan aman selama proses kelahiran. Berikut adalah beberapa cara pengawasan terhadap fetal well-being yang dilakukan selama kala II persalinan:

Monitor detak jantung janin (DJJ): Pengawasan detak jantung janin dilakukan secara terus-menerus menggunakan alat seperti kardiotokografi (CTG). CTG memantau detak jantung janin dan kontraksi rahim secara bersamaan. Hal ini memungkinkan petugas medis untuk mengidentifikasi perubahan dalam detak jantung janin yang dapat mengindikasikan distress janin atau ketidaknyamanan janin selama persalinan.

Evaluasi variabilitas detak jantung janin: Variabilitas detak jantung janin adalah variasi yang normal dalam detak jantung janin dari waktu ke waktu. Pengawasan dilakukan untuk memastikan bahwa detak jantung janin menunjukkan variasi yang sehat. Variabilitas yang rendah atau tidak adanya variasi dapat menjadi tanda adanya masalah dalam kesejahteraan janin.

Pemantauan kontraksi rahim: Intensitas, frekuensi, dan durasi kontraksi rahim juga dipantau secara teratur selama kala II persalinan. Kontraksi yang teratur dan kuat penting untuk memberikan suplai oksigen yang cukup kepada bayi selama persalinan.

Pemeriksaan dengan stetoskop: Bidan atau tenaga medis dapat menggunakan stetoskop untuk mendengarkan detak jantung janin secara langsung selama kala II persalinan. Ini adalah metode sederhana yang memberikan informasi tentang kesejahteraan janin.

Observasi tanda-tanda klinis: Bidan atau tenaga medis akan memperhatikan tanda-tanda klinis pada ibu yang dapat menunjukkan kesejahteraan janin. Misalnya, gerakan aktif janin

yang terus-menerus, respons terhadap stimulasi eksternal, atau respons ibu terhadap kontraksi rahim dan mendorong.

Jika ada tanda-tanda yang mengkhawatirkan atau indikasi adanya ketidaknyamanan janin selama pengawasan, langkah-langkah yang diperlukan akan diambil. Ini bisa berupa intervensi seperti perubahan posisi ibu, pemberian oksigen kepada ibu, atau, dalam kasus yang langka, tindakan operasi seperti operasi Caesar jika dibutuhkan untuk menyelamatkan bayi.

Pengawasan terhadap kesejahteraan janin selama kala II persalinan membantu memastikan keselamatan dan kesehatan bayi selama proses kelahiran. Bidan dan tenaga medis akan terus memantau dan mengevaluasi kondisi janin untuk mengambil tindakan yang tepat jika diperlukan.

6.6 Komunikasi dan Pemberian Informasi pada Kala II Persalinan

Komunikasi dan pemberian informasi yang efektif pada kala II persalinan sangat penting untuk memastikan ibu merasa terlibat, mendapatkan pemahaman yang jelas tentang proses persalinan, dan dapat membuat keputusan yang tepat. Berikut adalah beberapa aspek penting terkait komunikasi dan pemberian informasi pada kala II persalinan:

Memberikan penjelasan tentang kemajuan persalinan: Bidan atau tenaga medis akan memberikan informasi kepada ibu tentang kemajuan persalinan, seperti sejauh mana pembukaan serviks, posisi dan kemajuan bayi, dan tanda-tanda yang menunjukkan bahwa persalinan memasuki fase mendorong. Penjelasan ini membantu ibu memahami di mana ia berada dalam proses persalinan dan memberikan rasa keterlibatan dan kontrol yang lebih besar.

Mengkomunikasikan tindakan dan prosedur yang akan dilakukan: Bidan akan menjelaskan prosedur atau tindakan yang akan dilakukan selama kala II persalinan, seperti penggunaan

instrumen bantu seperti vakum atau forceps, episiotomi, atau tindakan lainnya. Mereka akan memberikan informasi tentang alasan di balik tindakan tersebut, manfaat, risiko, dan memberikan kesempatan bagi ibu untuk menanyakan pertanyaan atau menyampaikan kekhawatiran.

Memberikan pilihan dan melibatkan ibu dalam pengambilan keputusan: Komunikasi pada kala II persalinan melibatkan ibu dalam proses pengambilan keputusan yang berhubungan dengan perawatan dan intervensi yang diperlukan. Bidan akan memberikan penjelasan yang jelas tentang opsi yang tersedia, manfaat, risiko, dan konsekuensi dari setiap pilihan. Mereka akan mendukung ibu dalam membuat keputusan yang sesuai dengan preferensinya, selama itu aman bagi ibu dan bayi.

Memberikan dukungan emosional dan penguatan: Selama kala II persalinan, bidan akan memberikan dukungan emosional dan penguatan kepada ibu. Mereka memberikan dorongan, pujian, dan motivasi untuk membantu ibu melewati fase mendorong yang intens. Komunikasi yang positif dan penguatan emosional dapat membantu mengurangi kecemasan, meningkatkan rasa percaya diri, dan mengoptimalkan pengalaman persalinan.

Membangun hubungan yang saling percaya: Komunikasi yang efektif pada kala II persalinan melibatkan pembangunan hubungan yang saling percaya antara bidan dan ibu. Bidan berperan sebagai pendengar yang aktif dan empatik, memberikan perhatian penuh kepada kebutuhan dan kekhawatiran ibu. Hal ini menciptakan lingkungan yang mendukung di mana ibu merasa nyaman untuk berkomunikasi dan bertanya tentang apa pun yang membuatnya khawatir atau tidak mengerti.

Komunikasi yang baik dan pemberian informasi yang tepat pada kala II persalinan membantu menciptakan pengalaman persalinan yang positif dan memberikan kontrol serta dukungan kepada ibu. Dengan adanya komunikasi yang terbuka, informasi

yang jelas, dan pemberdayaan ibu dalam pengambilan keputusan, ibu dapat merasa lebih siap dan terlibat dalam proses persalinan.

6.7 Perawatan Perineum Selama Kala II

Perawatan perineum selama kala II persalinan sangat penting untuk meminimalkan risiko cedera dan mempromosikan pemulihan yang baik setelah persalinan. Perineum adalah area antara vagina dan anus yang rentan terhadap robekan atau episiotomi selama fase mendorong. Berikut adalah beberapa aspek perawatan perineum yang biasanya dilakukan selama kala II persalinan:

Pembekuan atau kompres dingin: Setelah kelahiran bayi, bidan atau tenaga medis dapat menggunakan pembekuan atau kompres dingin pada perineum untuk membantu mengurangi pembengkakan dan nyeri. Es atau bungkus dingin lainnya dapat ditempatkan di area perineum selama beberapa menit pada interval yang teratur untuk memberikan efek pendinginan.

Posisi yang nyaman: Bidan akan membantu ibu menemukan posisi yang nyaman selama fase mendorong dan kelahiran. Posisi seperti posisi jongkok, duduk, atau berdiri dapat membantu mengurangi tekanan pada perineum dan meminimalkan risiko robekan.

Mengontrol kelahiran kepala: Saat kepala bayi mulai keluar, bidan akan memberikan panduan kepada ibu untuk mendorong dengan kontrol agar kelahiran kepala dapat terjadi secara perlahan dan terkendali. Hal ini membantu mencegah robekan yang lebih parah pada perineum.

Melakukan episiotomi: Dalam beberapa kasus, jika diperlukan untuk melindungi kesehatan ibu dan bayi, bidan atau dokter mungkin memutuskan untuk melakukan episiotomi. Episiotomi adalah sayatan yang dilakukan pada perineum untuk memperbesar jalan lahir saat kepala bayi keluar. Setelah episiotomi dilakukan, perawatan luka dilakukan dengan membersihkan area,

menjahit luka dengan benang yang larut, dan memberikan instruksi perawatan luka pasca persalinan kepada ibu.

Perawatan luka perineum: Setelah persalinan, perineum perlu dirawat dengan hati-hati. Bidan akan memberikan instruksi kepada ibu tentang perawatan luka, termasuk membersihkan area dengan lembut menggunakan air hangat dan sabun ringan, menjaga kebersihan dengan mengganti pembalut secara teratur, dan menghindari mengangkat benda berat atau melakukan aktivitas fisik yang berlebihan.

Penggunaan obat pereda nyeri: Jika diperlukan, bidan atau tenaga medis dapat memberikan obat pereda nyeri seperti analgesik atau anestesi lokal untuk membantu mengurangi nyeri pada perineum.

Perawatan perineum selama kala II persalinan bertujuan untuk meminimalkan risiko cedera, mengurangi nyeri, dan mempromosikan pemulihan yang cepat. Setiap ibu mungkin membutuhkan perawatan yang berbeda tergantung pada kondisi individunya. Penting untuk berdiskusi dengan bidan atau tenaga medis yang merawat untuk mendapatkan panduan yang tepat dan informasi yang diperlukan tentang perawatan perineum selama persalinan.

6.8 Persiapan Persalinan Jika Ada Komplikasi

Jika ada kemungkinan terjadinya komplikasi dalam persalinan, persiapan yang tepat sangat penting untuk memastikan keselamatan ibu dan bayi. Berikut adalah beberapa langkah persiapan yang dapat dilakukan jika ada komplikasi yang diantisipasi:

Berkonsultasi dengan tenaga medis: Diskusikan kemungkinan komplikasi dengan bidan atau dokter yang merawat. Mereka akan memberikan informasi tentang jenis komplikasi yang mungkin terjadi, tanda-tanda peringatan, dan langkah-langkah yang akan diambil dalam situasi tersebut.

Rencanakan persalinan di rumah sakit atau tempat perawatan yang sesuai: Jika ada risiko komplikasi yang lebih tinggi, persalinan di rumah sakit atau fasilitas perawatan yang memiliki fasilitas medis yang lengkap dan tenaga medis yang terlatih akan lebih disarankan. Ini memastikan akses cepat terhadap perawatan medis yang diperlukan jika terjadi komplikasi.

Diskusikan rencana persalinan dengan tenaga medis: Diskusikan rencana persalinan yang mencakup kemungkinan komplikasi dengan bidan atau dokter. Bahas tentang tindakan yang akan diambil dalam situasi darurat, seperti persiapan untuk tindakan operasi Caesar atau intervensi medis lainnya. Juga, bicarakan tentang preferensi ibu dalam pengambilan keputusan jika situasi membutuhkan keputusan cepat.

Pahami tanda-tanda peringatan: Pelajari tanda-tanda peringatan yang mengindikasikan adanya komplikasi selama persalinan. Misalnya, pendarahan yang berlebihan, absennya gerakan janin, penurunan detak jantung janin yang tidak normal, atau perubahan yang signifikan dalam kemajuan persalinan. Ketahui kapan harus menghubungi tenaga medis dan mencari perhatian medis segera jika tanda-tanda ini muncul.

Bawa perlengkapan yang diperlukan: Persiapkan perlengkapan yang diperlukan dalam kasus komplikasi. Ini mungkin termasuk pakaian yang nyaman, perlengkapan mandi, handuk, baju tidur, serta dokumen penting seperti rekam medis dan kartu identitas.

Siapkan dukungan emosional dan praktis: Pastikan ada orang yang dapat memberikan dukungan emosional dan praktis selama persalinan, seperti pasangan, anggota keluarga, atau teman dekat. Mereka dapat memberikan dukungan moral, membantu mengomunikasikan kebutuhan dan preferensi kepada tenaga medis, serta membantu mengambil keputusan dalam situasi darurat.

Selalu ingat bahwa setiap persalinan adalah unik, dan persiapan yang tepat dapat membantu menghadapi komplikasi dengan lebih baik. Diskusikan dengan tenaga medis tentang situasi individu dan ikuti panduan mereka dengan seksama. Jangan ragu untuk bertanya dan meminta penjelasan lebih lanjut agar dapat merasa lebih siap dan tenang dalam menghadapi persalinan dengan kemungkinan komplikasi.

6.9 Evidence Based pada Kala II Persalinan

6.9.1 Pengertian *Evidence Based Practice*

Evidence-Based Practice (EBP) atau Praktik Berbasis Bukti adalah pendekatan dalam pengambilan keputusan klinis yang didasarkan pada bukti-bukti ilmiah terbaik yang tersedia, pengalaman klinis, dan nilai-nilai pasien. Tujuan dari EBP adalah untuk mengintegrasikan pengetahuan terbaru dari penelitian dan bukti-bukti yang ada ke dalam praktik klinis sehari-hari, sehingga memberikan perawatan yang efektif, aman, dan berkualitas tinggi. Pada dasarnya, EBP mencakup tiga komponen utama:

1. **Bukti-bukti ilmiah:** EBP menggunakan bukti-bukti ilmiah yang didapatkan dari penelitian terkini sebagai dasar dalam pengambilan keputusan. Ini termasuk penelitian klinis, meta-analisis, tinjauan sistematis, dan panduan praktik klinis yang dapat memberikan informasi tentang intervensi atau strategi yang efektif dalam perawatan kesehatan. Seperti Semua ibu hamil Trimester III wajib cek laboratorium protein urine, apalagi jika terdapat tanda-tanda hipertensi dan oedema maka harus cek protein urine.(Midwifery, 2018)
2. **Pengalaman klinis:** EBP juga mengakui pentingnya pengalaman klinis dalam pengambilan keputusan. Pengalaman praktisi kesehatan yang didukung oleh observasi dan refleksi terhadap perawatan pasien

sebelumnya juga merupakan faktor penting dalam pengambilan keputusan yang berbasis bukti.

3. Nilai-nilai pasien: EBP menghargai nilai-nilai, preferensi, dan harapan pasien. Pengambilan keputusan yang berbasis bukti harus mempertimbangkan preferensi pasien, kebutuhan individu, dan konteks sosial untuk memastikan perawatan yang holistik dan pasien-terpusat.

Penerapan EBP melibatkan proses yang sistematis, termasuk identifikasi pertanyaan klinis yang relevan, pencarian bukti-bukti yang tersedia, penilaian dan kritis terhadap bukti tersebut, dan penerapan temuan dalam praktik klinis. Hal ini memungkinkan praktisi kesehatan untuk mengambil keputusan yang informasinya didukung oleh bukti terbaik yang ada.

Manfaat dari EBP termasuk meningkatkan kualitas perawatan kesehatan, mengurangi ketidakkonsistenan dalam praktik klinis, mengoptimalkan penggunaan sumber daya, dan meningkatkan kepuasan pasien. Dengan mengadopsi pendekatan EBP, praktisi kesehatan berupaya memberikan perawatan yang didasarkan pada bukti-bukti terbaik yang tersedia, sambil tetap memperhatikan kebutuhan dan preferensi pasien serta pengalaman klinis mereka sendiri.

6.9.2 Evidence Based dalam Praktik Persalinan

Penerapan pendekatan *Evidence-Based Practice* (EBP) dalam praktik persalinan sangat penting untuk memberikan perawatan yang optimal kepada ibu dan bayi. Berikut adalah beberapa contoh penerapan EBP dalam praktik persalinan:

Manajemen persalinan normal: EBP mendorong penggunaan praktik-praktik yang didukung oleh bukti ilmiah dalam manajemen persalinan normal. Ini termasuk dukungan aktif dari bidan, melibatkan ibu dalam pengambilan keputusan, memberikan informasi yang akurat dan jelas kepada ibu tentang

kemajuan persalinan, memfasilitasi posisi dan gerakan yang optimal, serta memperhatikan kebutuhan dan preferensi individu ibu.

Pengawasan fetal: EBP menyarankan penggunaan metode pengawasan fetal yang berbasis bukti selama persalinan. Monitor jantung janin kontinu (*continuous electronic fetal monitoring*) digunakan untuk memantau detak jantung janin secara terus-menerus dan mengidentifikasi tanda-tanda ketidaknormalan. Namun, penggunaan monitor jantung janin intermittently (misalnya, menggunakan doppler portabel) juga dapat diterapkan dalam situasi tertentu.

Penggunaan intervensi obstetrik: EBP membantu menginformasikan penggunaan intervensi obstetrik seperti induksi persalinan, episiotomi, dan penggunaan instrumen bantu seperti vakum atau forceps. Pengambilan keputusan untuk melakukan intervensi ini harus didasarkan pada bukti ilmiah yang mengindikasikan manfaat, risiko, dan kebutuhan individu ibu dan bayi.

Pengelolaan nyeri: EBP mendorong penggunaan metode pengelolaan nyeri berbasis bukti selama persalinan. Ini mencakup penggunaan teknik non-farmakologis seperti relaksasi, pernapasan, akupunktur, penggunaan bola yoga, pijatan, serta pemahaman dan dukungan yang memadai. Jika diperlukan, penggunaan analgesik atau anestesi juga harus didasarkan pada bukti ilmiah dan mempertimbangkan manfaat serta risiko bagi ibu dan bayi.

Perawatan perineum: EBP memandu praktik perawatan perineum yang optimal selama persalinan. Ini mencakup penilaian risiko robekan atau luka perineum, pencegahan cedera perineum yang tidak perlu, teknik jahitan yang efektif, serta perawatan luka perineum yang tepat setelah persalinan.

Komunikasi dan konseling: EBP mendorong komunikasi yang efektif dan konseling kepada ibu selama persalinan. Informasi

yang akurat dan jelas harus diberikan kepada ibu tentang proses persalinan, tindakan yang dilakukan, dan kemungkinan risiko dan manfaatnya. Ibu juga harus didukung untuk mengambil keputusan yang informasinya didasarkan pada bukti ilmiah dan nilai-nilai pribadinya.

Penerapan EBP dalam praktik persalinan memberikan landasan yang kuat untuk pengambilan keputusan yang berdasarkan bukti, memberikan perawatan yang efektif, aman, dan berkualitas tinggi. Penting bagi bidan dan tenaga medis lainnya untuk mengikuti panduan praktik klinis yang berlaku dan terus memperbarui pengetahuan mereka berdasarkan bukti ilmiah terbaru.

6.9.3 Evidence based pada Kala II Persalinan

Penerapan *Evidence-Based Practice* (EBP) pada persalinan kala II sangat penting untuk memastikan perawatan yang efektif dan aman bagi ibu dan bayi. Berikut adalah beberapa aspek EBP yang dapat diterapkan pada persalinan kala II:

Intervensi aktif versus pengawasan pasif: Sebelumnya, praktik umum adalah melakukan pengawasan pasif selama kala II persalinan tanpa intervensi yang signifikan. Namun, bukti-bukti ilmiah telah menunjukkan manfaat dari intervensi aktif dalam beberapa situasi. Penggunaan teknik seperti dukungan aktif dari bidan, panduan saat mendorong, dan penggunaan instrumen bantu seperti vakum atau forceps jika diperlukan dapat membantu mempercepat kelahiran dan mengurangi risiko komplikasi.

Posisi dan manuver yang optimal: EBP juga menekankan pentingnya posisi ibu yang optimal selama fase mendorong. Studi telah menunjukkan bahwa posisi tegak, seperti jongkok atau berdiri, dapat memfasilitasi kelahiran bayi dengan lebih baik daripada posisi berbaring terlentang. Manuver seperti melentingkan panggul (*maternal pelvic tilting*) dan penggunaan

posisi lateral (samping) juga dapat membantu mengurangi tekanan pada perineum dan meminimalkan risiko robekan.

Monitoring fetal well-being: EBP mempromosikan penggunaan metode pengawasan yang berbasis bukti untuk memantau kesejahteraan janin selama kala II persalinan. Ini termasuk penggunaan monitor jantung janin kontinu (*continuous electronic fetal monitoring*) untuk memonitor detak jantung janin dan respons terhadap kontraksi. Monitor jantung janin portabel juga dapat digunakan untuk memantau janin secara intermittently, memberikan kebebasan pergerakan kepada ibu.

Pengelolaan nyeri: EBP pada persalinan kala II juga mencakup pengelolaan nyeri yang berbasis bukti. Banyak strategi non-farmakologis yang dapat digunakan, seperti relaksasi, teknik pernapasan, akupunktur, penggunaan bola yoga, atau pemberian pijatan. Jika diperlukan, analgesik atau anestesi dapat diberikan sesuai dengan panduan dan protokol yang relevan.

Komunikasi dan dukungan emosional: EBP juga memperhatikan komunikasi yang efektif dan dukungan emosional kepada ibu selama kala II persalinan. Bidan atau tenaga medis harus memberikan penjelasan yang jelas tentang kemajuan persalinan, prosedur yang dilakukan, dan memberikan dukungan emosional yang positif. Komunikasi yang terbuka dan memberdayakan ibu membantu membangun kepercayaan dan memastikan ibu merasa terlibat dalam pengambilan keputusan.

Penerapan EBP pada persalinan kala II mengacu pada bukti ilmiah terkini, panduan praktik klinis yang relevan, dan pengalaman klinis yang valid. Hal ini membantu memastikan bahwa intervensi yang dilakukan selama persalinan kala II.

DAFTAR PUSTAKA

- Midwifery, T.I. 2018. “Midwives Leading The Way with Quality Care”.
- Podungge, Y. 2020. ‘Asuhan Kebidanan Komprehensif’, *Jambura Health and Sport Journal*, 2(2), pp. 68–77. doi:10.37311/jhsj.v2i2.7102.
- Sagita, Y.D. 2018. ‘Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Lama Di Rsia Anugerah Medical Center’, *Midwifery Journal*, 3(1), pp. 16–20. Available at: <http://journal.ummat.ac.id/index.php/MJ/article/view/119>.

BAB 7

DETEKSI DINI KOMPLIKASI KALA III

Oleh Siti Nurhidayati

7.1 Pendahuluan

Persalinan merupakan proses lahirnya janin/hasil konsepsi sampai dengan lahirnya plasenta. Persalinan dibagi menjadi : 1) kala I yaitu saat mulai persalinan sampai dengan dilatasi dan penipisan serviks secara penuh. 2) kala II yaitu dimulai dari dilatasi serviks secara penuh sampai dengan lahirnya janin. 3) kala III yaitu dimulai sejak bayi lahir dan berakhir ketika plasenta dilahirkan. Penguraian tahapan persalinan bertujuan untuk relevansi interprofesional asuhan dalam memberikan asuhan pada ibu bersalin. Pada tahap kala III ini merupakan tahapan yang fokus pada peristiwa dan tindakan lahirnya plasenta yang dimungkinkan ada komplikasi yang dapat membahayakan ibu (Hutchison J *et al*, 2023).

7.2 Komplikasi Kala III

Perdarahan postpartum/ *postartum haemorrhage (PPH)* adalah salah satu penyebab kematian ibu di dunia. Beberapa kasus perdarahan berkaitan dengan peristiwa yang ada di kala III. Perdarahan tersebut berkaitan dengan gagalnya uterus berkontraksi saat plasenta sudah lahir (atonia uteri), tertahannya plasenta/ gagalnya plasenta lahir secara spontan (retensio plasenta) dan robekan yang terjadi pada jalan lahir bisa pada perineum, vagina, serviks ataupun vulva. Hal tersebut dapat dicegah dan dapat dimanajemen dengan baik agar tidak berdampak buruk pada ibu, terlebih menyebabkan kematian pada

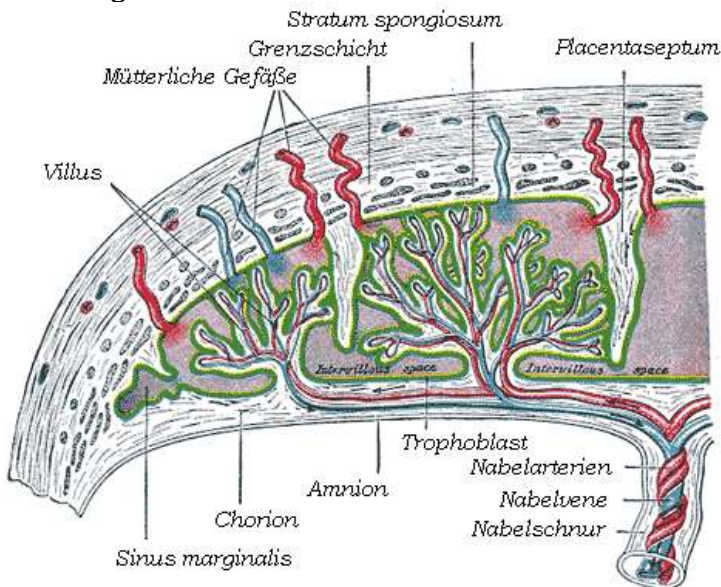
ibu. Penanganan direkomendasikan pada fasilitas dan tenaga medis yang mudah diakses dan memadai.

7.2.1 Atonia Uteri

1. Definisi

Atonia uteri merupakan penyebab perdarahan postpartum yang bersala dari tidak adekuatnya kontraksi sel miometrium korpus uteri dalam merespon oksitosin endogen yang dilepaskan selama persalinan. Hal tersebut dikarena pelepasan plasenta mengganggu arteri spiralis yang tidak memiliki otot dan bergantung pada kontraksi untuk menekannya dalam keadaan hemostatik. Dalam perdarahan postpartum, atonia uteri menjadi penyebab utama terjadinya perdarahan postpartum.

2. Patofisiologi



Gambar 7.1. plasenta

Proses dimulai pada saat plasenta lepas dan pembuluh darah membuka, tepatnya pada pemutusan pembuluh darah dalam stratum spongiosum yang mengakibatkan sinus-sinus maternalis di tempat tertanamnya plasenta tersebut terbuka. Jika uterus langsung berkontraksi anyaman pembuluh darah akan saling menutup, maka pembuluh darah tersebut menutup kemudian darah akan membeku dan menyumbat sehingga akan terhenti. Namun pada kasus atonia uteri myometrium tidak dapat berkontraksi sehingga pembuluh darah tetap terbuka dan darah akan terus mengalir. Dengan perkiraan aliran darah ke uterus pada kehamilan aterm adalah 500-800 cc/menit maka jika uterus tidak berkontraksi ibu akan mengalami perdarahan sekitar 350-500 cc/menit dari tempat melekatnya plasenta.

3. Faktor resiko

Berikut merupakan faktor resiko terjadinya atonia uteri:

- a. Persalinan lama
- b. Partus precipitatus
- c. Distensi uterus (kehamilan ganda, polihidramnion, makrosomia)
- d. Uterus fibroid
- e. Karioamniotik
- f. Penggunaan $MgSO_4$
- g. Penggunaan oksitosin terlalu lama
- h. Retensio sisa plasenta
- i. Kelainan plasenta (adherent placenta, Plasenta previa, Solusio plasenta)
- j. Koagulopati
- k. Inversi uterus
- l. Obesitas ($IMT > 40$)

4. Tanda dan gejala

Diagnosis atonia uteri ditandai dengan banyaknya darah yang keluar pasca bayi lahir dan juga selama pemeriksaan kontaksi uterus lembek dan membesar yang mungkin karena banyak darah didalamnya. Pada atonia lokal mungkin regio fundus berkontraksi dengan baik sedangkan segmen bawah rahim melebar dan atonik yang sulit dinilai pada pemeriksaan abdomen namun dapat dideteksi melalui pemeriksaan vagina. Pada kasus di rumah sakit atau pelayanan dengan tersedia USG yang dapat diakses diruang tindakan dapat digunakan dalam pemeriksaan USG obstetrik untuk melihat adanya garis echogenik pada endometrium.

5. Penatalaksanaan

a. Prenatal

Pada ibu dengan ditemukan faktor resiko terjadinya atonia uteri maka harus menyiapkan kantong darah yang mencukupi. Observasi dan penentuan tindakan perlu diperhatikan pada ibu dengan resiko tinggi yaitu plasenta previa, akreta, diatesis perdarahan dan 2 atau lebih dari faktor resiko sedang yang dijelaskan.

b. Pencegahan saat persalinan

Manajemen optimal penatalaksanaan dengan manajemen aktif kala III sangat membantu untuk melahirkan plasenta dengan segera, disebutkan bahwa pemberian infus dengan oksitosin dapat menjadi penatalaksanaan agar plasenta dapat lahir segera.

c. Perawatan medis awal

Pasien dengan kejadian atonia uteri sedang berlangsung tenaga medis secara tim harus siap untuk manajemen penatalaksanaan dengan penggunaan obat yang dapat meningkatkan tonus dan menginduksi kontraksi uterus, selain itu pemijatan uterus juga

efektif untuk memastikan kontraksi. Kehilangan darah yang terus berlangsung dapat segera dilakukan terapi rehidrasi dengan cairan intravena. Berikut merupakan obat yang digunakan jika untuk PPH sekunder (penggunaan disesuaikan dengan kondisi dan ketersediaan yang ada) sebagai berikut:

- 1) Oksitosin (pitocin)
10-40 unit per 1000 ml diberikan secara IV atau 10 unit IM (pemberian per infus secara cepat dan tidak diencerkan dapat menyebabkan hipotensi)
- 2) Methylergometrin (metergin)
Diberikan IM 0,2 mg diberikan 2-4 jam (harus dihindari pada pasien dengan hipertensi)
- 3) 15-methyl-PGF₂-alpha (Hemabate)
Diberikan IM 0,25 mg setiap 15-90 menit untuk maksimal 8 dosis (harus dihindari pada penderita asma), efek yang mungkin timbul dapat menyebabkan diare, demam atau takikardi. Obat ini memiliki harga yang mahal dibanding yang lain.
- 4) Misoprostol (Cytotec)
Dosis pemberian 800-1000 mg per rektal dengan efek yang mungkin terjadi adalah demam ringan namun kerjanya lebih lambat daripada uterotonika yang lain.
- 5) Dinoprostone (Prostin E2)
Dengan dosis 20 mg supositoria per vaginal atau per rektal dapat diberikan per 2 jam.

d. Tindakan operasi

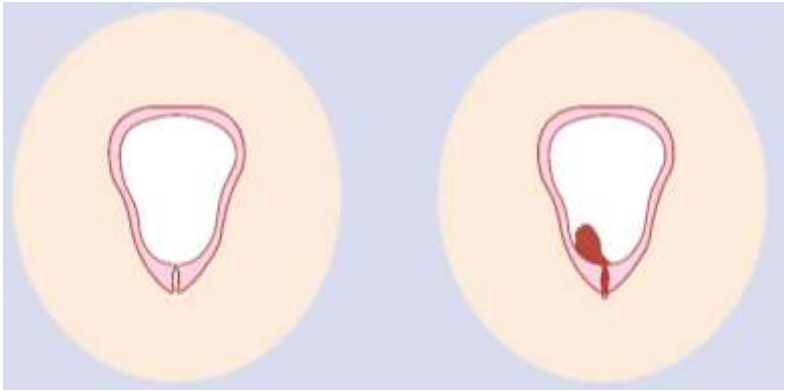
Apabila pengobatan yang diberikan tidak memberikan respon baik dan tetap terjadi perdarahan, maka tindakan operatif yang harus dilakukan oleh tim medis dengan tim dan fasilitas yang sesuai, menurut Songtamwat (2018) yaitu dengan metode:

- 1) Teknik tamponade
 - 2) Teknik manajemen operatif
- *Penggunaan metode harus diperhatikan sesuai kewenangan, fasilitas, tim medis dan SOP yang ada.

7.2.2 Retensio Plasenta

1. Definisi

perdarahan postpartum masih menjadi penyebab kematian ibu dan beberapa kasus masih berkaitan dengan gagalnya plasenta untuk lahir spontan normal dengan besaran kasus 0,6-33,3% pada persalinan normal. Kasus ini menjadi lebih mengkhawatirkan pada kondisi tempat pelayanan yang jauh dari rumah sakit dan pelayanan transfusi darah (Weeks AD, 2001). Kasus retensio plasenta ditandai dengan plasenta tidak segera lahir secara spontan dengan batasan waktu pada 18-60 menit (Perlan and Carusi, 2019). Hampir sebagian besar gangguan plasenta disebabkan karena gangguan kontraksi dan tertahan dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir, kemungkinan yang terjadi adalah plasenta bisa sudah terlepas namun tertahan di serviks, terlepas sebagian atau melekat secara patologis (plasenta akreta, plasenta inkreta, plasenta perkreta) yang menyebabkan perdarahan yang tidak tampak.



Gambar 7.2. Perbandingan uterus dengan palsenta yang sudah lahir dan retensio plasenta

Sumber <https://images.app.goo.gl/MQfNgjbcFSr3qw8t7>

2. Patofisiologi

Pembentukan plasenta diawal kehamilan secara normal dimulai dengan penempelan/implantasi blastokista ke endometrium. Sebelum penempelan ini endometrium melakukan persiapan dibawah pengaruh terjadinya perubahan hormon progesteron dan esterogen untuk mengembangkan desidua. Ketika terbentuk desidua maka blastokista melakukan invasi desidua, akhirnya terbentuklah permukaan balstokista (lapisan sel) yang berkembang menjadi membran korionik. Membran korionik terus berkembang menjadi sitotropoblas yang membentuk vili plasenta yang memungkinkan terjadinya pertukaran ibu dan anak. Melalui interaksi vili dengan desidua. Setelah bayi lahir terjadi penurunan hormonal dan kontraksi uterus akan memungkinkan terjadinya pelepasan dan ekspulsi plasenta. Terjadinya retensio plasenta banyak dikaitkan dengan salah satu dari patofisiologi diantaranya uterus yang atonik yang menyebabkan buruknya kontraksi dan mengganggu pelepasan pasenta dan kontraktil plasenta. Selanjtknya

disebabkan perlekatan plasenta yang abnormal seperti pada kasus plasenta akreta yang tidak mampu melakukan pemisahan secara spontan dan terjadinya hiperfusi plasenta pada kasus ibu dengan preeklamsi.

3. Faktor resiko

- a. Usia
- b. Riwayat persalinan sectio cesaria
- c. Multipara
- d. Treat oksitosin yang lama
- e. IVF
- f. Persalinan premature pada UK <34 minggu
- g. *Stillbirth*
- h. Kelainan uterus
- i. Kala I atau kala II lama
- j. Riwayat retensio plasenta
- k. Riwayat tindakan operasi pada uterus

4. Tanda dan gejala

Retensio plasenta didiagnosis secara klinis pada saat plasenta gagal terlepas secara spontan pada saat kala III persalinan dengan atau tanpa manajemen aktif kala III atau ditandai dengan terjadinya perdarahan hebat namun plasenta masih tertahan. *Cutoff* waktu batasan lahirnya plasenta yang digunakan sebagai pedoman adalah 30 menit setelah bayi lahir (Combs *et al*, 1991). Memasuki waktu tersebut jika tetap tidak lahir maka direkomendasikan untuk melakukan manual plasenta.

Beberapa negara memiliki waktu tunggu yang berbeda seperti di negara Finlandia dan Denmark para dokter melakukan manual plasenta 60 menit atau lebih plasenta belum lahir secara spontan. Hal tersebut juga tergantung pada penggunaan epidural . Beberapa pedoman

penatalaksanaan juga ada memiliki perbedaan misalnya *National Institute for Health and Clinical Excellence* menyarankan 30 menit menunggu sebelum pengangkatan plasenta dan menurut pedoman WHO untuk menunggu 60 menit (Rosmans, C *et al*, 2019).

Pelepasan plasenta kadang bisa secara sempurna lahir secara spontan, namun kadang ada beberapa lobus yang tertinggal. Hal ini dapat dideteksi jika plasenta tampak terfragmentasi saat dilakukan pengecekan lobus dengan pengecekan bentuk lobus dan selaput plasenta setelah dilahirkan atau bisa dengan ditandai perdarahan terus menerus padahal plasenta sudah lahir dan tidak ada luka jalan lahir. Hal ini dapat dievaluasi dengan melakukan eksplorasi kavum uteri atau dengan USG. Namun penggunaan USG pada kondisi ini perlu diperhatikan karena sensitivitas untuk mendiagnosa sisa fragmen plasenta hanya 44% dengan nilai *positive predictive value* (PPV) 58 % (Perlan and Carusi, 2019).

5. Komplikasi

Plasenta yang tertahan dibeberapa kasus dapat menyebabkan infeksi yang mengancam jiwa atau perdarahan pascapersalinan. Kehilangan darah karena retensio plasenta dikarenakan daerah dalam rahim yang masih menempel plasenta bisa terus mengeluarkan darah dimana bisa terjadi pada 24 jam pertama setelah melahirkan (perdarahan postpartum promer) dan terjadinta setelah kelahiran yaitu 24 jam- 6 minggu setelah kelahiran (perdarahan postapartum sekunder). Deteksi secara awal dan penanganan yang tepat dapat mencegah komplikasi tersebut yaotu dapat mencegah kehilangan banyak darah dan terjadinya infeksi.

6. Penatalaksanaan

Pelaksanaan asuhan standar setelah bayi lahir yaitu manajemen aktif kala III yaitu pemberian oksitosin 10 IU, Penegangan Tali Pusat Terkendali (PTT) dan *massase* uterus masih direkomendasikan karena terbukti manuver ini dapat menurunkan resiko perdarahan postpartum meskipun secara spesifik belum dibuktikan dapat mencegah retensio plasenta.

Setelah terdiagnosa retensio plasenta maka harus dikeluarkan secara manual. Beberapa hal yang harus dipersiapkan dan tersedia jika terjadi retensio plasenta adalah sebagai berikut :

Tabel 7.1. hal-hal yang harus tersedia untuk penatalaksanaan retensio plasenta

Obat	Analgetik atau sedatif dengan alat monitoring yang sesuai Uterotonika Nitrogliceryn
Persiapan pasien	Alat bokong/ perlak/ underpad untuk pengumpulan darah/ menampung darah Kateter
Alat bedah	Forcep untuk mengambil jaringan Alat kuret panjang (klem kuret)
Penanganan perdarahan	Tampon Tersedia donor darah Protokol transfusi masif Alat untuk mengukur kehilangan darah secara kuantitatif (volumetrik atau gravimetri) Tersedia ruang operasi Anestesi <i>Suction Curettage</i> Peralatan laparotomi

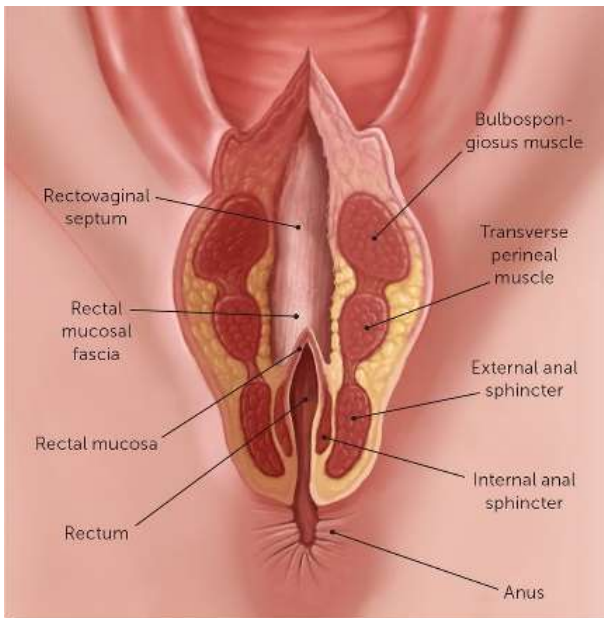
Penangan direkomendasikan dengan posisi litotomi. Obat yang digunakan berfungsi untuk menstimulus kontraksi uterus setelah plasenta dibantu dilahirkan yaitu oksitosin, metil ergometrin, karbopost atau jenis prostaglandin yang lain. Nitrogliserin berfungsi untuk membantu mengeluarkan plasenta dengan mengendurkan otot polos pada rahim pada kasus serviks sudah tertutup. Obat ini dapat diberikan secara sublingual dengan dosis 1 mg atau bolus intravena 50 mcg berurutan sampai dengan maksimal 200 mcg. Namun dalam pemberian harus diberikan karena efek lain dari pemberian obat tersebut adalah hipotensi dan takikardi dapat mengganggu stabilitas ibu. Setelah plasenta dapat dikeluarkan maka harus segera diberikan uterotonika untuk uterus dapat berkontraksi kembali dan menghindari terjadinya atonia uteri.

Jika plasenta tetap melekat maka harus dipisahkan secara manual yaitu menggunakan satutangan untuk memberikan tekanan pada fundus melalui perut ibu dan tangan yang lain masuk ke perut ibu untuk membuat belahan antara plasenta dengan desidua dengan miometrium. Jika tidak bisa dicari atau dibuat belahan tersebut maka harus dicurigai adanya kelainan perlekatan atau *adherent placenta* yang berpotensi terjadi perdarahan. Penanganan lain yang efektif digunakan adalah kuretase yang dilakukan dirumah sakit oleh tim dokter yaitu pada kasus plasenta atau bagian plasenta tetap berada didalam rahim dengan memperhatikan akses item di tabel 11.1 mudah dikses ditempat tersebut dengan terus memperhatikan kehilangan darah (ACOG, 2006).

7.2.3 Robekan Jalan Lahir

1. Definisi

Robekan jalan lahir (*lacerations/ perineal trauma*) adalah kejadian yang sering dan dapat di perkirakan terjadi pada metode persalinan normal yaitu robekan/ perlukan pada daerah perineum, labia, vagina dan servik baik pada bagian kulit maupun otot. Robekan terjadi pada saat bayi lahir pervaginam secara spontan maupun dengan bantuan alat. Beberapa jenis robekan akan cepat sembuh, namun sebagian ada juga yang merasakan nyeri yang memanjang, ketidaknyamanan saat berhungan, ketidaknyamanan otot dasar panggul dan malu/ tidak percaya diri.



Gambar 7.3. Anatomi Perineal

Sumber <https://images.app.goo.gl/JtHT7hVh5RdwY1QB7>

Robekan yang terjadi bisa secara spontan ataupun dengan sengaja dengan alasan medis, seperti dengan tindakan episiotomi pada perlukaan yang terjadi pada perineum, serviks, vagina dan vulva. Beberapa perlukaan mengharuskan untuk diperbaiki dengan jahitan sesegera mungkin setelah lahirnya bayi dan plasenta.

Batasan luka pada genetalia eksterna termasuk pada mons pubis, labia minor, labia mayor, clitoris, perineum dan vestibulum. Daerah perineum merupakan daerah antara anus dengan vestibulas fossa (Viera F *et al*, 2018).

2. Faktor resiko

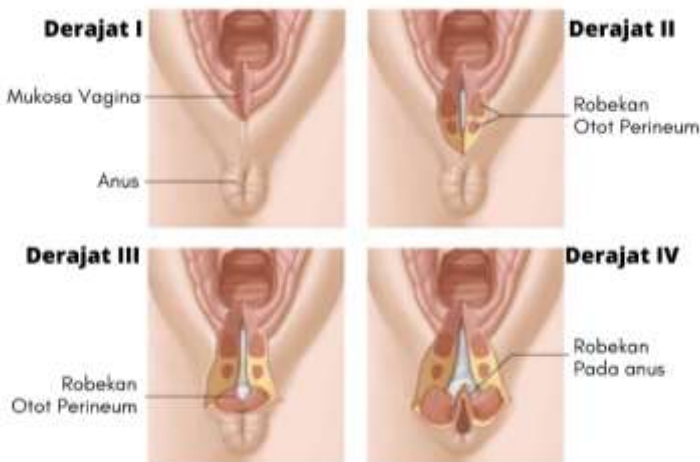
- a. Multipara
- b. Persalinan pervaginam dengan bantuan alat
- c. Episiotomi
- d. Peningkatan berat bayi lahir
- e. Malpresentasi

Faktor resiko terjadinya robekan dengan tindakan episiotomi yang dilakukan saat kala II bertujuan untuk menambah luas vagina bagian posterior, hal ini dilakukan untuk mengurangi kehilangan darah. Tindakan ini dilakukan bertujuan untuk mempercepat lahirnya janin dalam kondisi fetal distress, perineum kaku atau untuk persalinan pervaginam dengan bantuan alat atau manuver tambahan. Jenis episiotomi yang sering digunakan yaitu midline dan mediolateral. Namun perlu diperhatikan bahwa pemilihan teknik mediolateral lebih sulit untuk dilakukan penjahitan, terjadi peningkatan nyeri pascapersalinan dan lebih banyak kehilangan darah. Tindakan episiotomi secara rutin tidak direkomendasikan begitu juga menurut rekomendasi WHO dan ACOG, tindakan episiotomi dibatasi hanya jika dibutuhkan dengan tujuan untuk mengoptimalkan outcome persalinan (Vale *et al*, 2016).

3. Derajat robekan

Pemilihan tindakan yang tepat menjadikan robekan jalan lahir dibagi menjadi 4 kategori (Goh R *et al*, 2018), yaitu :

- a. Derajat I
Perlukaan pada daerah superfisial mukosa vagina yang mungkinsampai ke mukosa perineum.
- b. Derajat II
Robekan yang melibatkan ukosa vagina sampai pada otot perineum.
- c. Derajat III
Robekan yang sudah sampai pada bagian otot anus yang dibagi menjadi 3 sub kategori :
A : kurang dari 50% sfingter ani mengalami robekan
B : lebih dari 50% sfingterani mengalami robekan
C : sfingter ani pada daerah eksternal dan internal mengalami robekan
- d. Derajat IV
Robekan sampai dengan mukosa anus.



Gambar 7.4. Derajat robekan perineum

4. Penatalaksanaan

a. Peralatan

Ketika akan melakukan penjahitan tenaga medis harus menyiapkan sebagai berikut :

- 1) Lampu sorot
- 2) Kasa
- 3) Anestesi
- 4) Benang yang terabsorbsi
- 5) Jarum
- 6) Nalpuder

Penggunaan benang paling sering untuk penjahitan perineum adalah *absorbable suture* atau *cromic*. Hal ini bertujuan untuk pengurangan rasa nyeri saat penyembuhan dan rendahnya kejadian terbukanya luka (dehisensi luka).

b. Persiapan

Jika persalinan sudah selesai dan menunjukkan sumber perdarahan adalah pada jalan lahir, maka harus dinilai secara cermat batas luka [ada perineum, vagina dan serviks untuk menentukan tindakan segera. Pada perlukaan yang meluar dalam ke sfingter ani, pemeriksaan colok anus dengan hati-hati disarankan untuk menilai perlukaan pada tonus sfingter ani.

c. Teknik tindakan

Tindakan yang dilakukan bergantung pada derajat laserasi yang terjadi. Pada laserasi derajat I yang bersifat hemostatik dan tidak mendistorsi anatomia jalan lahir secara alami maka tidak dilakukan penjahitan. *Skin adhesive* diperlukan jika hemostatik namun ingin luka dirapikan dan menutup. Tindakan ini lebih singkat waktu penyembuhannya dan memiliki respon nyeri yang lebih rendah. Namun pemilihan metode ini dengan penjahitan pemilihannya sesuai dengan kondisi pasien.

Robekan derajat II bertujuan untuk mendekatkan kembali otot perineum dengan penjahita kontinu atau jelujur, kemudian merapikan bagian mukosa perineum bisa menggunakan jelujur subkutis lebih rapi pada bagian kulit luar namun harus diperhatikan resiko terbukanya luka, pilihan yang lain adalah dengan jahitan terputus dengan mempertimbangkan nyeri pasca penjahitan pada saat pemulihan. Pada bagian mukosa dengan pertimbangan yang sama bisa menggunakan jahitan terputus tergantung pada batas luka.

Robekan derajat III dan IV di jahit secara bertahap. Pada robekan derajat IV dimulai dengan re-aprosimasi mukosa rektal mulai 1 cm diatas apeks laserasi. Perlu kehati-hatian tindakan agar tidak mengenai mukosa anus. Kemudian menjahit sfingter anus di bagian otot. Jika memungkinkan penjahitan pada sfingter anus internal dan eksternal dilakukan secara terpisah. Jika mukosa anus dan sfingter ani sudah dilakukan penjahitan, maka sisanya dilakukan tindakan yang sama seperti pada robekan derajat II.

Pada tindakan kolaboratif dengan dokter dapat diberikan dosis tunggal sefalosporin generasi kedua untuk mengurangi risiko infeksi dan kerusakan luka.

Pemberian terapi/asuhan pasca penjahitan luka perineum terutama pada cedera OASIS harus mencakup pada antinyeri, obat pencahar untuk menghindari kontipasi dan memantau tanda retensi urin (Leeman L *et al*, 2003).

5. Komplikasi

Komplikasi yang mungkin terjadi pada robekan jalan lahir adalah perdarahan, kebanyakan perdarahan dapat cepat ditangani dengan penekanan daerah luka dan penjahitan.

Jika terjadi hematoma resiko yang mungkin terjadi bisa kehilangan darah dalam jumlah besar dalam waktu singkat. Selain perdarahan rasa nyeri dan penjahitan luka kemungkinan dapat menghambat proses bonding ibu dengan bayi.

Resiko lain yang mungkin terjadi adalah infeksi, luka membuka dan menghambat penyembuhan luka. Kemudian komplikasi jangka panjang adalah nyeri, inkontinesia pada ureter dan anus, terhambatnya fungsi seksual karena dispareunia yang membutuhkan waktu lama dalam pengembalian fungsi seksual.

DAFTAR PUSTAKA

- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin: clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists number 76, October 2006: postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2006;108(4):1039–1047.
doi:10.1097/01.AOG.0000214671.19023.68
- Carlan SJ, Scott WT, Pollack R, Harris K. Appearance of the uterus by ultrasound immediately after placental delivery with pathologic correlation. *J Clin Ultrasound.* 1997;25(6):301–308. doi:10.1002/ (SICI)1097-0096(199707)25:6<301::AID-JCU3>3.0.CO;2-G
- Combs CA, Laros RK. Prolonged third stage of labour: morbidity and risk factors. *Obstet Gynecol.* 1991;77:863–867
- Goh R, Goh D, Ellepola H. Perineal tears - A review. *Aust J Gen Pract.* 2018 Jan-Feb;47(1-2):35-38.
- Hutchison J, Mahdy H, Hutchison J. 2023. Stage of labor. Statpearls: National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544290/>
- Leeman L, Spearman M, Rogers R. Repair of obstetric perineal lacerations. *Am Fam Physician.* 2003 Oct 15;68(8):1585-90.
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Their Babies during Childbirth [internet]. London: RCOG Press; 2007 [cited Jun 2, 2019] (National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK49388/>. Accessed Juli 2023.
- Perlman, N. C., & Carusi, D. A. (2019). Retained placenta after vaginal delivery: risk factors and management *International Journal of Women's Health*, Volume 11, 527–534. doi:10.2147/ijwh.s218933

- Ronsmans C, Graham WJ; Lancet Maternal Survival Series steering group. Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet Lond Engl.* 2006;368(9542):1189–1200. doi:10.1016/S0140-6736(06)69380-X
- Songthamwat S, Songthamwat M. Uterine flexion suture: modified B-Lynch uterine compression suture for the treatment of uterine atony during cesarean section. *Int J Womens Health.* 2018;10:487-492
- Vale de Castro Monteiro M, Pereira GM, Aguiar RA, Azevedo RL, Correia-Junior MD, Reis ZS. Risk factors for severe obstetric perineal lacerations. *Int Urogynecol J.* 2016 Jan;27(1):61-7.
- Vieira F, Guimarães JV, Souza MCS, Sousa PML, Santos RF, Cavalcante AMRZ. Scientific evidence on perineal trauma during labor: Integrative review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018 Apr;223:18-25.

BAB 8

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN KALA IV

Oleh Lilis Candra Yanti

8.1 Fisiologi Kala IV

Kala IV merupakan masa antara 1-2 jam setelah pengeluaran plasenta atau biasa disebut dengan masa pengawasan. Tinggi fundus uteri setelah plasenta lahir kurang lebih 2 jari di bawah pusat. Pembuluh darah yang berada diantara otot uterus akan terjepit ketika otot-otot uterus berkontraksi. Proses ini yang menghentikan perdarahan setelah plasenta lahir. Penyebab kematian karena perdarahan pasca persalinan terjadi selama 4 jam pertama setelah bayi dilahirkan. Oleh karena itu, perhatian dan asuhan sangat penting penolong berikan selama masa itu.

Jika kontraksi uterus dan tanda-tanda vital dalam batas normal, kemungkinan perdarahan pasca persalinan juga bisa dicegah. Akan tetapi, penolong sebaiknya tetap berada di samping ibu dan bayi selama dua jam setelah persalinan.

8.2 Tindakan-Tindakan Kala IV

8.2.1 Evaluasi Uterus

Setelah plasenta lahir, plasenta dan selaput ketubannya harus diperiksa kelengkapannya. Jika ditemukan ada yang tertinggal sisa plasenta maupun sisa selaput ketuban dalam uterus, hal ini yang akan mengganggu kontraksi uterus sehingga menyebabkan perdarahan. Jika kontraksi uterus tidak baik maka akan terjadi atonia uteri, sehingga perlu tindakan rangsangan taktil

fundus uteri dan bahkan jika dibutuhkan dilakukan kompresi bimanual.

8.2.2 Pemeriksaan Serviks, Vagina dan Perineum

Pemeriksaan pada serviks, vagina dan perineum bertujuan untuk mengetahui terjadinya laserasi (robekan) yang dapat menyebabkan perdarahan pasca persalinan. Setelah bayi dan plasenta lahir, serviks dan vagina harus diperiksa secara menyeluruh untuk mencari ada tidaknya laserasi dan perlu tidaknya tindakan penjahitan.

Penolong persalinan harus segera memperhatikan perdarahan setelah plasenta terlepas. Selain mengecek kelengkapan plasenta dan selaputnya, yang harus dicek pula adalah perineum, vagina dan vulva. Setelah proses persalinan, vagina akan mengalami peregangan yang lebih besar dari biasanya, berbagai kemungkinan kondisi yang biasa terjadi seperti bengkak dan lecet. Pada kondisi ini, introitus vagina juga akan tampak terbuka dan terkulai, vulva akan berwarna merah, bengkak dan lecet. Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui penyebab perdarahan sehingga diketahui pula tindakan yang akan diberikan selanjutnya. Sebelum pemeriksaan vagina, terlebih dahulu dilakukan pemeriksaan anus secara perlahan untuk mengetahui adanya trauma atau hemoroid yang bisa keluar dan terjadi trombosis setelah persalinan.

Pada pemeriksaan perineum, terdapat beberapa tingkatan rupture perineum antara lain :

1. Derajat Satu

Bagian yang mengalami robekan pada derajat satu ini meliputi mukosa vagina, komisura posterior dan kulit perineum. Kondisi ini tidak diperlukan penjahitan, kecuali jika terjadi perdarahan.

2. Derajat Dua

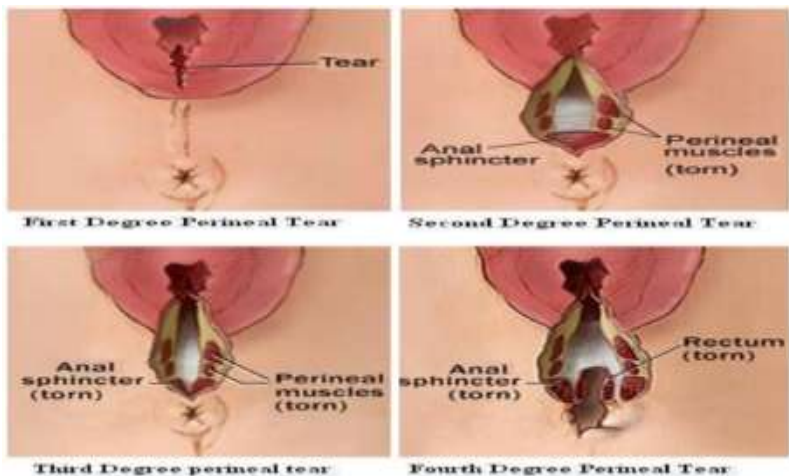
Bagian yang mengalami robekan pada derajat dua ini meliputi mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum dan otot perineum. Kondisi ini diperlukan tindakan penjahitan.

3. Derajat Tiga

Bagian yang mengalami robekan pada derajat tiga ini meliputi mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum dan otot *spchncer ani*. Pada kondisi segera lakukan rujukan ketingkat pelayanan kesehatan yang lebih tinggi.

4. Derajat Empat

Bagian yang mengalami robekan pada derajat tiga ini meliputi mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot *spchncer ani* dan dinding depan rektum. Pada kondisi inipun segera lakukan rujukan ketingkat pelayanan kesehatan yang lebih tinggi.



Gambar 8.1. Tingkat Rupture Perineum

(Sumber : <https://www.curhatbidan.com/persalinan/kenali-macam-macam-robekan-jalan-lahir-dan-cara-mencegahnya/>)

8.2.3 Perkiraan Darah yang Hilang

Perkiraan darah yang hilang merupakan hal yang sangat penting untuk keselamatan ibu pasca persalinan. Namun hal ini seringkali sulit untuk diperkirakan karena seringkali darah sudah tercampur dengan cairan ketuban ataupun urin bahkan sudah terserap pada kain. Perkiraan kehilangan darah merupakan salah satu cara untuk menilai kondisi ibu.

Untuk mengukur kehilangan darah secara tidak langsung yaitu dapat dilakukan melalui melihat gejala dan tekanan darah pada ibu. Apabila ibu menjadi lemas, kehilangan kesadaran atau menurun, tekanan darah sistolik menurun lebih dari 10 mmHg dari kondisi sebelumnya, dan ibu mengalami syok hipovolemik, maka ibu telah kehilangan darah 50% dari total darah ibu.

8.3 Penjahitan Luka Robekan

8.3.1 Penyebab Robekan Perineum

Robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak menutup kemungkinan terjadi kembali pada persalinan berikutnya. Robekan dapat dicegah atau dikurangi dengan menyokong perineum dengan teknik yang benar dan tepat. Menjaga dasar panggul jangan sampai dilalui oleh kepala janin dengan cepat, akan tetapi kepala janin tidak ditahan terlalu lama dan kuat karena akan menyebabkan asfiksia dan perdarahan pada tengkorak janin. Selain itu karena peregangan yang terlalu lama akan menyebabkan otot-otot dasar panggul menjadi lemah.

Robekan perineum umumnya terjadi digaris tengah dan menjadi meluas jika kepala janin lahir terlalu cepat. Robekan perineum disebabkan oleh beberapa faktor yaitu :

1. Sebab dari Ibu

- a. *Partus presipitatus* yaitu persalinan yang tidak dikendalikan dan tidak ditolong karena kontraksi yang terlalu kuat (*hypertnic uterine contraction*). Persalinan berlangsung dalam waktu yang singkat.

- b. Ibu bersalin tidak mampu berhenti meneran.
Sebagian besar wanita dalam proses persalinan tidak bisa menahan keinginan untuk meneran setiap kali timbul kontraksi uterus, menutup glottis, dan mengontraksikan otot abdomen berkali-kali dengan sepuh tenaga untuk meningkatkan intra abdomen yang besar selama berlangsungnya kontraksi uterus. Gabungan tenaga yang ditimbulkan akan mendorong janin turun ke dalam vagina dan pada kasus persalinan spontan melewati introitus vagina.
- c. Adanya dorongan fundus yang terlalu kuat sehingga janin keluar terlalu cepat.
Biasanya terjadi akibat penolong persalinan tidak sabar ingin kelahiran janin berlangsung cepat sehingga melakukan dorongan pada fundus uteri dengan mendorong abdomen. Tindakan ini akan membuat ibu merasa nyeri, terlebih lagi berbahaya bagi janin dan ruptur uteri.
- d. Adanya kelainan vulva.
Atresia vulva disebabkan oleh perlekatan atau jaringan perut setelah pasien mengalami cedera atau pembedahan. Tahanan yang ditimbulkan biasanya dapat diatasi oleh tekanan dari kepala janin secara terus menerus. Akibatnya muncullah ruptura perineum atau robekkan perineum. Introitus vulvovaginalis kaku dan tidak elastis maka distosia dan laserasi yang luas kemungkinan akan terjadi.
- e. Arkus pubis yang terlalu sempit.
Sempitnya arkus pubis ini menyebabkan oksiput tidak bisa muncul langsung di bawah simpilis pubis. Akan tetapi, terdorong lebih jauh ke bawah pada ramus iskiopubikum. Pintu bawah panggul akan menyempit apabila distosia tuberum 8 cm atau lebih kecil.

Kesempitan pintu bawah panggul ditemukan pada 0,9% dari 1429 primigravida aterm.

f. Episiotomi.

Melakukan episiotomi secara rutin hendaknya lebih sering dievaluasi daripada episiotomi restriktif. Pada kelompok episiotomi restriktif terdapat angka trauma perineum untuk diperbaiki Dan memiliki komplikasi penyembuhan yang rendah (28%). Pada episiotomi rutin, sebaiknya terdapat angka trauma perineum yang tinggi, sebanyak 73%. Adanya temuan ini, episiotomi tidak dapat melindungi perineum dan justru akan menyebabkan inkontinensia sfingter anus dengan cara meningkatkan risiko robekan derajat tiga dan empat. Selain itu, kebijakan untuk episiotomi rutin tidak dapat didukung dengan serta merta.

2. Sebab dari Janin

a. Janin besar.

Menurut WHO janin besar adalah janin dengan berat lahir lebih dari 4000 gram. Kondisi janin yang berat ini nantinya akan menyebabkan perineum tingkat satu dan dua sebesar 31,14%.

b. Posisi kepala abnormal.

Posisi oksipitalis posterior persistem dalam keadaan fieksi, bagian kepala yang pertama mencapai dasar panggul adalah oksiput (oksipito posterior). Oksiput akan memutar ke depan karena dasar panggul dengan muskulus levator ani membentuk ruang yang lebih luas sehingga memberikan tempat yang lebih sesuai bagi oksiput. Dengan demikian, keberadaan ubun-ubun kecil di belakang masih dianggap sebagai variasi persalinan biasa. Pada kurang dari 10% keadaan, kadang-kadang ubun-ubun tidak berputar ke depan sehingga tetap di belakang. Keadaan ini dinamakan *oksipito anterior*

persisten. Hal ini disebabkan karena usaha penyesuaian kepala terhadap bentuk dari ukuran panggul, misalnya diameter antero posterior panggul lebih panjang dari diameter *transverse* seperti pada panggul android atau otot-otot dasar panggul yang sudah melemah pada multipara atau kepala janin yang kecil.

- c. Presentasi bokong.
Pada kondisi ini, kepala harus melewati panggul dalam waktu yang lebih singkat daripada persalinan presentasi kepala, sehingga tidak ada waktu bagi kepala untuk menyesuaikan dengan besar dan bentuk panggul. Insiden presentasi bokong 3-5% pada bayi dengan berat badan lebih dari 2500 gram, 65% *frank breech*, 27% *footling breeches*, dan 8 *complete breech*.
- d. Terjadinya ekstraksi vakum atau forseps yang sukar.
Persalinan pervaginam dengan menggunakan alat ada hubungannya dengan menggunakan alat ada hubungannya dengan laserasi perineal dengan OR = 3,04 CL = 2,42-3,84.
- e. Distosia bahu.
Kepala telah lahir tapi bahu tidak dapat dilahirkan dengan cara-cara biasa. Insidensi umumnya kurang dari 0,15-0,2 %. Pada bayi yang memiliki berat lebih dari 4000 gram, insidensinya mencapai 1,6%.
- f. Anomalia konginetal seperti hidrocephalus.
Hidrocephalus adalah penimbunan cairan serebrospinalis dalam ventrikel otak, sehingga kepala menjadi besar serta menjadi pelebaran sutura-sutura dan ubun-ubun. Cairan yang tertimbun dalam ventrikel biasanya antara 500-1500 ml. Cairan ini terkadang juga mencapai 5 liter karena kepala janin terlalu besar dan dapat menyebabkan *disproporsi sepalo pelvis*. Kondisi ini

terjadi sekitar 12 % dari semua malformasi berat yang ditemukan pada kelahiran.

8.3.2 Macam-Macam Penjahitan

Tujuan menjahit laserasi atau episiotomi adalah untuk menyatukan kembali jaringan tubuh serta mencegah kehilangan darah. Dengan adanya jahitan akan memungkinkan timbulnya infeksi sehingga dalam proses penjahitan perlu diperhatikan teknik pencegahan infeksi, gunakan benang yang panjang dan sesedikit mungkin jahitan untuk menyatukan jaringan tubuh.

Beberapa macam penjahitan luka menurut derajat luka yaitu :

1. Derajat I, dapat dilakukan dengan hanya dengan catgut yang dijahitkan secara jelujur.
2. Derajat II, jika ditemukan pinggir robekan yang tidak rata atau bergerigi, sebaiknya harus diratakan terlebih dahulu. Robekan sebelah kiri dan kanan masing-masing diklem kemudian digunting. Setelah rata, selanjutnya dilakukan penjahitan yang dimulai dari otot dengan catgut. Kemudian selaput vagina dijahit dengan catgut secara terputus-putus atau jelujur. Penjahitan lender vagina dimulai dari puncak robekan terakhir kulit perineum yang dijahit dengan benang sitra secara terputus-putus.
3. Derajat III, dimulai dari dinding vagina bagian depan rektum yang robek dijahit. Selanjutnya perineal dan fascia septum retrovaginal dengan catgut chromic sehingga bertemu kembali. Ujung-ujung spingter ani yang terpisah oleh robekan diklem, kemudian dijahit 2-3 jahitan menggunakan catgut chromic sehingga bertemu. Selanjutnya robekan selanjutnya dijahit seperti derajat II.
4. Penjahitan episiotomi, secara umum prosedur sama dengan menjahit laserasi perineum. Jika episiotomi telah dilakukan , pastikan lakukan penilaian hati-hati untuk memastikan luka

tidak meluas. Gunakan jahitan jelujur, namun jika ada sayatan yang dalam sampai ke otot, mungkin diperlukan penjahitan terputus-putus untuk merapatkan jaringan.

8.3.3 Anestesi Lokal

Secara umum merupakan suatu tindakan menghilangkan rasa sakit ketika melakukan pembedahan. Berasal dari bahasa Yunani *an-* “tidak, tanpa” dan *aesthetos* “persepsi, kemampuan merasa”. Sehingga pembiusan atau anestesi lokal adalah salah satu jenis anestesi yang hanya melumpuhkan sebagian tubuh manusia dan tanpa menyebabkan manusia kehilangan kesadaran. Beberapa tipe anestesi yaitu :

1. pembiusan total, hilangnya kesadaran total
2. pembiusan lokal, hilangnya rasa pada daerah tertentu yang diinginkan
3. pembiusan regional, hilangnya rasa pada bagian yang lebih luas dari tubuh oleh blokade selektif pada jaringan spinal atau saraf yang berhubungan dengannya.

Manfaat anestesi lokal pada penjahitan laserasi perineum yaitu :

1. Salah satu penerapan asuhan sayang ibu, karena dengan anestesi lokal akan mengurangi rasa sakit.
2. Memberikan pengalaman yang baik bagi pasien sehingga proses adaptasi psikologis masa nifas tidak terganggu dengan pengalaman yang tidak menyenangkan saat persalinan.
3. Memberikan konsep yang positif tentang bidan bagi pasien.

8.3.4 Prinsip Penjahitan Luka Perineum

Prinsip-prinsip yang harus diperhatikan pada saat melakukan penjahitan laserasi perineum adalah :

1. Bidan harus memiliki penglihatan yang baik
2. Posisi pasien memungkinkan bidan dapat melakukan penjahitan dengan nyaman dan leluasa yaitu dengan posisi litotomi.
3. Penggunaan cahaya yang cukup terang
4. Anatomi dapat dilihat dengan jelas
5. Penggunaan teknik yang steril
6. Tindakan harus cepat
7. Aseptik dan antiseptik pada daerah luka
8. Penjahitan mukosa vagina secara lurus dengan catgut chromic 2-0
9. Gunakan pinset untuk menarik jarum melalui jaringan vagina
10. Jahit otot perineum dengan benang 2-0 secara interuptus
11. Jangan sampai kasa/kapas tertinggal dalam vagina

8.3.5 Teknik Mencegah Robekan (Laserasi) Perineum

1. *Up Right Dan Squatting* (posisi jongkok)

Posisi ini sudah dikenal sebagai posisi bersalin yang alami. Beberapa suku di papua dan daerah lain memiliki kebiasaan menggunakan posisi ini pada saat persalinan. Dalam dunia *obstetrik modern*, posisi jongkok ini jarang digunakan. Namun, perkembangan terakhir menunjukkan adanya perubahan paradigma. Posisi jongkok ini menjadi salah satu pilihan utama pada saat melahirkan. Posisi jongkok ini dapat mengurangi rasa sakit ketika bersalin. Proses ini juga mempersingkat waktu persalinan kala II dan menurunkan abnormalis.

2. *Perasat Ritgen*

Perasat ritgen adalah teknik yang digunakan klinisi untuk melahirkan kepala bayi. Langkah-langkah *perasat ritgen* adalah sebagai berikut,

- a. Satu tangan tetap di oksiput untuk mengendalikan kepala bayi.
- b. Tangan yang lain dibungkus handuk kemudian memberi tekanan ke dalam pada bagian posterior rectum wanita sampai dagu bayi dapat ditemukan dan berada dalam genggaman jari-jari.
- c. Tekanan ke depan dan keluar diberikan di bawah sisi dagu dan kepala dikendalikan di antara tangan ini dan tangan yang memberi tekanan pada oksiput.

Pada teknik ini timbul ketidaknyamanan pada pasien. Hal ini dikarenakan anus menjadi sangat distensi berupa penonjolan dinding rektum ke dalam anus. Perasat ritgen meningkatkan peregangan anus dan cenderung membuat anus dan dinding rektum menjadi sasaran tekanan langsung dan permukaan kasar handuk. Hal ini dapat dikaitkan dengan peningkatan insidensi laserasi periuretra.

3. *Water Birth*

Water Birth adalah cara melahirkan didalam air. Cara bersalin ini memiliki keuntungan yaitu kaitannya dengan efek hidrotermik air sebagai konduktor panas yang dapat melemaskan otot dan meredakan nyeri sehingga kulit perineum akan lebih lembut dan mudah meregang saat kepala bayi melaluinya. Pada umumnya, melahirkan dalam air akan lebih mungkin mencegah terjadinya robekan perineum atau robekan lebih ringan.

8.4 Asuhan Kala IV

Kala IV dimulai sejak plasenta lahir sampai 2 jam setelah persalinan. Masa yang kritis dan perlu mendapat perhatian adalah masa postpartum. Kala ini disebut juga kala pemantauan karena untuk mencegah adanya kematian pada ibu bersalin akibat perdarahan yang biasanya terjadi pada 6 jam postpartum. Beberapa hal yang menjadi penyebab yaitu infeksi, perdarahan dan eklamsia postpartum. Pemantauan dilakukan selama 2 jam yaitu setiap 15 menit jam pertama dan setiap 30 menit jam kedua. Asuhan yang diberikan setelah plasenta lahir yaitu :

1. Rangsangan taktil untuk merangsang kontraksi uterus yang baik dengan uterus teraba bulat dan keras.
2. Evaluasi tinggi fundus uteri dimana harus berada sejajar dengan pusat atau dibawah pusat.
3. Perkiraan darah yang hilang secara keseluruhan. Batas normal perdarahan adalah 100-300 ml.
4. Pemeriksaan perineum dari perdarahan aktif
5. Evaluasi kondisi umum ibu dan bayi seperti pemeriksaan *vital sign* dan asupan makan dan minum.
6. Pendokumentasian
7. Penialain klinik

8.5 Pemantauan Kala IV

8.5.1 Pemantauan pasca persalinan

Penolong persalinan harus melakukan pemantauan kepada ibu bersalin dan bayinya setelah melahirkan. Hal ini dilakukan salam 2 jam pertama pasca persalinan. Hal-hal yang harus dipantau adalah sebagai berikut :

1. Memantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih dan perdarahan setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Jika menemukan hal yang tidak normal, lakukan observasi dan penilaian lebih sering.

Pemantauan tekanan darah dilakukan untuk memastikan bahwa ibu tidak mengalami syok akibat banyak mengeluarkan darah. Beberapa tanda syok yaitu nadi cepat (110 kali/menit atau lebih), tekanan darah sistolik kurang dari 90 mmHg, pucat, berkeringat atau dingin, kulit lembab, nafas cepat (lebih dari 30 kali/menit), kesadaran menurun serta produksi urin sedikit sehingga menjadi pekat.

2. Massase/pemijatan uterus untuk memastikan berkontraksi dengan baik setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Jika menemukan hal yang tidak normal, lakukan observasi dan penilaian lebih sering. Uterus yang tidak berkontraksi akan menyebabkan perdarahan.
3. Memantau suhu ibu setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan. Suhu yang tinggi perlu diwaspadai kemungkinan terjadinya infeksi.
4. Penilaian perdarahan, memeriksa perineum dan vagina setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.

Perdarahan yang normal pasca persalinan selama 6 jam pertama mungkin hanya akan sebanyak satu pembalut per jam atau seperti darah menstruasi yang banyak. Jika perdarahan lebih banyak dari itu, sebaiknya dilakukan pemeriksaan lebih cermat.

5. Memantau kandung kemih ibu, jika kandung kemih ibu penuh bantu untuk mengosongkannya dan mengingatkan untuk selalu mengosongkan kandung kemihnya.

Kandung kemih yang kosong akan membantu involusio uterus. Jika ibu tidak bisa berkemih sendiri bantu dengan menyiramkan air hangat pada perineumnya untuk merangsang keinginan untuk berkemih namun jika tidak berhasil maka perlu dilakukan kateterisasi secara aseptik dengan menggunakan kateter nelaton steril.

6. Mengajarkan kepada ibu dan keluarga untuk menilai tonus dan perdarahan uterus dan mengajarkan cara melakukan massase atau pemijatan uterus jika lembek.
7. Membantu ibu membersihkan dirinya dan mengenakan baju atau sarung yang bersih serta mengatur posisi ibu dengan nyaman.
8. Menjaga kehangatan dan kebersihan bayi dengan menyelimuti dengan kain yang bersih, kemudian memberikan kepada ibunya untuk disusui dengan ASI.

8.5.2 Pendokumentasian

Setelah penolong melakukan pemeriksaan dan pemantauan kala IV, hendaknya mendokumentasikan segala informasi dan tindakan yang dilakukan. Beberapa hal yang harus didokumentasikan adalah sebagai berikut :

1. Kelahiran bayi yaitu tanggal, waktu, jenis persalinan (spontan atau bantuan)
2. Kondisi perineum yaitu utuh, episiotomi, laserasi (tingkatan)
3. Lahirnya plasenta yaitu waktu serta kelengkapan saat dilahirkan
4. Obat yang diberikan yaitu jenis, cara dan dosis
5. Jumlah perdarahan
6. Bayi yaitu berat badan, skor APGAR, jenis kelamin, posisi dan tunggal atau kembar
7. Komplikasi pada ibu dan bayi seperti perdarahan, infeksi, asfiksia atau lahir mati.
8. Penolong dan tempat persalinan
9. Hasil pemantauan tekanan darah, nadi, suhu, kontraksi, tinggi fundus, kandung kemih.

8.5.3 Tanda bahaya Kala IV

Selama kala IV, penolong atau bidan harus menyampaikan tanda dan bahaya pada ibu dan keluarga seperti :

1. Demam
2. Perdarahan aktif
3. Bekuan darah banyak
4. Bau busuk dari vagina
5. Pusing
6. Kesulitan dalam menyusui
7. Nyeri panggul atau abdomen yang hebat

DAFTAR PUSTAKA

- Ambar Dwi Erawati, n.d. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan Normal*. Jakarta: EGC.
- Anita Lockhart dan Dr. Lyndon Saputra, 2014. *Asuhan Kebidanan Masa Persalinan Fisiologis dan Patologis*. Tangerang Selatan: Binarupa Aksara.
- Dartimen dan Cucu Nurmala, 2018. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Persalinan*. Yogyakarta: Deepbulish.
- Elisabeth Siwi Walyani dan Endang Purwoastusi, 2020. *Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru.
- Hanifa, 2002. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- H, F., 1999. *Perawatan Maternitas*. Jakarta: EGC.
- Jenny J.S Sondakh, M. Clin Mid, 2013. *Buku Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. s.l.:Erlangga.
- Rohani, Reni Saswita, Marisah, 2020. *Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan*. Jakarta: Salemba.
- S, M., 1998. *Sionopsis Obstetri Jilid 1*. 2 ed. Jakarta: EGC.
- Yuni Fitriani dan Widy Nurwiandani, 2020. *Asuhan Persalinan "Konsep Persalinan secara Komprehensif dalam Asuhan Kebidanan"*. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru.

BAB 9

ASUHAN PADA BAYI SEGERA SETELAH LAHIR

Oleh Amina Ahmad

9.1 Konsep Dasar Pada Bayi Baru Lahir

9.1.1 Definisi

Bayi baru lahir merupakan bayi yang baru saja menjalani proses kelahiran dan segera mengalami penyusuaian diri dari kehidupan intrauterin dalam uterus, kehidupan ekstrauterin diluar uterus, bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus dengan rentang usia 0-28 hari.

Masa neonatus adalah masa kelahiran sampai dengan 28 hari, Neonatus terdiri dari dua bagian yakni 0-7 hari disebut neonatus dini, 8-28 hari disebut neonatus lanjut.

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan posisi presentasi belakang kepala melewati vagina dan tidak menggunakan bantuan alat, dengan umur kehamilan 37 minggu - 42 minggu, berat badan lahir 2500 - 4000 gram, nilai apgar > 7 dan tidak terdapat cacat bawaan dan kelainan kogenital.

9.1.2 Klasifikasi Bayi Baru Lahir Dapat Di Bedakan Menjadi Tiga Katagori

1. Klasifikasi neonatus dengan masa gestasi
 - a. Neonatus tidak cukup bulan (premature/preterm birth) <259 hari/< 37 minggu.
 - b. Neonatus cukup bulan (aterm) >259 hari – 294 hari/ 37 minggu-42 minggu.

- c. Neonatus lebih bulan (serotinus/postterm) > 294 hari/42 minggu atau lebih.
2. Klasifikasi neonatus dengan berat badan
 - a. Neonatus berat lahir rendah < 2500 gram
 - b. Neonatus berat lahir cukup 2500 gram – 4000 gram
 - c. Neonatus berat lahir lebih > 4000 gram
3. Klasifikasi berat lahir dengan masa gestasi
Bayi memiliki berat kurang atau berat lebih yang tidak sesuai dengan umur kehamilan.

9.1.3 Ciri Bayi Lahir Normal

Bayi yang baru lahir memiliki ciri normal sebagai berikut:

1. Berat lahir 2500-4000 gram.
2. Panjang badan lahir 48-52 cm.
3. Lingkar dada 30-38 cm.
4. Lingkar kepala 33-35 cm.
5. Dengung irama jantung 180x/menit pada menit pertama, dan menurun hingga 120-140x/menit.
6. Menit pertama pernafasan 80x/menit, dan menurun hingga 40x/menit setelah dalam keadaan tenang.
7. Kulit berwarna kemerah-merahan, terasa licin disebabkan jaringan pada subkutan, terdapat *vernix caseosa* pada bagian tubuh dan kuku panjang pada jari tangan dan jari kaki.
8. Bayi aktif bergerak dengan seketika bayi langsung menangis kuat.
9. Tidak terlihat rambut lanugo dan keadaan kepala biasanya telah sempurna dengan adanya pertumbuhan rambut.
10. Genitalia: pada perempuan labia mayora menutupi labia minora, dan pada bayi laki-laki testis sudah turun.
11. Bayi nampak mengalami refleks isap dan menelan.
12. Refleks moro positif dengan keadaan bayi jika dikagetkan nampak memperlihatkan gerakan memeluk.

13. Refleks graps positif dapat dilihat dengan meletakkan sesuatu ditelapak tangan bayi dengan secara refleks telapak tangan melakukan genggam.
14. Terlihat refleks rooting atau refleks mencari puting susu ditandai dengan adanya sentuhan taktil didaerah pipi dan pada mulut.
15. Eliminasi atau pengeluaran urin dan meconium keluar tidak lebih dari 24 jam pertama setelah kelahiran, memiliki warna hitam kecoklatan pada mekonium.

9.1.4 Perubahan Adaptasi Bayi Segera Lahir

Kemampuan bayi dapat menyesuaikan diri dari kehidupan *intrauterine* kehidupan *extrauterine* merupakan pengertian dari perubahan adaptasi bayi baru lahir dengan kehidupan yang baru dimana bayi tidak lagi bergantung pada plasenta ibunya. Adaptasi ini dapat berlangsung selama 1 bulan bahkan lebih dengan ada beberapa system tubuh bayi membutuhkan waktu untuk bisa beradaptasi, keadaan dengan kemampuan bayi beradaptasi juga disebut dengan *homeostatis*.

Adapun perubahan adaptasi fisiologi pada bayi yang baru lahir mencakup perubahan pada system pernapasan atau respirasi, perubahan sistem peredaran darah, pengaturan suhu, metabolisme glukosa, perubahan system gastrointestinal dan system kekebalan tubuh/imun. Masa transisi paling nampak dan segera terjadi adalah perubahan pada system pernafasan dan sirkulasi, system kemampuan tubuh mengatur suhu, dan dalam kemampuan bayi mengolah dan menggunakan glukosa (Noordiat,2018).

9.2 Asuhan Segera Pada Bayi Baru Lahir

Menurut Firmansya Feri, 2020, Standar pelayanan Asuhan pada bayi baru lahir yakni membersihkan jalannya pernafasan, menjaga kelancaran proses bernafas, melakukan perawatan pada

tali pusat, menjaga kehangatan dan menghindari suhu panas yang berlebihan, melakukan penilaian segera bayi baru lahir dengan APGAR, membersihkan badan bayi, memberi selimut, melakukan kontak kulit dengan ibu dan memberikan kesempatan bayi untuk menyusui, tidak lupa mencantumkan identitas, kemudian melaksanakan pemeriksaan fisik bayi serta *screening* dengan tujuan mendeteksi kemungkinan adanya masalah, kelainan atau cacat, memberikan imunisasi, melakukan tindakan pertolongan kegawatdaruratan jika mengalami penyulit saat proses kelahiran, seperti gangguan bernafas atau asfiksia, *hypotermi*, *hypoglikemia*, bayi dengan kegawatdaruratan membutuhkan perawatan dan tindakan medis yang khusus oleh sebab itu biasanya dilakukan perawatan dengan ruang yang terpisah dengan ibunya. Dan yang paling penting dari semua tindakan adalah mendokumentasikan temuan dan intervensi yang dilakukan.

Berikut ini adalah penanganan dalam pemberian asuhan pada bayi baru lahir:

9.2.1 Asuhan Esensial Pada Bayi Segera Setelah Lahir

Saat melakukan pertolongan persalinan seorang bidan diwajibkan mampu mengkaji keadaan fisik bayi yang baru saja dilahirkan, pada saat lahir dilakukan pengkajian fisik dengan dua tahap, pertama, segera setelah lahir dilakukan penilaian tujuannya mengkaji adaptasi bayi baru lahir dengan penentuan nilai APGAR, mencampur *appearance* (warna kulit), *pulse* (jantung), *grimace* (refleks/respon terhadap rangsangan), *activity* (tonus otot) and *respiratory effort* (usaha bernafas), pengkajian dapat dinilai pada saat kepala tampak pada diameter besar di vulva. Kedua, pengkajian kondisi fisik dengan tujuan menilai dan memastikan keadaan bayi normal, tidak adanya kelainan kogenital dan mengalami penyimpangan.

9.2.2 Pencegahan Kehilangan Panas

Bayi yang baru lahir rentang mendapati keadaan kehilangan panas atau menurunnya suhu tubuh melalui proses konduksi, konveksi, radiasi dan evaporasi. Pada saat bayi lahir segera usahakan pencegahan kehilangan panas tubuh bayi dengan mengganti sarung/selimut basah dengan sarung/selimut kering, meletakkan bayi didada ibunya, menyelimuti dan menutup kepala dengan kain yang lembut dan kering. Untuk memandikan bayi baiknya minimal 6 jam dari jam pertama dilahirkan memandikan dengan menggunakan air hangat setelah itu segera keringkan dan baluri minyak telon untuk membantu badan bayi hangat dan segera memakaikan pakaian kering dan di bedong dengan selimut atau sarung.

9.2.3 Pemotongan Funiculus Umbilicalis

Pemotongan tali pusat atau *finiculus umbilicalis* dapat dilakukan sebelum dan sesudah plasenta lahir, hal tersebut tidak mempengaruhi keadaan bayi, kecuali bayi mengalami keadaan yang menyimpang misalnya tidak menagis, tali pusat harus segera dipotong untuk memudahkan melakukan resusitasi pada bayi.

Tali pusat di klem diberi jarak jarak 3 cm dari pangkal pusat bayi kemudian tali pusat di urut perlahan kearah plasenta dengan tujuan untuk menghindari percikan darah saat memotong tali pusat kemudian dilakukan pengklem yang kedua dan memotong *finiculus umbilicalis* diantara kedua klem, tangan kiri berada tepat dibawah tali pusat untuk melindungi perut bayi terkena gunting.

9.2.4 Kontak Kulit Ke Kulit

Setelah lahir bayi diletakkan didada ibunya dengan tujuan menstabilkan suhu tubuh bayi agar tetap terjaga dalam dekapan ibunya, bayi belajar untuk mencari putting susu ibu untuk inisiasi menyusui dini dan membantu proses menyusui dan membangun ketertarikan *bounding attacment* antara ibu dan bayinya.

9.2.5 Inisiasi Menyusui Dini

Inisiasi menyusui secara dini dilaksanakan segera pada bayi baru lahir, menggunakan tehnik bayi di letakkan didada ibu dengan posisi tengkurap, kemudian diberikan selimut diatas tubuh bayi, inisiasi menyusui dini atau IMD dapat mengajarkan atau menstimulasi pada bayi untuk menemukan putting susu ibunya. Dengan IMD mendukung bayi dalam menstabilkan pernafasan, menjaga suhu badan, dan mencegah infeksi *nosocomial*.

9.2.6 Pemberian Vit K

Pemberian vitamin K dapat diberikan pada bayi segera setelah lahir, dapat juga ditunda hingga 6 jam setelah lahir, vitamin K dapat disuntikkan bagian otot paha kiri dengan dosis 0,5 sampai 1 mg. vitamin K berfungsi untuk mencegah terjadinya pengeluaran darah yang biasa terjadi pada tali pusat dengan membantu mempercepat proses pembekuan darah.

9.2.7 Pemberian Salep Mata

Memberikan salep mata pada bayi yang baru lahir dapat mencegah terjadinya infeksi mata yang ditandai dengan mata menjadi merah, berair dan bernanah, pemberian antibiotic salep mata merupakan penanganan yang tepat dapat diberikan 2 jam pertama setelah bayi lahir dengan cara mengolesi pada bagian mata, mulai bagian mata dekat dengan hidung kemudian menyusuri pada bagian ujung mata bagian luar.

9.2.8 Perawatan Tali Pusat

Perawatan tali pusat dilakukan dengan tujuan menghindari terjadinya infeksi pada tali pusat dan membantu tali pusat terlepas dengan cepat dari pusar bayi, perawatan dapat dilakukan dengan cara membebaskan tali pusat dengan keadaan tidak dibalut kasa, dan tanpa mengolesi atau membubuhi cairan, dan memastikan tali pusat dengan kondisi bersih serta nampak kering.

9.3 Masalah Yang Sering Terjadi Pada Bayi Baru Lahir

9.3.1 Asfiksia

1. Definisi

Asfiksia merupakan kondisi yang terjadi pada bayi baru lahir tidak mampu bernafas dengan spontan dan teratur akibat keadaan ini menurunkan kadar oksigen (O_2) serta meningkatnya karbondioksida (CO_2) dalam darah hingga menyebabkan keadaan bayi memburuk.

2. Etiologic

a. Faktor ibu

Ibu yang mengalami penyulit kehamilan misalnya pre-eklamsi, eklamsi, perdarahan yang abnormal misalnya plasenta previa, solusio plasenta, kehamilan lewat bulan/serotinus, partus lama, rubtur uteri, adanya kontaksi uterus secara terus menerus hingga mengganggu sirkulasi darah keplasenta.

a. Faktor tali pusat

Adanya lilitan pada tali pusat, tali pusat tidak panjang, simpul tali pusat dan tali pusat mengalami prolapsus.

b. Faktor bayi

Lahir dengan prematur, persalinan sungsang, gemeli atau bayi kembar, distosia bahu, eksraksi vakum, ekstrasi forseps, adanya masalah bawaan atau kogenital, dan ketuban bercampur *meconium*.

3. Tanda Dan Gejala Asfiksia

Bayi mengalami megap megap atau keadaan tidak bernafas, warna kulit kebiruan, bayi mengalami kejang, dan nampak penurunan kesadaran.

4. Penatalaksanaan Asfiksia

Pemberian tindakan resusitasi adalah Langkah awal dalam mengatasi asfiksia dengan tujuan untuk menjaga jalan

nafas agar stabil sehingga mekanisme pertukaran oksigen cukup baik sehingga sirkulasi darah kembali normal.

9.3.2 Bayi Baru Lahir Rendah

1. Definisi

Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah keadaan bayi yang lahir dengan berat badan lahir < 2500 gram. Istilah BBLR dapat juga dikatakan *prematuritas*. BBLR tidak hanya terjadi pada bayi yang lahir dengan *premature*, premature juga dapat dialami oleh bayi cukup bulan dengan berat badan lahir < 2.500 gram.

2. Klasifikasi BBLR

- a. BBLR: berat badan bayi rendah (< 2500 gr)
- b. BBLSR: berat badan bayi sangat rendah (< 1500 gr)
- c. BBLER: berat badan bayi ekstrem rendah (< 1000 gr)

3. Etiologi BBLR

- a. Faktor ibu
 - Kurang asupan nutrisi
 - umur kurang dari 20 tahun, lebih dari 35 tahun
 - Adanya Penyakit yang dialami misalnya (hipertensi, jantung dan gangguan pembuluh darah)
- b. Faktor kehamilan
 - Hidramnion
 - Gemeli
 - Perdarahan antepartum
 - Adanya Komplikasi
- c. Faktor janin
 - Kelainan kongenital
 - Adanya infeksi dalam uterus

4. Penatalaksanaan

- a. Perawatan dengan *incubator*
- b. Upaya preventif infeksi

- c. Asupan nutrisi

5. Masalah Yang Sering Terjadi Pada BBLR

- a. Aspirasi mekonium
- b. Keadaan Hb meningkat akibatnya mengalami ikterus
- c. Keadaan gula darah rendah(hipoglikemia)
- d. *Asfiksia* ringan hingga berat, perdarahan, *febris* dan cacat bawaan

9.3.3 Hipotermi

1. Definisi

Hipotermi merupakan keadaan turunnya atau berkurangnya suhu pada tubuh bayi baru lahir mencapai $< 36^{\circ}\text{C}$, pemeriksaan suhu dilakukan melalui *aksila*, bayi baru lahir normal memiliki suhu tubuh $36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$ (suhu *aksila*). Hipotermi dapat menyebabkan keadaan perubahan pada metabolisme tubuh sehingga terjadi kegagalan pada fungsi jantung, paru-paru dan berujung kematian (Depkes RI 2007).

2. Klasifikasi

- a. Hipotermia ringan dengan suhu $35,5^{\circ}\text{C} - 36,5^{\circ}\text{C}$, ditandai dengan tubuh terasa hangat tapi ekstremitas terasa dingin.
- b. Hipotermia sedang dengan suhu $32^{\circ}\text{C} - 36,4^{\circ}\text{C}$, ditandai dengan tubuh dan ekstremitas terasa dingin
- c. Hipotermi berat apabila suhu $< 32^{\circ}\text{C}$

3. Etiologi

Departemen Kesehatan RI 2007, metode kehilangan panas yang dialami bayi baru lahir dapat melalui empat cara, yakni:

- a. Radiasi yaitu, Panas tubuh yang memancar kelilingkungan sekitar yang lebih dingin. Misalnya bayi diletakkan atau dibiarkan diruangan yang dingin tanpa menggunakan penutup.

- b. Konduksi yaitu, Panas tubuh bayi berpindah dari tubuh bayi ke permukaan yang lebih dingin. Misalnya popok basah tidak segera diganti, atau memegang bayi dalam keadaan tangan dingin
- c. Konveksi yaitu, keadaan panas tubuh mengalir bersama aliran udara yang ada di sekeliling bayi. Misalnya bayi tergeletak dekat pintu yang terbuka, dekat jendela atau kipas angin.
- d. Evaporasi yaitu, keadaan Panas tubuh yang menguap bersama cairan/air ketuban yang membasahi kulit. Misalnya pada saat lahir tidak segera dilap kering.

4. Penanganan

- a. Pada kasus hipotermia ringan biasanya ditandai dengan popok dibiarkan penuh, pendingin udara yang sangat rendah, setelah mandi bayi tidak segera di keringkan
- b. Menggunakan tehnik metode kangguru dengan kontak kulit ke kulit antara bayi dan ibu sambil disusui hal ini dilakukan dengan tujuan menjaga suhu tubuh tetap stabil.
- c. Suhu bayi $<35^{\circ}\text{C}$ dengan kondisi berat harus segera mendapatkan perawatan medis dan ditangani oleh dokter.
- d. Bayi disusui langsung kepayudara ibu sambil didekap apabila keadaan masih mampu menyusu, dan apabila bayi tidak mampu menyusu dengan sendirinya dapat dibantu dengan memberikan asi dengan menggunakan sendok.
- e. Memastikan bayi dalam keadaan hangat bisa melakukan metode kangguru yaitu sentuhan kontak kulit ke kulit, dengan meletakkan bayi didada ibu sehingga kulit bayi bersentuhan langsung pada kulit ibu, dan menggunakan topi untuk menutup kepala.

5. Upaya *Preventif*

- a. Menggunakan topi atau selimut untuk menutupi kepala
- b. Menggunakan pakaian/selimut yang tidak basah dan lembab
- c. Menyelimuti bayi dengan selimut
- d. Suhu ruangan atau kamar tidak kurang dari 25 °C
- e. Jangan meletakkan bayi dekat dengan hembusan angin misalnya dekat pintu, jendela atau AC.
- f. Mandikan bayi dengan menggunakan air hangat
- g. Segera mengeringkan bayi setelah dimandikan

9.3.4 Hipoglikemia

1. Definisi

Hipoglikemia merupakan keadaan kadar gula darah rendah atau turun dari batas normal. Hal ini tidak hanya terjadi dan dialami oleh orang dewasa, keadaan ini juga dialami oleh bayi dengan beragam pemicu. Hipoglikemia yang terjadi pada bayi dapat berbahaya apabila tidak segera diidentifikasi lalu segera ditindaki dengan baik dan benar. Hipoglikemia pada umumnya normal ditemui pada bayi baru lahir. tetapi kadang sekedar terjadi sementara waktu, kemudian kadar gula darah akan meningkat dengan sendirinya dengan membutuhkan waktu 2-3 jam.

Jika keadaan hipoglikemia menetap dan tetap turun dari batas normal, keadaan tersebut yang dapat menjadi masalah dan membutuhkan pengawasan dan penanganan. Keadaan seperti ini yang dapat membahayakan kehilangan nyawa pada bayi sehingga dibutuhkan segera penanganan medis.

2. Etiologi Hipoglikemia

Hipoglikemia terdiri dari dua keadaan, yaitu keadaan yang mengakibatkan pemakaian glukosa berlebihan dan keadaan produksi glukosa berkurang

- a. Keadaan atau kondisi yang mengakibatkan penggunaan glukosa berlebihan yaitu banyak didapatkan pada bayi dengan kondisi ibu mengalami riwayat diabetes.
- b. Keadaan atau kondisi yang terjadi dikarenakan kurangnya produksi glukosa akibat cadangan glukosa tidak memadai hal ini dapat terjadi pada bayi premature, asupan gizi yang kurang, dan masalah pada produksi glukosa hepar.

3. Patofisiologi Hipoglikemia

Bayi dengan berat lahir rendah atau BBLR selalu mengalami hipoglikemia hal ini dapat terjadi Karena cadangan glukosa rendah. Kondisi ibu dengan penderita diabetes melitus dapat mentransfer glukosa dengan jumlah berlebihan pada janin akibatnya respon insulin dapat meningkat sampai kejanin. Ketika plasenta dilahirkan jalur plasenta berhenti mentransfer glukosa diwaktu yang bersamaan keadaan respon insulin terbilang tinggi dengan itu dapat menyebabkan terjadinya hipoglikemia.

4. Gejala Hipoglikemia

Hipoglikemia dapat menunjukkan gejala ataupun tidak, gejala terjadinya hipoglikemia dapat beragam hal ini dapat terjadi beberapa hari setelah bayi lahir hingga satu minggu setelah lahir, Adapun gejala klinis yang dapat terjadi akibat hipoglikemia

- a. Getaran atau mengigil secara tidak sadar (tremor)
- b. Keadaan bayi kebiruan (sianosis)
- c. Gerakan yang terjadi secara spontan dan terus menerus (kejang)
- d. Apatis
- e. Letargi
- f. Merintih
- g. Tidak dapat minum

- h. Keringat dingin
- i. Pucat
- j. Suhu tubuh $<36^{\circ}\text{C}$ (Hipotermi)
- k. Sucking reflex kurang
- l. Vomitus
- m. Gerakan mata berputar/ *nystagmus*

5. Penatalaksanaan Hipoglikemia

Semua neonatus berisiko tinggi harus dilakukan pada saat penapisan saat lahir, 30 menit setelah lahir, kemudian setiap 2-4 jam selama 48 jam atau sampai pemberian minum berjalan baik dan kadar glukosa normal tercapai.

Kejadian hipoglikemia dapat dicegah dengan:

- a. Menghindari factor resiko yang dapat dicegah misalnya hipotermia.
- b. Jika bayi tidak mungkin menyusui, pemberian minum dengan menggunakan sonde dalam waktu 1-3 jam setelah lahir.
- c. Neonatus yang berisiko tinggi harus dipantau nilai glukosanya sampai asupannya penuh dan 3x pengukuran normal sebelum pemberian minum berada diatas 45 mg/dl.

9.3.5 Hyperbilirubinemia

1. Definisi

Hyperbilirubinemia adalah keadaan konsentrasi pada *bilirubin* serum dalam darah jika berlebihan dan tidak dapat dikendalikan akan menyebabkan terjadinya *icterus* atau *ensefalopati bilirubin*, *Icterus* adalah perubahan pada warna kuning pada kulit dan *sclera* menjadi kuning hal ini diakibatkan peningkatan kadar *bilirubin* dalam darah (hiperbilirubinemia).

2. Etiologi

Icterus fisiologi disebabkan karena ketimpangan antara pemecahan sel darah merah dan kesanggupan bayi melakukan mentransfer, mengkonjugasi dan mengeksresi *bilirubin* tidak terkonjugasi.

Icterus patologis merupakan gangguan pada produksi, transfer, konjugasi atau ekskresi *bilirubin*.

3. Faktor Resiko

BBLR, adanya trauma *cerebral*, penyakit hemolisis, dan infeksi atau peradangan pada sistemik.

4. Patofisiologi

Meningkatnya kadar *bilirubinemia* bisa terjadi dengan beberapa keadaan, keadaan yang sering di temukan adalah terdapat penambahan jumlah *bilirubin* dengan sel hepar yang berlebih, hal ini dapat ditemukan jika terdapat peningkatan pengrusakan pada *eritrosit*, *polisitemia* dan gangguan pemecahan *bilirubin plasma* yang dapat menyebabkan tingginya jumlah *bilirubin*. Keadaan ini terjadi ketika jumlah protein Y dan Z bekurang atau keadaan bayi *hipoksia* dan *asidosis*. Keadaan lain yang dapat memperlihatkan peningkatan jumlah *bilirubin* dengan ditemukan adanya gangguan konjugasi hepar atau keadaan neonatus mengalami kelainan gangguan ekskresi misalnya adanya sumbatan pada saluran empedu.

5. Tanda Gejala

Hyperbilirubinemia terbagi menjadi dua yaitu:

Akut: indikasi sebagai fase pertama terjadinya *kernicterus* neonatus dengan letargi, tidak mau minum dan hipotoni.

Kronik: rintihan yang diakibatkan adanya hipertonus dan opistonus. Apabila keadaan bayi susah membaik kemungkinan dapat menderita *paralysis serebral* dengan *atetosis*, adanya gangguan pada pendengaran, *paralysis* pada sebagian otot mata dan *dysplasia dentalis*).

9.3.6 Kejang

1. Definisi

Kejang merupakan suatu keadaan yang emergency dan dapat mengakibatkan kematian, kejadian ini paling sering terjadi pada neonatus yang menyebabkan berkurangnya asupan oksigen ke otak. gejala kejang biasanya ditandai dengan demam yang tinggi. Menurut consensus dari ikatan dokter anak Indonesia (IDAI), kejang disertai demam merupakan peningkatan kejang yang terjadi dengan kenaikan suhu tubuh diatas 38°C yang dikarnakan suatu proses ekstrakranium. Kejang adalah salah satu kegawatan yang selalu terjadi dengan jumlah penyulit dan penyebab kematian yang relatif tinggi.

2. Penyebab Kejang

Sepsis, gangguan metabolisme, pengaruh pemberian obat yang tidak cocok, perubahan suhu yang cepat dan tiba2 demam tinggi, otak kekurangan asupan oksigen, adanya trauma lahir dan malformasi kongenital.

3. Faktor Penyebab Kejang

- a. Ibu tidak imunisasi TT
- b. Persalinan dengan induksi atau menggunakan alat bantu disebabkan karena penyulit pada masa kehamilan atau masa persalinan yang menyebabkan gawat janin.
- c. Kurangnya asupan oksigen ke otak yang disebabkan perdarahan saat usia kehamilan 28 minggu.
- d. Adanya trauma pada susunan saraf pusat yang diakibatkan oleh persalinan dengan tindakan
- e. Penekanan yang mengakibatkan perdarahan pada intrakranial
- f. Ibu memiliki riwayat DM
- g. Masalah metabolisme meliputi *hipoglikemia*, *hipokalasemia*, dan *hypomagnesemia*

4. Penatalaksanaan Kejang

Penatalaksanaan kejang dapat dilakukan dengan stabilisasi keadaan umum bayi, mengidentifikasi dengan melakukan pengobatan *factor etiologic* untuk mencegah kejang berulang dan penanganan harus dilakukan oleh dokter.

9.3.7 Gangguan Nafas

1. Definisi

Gangguan nafas adalah peningkatan laju pernafasan ditandai dengan adanya takipnea, retraksi, merintih dan bayi, mengalami sianosis.

2. Etiologi

- a. *Respiratory distress syndrome* (RSD) pada bayi baru lahir, biasanya terjadi Ketika paru-paru belum cukup menghasilkan surfaktan. Zat ini terdiri dari protein, lemak yang membantu paru-paru tetap mengembang dan mencegah dari kerusakan.
- b. *Takipnea Transien*
Takipnea yang dialami bayi yang baru lahir merupakan faktor umum gangguan pernafasan, hal ini terjadi ketika sisa cairan paru-paru tetap berada dalam jaringan paru janin setelah proses persalinan.
- c. *Meconium Aspiration Syndrome* (MAS)
Kondisi ini menyebabkan sindrom aspirasi *meconium* pada bayi jangka pendek maupun jangka Panjang. *Meconium* terdiri dari sel *desquamated*, sekresi, *pigmen empedu*, *lanugo*, enzim *pangkreas* dan cairan ketuban, meski tergolong steril *meconium* bersifat iritatif, obstruktif dan tempat berkembang biaknya bakteri.
- d. Infeksi
Infeksi merupakan penyebab lain dari gangguan pernafasan pada bayi baru lahir misalnya infeksi

bakteri *streptococcus aureus*, *streptococcus pneumoniae*.

3. Tanda Gejala

- a. Ringan: frekuensi pernafasan 60-90x/menit. Dengan tanda tarikan dinding tidak merintih saat eskpirasi/kadar oksigen atau jumlah protein dalam darah tidak normal.
- b. Sedang: frekuensi bernafas 60-90x/menit. dengan tarikan dinding dada/merintih saat ekspirasi tetapi tidak terjadi sianosis sentral.
- c. Berat: frekuensi bernafas 60-90x/menit. Dengan kondisi jumlah oksigen dan protein dalam darah tidak stabil, adanya tarikan dinding dada dan merintih pada saat ekspirasi.

4. Patofisiologi

Gangguan nafas rentang terjadi dikarenakan alveoli masih kecil sehingga sulit mengembang, pengembangan yang tidak sempurna disebabkan dinding thorax yang masih lemah, jumlah sulfaktan tidak cukup, keadaan ini menyebabkan terjadinya kolaps pada alveolus sehingga membuat paru-paru menjadi kaku, hal ini menyebabkan perubahan fisiologis pada paru.

5. Penatalaksanaan

Membebaskan jalan nafas, cegah kemungkinan terjadinya hipoksia, penanganan atau tindakan dengan memberikan oksigen, bersihkan jalannya pernafasan dan tetap berikan ASI, pemberian obat dengan pemberian antibiotik dan melakukan rujukan bila perlu.

9.3.8 Kelainan Kogenital

1. Atresia Esofagus

Atresia esofagus adalah keadaan yang terjadi pada bayi yang baru lahir dengan kelainan bawaan tidak

terbentuknya kerongkongan dengan sempurna, hal ini dapat menyebabkan air liur selalu menetes, air liur berbuih, terjadi aspirasi jika bayi diberi minum keadaan terburuk bayi dapat mengalami sianosis.

2. Labioskizis Dan Labiopalatokizis

- a. Labio/palate skisis merupakan kelainan pada kogenital ditandai dengan keadaan abnormal pada struktur wajah (Ngastiah, 2005:167).
- b. Bibir sumbing merupakan pembentukan struktur pada wajah yang tidak sempurna yang disebabkan karena ketidakberhasilan prosesus nasal median dan maksilaris untuk menyatu pada saat perkembangan embriotik. (wong, donna L.2003).
- c. Palatokisis merupakan *fissure* garis tengah pada polatum yang terjadi sebab perkembangan terjadi kegagalan dua sisi untuk menyatu pada saat berkembangnya embrio (wong, donna L.2003).

3. Atresia Ani

Atresia ani merupakan keadaan dengan kelainan kogenital dengan kondisi tidak terdapat lubang tetap di daerah anus dikarenakan ketidak lengkapan pada saat perkembangan emrionik dibagian anus atau tertutupnya anus secara tidak normal sehingga menyebabkan feses tidak dapat keluar (hidayat, 2008).

4. Gastroschisis Dan Omfalocoele

Gastroschisis adalah keadaan bayi yang mengalami kelainan pada bayi baru lahir dengan usus atau organ pencernaan berada diluar tubuh. Kelainan ini dapat di deteksi pada saat pemeriksaan kehamilan melalui USG.

Omfalocele merupakan kata yang berasal dari Bahasa Yunani yaitu *omphalos* memiliki arti umbilicus atau tali pusat dan *cele* memiliki arti bentuk hernia, merupakan keadaan organ tubuh berada diluar perut.

5. *Hernia Diafragmatika*

Hernia merupakan ruas organ atau jaringan yang melewati lubang abnormal, diafragmatika merupakan perantara yang membatasi rongga dada dan rongga abdomen. Hernia diafragmatika merupakan herniasi isi abdomen kedalam rongga dada, dapat terjadi akibat defek trauma atau kongenital pada diafragma.

6. *Meningkokel Dan Ensefalokel*

Meningkokel merupakan benjolan pada lapisan atau membran tipis yang melindungi otak melalui cedera tulang (*spina bifida*). Meningkokel dapat menyerupai kista yang berisi cairan serebro spinal.

Ensefalokel merupakan keadaan abnormal pada tabung saraf ditandai adanya penonjolan lapisan (selaput otak) yang menimbulkan adanya tonjolan atau bulatan kecil menyerupai kantung yang melewati suatu lubang pada tulang tengkorak, hal ini dapat terjadi karena kegagalan penutupan tabung saraf pada saat janin berkembang.

DAFTAR PUSTAKA

- Damayanti, I.P., dkk. 2014. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ibu Bersalin Dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: Deepublish.
- Diana, S. dkk. 2019. *Buku Ajar Asuhan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*. Surakarta: CV. OASE Grup.
- Maryunani. A. 2012. *Inisiasi Menyusui Dini, Asi Eksklusif Dan Manajemen Laktasi*. Jakarta: CV Trans Info Media
- Muslihatun, W.F. 2014. *Asuhan Neonatus Bayi Dan Balita*. Yogyakarta: Fitramaya
- Nurqalbi S.R. 2018. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita Dan Anak Pra Sekolah*. Makassar: CV. Cahaya Bintang Cemerlang
- Purnamaningrum, Y.E. 2010. *Penyakit Pada Neonatus, Bayi Dan Balita*. Yogyakarta: Fitramaya
- Sinta, L. 2019. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Neonatus, Bayi Dan Balita*. Sidoarjo: Indomedia Pustaka
- Sondakh, J.J.S. 2013. *Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Erlangga
- Tando, T.M. 2013. *Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: In Media

BIODATA PENULIS



Murti Ani, SST., Bdn., M.Kes.

Dosen Program Studi Kebidanan Blora Program Diploma III
Poltekkes Kemenkes Semarang

Penulis lahir di Pati tanggal 31 Januari 1989. Menyelesaikan pendidikan D3, D4 Kebidanan pada tahun 2012 dan S2 pada tahun 2014 di Universitas Sebelas Maret Surakarta serta Profesi Bidan di Poltekkes Kemenkes Semarang pada tahun 2022. Beberapa karya buku yang sudah pernah dibuat yaitu Buku Ajar Promosi Kesehatan Untuk Mahasiswa Kebidanan, Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan & Bayi Baru Lahir Untuk Mahasiswa Kebidanan, Pengantar Kebidanan, Konsep Dasar Keperawatan Maternitas, Dasar-Dasar Komunikasi Kesehatan, dan lain-lain.

BIODATA PENULIS



Risma Putri Utama, S.ST., M.Keb
Dosen Program Studi DIII Kebidanan
Stikes Husada Mandiri Poso

Penulis lahir di Tuppu, 10 Juni 1990. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi DIII Kebidnan STIKES Husada Mandiri Poso. Menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di Stikes RSU Daya Makassar, melanjutkan DIV Bidan Pendidik di Stikes Mega Rezky Makassar, dan melanjutkan S2 Kebidanan di Universitas Hasanuddin. Mengawali karir sebagai bidan di BPM pada tahun 2011 dan selanjutnya sebagai dosen tetap di Program Studi DIII Kebidanan Stikes Husada Mandiri Poso sejak tahun 2013 sampai saat ini serta aktif sebagai anggota dan pengurus IBI Kab. Poso, Sulawesi Tengah. Adapun karya yang telah dihasilkan yaitu Buku Asuhan Kebidanan Komunitas.

BIODATA PENULIS



Sukmawati

Dosen Tetap Prodi S1 Kebidanan STIKes Pelita Ibu

Sukmawati, lahir di Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara, 17 April 1993. Jenjang Pendidikan D3 ditempuh di Poltekkes Kemenkes Kendari, Kota Kendari Lulus Tahun 2014. Pendidikan D4 Bidan Pendidik, lulus tahun 2016 di STIKes Mega Rezky Makassar. Pendidikan S2 Ilmu Kebidanan, lulus tahun 2019 di Universitas Hasanuddin Makassar. Pada Bulan Januari Tahun 2020 sampai dengan Bulan Juli Tahun 2022 pernah bekerja di Universitas Dharma Indonesia sebagai Dosen Tetap Prodi S1 Kebidanan dan pada Bulan Agustus 2022 hingga sekarang bekerja di STIKes Pelita Ibu sebagai Dosen Tetap dan pengelola Profesi Bidan.

Email : sukkmawati62@gmail.com

No Hp : 0852 5622 2276

BIODATA PENULIS



Sri Wahyuni, SST., MKM.

Dosen Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Aceh

Penulis lahir di Binjai tanggal 14 Oktober 1981. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Aceh. Menyelesaikan pendidikan D4 pada Jurusan Kebidanan Bidan Pendidik di Unniversitas Sumatera Utara Tahun 2005 dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh Taun 2017, Penulis pernah mendapatkan hibah Kemendikbud ristek pada skim penelitian dosen pemula tahun 2017, 2019, 2023, mendapatkan hibah Riset-Mu Batch V pada skim pengabdian pada masyarakat tahun 2021, serta hibah pengabdian kemdikbud ristek, pada skim PMP tahun 2023.

BIODATA PENULIS

Juli Purnama Hamudi, SST., M.Keb

Dosen Stikes Pelita Ibu, Kendari

Penulis lahir di Raha, 28 Juli 1988. Penulis adalah Dosen Stikes Pelita Ibu, Kendari. Pendidikan Terakhir ialah Magister Kebidanan Universitas Hasanuddin.

BIODATA PENULIS



Ummul Khair, S.ST, M.Keb
Dosen Program Studi Kebidanan
Akademi Kebidanan Menara Primadani

Penulis lahir di Watansoppeng, Kabupaten Soppeng, Provinsi Sulawesi Selatan pada tanggal 3 Juli 1991. Penulis adalah dosen tetap di Program Studi DIII Kebidanan Akademi Kebidanan Menara Primadani. Menyelesaikan pendidikan DIII kebidanan di Akademi Kebidanan Menara Primadani Tahun 2012 , melanjutkan DIV Bidan Pendidik di Stikes Mega Rezky Makassar dan menyelesaikan Magister Kebidanan di Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar. Saat ini penulis melanjutkan pendidikan profesi kebidanan (Bd) di Universitas Mega Buana Palopo. Penulis menekuni bidang menulis sejak tahun 2021. Adapun judul karya yang telah dihasilkan yaitu Modul Pendidikan Stunting untuk Ibu Hamil (Pedoman Bidan).

BIODATA PENULIS



Siti Nurhidayati, S.ST.,M.Keb.

Dosen Program Studi Sarjana dan Pendidikan Profesi Bidan
Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret

Penulis dilahirkan di Bantul, 28 Maret 1993. Penulis merupakan Dosen tetap di Kebidanan Fakultas Kedokteran UNS Surakarta. Menyelesaikan Sekoah DIII Kebidanan tahun 2014 di Stikes Aisyiyah Yogyakarta dan DIV Bidan Pendidik (2016) serta S2 Ilmu Kebidanan (2019) di Universitas Aisyiyah Yogyakarta. Sebelum menjadi Pendidik, penulis memiliki pengalaman klinik selama 4 tahun. Selain menjadi Dosen Kebidanan penulis merupakan salah satu fasilitator Deteksi Dini Kanker Serviks-Kanker Payudara di Wilayah Jawa Tengah (2021-Sekarang). Penulis tergabung dalam Riset Grup Midwifery Inovation di FK UNS. Salah satu mata kuliah yang di ampu adalah Asuhan Kebidanan persalinan, Asuhan Kebidanan Bayi Balita Anak Pra sekolah, Evidence Based Midwifery, Interprofesional Education dan metodologi penelitian. Penulis dapat dihubungi melalui email : sitinurhidayati@staff.uns.ac.id

BIODATA PENULIS



Lilis Candra Yanti, S.ST.,M.Keb

Dosen Program Studi Diploma III Kebidanan
STIKES Husada Mandiri Poso

Penulis lahir di Atapange, 17 Agustus 1988. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma III Kebidanan STIKES Husada Mandiri Poso. Menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di Universitas Indonesia Timur, melanjutkan DIV Bidan Pendidik di STIKES Mega Rezky Makassar dan melanjutkan S2 Kebidanan di Universitas Hasanuddin Makassar. Mengawali karir sebagai bidan pelayanan tahun 2011, dan selanjutnya sebagai dosen di Program Studi Diploma III Kebidanan STIKES Husada Mandiri Poso sejak tahun 2013 sampai sekarang dan aktif sebagai anggota IBI Kab. Poso Sulawesi Tengah.

BIODATA PENULIS



Amina Ahmad, S.ST., M.Keb

Dosen DIII Kebidanan STIKes Amanah Makassar

Penulis lahir di Sulawesi Tenggara tepatnya di Kabupaten Kolaka Desa Tamboli pada tanggal 08 Januari 1990. Penulis adalah dosen tetap pada program studi DIII Kebidanan STIKes Amanah Makassar. Bekerja sebagai bidan pelaksana di RSIA Mekongga tahun 2010-2012, di RSU Harifa tahun 2013-2016.

Pendidikan DIII kebidanan ditempuh di STIKes Pelita Ibu Kendari selesai 2010, Pendidikan DIV Bidan Pendidik di Universitas Megarezky Makassar selesai 2017, kemudian melanjutkan Magister Ilmu Kebidanan di Universitas Hasanuddin Makassar selesai 2021 dan saat ini tercatat sebagai mahasiswi Pendidikan Profesi Bidan di Universitas Megarezky Makassar InsyAllah selesai awal Tahun 2024.