

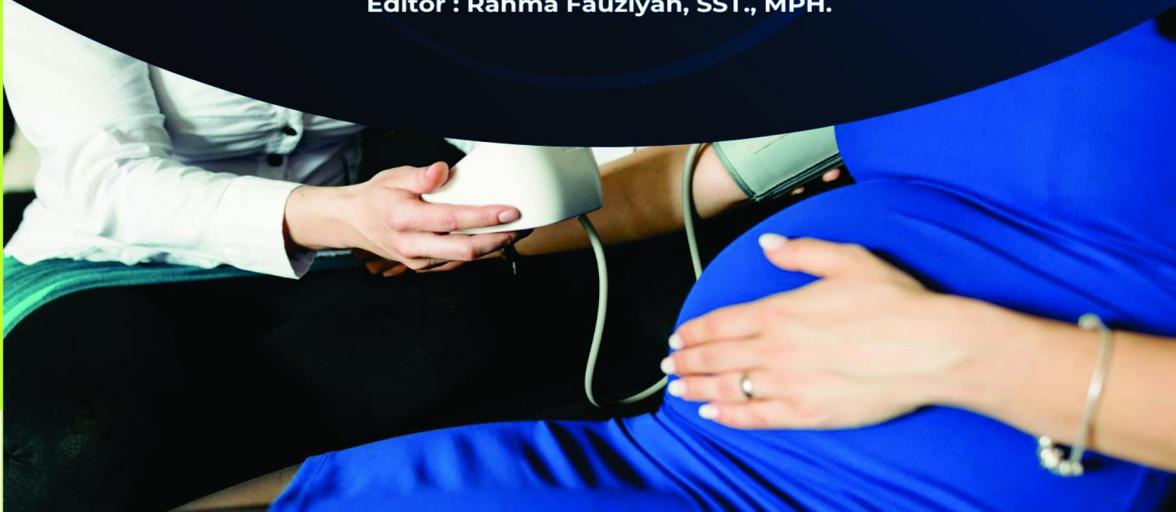
BUKU AJAR **ASUHAN KEBIDANAN** **PERSALINAN & BBL**

Widya Anggraeni, S.ST., M.Kes.

Titiek Idayanti, S.ST., M.Kes.

Dr. Kurnia Indriyanti Purnama Sari, S.ST., M.Kes.

Editor : Rahma Fauziyah, SST., MPH.



Buku Ajar

Asuhan Kebidanan Persalinan

& BBL

Widya Anggraeni, S.ST., M.Kes.

Titiek Idayanti, S.ST., M.Kes.

Dr. Kurnia Indriyanti Purnama Sari, S.ST., M.Kes.

PENERBIT



2025

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

Buku Ajar

Asuhan Kebidanan Persalinan & BBL

Ukuran unesco : (15,5 x 23 cm)

Halaman : vi + 176

Isbn : 978-634-7107-28-2

Penulis : Widya Anggraeni, S.ST., M.Kes.

Titiek Idayanti, S.ST., M.Kes.

Dr. Kurnia Indriyanti Purnama Sari, S.ST., M.Kes

Editor : Rahma Fauziyah, SST., MPH.

Layout &

Desain Cover : Tim creative Rizmedia

RIZMEDIA PUSTAKA INDONESIA

Redaksi :

Jl. Batara Ugi Blok/Griya Astra Blok C. No.18

(Yogyakarta/Makassar)

IKAPI : 035/SSL/2022

Telp/Wa:085242065812

Email:rizmediapustaka@gmail.com

Website : www.rizmediapustakaindonesia.com

Cetakan Pertama, Juni 2025

Hak Cipta 2025 @Rizmedia Pustaka Indonesia

*Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang keras
menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian
atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau
Penulis.*

PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan karunia-Nya, buku ajar *Asuhan Kebidanan Persalinan dan BBL* ini dapat disusun dan diselesaikan dengan baik. Materi dalam buku ini mengacu pendidikan kebidanan dan telah disesuaikan dengan perkembangan ilmu dan standar praktik kebidanan terkini. Pembahasan mencakup tahap-tahap persalinan, asuhan kebidanan pada ibu bersalin, penatalaksanaan komplikasi, serta asuhan pada bayi baru lahir baik normal maupun dengan masalah kesehatan.

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan buku ini, baik secara langsung maupun tidak langsung. Kritik dan saran yang membangun sangat kami harapkan demi penyempurnaan edisi berikutnya.

Akhir kata, semoga buku ajar ini bermanfaat dan dapat memberikan kontribusi positif bagi peningkatan kualitas pendidikan dan pelayanan kebidanan di Indonesia.

Penyusun

DAFTAR ISI

PRAKATA.....	iv
DAFTAR ISI.....	v
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	2
B. Tujuan.....	2
BAB 2 KONSEP DASAR PERSALINAN NORMAL.....	4
A. Deskripsi Bab.....	5
B. Tujuan atau Sasaran Pembelajaran.....	5
C. Kompetensi Khusus.....	5
D. Materi.....	6
E. Soal Latihan.....	39
Referensi.....	41
BAB 3 KONSEP KEBUTUHAN IBU BERSALIN.....	42
A. Deskripsi Bab.....	43
B. Tujuan atau Sasaran Pembelajaran.....	43
C. Kompetensi Khusus.....	43
D. Materi.....	43
E. Soal Latihan.....	76
F. Referensi.....	78
BAB 4 KALA I PERSALINAN.....	79
A. Deskripsi Bab.....	80
B. Kompetensi Khusus.....	80
C. Materi.....	80
D. Soal Latihan.....	109
E. Referensi.....	109

BAB 5 KALA II PERSALINAN	110
A. Deskripsi Bab.....	111
B. Kompetensi Khusus.....	111
C. Materi.....	111
D. Soal Latihan.....	129
E. Referensi.....	129
BAB 6 KALA III DAN KALA IVPERSALINAN	131
A. Deskripsi Bab.....	132
B. Kompetensi Khusus.....	132
C. Materi.....	132
D. Soal Latihan.....	147
E. Referensi.....	147
BAB 7 BAYI BARU LAHIR	149
A. Deskripsi Bab.....	150
B. Kompetensi Khusus.....	150
C. Materi.....	151
D. Soal Latihan.....	168
GLOSARIUM	169
Profil Penulis	174

BAB 1

PENDAHULUAN



A. Latar Belakang

Mata kuliah ini memberi kesempatan mahasiswa untuk memahami tentang Konsep Dasar Persalinan Normal, Kebutuhan Ibu Bersalin baik Fisik maupun Psikologis, Asuhan Kebidanan Kala I, Asuhan kebidanan Kala II, Asuhan Kebidanan Kala III, Asuhan Kebidanan Kala IV dan Bayi Baru Lahir.

Harapan kepada mahasiswa tentang pemahamannya terhadap konsep Mata kuliah ini memberi kesempatan mahasiswa untuk memahami tentang Konsep Dasar Persalinan Normal, Kebutuhan Ibu Bersalin baik Fisik maupun Psikologis, Asuhan Kebidanan Kala I, Asuhan kebidanan Kala II, Asuhan Kebidanan Kala III, Asuhan kebidanan Kala IV dan Bayi Baru Lahir. Oleh karena itu, penguasaan materi asuhan persalinan adalah penting, akan menjadi memberikan bekal bagi peserta didik untuk memberikan asuhan kebidanan pada persalinan nantinya.

Pembelajaran dipersiapkan berupa perkuliahan oleh pakar pada bidang yang sesuai, diskusi tutorial, latihan keterampilan klinik di laboratorium, diskusi pleno dan diskusi topik.

B. Tujuan

1. Mahasiswa mampu menjelaskan Konsep Dasar Persalinan Normal
2. Mahasiswa mampu menjelaskan Kebutuhan Ibu Bersalin
3. Mahasiswa mampu menjelaskan Asuhan Kebidanan Kala I Persalinan

4. Mahasiswa mampu menjelaskan Asuhan Kebidanan Kala II Persalinan
5. Mahasiswa mampu menjelaskan Asuhan Kebidanan Kala III dan IV Persalinan
6. Mahasiswa mampu menjelaskan Bayi Baru Lahir

BAB 2

KONSEP DASAR PERSALINAN NORMAL



A. Deskripsi Bab

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

B. Tujuan atau Sasaran Pembelajaran

Pada akhir pembelajaran, mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan pengertian persalinan normal
2. Menjelaskan tanda-tanda dan gejala persalinan normal
3. Menjelaskan tahapan persalinan normal
4. Menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan normal
5. Menjelaskan *Evidence Based Midwifery* dalam persalinan normal
6. Menjelaskan Asuhan Sayang Ibu

C. Kompetensi Khusus

Kompetensi khusus yang diharapkan dapat dicapai oleh mahasiswa adalah memiliki sikap, keterampilan umum, keterampilan khusus dan pengetahuan dalam capaian pembelajaran sebagai pemberi pelayanan kebidanan bagian persalinan normal (*care provider*), *communicator*, serta mitra perempuan. Memberikan

pelayanan kebidanan yang tepat sasaran, berhasil guna dan efisien.

D. Materi

2.1 Konsep Persalinan Normal

1. Pengertian Persalinan Normal

Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan dan dapat hidup di luar uterus melalui vagina secara spontan (Manuaba, 1998; Wiknjosastro dkk, 2005). Pada akhir kehamilan, uterus secara progresif lebih peka sampai akhirnya timbul kontraksi kuat secara ritmis sehingga bayi dilahirkan (Guyton & Hall, 2002).

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakangkepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Saifuddin, 2007: 100).

2. Sebab-Sebab Persalinan

Ada beberapa teori yang menjelaskan tentang sebab terjadinya persalinan:

a. Teori Penurunan Progesteron

Villi koriales mengalami perubahan-perubahan, sehingga kadar estrogen dan progesterone menurun. Menurunnya kadar kedua hormon ini terjadi kira-kira 1-2 minggu sebelum partus dimulai (Wiknjosastro dkk, 2005). Selanjutnya otot rahim menjadi sensitif

terhadap oksitosin. Penurunan kadar progesteron pada tingkat tertentu menyebabkan otot rahim mulai berkontraksi.

b. Teori Oksitosin

Menjelang persalinan, terjadi peningkatan reseptor oksitosin dalam otot rahim, sehingga mudah terangsang saat disuntikkan oksitosin dan menimbulkan kontraksi. Diduga bahwa oksitosin dapat meningkatkan pembentukan prostaglandin dan persalinan dapat berlangsung terus.

c. Teori Keregangan Otot Rahim

Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenter sehingga plasenta mengalami degenerasi (Wiknjosastro dkk, 2005). Otot rahim mempunyai kemampuan meregang sampai batas tertentu. Apabila batastersebut sudah terlewati, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

d. Teori Prostaglandin

Prostaglandin sangat meningkat pada cairan amnion dan desidua dari minggu ke-15 hingga aterm, dan kadarnya meningkat hingga ke waktu partus (Wiknjosastro dkk, 2005). Diperkirakan terjadinya penurunan progesteron dapat memicu interleukin-1 untuk dapat melakukan "hidrolisis gliserofosfolipid", sehingga terjadi pelepasan dari asam arakidonat menjadi prostaglandin, PGE2 dan PGF2 alfa. Terbukti pula bahwa saat mulainya persalinan, terdapat penimbunan dalam jumlah

besar asam arakidonat dan prostaglandin dalam cairan amnion. Di samping itu, terjadi pembentukan prostasiklin dalam miometrium, desidua, dan korion leave. Prostaglandin dapat melunakkan serviks dan merangsang kontraksi, bila diberikan dalam bentuk infus, per os, atau secara intravaginal.

e. Teori Janin

Terdapat hubungan hipofisis dan kelenjar suprarenal yang menghasilkan sinyal kemudian diarahkan kepada maternal sebagai tanda bahwa janin telah siap lahir. Namun mekanisme ini belum diketahui secara pasti.

f. Teori Berkurangnya Nutrisi

Teori berkurangnya nutrisi pada janin diungkapkan oleh Hippocrates untuk pertama kalinya (Wiknjosastro dkk, 2005). Hasil konsepsi akan segera dikeluarkan bila nutrisi telah berkurang (Asrinah dkk, 2010).

g. Teori Plasenta Menjadi Tua

Plasenta yang semakin tua seiring dengan bertambahnya usia kehamilan akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron sehingga timbul kontraksi rahim (Asrinah dkk, 2010).

3. Tujuan Persalinan Normal

Tujuan persalinan normal adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui upaya yang terintegrasi dan lengkap, tetapi dengan intervensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan (optimal).

Melalui pendekatan ini maka setiap intervensi yang diaplikasikan dalam Asuhan Persalinan Normal (APN) harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan.

2.2 Tanda-Tanda Persalinan

Ada 3 tanda yang paling utama yaitu:

1. Kontraksi (His)

Ibu terasa kenceng-kenceng sering, teratur dengan nyeri dijalarkan dari pinggang ke paha. Hal ini disebabkan karena pengaruh hormon oksitosin yang secara fisiologis membantu dalam proses pengeluaran janin.

Ada 2 macam kontraksi yang pertama kontraksi palsu (Braxton hicks) dan kontraksi yang sebenarnya. Pada kontraksi palsu berlangsung sebentar, tidak terlalu sering dan tidak teratur, semakin lama tidak ada peningkatan kekuatan kontraksi. Sedangkan kontraksi yang sebenarnya bila ibu hamil merasakan kenceng-kenceng makin sering, waktunya semakin lama, dan makin kuat terasa, disertai mulas atau nyeri seperti kram perut. Perut bumil juga terasa kencang. Kontraksi bersifat fundal recumbent/nyeri yang dirasakan terjadi pada bagian atas atau bagian tengah perut atas atau puncak kehamilan (fundus), pinggang dan panggul serta perut bagian bawah. Tidak semua ibu hamil

mengalami kontraksi (His) palsu. Kontraksi ini merupakan hal normal untuk mempersiapkan rahim untuk bersiap menghadapi persalinan.

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

Biasanya pada bumil dengan kehamilan pertama, terjadinya pembukaan ini disertai nyeri perut. Sedangkan pada kehamilan anak kedua dan selanjutnya, pembukaan biasanya tanpa diiringi nyeri. Rasa nyeri terjadi karena adanya tekanan panggul saat kepala janin turun ke area tulang panggul sebagai akibat melunaknya rahim. Untuk memastikan telah terjadi pembukaan, tenaga medis biasanya akan melakukan pemeriksaan dalam (*vaginal toucher*).

3. **Pecahnya Ketuban dan Keluarnya *Bloody Show***

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

Tanda selanjutnya pecahnya ketuban, di dalam selaput ketuban (korioamnion) yang membungkus janin, terdapat cairan ketuban sebagai bantalan bagi janin agar terlindungi, bisa bergerak bebas dan

terhindar dari trauma luar. Terkadang ibu tidak sadar saat sudah mengeluarkan cairan ketuban dan terkadang menganggap bahwa yang keluar adalah air pipisnya. Cairan ketuban umumnya berwarna bening, tidak berbau, dan akan terus keluar sampai ibu akan melahirkan. Keluarnya cairan ketuban dari jalan lahir ini bisa terjadi secara normal namun bias juga karena ibu hamil mengalami trauma, infeksi, atau bagian ketuban yang tipis (*locus minoris*) berlubang dan pecah. Setelah ketuban pecah ibu akan mengalami kontraksi atau nyeri yang lebih intensif.

Terjadinya pecah ketuban merupakan tanda terhubungnya dengan dunia luar dan membuka potensi kuman/bakteri untuk masuk. Karena itulah harus segera dilakukan penanganan dan dalam waktu kurang dari 24 jam bayi harus lahir apabila belum lahir dalam waktu kurang dari 24 jam maka dilakukan penanganana selanjutnya misalnya caesar.

2.3 Tahapan Persalinan

Secara klinis dapat dinyatakan partus dimulai bila timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang disertai darah (*bloody show*). Lendir yang disertai darah ini berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka atau mendatar. Sedangkan darahnya berasal dari pembuluh-pembuluh kapiler yang berada di sekitar kanalis servikalis itu pecah karena pergeseran pergeseran ketika serviks membuka (Wiknjosastro dkk, 2005).

1. Kala I (Pembukaan Jalan Lahir)

Kala I persalinan dimulai dengan kontraksi uterus yang teratur dan diakhiri dengan dilatasi serviks lengkap. Dilatasi lengkap dapat berlangsung kurang dari satu jam pada sebagian kehamilan multipara. Pada kehamilan pertama, dilatasi serviks jarang terjadi dalam waktu kurang dari 24 jam. Rata-rata durasi total kala I persalinan pada primigravida berkisar dari 3,3 jam sampai 19,7 jam. Pada multigravida ialah 0,1 sampai 14,3 jam (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2004). Ibu akan dipertahankan kekuatan moral dan emosinya karena persalinan masih jauh sehingga ibu dapat mengumpulkan kekuatan (Manuaba, 2006).

Proses membukanya serviks sebagai akibat his dibagi dalam 2 fase, yaitu:

- 1) Fase laten: berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm. Fase laten diawali dengan mulai timbulnya kontraksi uterus yang teratur yang menghasilkan perubahan serviks.
- 2) Fase aktif: dibagi dalam 3 fase lagi yakni:
 - Fase akselerasi. Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm tadi menjadi 4 cm.
 - Fase dilatasi maksimal. Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.
 - Fase deselerasi. Pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam,

pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap. Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida. Pada multigravida pun terjadi demikian akan tetapi terjadi dalam waktu yang lebih pendek (Wiknjosastro dkk, 2005).

2. Kala II (Pengeluaran)

Kala II persalinan adalah tahap di mana janin dilahirkan. Pada kala II, his menjadi lebih kuat dan lebih cepat, kira-kira 2 sampai 3 menit sekali. Saat kepala janin sudah masuk di ruang panggul, maka pada his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektoris menimbulkan rasa mengedan. Wanita merasakan tekanan pada rektum dan hendak buang air besar. Kemudian perineum mulai menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka. Labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada waktu his. Dengan his dan kekuatan mengedan maksimal, kepala janin dilahirkan dengan presentasi suboksiput di bawah simfisis, dahi, muka dan dagu. Setelah istirahat sebentar, his mulai lagi untuk mengeluarkan badan dan anggota badan bayi (Wiknjosastro dkk, 2005).

Masih ada banyak perdebatan tentang lama kala II yang tepat dan batas waktu yang dianggap normal. Batas dan lama tahap persalinan kala II berbeda-beda tergantung paritasnya. Durasi kala II dapat lebih lama pada wanita yang mendapat blok epidural dan

menyebabkan hilangnya refleks mengedan. Pada Primigravida, waktu yang dibutuhkan dalam tahap ini adalah 25-57 menit (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2004). Rata-rata durasi kala II yaitu 50 menit (Kenneth et al, 2009)

Pada tahap ini, jika ibu merasa kesepian, sendiri, takut dan cemas, maka ibu akan mengalami persalinan yang lebih lama dibandingkan dengan jika ibu merasa percaya diri dan tenang (Simkin, 2008).

3. Kala III (Kala Uri)

Kala III persalinan berlangsung sejak janin lahir sampai plasenta lahir (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2004). Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian, uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri (Wiknjosastro dkk, 2005).

Pada tahap ini dilakukan tekanan ringan di atas puncak rahim dengan cara Crede untuk membantu pengeluaran plasenta. Plasenta diperhatikan kelengkapannya secara cermat, sehingga tidak menyebabkan gangguan kontraksi rahim atau terjadi perdarahan sekunder (Manuaba, 2006).

4. Kala IV (2 Jam Setelah Melahirkan)

Kala IV persalinan ditetapkan berlangsung kira-kira dua jam setelah plasenta lahir. Periode ini merupakan masa pemulihan yang terjadi segera jika homeostasis berlangsung dengan baik (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2004). Pada tahap ini, kontraksi otot rahim meningkat sehingga pembuluh darah terjepit untuk menghentikan perdarahan. Pada kala ini dilakukan observasi terhadap tekanan darah, pernapasan, nadi, kontraksi otot rahim dan perdarahan selama 2 jam pertama. Selain itu juga dilakukan penjahitan luka episiotomi. Setelah 2 jam, bila keadaan baik, ibu dipindahkan ke ruangan bersama bayinya (Manuaba, 2008).

2.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi persalinan antara lain:

2.4.1 Passenger

Malpresentasi atau malformasi janin dapat mempengaruhi persalinan normal. Pada faktor passenger, terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melalui jalan lahir, maka ia dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2004).

2.4.2 Passage away

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2004).

2.4.3 Power

His adalah salah satu kekuatan pada ibu yang menyebabkan serviks membuka dan mendorong janin ke bawah. Pada presentasi kepala, bila his sudah cukup kuat, kepala akan turun dan mulai masuk ke dalam rongga panggul (Wiknjastro dkk, 2005). Ibu melakukan kontraksi involunter dan volunteer secara bersamaan (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2004).

2.4.4 Position

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak memberi sejumlah keuntungan. Mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk dan jongkok (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2004).

2.4.5 Psychologic Respons

Proses persalinan adalah saat yang menegangkan dan mencemaskan bagi wanita dan keluarganya. Rasa takut, tegang dan cemas mungkin mengakibatkan proses kelahiran

berlangsung lambat. Pada kebanyakan wanita, persalinan dimulai saat terjadi kontraksi uterus pertama dan dilanjutkan dengan kerja keras selama jam-jam dilatasi dan melahirkan kemudian berakhir ketika wanita dan keluarganya memulai proses ikatan dengan bayi. Perawatan ditujukan untuk mendukung wanita dan keluarganya dalam melalui proses persalinan supaya dicapai hasil yang optimal bagi semua yang terlibat. Wanita yang bersalin biasanya akan mengutarakan berbagai kekhawatiran jika ditanya, tetapi mereka jarang dengansontan menceritakan.

Mekanisme Persalinan

a) Engagement

Engagement pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan sedangkan pada multigravida dapat terjadi pada awal persalinan. engagement adalah peristiwa ketika diameter biparetal (Jarak antara dua paretal) melewati pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang atau oblik di dalam jalan lahir dan sedikit fleksi. Masuknya kepala akan mengalami kesulitan bila saat masuk ke dalam panggu dengan sutura sgaitalis dalam antero posterior. Jika kepala masuk kedalam pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang di jalan lahir, tulang parietal kanandan kiri sama tinggi, maka keadaan ini disebut sinklitismus.

Kepala pada saat melewati pintu atas panggul dapat juga dalam keadaan dimana sutura sgitalis lebih dekat ke promontorium atau ke simfisis maka hal ini disebut asinklitismus.

b) Penurunan kepala

Dimulai sebelum persalinan/inpartu. Penurunan kepala terjadi bersamaan dengan mekanisme lainnya.

Kekuatan yang mendukung yaitu:

- 1) Tekanan cairan amnion
- 2) Tekanan langsung fundus ada bokong
- 3) Kontraksi otot-otot abdomen
- 4) Ekstensi dan pelurusan badan janin atau tulang belakang janin

c) Fleksi

- 1) Gerakan fleksi di sebabkan karena janin terus didorong maju tetapi kepalajanin terlambat oleh serviks, dinding panggul atau dasar panggul
- 2) Kepala janin, dengan adanya fleksi maka diameter oksipito frontalis 12 cm berubah menjadi suboksipito bregmatika 9 cm
- 3) Posisi dagu bergeser kearah dada janin
- 4) Pada pemeriksaan dalam ubun-ubun kecil lebih jelas teraba daripada ubun-ubun besar.

d) Rotasi dalam (putaran paksi dalam)

- 1) Rotasi dalam atau putar paksi dalam adalah pemutaran bagian terendah janin dari posisi sebelumnya kearah depan sampai dibawah

simpisis. Bila presentasi belakang kepala dimana bagian terendah janin adalah ubun-ubun kecil maka ubun-ubun kecil memutar ke depan sampai berada di bawah simpisis. Gerakan ini adalah upaya kepala janin untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir yaitu bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul. Rotasi dalam terjadi bersamaan dengan majunya kepala. Rotasi ini terjadi setelah kepala melewati Hodge III (setinggi spina) atau setelah didasar panggul. Pada pemeriksaan dalam ubun-ubun kecil mengarah ke jam 12.

2) Sebab-sebab adanya putar paksi dalam yaitu:

- Bagian terendah kepala adalah bagian belakang kepala pada letak fleksi.
- Bagian belakang kepala mencari tahanan yang paling sedikit yang disebelah depan yaitu hiatus genitalis.

e) Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya. Pada kepala bekerja dua kekuatan, yang satu mendesaknya ke bawah dan satunya disebabkan tahanan dasar panggul yang menolaknya ke atas. Setelah suboksiput tertahan pada pinggir bawah symphysis akan maju karena kekuatan tersebut di atas bagian yang berhadapan dengan suboksiput, maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum ubun-ubun besar, dahi,

hidung, mulut dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi. Suboksiput yang menjadi pusat pemutaran disebut hypomochlion.

f) Rotasi luar (putaran paksi luar)

Terjadinya gerakan rotasi luar atau putar paksi luar dipengaruhi oleh faktor-faktor panggul, sama seperti pada rotasi dalam.

- 1) Merupakan gerakan memutar ubun-ubun kecil ke arah punggung janin, bagian belakang kepala berhadapan dengan tuber iskhia dikum kanan atau kiri, sedangkan muka janin menghadap salah satu paha ibu. Bila ubun-ubun kecil pada mulanya disebelah kiri maka ubun-ubun kecil akan berputar ke arah kiri, bila pada mulanya ubun-ubun kecil disebelah kanan maka ubun-ubun kecil berputar ke kanan.
- 2) Gerakan rotasi luar atau putar paksi luar ini menjadikan diameter biakromial janin searah dengan diameter anteroposterior pintu bawah panggul, dimana satu bahu di anterior di belakang simpisis dan bahu yang satunya di bagian posterior dibelakang perineum.
- 3) Sutura sagitalis kembali melintang.

g) Ekspulsi

Setelah terjadinya rotasi luar, bahu depan berfungsi sebagai hypomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian setelah kedua bahu lahir disusul lahirlah trochanter depan dan

belakang sampai lahir janin seluruhnya. Gerakan kelahiran bahu depan, bahu belakang dan seluruhnya

2.5 Evidence Based Midwifery dalam Persalinan

Pada proses persalinan kala II ini ternyata ada beberapa hal yang dahulunya kita lakukan ternyata setelah di lakukan penelitian ternyata tidak bermanfaat atau bahkan dapat merugikan pasien.

Adapun hal-hal yang tidak bermanfaat pada kala II persalinan berdasarkan EBM adalah

Tabel 1.1.

vidence Based Pada Kala II Persalinan

No	Tindakan yang dilakukan	Sebelum EBM	Setelah EBM
1.	Asuhan sayang ibu	Ibu bersalin dilarang untuk makan dan minum bahkan untuk membersihkan dirinya	Ibu bebas melakukan aktifitas apapun yang mereka sukai
2.	Pengaturan posisi persalinan	Ibu hanya boleh bersalin dengan posisi telentang	Ibu bebas untuk memilih posisi yang mereka inginkan
3.	Menahan nafas saat mengeran	Ibu harus menahan nafas pada saat mengeran	Ibu boleh bernafas seperti biasa pada saat mengeran
4.	Tindakan episiotomi	Bidan rutin melakukan episiotomy pada persalinan	Hanya dilakukan pada saat tertentu saja

Semua tindakan tersebut diatas telah dilakukan penelitian sehingga dapat di kategorikan aman jika dilakukan pada saat ibu bersalin. Adapun hasil penelitian yang diperoleh pada:

- a) Asuhan sayang ibu pada persalinan setiap kala
Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Sehingga saat penting sekali diperhatikan pada saat seorang ibu akan bersalin.

Adapun asuhan sayang ibu berdasarkan EBM yang dapat meningkatkan tingkat kenyamanan seorang ibu bersalin antara lain:

- 1) Ibu tetap di perbolehkan makan dan minum karena berdasarkan EBM diperoleh kesimpulan bahwa:
 - Pada saat bersalin ibu membutuhkan energy yang besar, oleh karenanya jika ibu tidak makan dan minum untuk beberapa waktu atau ibu yang mengalami kekurangan gizi dalam proses persalinan akan cepat mengalami kelelahan fisiologis, dehidrasi dan ketosis yang dapat menyebabkan gawat janin.
 - Ibu bersalin kecil kemungkinan menjalani anastesi umum, jadi tidak ada alasan untuk melarang makan dan minum.
 - Efek mengurangi/mencegah makan dan minum mengakibatkan pembentukan glukosa intravena yang telah dibuktikan dapat berakibat negative terhadap janin dan bayi baru lahir oleh karena itu ibu bersalin.

2) Ibu diperbolehkan untuk memilih siapa pendamping persalinannya.

Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Dimana dengan asuhan sayang ibu ini kita dapat membantu ibu merasakan kenyamanan dan keamanan dalam menghadapi proses persalinan. Salah satu hal yang dapat membantu proses kelancaran persalinan adalah hadirnya seorang pendamping saat proses persalinan ini berlangsung. Karena berdasarkan penelitian keuntungan hadirnya seorang pendamping pada proses persalinan adalah:

- Pendamping persalinan dapat memberikan dukungan baik secara emosional maupun fisik kepada ibu selama proses persalinan.
- Kehadiran suami juga merupakan dukungan moral karena pada saat ini ibu sedang mengalami stress yang sangat berat tapi dengan kehadiran suami ibu dapat merasa sedikit rileks karena merasa ia tidak perlu menghadapi ini semua seorang diri.
- Pendamping persalinan juga dapat ikut terlibat langsung dalam memberikan asuhan misalnya ikut membantu ibu dalam mengubah posisi sesuai dengan tingkat kenyamanannya masing – masing, membantu memberikan makan dan minum.

- Pendamping persalinan juga dapat menjadi sumber pemberi semangat dan dorongan kepada ibu selama proses persalinan sampai dengan kelahiran bayi.
- Dengan adanya pendamping persalinan ibu merasa lebih aman dan nyaman karena merasa lebih diperhatikan oleh orang yang mereka sayangi.
- Ibu yang memperoleh dukungan emosional selama persalinan akan mengalami waktu persalinan yang lebih singkat, intervensi yang lebih sedikit, sehingga hasil persalinan akan lebih baik.

b) Pengaturan posisi persalinan pada persalinan kala II

Pada saat proses persalinan akan berlangsung, ibu biasanya di anjurkan untuk mulai mengatur posisi telentang/litotomi. Tetapi berdasarkan penelitian yang telah dilakukan ternyata posisi telentang ini tidak boleh dilakukan lagi secara rutin pada proses persalinan, hal ini dikarenakan:

- Bahwa posisi telentang pada proses persalinan dapat mengakibatkan berkurangnya aliran darah ibu ke janin.
- Posisi telentang dapat berbahaya bagi ibu dan janin , selain itu posisi telentang juga mengalami kontraksi lebih nyeri, lebih lama, trauma perineum yang lebih besar.
- Posisi telentang/litotomi juga dapat menyebabkan kesulitan penurunan bagian bawah janin.

- Posisi telentang bisa menyebabkan hipotensi karena bobot uterus dan isinya akan menekan aorta, vena kava inferior serta pembuluh-pembuluh lain dalam vena tersebut. Hipotensi ini bisa menyebabkan ibu pingsan dan seterusnya bisa mengarah ke anoreksia janin.
- Posisi litotomi bisa menyebabkan kerusakan pada syaraf di kaki dan dipunggung dan akan ada rasa sakit yang lebih banyak di daerah punggung pada masa post partum (nifas).

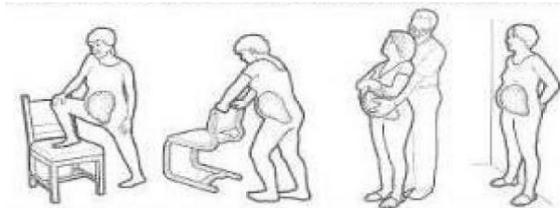
Adapun posisi yang dianjurkan pada proses persalinan antara lain posisi setengah duduk, berbaring miring, berlutut dan merangkak. Hal ini berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Bhardwaj, Kakade dkk 1995, Nikodeinn 1995, dan Gardosi 1989. Karena posisi ini mempunyai kelebihan sebagai berikut:

- Posisi tegak dilaporkan mengalami lebih sedikit rasa tak nyaman dan nyeri.
- Posisi tegak dapat membantu proses persalinan kala II yang lebih singkat.
- Posisi tegak membuat ibu lebih mudah mengeran, peluang lahir spontan lebih besar, dan robekan perineal dan vagina lebih sedikit.
- Pada posisi jongkok berdasarkan bukti radiologis dapat menyebabkan terjadinya peregangan bagian bawah simfisis pubis akibat berat badan sehingga mengakibatkan 28% terjadinya perluasan pintu panggul.
- Posisi tegak dalam persalinan memiliki hasil

persalinan yang lebih baik dan bayi baru lahir memiliki nilai apgar yang lebih baik.

- Posisi berlutut dapat mengurangi rasa sakit, dan membantu bayi dalam mengadakan posisi rotasi yang diharapkan (ubun-ubun kecil depan) dan juga mengurangi keluhan haemoroid.
- Posisi jongkok atau berdiri memudahkan dalam pengosongan kandung kemih. Karena kandung kemih yang penuh akan memperlambat proses penurunan bagian bawah janin.
- Posisi berjalan, berdiri dan bersandar efektif dalam membantu stimulasi kontraksi uterus serta dapat memanfaatkan gaya gravitasi.

Positions for Laboring Out of Bed WALKING, STANDING, AND LEANING



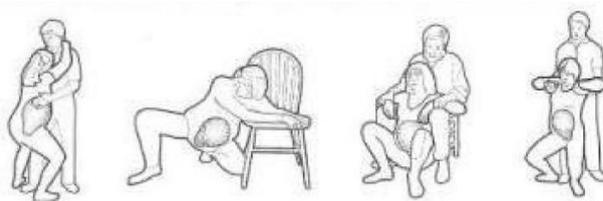
KNEELING



SITTING



SQUATTING



Gambar 1.2

Posisi Melahirkan

- c) Menahan nafas pada saat mengeran
 Pada saat proses persalinan sedang berlangsung bidan sering sekali menganjurkan pasien untuk menahan nafas pada saat akan mengeran dengan alasan agar tenaga ibu untuk mengeluarkan bayi lebih besar sehingga proses pengeluaran bayi pun menjadi lebih cepat. Padahal berdasarkan penelitian tindakan untuk menahan nafas pada saat mengeran ini tidak dianjurkan karena:

- Menafas nafas pada saat mengeran tidak menyebabkan kala II menjadi singkat.
- Ibu yang mengeran dengan menahan nafas cenderung mengeran hanya sebentar.
- Selain itu membiarkan ibu bersalin bernafas dan mengeran pada saat ibu merasakan dorongan akan lebih baik dan lebih singkat.

d) Tindakan episiotomi

Tindakan episiotomi pada proses persalinan sangat rutin dilakukan terutama pada primigravida. Padahal berdasarkan penelitian tindakan rutin ini tidak boleh dilakukan secara rutin pada proses persalinan karena:

- Episiotomi dapat menyebabkan perdarahan karena episiotomy yang dilakukan terlalu dini, yaitu pada saat kepala janin belum menekan perineum akan mengakibatkan perdarahan yang banyak bagi ibu. Ini merupakan “perdarahanyang tidak perlu”.
- Episiotomi dapat enjadi pemacu terjadinya infeksi pada ibu. Karena luka episiotomi dapat enjadi pemicu terjadinya infeksi, apalagi jika status gizi dan kesehatan ibu kurang baik.
- Episiotomi dapat menyebabkan rasa nyeri yang hebat pada ibu.
- Episiotomi dapat menyebabkan laserasi vagina yang dapat meluas menjadi derajat tiga dan empat.
- Luka episiotomi membutuhkan waktu sembuh yang lebih lama.

Karena hal – hal di atas maka tindakan episiotomy tidak diperbolehkan lagi. Tapi ada juga indikasi yang memperbolehkan tindakan episiotomi pada saat persalinan. Antara lain indikasinya adalah:

✓ Bayi berukuran besar

Jika berat janin diperkirakan mencapai 4 kg, maka hal ini dapat menjadi indikasi dilakukannya episiotomy. Tapi asalkan pinggul ibu luas karena jika tidak maka sebaiknya ibu dianjurkan untuk melakukan SC saja untuk menghindari factor resiko yang lainnya.

✓ Perineum sangat kaku

Tidak semua persalinan anak pertama dibarengi dengan perineum yang kaku. Tetapi bila perineum sangat kaku dan proses persalinan berlangsung lama dan sulit maka perlu dilakukan episiotomi.

Ibu yang memperoleh dukungan emosional selama persalinan akan mengalami waktu persalinan yang lebih singkat, intervensi yang lebih sedikit, sehingga hasil persalinan akan lebih baik.

e) Pengaturan posisi persalinan pada persalinan kala II

Pada saat proses persalinan akan berlangsung, ibu biasanya di anjurkan untuk mulai mengatur posisi telentang/litotomi. Tetapi berdasarkan penelitian yang telah dilakukan ternyata posisi telentang ini tidak boleh dilakukan lagi secara rutin pada proses persalinan, hal ini dikarenakan:

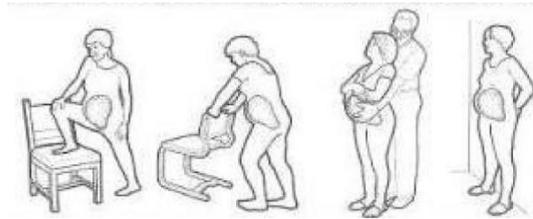
- Bahwa posisi telentang pada proses persalinan dapat mengakibatkan berkurangnya aliran darah ibu ke janin.
- Posisi telentang dapat berbahaya bagi ibu dan janin , selain itu posisi telentang juga mengalami kontraksi lebih nyeri, lebih lama, trauma perineum yang lebih besar.
- Posisi telentang/litotomi juga dapat menyebabkan kesulitan penurunan bagian bawah janin.
- Posisi telentang bisa menyebabkan hipotensi karena bobot uterus dan isinya akan menekan aorta, vena kava inferior serta pembuluh-pembuluh lain dalam vena tersebut. Hipotensi ini bisa menyebabkan ibu pingsan dan seterusnya bisa mengarah ke anoreksia janin.
- Posisi litotomi bisa menyebabkan kerusakan pada syaraf di kaki dan dipunggung dan akan ada rasa sakit yang lebih banyak di daerah punggung pada masa post partum (nifas).

Adapun posisi yang dianjurkan pada proses persalinan antara lain posisi setengah duduk, berbaring miring, berlutut dan merangkak. Hal ini berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Bhardwaj, Kakade alai 1995, Nikodeinn 1995, dan Gardosi 1989. Karenan posisi ini mempunyai kelebihan sebagai berikut:

- Posisi tegak dilaporkan mengalami lebih sedikit rasa tak nyaman dan nyeri.

- Posisi tegak dapat membantu proses persalinan kala II yang lebih seingkat.
- Posisi tegak membuat ibu lebih mudah mengeran, peluang lahir spontan lebih besar, dan robekan perineal dan vagina lebih sedikit.
- Pada posisi jongkok berdasarkan bukti radiologis dapat menyebabkan terjadinya peregangan bagian bawah simfisis pubis akibat berat badan sehingga mengakibatkan 28% terjadinya perluasan pintu panggul.
- Posisi tegak dalam persalinan memiliki hasil persalinan yang lebih baik dan bayi baru lahir memiliki nilai apgar yang lebih baik.
- Posisi berlutut dapat mengurangi rasa sakit, dan membantu bayi dalam mengadakan posisi rotasi yang diharapkan (ubun-ubun kecil depan) dan juga mengurangi keluhan haemoroid.
- Posisi jongkok atau berdiri memudahkan dalam pengosongan kandung kemih. Karena kandung kemih yang penuh akan memperlambat proses penurunan bagian bawah janin.
- Posisi berjalan, berdiri dan bersandar efektif dalam membantu stimulasi kontraksi uterus serta dapat memanfaatkan gaya gravitasi.

**Positions for Laboring Out of Bed WALKING,
STANDING, AND LEANING**



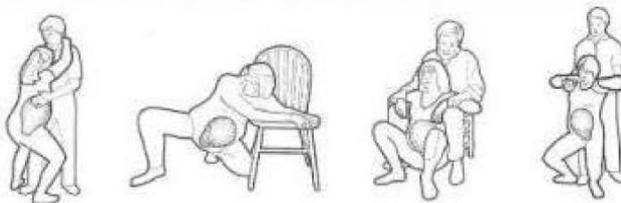
KNEELING



SITTING



SQUATTING



Gambar 1.2

Posisi Melahirkan

- f) Menahan nafas pada saat mengeran
Pada saat proses persalinan sedang berlangsung bidan sering sekali menganjurkan pasien untuk menahan nafas pada saat akan mengeran dengan alasan agar tenaga ibu untuk mengeluarkan bayi lebih besar sehingga proses pengeluaran bayi pun menjadi lebih cepat. Padahal berdasarkan penelitian tindakan untuk menahan nafas pada saat mengeran ini tidak dianjurkan karena:
- Menahan nafas pada saat mengeran tidak menyebabkan kala II menjadi singkat.
 - Ibu yang mengeran dengan menahan nafas cenderung mengeran hanya sebentar.
 - Selain itu membiarkan ibu bersalin bernafas dan mengeran pada saat ibu merasakan dorongan akan lebih baik dan lebih singkat.
- g) Tindakan episiotomi
Tindakan episiotomi pada proses persalinan sangat rutin dilakukan terutama pada primigravida. Padahal berdasarkan penelitian tindakan rutin ini tidak boleh dilakukan secara rutin pada proses persalinan karena:
- Episiotomi dapat menyebabkan perdarahan karena episiotomy yang dilakukan terlalu dini, yaitu pada saat kepala janin belum menekan perineum akan mengakibatkan perdarahan yang banyak bagi ibu. Ini merupakan “perdarahan yang tidak perlu”.
 - Episiotomi dapat menjadi pemacu terjadinya infeksi pada ibu. Karena luka episiotomi

dapat menjadi pemicu terjadinya infeksi, apalagi jika status gizi dan kesehatan ibu kurang baik.

- Episiotomi dapat menyebabkan rasa nyeri yang hebat pada ibu.
- Episiotomi dapat menyebabkan laserasi vagina yang dapat meluas menjadi derajat tiga dan empat.
- Luka episiotomi membutuhkan waktu sembuh yang lebih lama.

Karena hal - hal di atas maka tindakan episiotomy tidak diperbolehkan lagi. Tapi ada juga indikasi yang memperbolehkan tindakan episiotomi pada saat persalinan. Antara lain indikasinya adalah:

- ✓ Bayi berukuran besar
Jika berat janin diperkirakan mencapai 4 kg, maka hal ini dapat menjadi indikasi dilakukannya episiotomy. Tapi asalkan pinggul ibu luas karena jika tidak maka sebaiknya ibu dianjurkan untuk melakukan SC saja untuk menghindari faktor resiko yang lainnya.
- ✓ Perineum sangat kaku
Tidak semua persalinan anak pertama dibarengi dengan perineum yang kaku. Tetapi bila perineum sangat kaku dan proses persalinan berlangsung lama dan sulit maka perlu dilakukan episiotomi.

2.6 Asuhan Sayang Ibu

1. Kala I

Kala I adalah suatu kala dimana dimulai dari timbulnya his sampai pembukaan lengkap. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah:

- a. Memberikan dukungan emosional.
- b. Pendampingan anggota keluarga selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya.
- c. Peran aktif anggota keluarga selama persalinan dengan cara:
 - (a) Mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati dan memuji ibu.
 - (b) Membantu ibu bernafas dengan benar saat kontraksi.
 - (c) Melakukan massage pada tubuh ibu dengan lembut.
 - (d) Menyeka wajah ibu dengan lembut menggunakan kain.
 - (e) Menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa aman.
- d. Mengatur posisi ibu sehingga terasa nyaman.
- e. Memberikan cairan nutrisi dan hidrasi – memberikan kecukupan energi dan mencegah dehidrasi. Oleh karena dehidrasi menyebabkan kontraksi tidak teratur dan kurang efektif.
- f. Memberikan keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur dan spontan – Kandung kemih penuh menyebabkan gangguan kemajuan persalinan dan menghambat turunnya kepala; menyebabkan ibu tidak nyaman; meningkatkan resiko perdarahan pasca persalinan; mengganggu penatalaksanaan distosia bahu; meningkatkan resiko infeksi saluran kemih pasca persalinan.

- g. Pencegahan infeksi – Tujuan dari pencegahan infeksi adalah untuk mewujudkan persalinan yang bersih dan aman bagi ibu dan bayi; menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi baru lahir.

2. Kala II

Kala II adalah kala dimana dimulai dari pembukaan lengkap serviks sampai keluarnya bayi. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah:

- a. Pendampingan ibu selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya oleh suami dan anggota keluarga yang lain.
- b. Keterlibatan anggota keluarga dalam memberikan asuhan antara lain:
 - (a) Membantu ibu untuk berganti posisi.
 - (b) Melakukan rangsangan taktil.
 - (c) Memberikan makan dan minuman.
 - (d) Menjadi teman bicara/pendengar yang baik.
 - (e) Memberikan dukungan dan semangat selama persalinan sampai kelahiran bayinya.
- c. Keterlibatan penolong persalinan selama proses persalinan & kelahiran – dengan:
 - (a) Memberikan dukungan dan semangat kepada ibu dan keluarga.
 - (b) Menjelaskan tahapan dan kemajuan persalinan.
 - (c) Melakukan pendampingan selama proses persalinan dan kelahiran.
- d. Membuat hati ibu merasa tenteram selama kala II persalinan – dengan cara memberikan bimbingan dan menawarkan bantuan kepada ibu.

- e. Menganjurkan ibu meneran bila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran dengan cara memberikan kesempatan istirahat sewaktu tidak ada his.
- f. Mencukupi asupan makan dan minum selama kala II.
- g. Memberikan rasa aman dan nyaman dengan cara:
 - (a) Mengurangi perasaan tegang.
 - (b) Membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi.
 - (c) Memberikan penjelasan tentang cara dan tujuan setiap tindakan penolong.
 - (d) Menjawab pertanyaan ibu.
 - (e) Menjelaskan apa yang dialami ibu dan bayinya.
 - (f) Memberitahu hasil pemeriksaan.
- h. Pencegahan infeksi pada kala II dengan membersihkan vulva dan perineum ibu.
- i. Membantu ibu mengosongkan kandung kemih secara spontan.



Gambar 1.4

Kehadiran Pendamping Persalinan

3. Kala III

Kala III adalah kala dimana dimulai dari keluarnya bayi sampai plasenta lahir. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah:

- a. Memberikan kesempatan kepada ibu untuk memeluk bayinya dan menyusui segera.
- b. Memberitahu setiap tindakan yang akan dilakukan.
- c. Pencegahan infeksi pada kala III.
- d. Memantau keadaan ibu (tanda vital, kontraksi, perdarahan).
- e. Melakukan kolaborasi/rujukan bila terjadi kegawatdaruratan.
- f. Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi.
- g. Memberikan motivasi dan pendampingan selama kala III.

4. Kala IV

Kala IV adalah kala dimana 1-2 jam setelah lahirnya plasenta. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah:

- a. Memastikan tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan dalam keadaan normal.
- b. Membantu ibu untuk berkemih.
- c. Mengajarkan ibu dan keluarganya tentang cara menilai kontraksi dan melakukan massase uterus.
- d. Menyelesaikan asuhan awal bagi bayi baru lahir.
- e. Mengajarkan ibu dan keluarganya ttg tanda-tanda bahaya post partum seperti perdarahan, demam, bau busuk dari vagina, pusing, lemas, penyulit dalam menyusuibayinya dan terjadi kontraksi hebat.
- f. Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi.
- g. Pendampingan pada ibu selama kala IV.
- h. Nutrisi dan dukungan emosional.

E. Soal Latihan

Latihan diberikan kepada setiap mahasiswa sesuai materi pada Bab I secara terstruktur dan sistematis pada akhir pertemuan sehingga mahasiswa memiliki penguasaan yang baik terhadap Bab tentang konsep dasar persalinan normal ini. Adapun soal yang digunakan untuk latihan adalah sebagai berikut:

1. Jelaskan yang dimaksud dengan persalinan

normal

2. Jelaskan tentang tanda dan gejala persalinan normal
3. Jelaskan tahapan persalinan normal dan mekanisme persalinan normal
4. Jelaskan tentang faktor yang memengaruhi persalinan normal
5. Sebutkan evidence based midwifery dalam persalinan normal
6. Jelaskan asuhan sayang ibu dalam proses persalinan normal

Referensi

1. Asrinah. (2010). Konsep Kebidanan. Graha Ilmu.
2. Bagus, I. M. G. (2010). Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan Dan Keluarga Berencana KB : Untuk Pendidikan Bidan. EGC.
3. Basuki, K. (2019). ISSN 2502-3632 (Online) ISSN 2356-0304 (Paper) Jurnal Online Internasional & Nasional Vol. 7 No.1, Januari – Juni 2019 Universitas 17 Agustus 1945 Jakarta, 53(9), 1689–1699. www.journal.uta45jakarta.ac.id
4. Dewi. (2011). Asuhan Kehamilan Untuk Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika.
5. Fahlevi, R. (2016). Ketika Kehamilan Sudah Melewati Tanggal Taksiran Persalinan.
6. Fallis, A. . (2016). BAB II TINJAUAN PUSTAKA Antimikroba. Journal of Chemical Information and Modeling, 53(9), 1689–1699.
7. Fatmawati, L., St, S., & Kes, M. (2020). Bayi Baru Lahir. Fisioterapi, P., Kasus, P., Ais, S. C. I., & Th, A. N. L. (2019). Tahun 2019. 2019.
8. Ginarsih, Y., & Jeniawaty, S. (2017). Hubungan Penatalaksanaan Manajemen Aktif Kala III Dengan Kejadian Hemorrhagic Post Partum (HPP) Primer Pada Ibu Nifas. Jurnal Elektronik, VII(November), 279–284.
9. Hakim, L. N. (2013). Ulasan Metodologi Kualitatif: Wawancara Terhadap Elit. Aspirasi, 4(2), 165–172. <https://jurnal.dpr.go.id/index.php/aspirasi/article/view/501>
10. Handayani, S. R. (2017). Bahan Ajar Kebidanan DOKumentasi Kebidanan. BPSDM.
11. Hendarwan, H. (2018). Kualitas Pelayanan Pemeriksaan Antenatal oleh Bidan di Puskesmas. Buletin Penelitian Kesehatan, 46(2), 97–108. <https://doi.org/10.22435/bpk.v46i2.307>

BAB 3

KONSEP KEBUTUHAN IBU BERSALIN



A. Deskripsi Bab

Bab ini memberikan bekal kepada mahasiswa untuk dapat menguasai materi konsep kebutuhan ibu bersalin dan peran bidan dalam kebijakan maupun program asuhan kebidanan untuk kebutuhan ibu saat bersalin

B. Tujuan atau Sasaran Pembelajaran

Pada akhir pembelajaran, mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan Kebutuhan fisik ibu bersalin (eliminasi, nutrisi, cairan, personalhygiene, mobilisasi, dan mekanik).
2. Menjelaskan Patient safety pada persalinan.
3. Menjelaskan Kebutuhan psikologi ibu bersalin (keluarga, bidan, suami).
4. Menjelaskan Persiapan-persiapan persalinan.
5. Menjelaskan Asuhan persalinan mengenai pengurangan rasa nyeri.

C. Kompetensi Khusus

Kompetensi khusus yang diharapkan dapat dicapai oleh mahasiswa adalah memahami tentang konsep konsep kebutuhan ibu bersalin dan peran bidan dalam kebijakan maupun program asuhan kebidanan untuk kebutuhan ibu saat bersalin

D. Materi

3.1 Kebutuhan Fisik Ibu Bersalin

1. Kebutuhan Nutrisi dan Cairan

World Health Organization (WHO) merekomendasikan bahwa dikarenakan kebutuhan energi yang begitu besar pada Ibu melahirkan dan untuk memastikan kesejahteraan ibu dan anak, tenaga kesehatan tidak boleh menghalangi keinginan Ibu yang melahirkan untuk makan atau minum selama persalinan (William L, and Wilkins, 2010).

Persatuan dokter kandungan dan ginekologi Kanada merekomendasikan kepada tenaga kesehatan untuk menawarkan Ibu bersalin diet makanan ringan dan cairan selama persalinan (Persatuan dokter kandungan dan ginekologi dalam William L, and Wilkins, 2010).

2. Makanan yang Dianjurkan Selama Persalinan

Makanan yang disarankan dikonsumsi pada kelompok Ibu yang makan saat persalinan adalah roti, biskuit, sayuran dan buah-buahan, yogurt rendah lemak, sup, minuman isotonik dan jus buah-buahan (O'Sullivan et al, 2009). Menurut Elias (2009) Nutrisi dan hidrasi sangat penting selama proses persalinan untuk memastikan kecukupan energi dan mempertahankan keseimbangan normal cairan dan elektrolit bagi Ibu dan bayi. Cairan isotonik dan makanan ringan yang mempermudah pengosongan lambung cocok untuk awal persalinan.

Jenis makanan dan cairan yang dianjurkan dikonsumsi pada Ibu bersalin adalah sebagai berikut (Champion dalam Elias, 2009).

Apa saja yang harus diperhatikan jika Ibu ingin makan selama proses persalinan.

- a. Makan dalam porsi kecil atau mengemil setiap jam sekali saat ibu masih dalam tahap awal persalinan (KALA 1). Ibu disarankan makan beberapa kali dalam porsi kecil karena lebih mudah dicerna daripada hanya makan satu kali tapi porsi besar.
- b. Pilih makanan yang mudah dicerna, seperti crackers, agar-agar, atau sup. Saat persalinan proses pencernaan jadi lebih lambat sehingga ibu perlu menghindari makanan yang butuh waktu lama untuk dicerna.
- c. Selain mudah dicerna, pilih makanan yang berenergi. Buah, sup dan madu memberikan energi cepat. Untuk menyimpan cadangan energi, ibu bisa pilih gandum atau pasta.
- d. Hindari makanan yang banyak mengandung lemak, goreng-gorengan atau makananyang menimbulkan gas.

Makanan yang dianjurkan:

1. Roti atau roti panggang (rendah serat) yang rendah lemak baik diberi selai ataupun madu.
2. Sarapan sereal rendah serat dengan rendah susu.
3. Nasi tim.
4. Biskuit
5. Yogurt rendah lemak.
6. Buah segar atau buah kaleng.

Minuman:

Selama proses persalinan jaga tubuh agar tidak kekurangan cairan. Dehidrasi bisa mengakibatkan ibu menjadi lemah, tidak berenergi dan bisa memperlambat persalinan. Pilihan minumannya adalah:

1. Minuman yogurt rendah lemak.
2. Kaldu jernih.
3. Air mineral.
4. Minuman isotonik, mudah diserap dan memberikan energi yang dibutuhkan saat persalinan. Atau, Ibu bisa membuat sendiri dengan mencampurkan air putih dengan sedikit perasan lemon.
5. Jus buah atau smoothie buah, campurkan dengan yogurt atau pisang ke dalam smoothie untuk menambah energi.
6. Hindari minuman bersoda karena bisa membuat Ibu mual.

Ibu melahirkan harus dimotivasi untuk minum sesuai kebutuhan atau tingkat kehausannya. Jika asupan cairan Ibu tidak adekuat atau mengalami muntah, dia akan menjadi dehidrasi, terutama ketika melahirkan menjadikannya banyak berkeringat (Micklewright & Champion, 2002 dalam Thorpe et al, 2009). Salah satu gejala dehidrasi adalah kelelahan dan itu dapat mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan bagi Ibu untuk lebih termotivasi dan aktif selama persalinan. Jika Ibu dapat mengikuti kecenderungannya untuk minum, maka mereka tidak mungkin mengalami dehidrasi (McCormick, 2003 dalam Thorpe et al, 2009).

Pembatasan makan dan minum pada Ibu melahirkan memberikan rasa ketidaknyaman pada Ibu. Selain itu, kondisi gizi buruk berpengaruh terhadap lama persalinan dan tingkat kesakitan yang diakibatkannya, dan puasa tidak menjamin perut kosong atau berkurang keasamannya. Lima penelitian yang melibatkan 3130 Ibu bersalin. Pertama penelitian membandingkan Ibu dengan

pembatasan makan dan minum dengan Ibu yang diberi kebebasan makan dan minum. Kedua penelitian membandingkan antara Ibu yang hanya minum dengan Ibu yang makan dan minum tertentu. Dua penelitian lagi membandingkan Ibu yang hanya minum air mineral dengan minuman karbohidrat. Hasil penelitian menunjukkan tidak adanya kerugian atau dampak terhadap persalinan pada Ibu yang diberi kebebasan makan dan minum. Dengan demikian, Ibu melahirkan diberikan kebebasan untuk makan dan minum sesuai yang mereka kehendaki (Singata et al, 2009).

Pemenuhan kebutuhan eliminasi selama persalinan perlu difasilitasi oleh bidan, untuk membantu kemajuan persalinan dan meningkatkan kenyamanan pasien. Anjurkan ibu untuk berkemih secara spontan sesering mungkin atau minimal setiap 2 jam sekali selama persalinan. Kandung kemih yang penuh, dapat mengakibatkan:

1. Menghambat proses penurunan bagian terendah janin ke dalam rongga panggul, terutama apabila berada di atas spina isciadika
2. Menurunkan efisiensi kontraksi uterus/his
3. Meningkatkan rasa tidak nyaman yang tidak dikenali ibu karena bersama dengan munculnya kontraksi uterus
4. Meneteskan urin selama kontraksi yang kuat pada kala II
5. Memperlambat kelahiran plasenta
6. Mencetuskan perdarahan pasca persalinan, karena kandung kemih yang penuh menghambat kontraksi uterus.

Apabila masih memungkinkan, anjurkan ibu untuk berkemih di kamar mandi, namun apabila sudah tidak memungkinkan, bidan dapat membantu ibu untuk berkemih dengan wadah penampung urin. Bidan tidak dianjurkan untuk melakukan kateterisasi kandung kemih secara rutin sebelum ataupun setelah kelahiran bayi dan placenta. Kateterisasi kandung kemih hanya dilakukan apabila terjadi retensi urin, dan ibu tidak mampu untuk berkemih secara mandiri. Kateterisasi akan meningkatkan resiko infeksi dan trauma atau perlukaan pada saluran kemih ibu. Sebelum memasuki proses

persalinan, sebaiknya pastikan bahwa ibu sudah BAB. Rektum yang penuh dapat mengganggu dalam proses kelahiran janin. Namun apabila pada kala I fase aktif ibu mengatakan ingin BAB, bidan harus memastikan kemungkinan adanya tanda dan gejala kala II. Apabila diperlukan sesuai indikasi, dapat dilakukan lavement pada saat ibu masih berada pada kala I fase latent.



Gambar 2.1

Kebutuhan Nutrisi Ibu Bersalin dengan Menu Seimbang

3. Kebutuhan Hygiene (Kebersihan Personal)

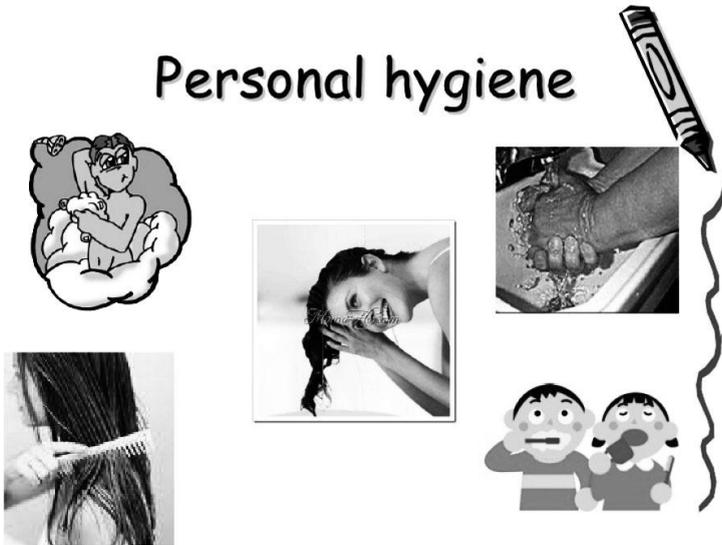
Kebutuhan hygiene (kebersihan) ibu bersalin perlu diperhatikan bidan dalam memberikan asuhan pada ibu bersalin, karena personal hygiene yang baik dapat membuat ibu merasa aman dan relax, mengurangi kelelahan, mencegah infeksi, mencegah gangguan sirkulasi darah, mempertahankan integritas pada jaringan dan memelihara kesejahteraan fisik dan psikis. Tindakan personal hygiene pada ibu bersalin yang dapat dilakukan bidan diantaranya: membersihkan daerah genitalia (vulva-vagina, anus), dan memfasilitasi ibu untuk menjaga kebersihan badan dengan mandi.

Mandi pada saat persalinan tidak dilarang. Pada sebagian budaya, mandi sebelum proses kelahiran bayi merupakan suatu hal yang harus dilakukan untuk mensucikan badan, karena proses kelahiran bayi merupakan suatu proses yang suci dan mengandung

makna spiritual yang dalam. Secara ilmiah, selain dapat membersihkan seluruh bagian tubuh, mandi juga dapat meningkatkan sirkulasi darah, sehingga meningkatkan kenyamanan pada ibu, dan dapat mengurangi rasa sakit. Selama proses persalinan apabila memungkinkan ibu dapat diijinkan mandi di kamar mandi dengan pengawasandari bidan.

Pada kala I fase aktif, dimana terjadi peningkatan *bloodyshow* dan ibu sudah tidak mampu untuk mobilisasi, maka bidan harus membantu ibu untuk menjaga kebersihan genetaliaanya untuk menghindari terjadinya infeksi intrapartum dan untuk meningkatkan kenyamanan ibu bersalin. Membersihkan daerah genetalia dapat dilakukan dengan melakukan vulva hygiene menggunakan kapas bersih yang telah dibasahi dengan air Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT), hindari penggunaan air yang bercampur antiseptik maupun lissol. Bersihkan dari atas (vestibulum), ke bawah (arah anus). Tindakan ini dilakukan apabila diperlukan, misal setelah ibu BAK, setelah ibu BAB, maupun setelah ketuban pecah spontan.

Personal hygiene



Gambar 2.2

Personal Hygiene Ibu Bersalin

Pada kala II dan kala III, untuk membantu menjaga kebersihan diri ibu bersalin, maka ibu dapat diberikan alas bersalin (*under pad*) yang dapat menyerap cairan tubuh (lendir darah, darah, air ketuban) dengan baik. Apabila saat mengejan diikuti dengan faeses, maka bidan harus segera membersihkannya, dan meletakkannya di wadah yang seharusnya. Sebaiknya hindari menutupi bagian tinja dengan tisu atau kapas ataupun melipat *undarpad*.

Pada kala IV setelah janin dan placenta dilahirkan, selama 2 jam observasi, maka pastikan keadaan ibu sudah bersih. Ibu dapat dimandikan atau dibersihkan di atas tempat tidur. Pastikan bahwa ibu sudah

mengenakan pakaian bersih dan penampung darah (pembalut bersalin, underpad) dengan baik. Hindari menggunakan pot kala, karena hal ini mengakibatkan ketidaknyamanan pada ibu bersalin. Untuk memudahkan bidan dalam melakukan observasi, maka celana dalam sebaiknya tidak digunakan terlebih dahulu, pembalut ataupun underpad dapat dilipat disela-sela paha

4. Kebutuhan Istirahat

Selama proses persalinan berlangsung, kebutuhan istirahat pada ibu bersalin tetap harus dipenuhi. Istirahat selama proses persalinan (kala I, II, III maupun IV) yang dimaksud adalah bidan memberikan kesempatan pada ibu untuk mencoba relax tanpa adanya tekanan emosional dan fisik. Hal ini dilakukan selama tidak ada his (disela- sela his). Ibu bisa berhenti sejenak untuk melepas rasa sakit akibat his, makan atau minum, atau melakukan hal menyenangkan yang lain untuk melepas lelah, atau apabila memungkinkan ibu dapat tidur. Namun pada kala II, sebaiknya ibu diusahakan untuk tidak mengantuk.

Setelah proses persalinan selesai (pada kala IV), sambil melakukan observasi, bidan dapat mengizinkan ibu untuk tidur apabila sangat kelelahan. Namun sebagai bidan, memotivasi ibu untuk memberikan ASI dini harus tetap dilakukan. Istirahat yang cukup setelah proses persalinan dapat membantu ibu untuk memulihkan fungsi alat-alat reproduksi dan meminimalisasi trauma pada saat persalinan.

5. Posisi dan Ambulasi

Posisi persalinan yang akan dibahas adalah posisi persalinan pada kala I dan posisi meneran pada kala II. Ambulasi yang dimaksud adalah mobilisasi ibu yang dilakukan pada kala I. Persalinan merupakan suatu peristiwa fisiologis tanpa disadari dan terus berlangsung/progresif. Bidan dapat membantu ibu agar tetap tenang dan rileks, maka bidan sebaiknya tidak mengatur posisi persalinan dan posisi meneran ibu. Bidan harus memfasilitasi ibu dalam memilih sendiri posisi persalinan dan posisi meneran, serta menjelaskan alternatif-alternatif posisi persalinan dan posisi meneran bila posisi yang dipilih ibu tidak efektif.

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

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menentukan posisi melahirkan:

1. Klien/ibu bebas memilih, hal ini dapat meningkatkan kepuasan, menimbulkan perasaan sejahtera secara emosional, dan ibu dapat mengendalikan persalinannya secara alamiah.
2. Peran bidan adalah membantu/memfasilitasi ibu agar merasa nyaman.

3. Secara umum, pilihan posisi melahirkan secara alami/naluri bukanlah posisi berbaring.
4. Sejarah: posisi berbaring diciptakan agar penolong lebih nyaman dalam bekerja. Sedangkan posisi tegak, merupakan cara yang umum digunakan dari sejarah penciptaan manusia sampai abad ke-18.

Pada awal persalinan, sambil menunggu pembukaan lengkap, ibu masih diperbolehkan untuk melakukan mobilisasi/aktivitas. Hal ini tentunya disesuaikan dengan kesanggupan ibu. Mobilisasi yang tepat dapat membantu dalam meningkatkan kemajuan persalinan, dapat juga mengurangi rasa jenuh dan kecemasan yang dihadapi ibu menjelang kelahiran janin.

Pada kala I, posisi persalinan dimaksudkan untuk membantu mengurangi rasa sakit akibat his dan membantu dalam meningkatkan kemajuan persalinan (penipisan cerviks, pembukaan cerviks dan penurunan bagian terendah). Ibu dapat mencoba berbagai posisi yang nyaman dan aman. Peran suami/anggota keluarga sangat bermakna, karena perubahan posisi yang aman dan nyaman selama persalinan dan kelahiran tidak bisa dilakukan sendiri oleh bidan. Pada kala I ini, ibu diperbolehkan untuk berjalan, berdiri, posisi berdansa, duduk, berbaring miring ataupun merangkak. Hindari posisi jongkok, ataupun dorsal recumbent maupun lithotomi, hal ini akan merangsang kekuatan meneran. Posisi terlentang selama persalinan (kala I dan II) juga

sebaiknya dihindari, sebab saat ibu berbaring telentang maka berat uterus, janin, cairan ketuban, dan placenta akan menekan vena cava inferior. Penekanan ini akan menyebabkan turunnya suply oksigen utero-placenta. Hal ini akan menyebabkan hipoksia. Posisi telentang juga dapat menghambat kemajuan persalinan.

Macam-macam posisi meneran diantaranya:

1. Duduk atau setengah duduk, posisi ini memudahkan bidan dalam membantu kelahiran kepala janin dan memperhatikan keadaan perineum.
2. Merangkak, posisi merangkak sangat cocok untuk persalinan dengan rasa sakit pada punggung, mempermudah janin dalam melakukan rotasi serta peregangan pada perineum berkurang.
3. Jongkok atau berdiri, posisi jongkok atau berdiri memudahkan penurunan kepala janin, memperluas panggul sebesar 28% lebih besar pada pintu bawah panggul, dan memperkuat dorongan meneran. Namun posisi ini beresiko memperbesar terjadinya laserasi (perlukaan) jalan lahir.
4. Berbaring miring, posisi berbaring miring dapat mengurangi penekanan pada vena cava inferior, sehingga dapat mengurangi kemungkinan terjadinya hipoksia janin karena suply oksigen tidak terganggu, dapat memberi suasana rileks bagi ibu yang mengalami kecapekan, dan dapat mencegah terjadinya robekan jalan lahir.

5. Hindari posisi telentang (*dorsal recumbent*), posisi ini dapat mengakibatkan: hipotensi (beresiko terjadinya syok dan berkurangnya supply oksigen dalam sirkulasi uteroplacenter, sehingga mengakibatkan hipoksia bagi janin), rasa nyeri yang bertambah, kemajuan persalinan bertambah lama, ibu mengalami gangguan untuk bernafas, buang air kecil terganggu, mobilisasi ibu kurang bebas, ibu kurang semangat, dan dapat mengakibatkan kerusakan pada syaraf kaki dan punggung.

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

Adapun keuntungan dari posisi tegak lurus adalah:

1. Kekuatan daya tarik, meningkatkan efektivitas kontraksi dan tekanan pada leher rahim dan mengurangi lamanya proses persalinan.

Pada Kala 1

- 1) Kontraksi, dengan berdiri uterus terangkat berdiri pada sumbu aksis pintu masuk panggul dan kepala mendorong cerviks, sehingga intensitas kontraksi meningkat.
- 2) Pada posisi tegak tidak ada hambatan dari gerakan uterus.
- 3) Sedangkan pada posisi berbaring, otot uterus lebih banyak bekerja dan proses persalinan

berlangsung lebih lama.

Pada Kala 2

- 1) Posisi tegak lurus mengakibatkan kepala menekan dengan kekuatan yang lebih besar, sehingga keinginan untuk mendorong lebih kuat dan mempersingkat kala 2.
 - 2) Posisi tegak lurus dengan berjongkok, mengakibatkan lebih banyak ruang disekitar otot dasar panggul untuk menarik syaraf penerima dasar panggul yang ditekan, sehingga kadar oksitosin meningkat.
 - 3) Posisi tegak lurus pada kala 2 dapat mendorong janin sesuai dengan anatomi dasar panggul, sehingga mengurangi hambatan dalam meneran.
 - 4) Sedangkan pada posisi berbaring, leher rahim menekuk ke atas, sehingga meningkatkan hambatan dalam meneran.
2. Meningkatkan dimensi panggul
- 1) Perubahan hormone kehamilan, menjadikan struktur panggul dinamis/fleksibel.
 - 2) Pergantian posisi, meningkatkan derajat mobilitas panggul.
 - 3) Posisi jongkok, sudut arkus pubis melebar mengakibatkan pintu atas panggul sedikit melebar, sehingga memudahkan rotasi kepala janin.
 - 4) Sendi sakroiliaka, meningkatkan fleksibilitas sacrum (bergerak ke belakang).
 - 5) Pintu bawah panggul menjadi lentur maksimum.

- 6) Pada posisi tegak, sacrum bergerak ke depan mengakibatkan tulang ekor tertarik ke belakang.
 - 7) Sedangkan pada posisi berbaring, tulang ekor tidak bergerak ke belakang tetapi ke depan (tekanan yang berlawanan).
3. Gambaran jantung janin abnormal lebih sedikit dengan kecilnya tekanan pada pembuluh vena cava inferior
- 1) Pada posisi berbaring, berat uterus/cairan amnion/janin mengakibatkan adanya tekanan pada vena cava inferior, dan dapat menurunkan tekanan darah ibu. Serta perbaikan aliran darah berkurang setelah adanya kontraksi.
 - 2) Pada posisi tegak, aliran darah tidak terganggu, sehingga aliran oksigen ke janin lebih baik.
4. Kesejahteraan secara psikologis
- 1) Pada posisi berbaring, ibu/klien menjadi lebih pasif dan menjadi kurang kooperatif, ibu lebih banyak mengeluarkan tenaga pada posisi ini.
 - 2) Pada posisi tegak, ibu/klien secara fisik menjadi lebih aktif, meneran lebih alami, menjadi lebih fleksibel untuk segera dilakukan '*bounding*' (setelah bayilahir dapat langsung dilihat, dipegang ibu, dan disusui).

Beberapa kerugian yang mungkin ditimbulkan dari persalinan dengan posisi tegak, diantaranya adalah:

1. Meningkatkan kehilangan darah
 - 1) Gaya gravitasi mengakibatkan keluarnya darah sekaligus dari jalan lahir setelah kelahiran janin, dan kontraksi meningkat sehingga placenta segera lahir.
 - 2) Meningkatkan terjadinya odema vulva, dapat dicegah dengan mengganti-gantiposisi.
2. Meningkatkan terjadinya perlukaan/laserasi pada jalan lahir
 - 1) Odema vulva, dapat dicegah dengan mengganti posisi (darah mengalir ke bagian tubuh yang lebih rendah).
 - 2) Luka kecil pada labia meningkat, tetapi luka akan cepat sembuh.
 - 3) Berat janin mendorong ke arah simfisis, mengakibatkan tekanan pada perineum meningkat, sehingga resiko rupture perineum meningkat.

Untuk memudahkan proses kelahiran bayi pada kala II, maka ibu dianjurkan untuk meneran dengan benar, yaitu:

1. Mengajarkan ibu untuk meneran sesuai dorongan alamiah selama kontraksi berlangsung.
2. Hindari menahan nafas pada saat meneran. Menahan nafas saat meneran mengakibatkan supply oksigen berkurang.
3. Mengajarkan ibu untuk berhenti meneran dan istirahat saat tidak ada kontraksi/his
4. Apabila ibu memilih meneran dengan posisi berbaring miring atau setengah duduk, maka

menarik lutut ke arah dada dan menempelkan dagu ke dada akan memudahkan proses meneran

5. Menganjurkan ibu untuk tidak menggerakkan anggota tubuhnya (terutama pantat) saat meneran. Hal ini bertujuan agar ibu fokus pada proses ekspulsi janin.
6. Bidan sangat tidak dianjurkan untuk melakukan dorongan pada fundus untuk membantu kelahiran janin, karena dorongan pada fundus dapat meningkatkan distosia bahu dan ruptur uteri.

3.2 Patient Safety pada Persalinan

1. Pelajari Proses Persalinan

Seperti jaman bersekolah, belajar untuk menghadapi ujian adalah hal yang penting untuk menuntun kemudahan mengerjakan ujian tersebut. Persiapan melahirkan normal terutama yang harus dilakukan para ibu adalah mempelajari proses persalinan yang akan Anda lewati. Mungkin banyak ibu-ibu yang justru menghindari mempelajari hal ini karena takut menjadi gentar melakukan persalinan secara normal. Namun dokter kandungan mengatakan ibu yang mengerti mengenai proses persalinan biasanya akan lebih aktif dalam proses melahirkan dan akan memberi hasil akhir yang lebih memuaskan. Mengambil kelas untuk ibu melahirkan atau membaca buku panduan mengenai proses persalinan merupakan langkah konkrit yang dapat Anda lakukan.

2. Pilihlah Dokter Kandungan dan Dokter Anak yang Cocok dengan Anda

Mengingat pilihan Anda untuk melahirkan secara normal, memilih tenaga kesehatan yang proaktif dengan pilihan Anda merupakan persiapan melahirkan normal yang penting. Ketika Anda melahirkan, dokter pendamping persalinan Anda akan berperan sebagai orang yang memimpin persalinan, sehingga pilihlah dokter yang dapat bekerjasama dengan Anda. Pilihlah tenaga kesehatan dimana Anda nyaman bersamanya. Selain itu, Anda juga dapat mulai memilih dokter anak yang akan memeriksa atau merawat anak Anda setelah persalinan.

3. Bergurulah dengan Ibu yang Telah Melalui Masa Persalinan

Pengalaman adalah guru yang terbaik. Bagi Anda yang belum pernah melahirkan tentunya belum memiliki pengalaman yang dapat Anda jadikan panduan. Maka, mempelajari pengalaman orang lain merupakan persiapan melahirkan normal yang penting. Selain menjadi panduan dalam proses melahirkan, ibu yang berpengalaman juga dapat membantu Anda dalam mendiskusikan masa setelah melahirkan seperti cara merawat bayi, stressnya menghadapi keadaan baru dan cara menyusui. Pastikan Anda memilih ibuyang jujur dan tidak banyak mengeluh atau melebih-lebihkan pengalamannya.

4. Persiapkan Tubuh

Proses melahirkan perlu persiapan, baik yang Caesar maupun yang normal. Maka persiapan melahirkan normal yang tak kalah penting adalah menjaga kesehatan tubuh Anda. Makanlah makanan yang bergizi dan seimbang serta jangan kurang tidur. Menjaga kebersihan tubuh, organ intim dan kebersihan makanan merupakan hal yang tidak dapat Anda sepelekan menjelang proses persalinan.

3.3 Kebutuhan Psikologi Ibu Bersalin (Keluarga, Bidan, Suami)

Secara umum

1. Kebutuhan Rasa Aman

Disebut juga dengan “safety needs”. Rasa aman dalam bentuk lingkungan psikologis yaitu terbebas dari gangguan dan ancaman serta permasalahan yang dapat mengganggu ketenangan hidup seseorang.

2. Kebutuhan akan Rasa Cinta dan memiliki atau Kebutuhan Sosial

Disebut juga dengan “love and belonging next needs”. Pemenuhan kebutuhan ini cenderung pada terciptanya hubungan social yang harmonis dan kepemilikan.

3. Kebutuhan Harga diri

Disebut juga dengan “self esteem needs”. Setiap manusia membutuhkan pengakuan secara layak atas keberadaannya bagi orang lain. Hak dan martabatnya sebagai manusia tidak dilecehkan

oleh orang lain, bilamana terjadi pelecehan harga diri maka setiap orang akan marah atau tersinggung.

4. Kebutuhan Aktualisasi Diri

Disebut juga “self actualization needs”. Setiap orang memiliki potensi dan itu perlu pengembangan dan pengaktualisasian. Orang akan menjadi puas dan bahagia bilamana dapat mewujudkan peran dan tanggungjawab dengan baik.

1. Dari bidan

Dukungan Bidan

- 1) Memanggil ibu sesuai namanya, menghargai dan memperlakukannya dengan baik.
- 2) Menjelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarganya.
- 3) Mengajurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.
- 4) Mendengarkan dan menanggapi pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
- 5) Mengatur posisi yang nyaman bagi ibu
- 6) Pendampingan anggota keluarga selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya.
- 7) Menghargai keinginan ibu untuk memilih pendamping selama persalinan.
- 8) Penjelasan mengenai proses/kemajuan/prosedur yang akan dilakukan
- 9) Mengajarkan suami dan anggota keluarga mengenai cara memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya seperti:

- a) Mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati dan memuji ibu.
- b) Melakukan massage pada tubuh ibu dengan lembut.
- c) Menyeka wajah ibu dengan lembut menggunakan kain.
- d) Menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa aman.

2. Dari Suami dan Keluarga

Salah satu yang dapat mempengaruhi psikis ibu adalah dukungan dari suami atau keluarga. Dukungan minimal berupa sentuhan dan kata-kata pujian yang membuat nyaman serta memberi penguatan pada saat proses menuju persalinan berlangsung hasilnya akan mengurangi durasi kelahiran.

Pendampingan

Pendamping merupakan keberadaan seseorang yang mendampingi atau terlibat langsung sebagai pemandu persalinan, dimana yang terpenting adalah dukungan yang diberikan pendamping persalinan selama kehamilan, persalinan, dan nifas, agar proses persalinan yang dilaluinya berjalan dengan lancar dan memberi kenyamanan bagi ibu bersalin (Sherly, 2009).

Menurut Lutfiatus Sholihah (2004) selama masa kehamilan, suami juga sudah harus diajak menyiapkan diri menyambut kedatangan sikecil, karena tidak semua suami siap mental untuk menunggu istrinya yang sedang kesakitan.

Pendampingan persalinan yang tepat harus memahami peran apa yang dilakukan dalam proses persalinan nanti. Peran suami yang ideal diharapkan dapat menjadi pendamping secara aktif dalam proses persalinan. Harapan terhadap peran suami ini tidak terjadi pada semua suami, tergantung dari tingkat kesiapan suami menghadapi proses kelahiran secara langsung. Ada tiga jenis peran yang dapat dilakukan oleh suami selama proses persalinan yaitu peran sebagai pelatih, teman satu tim, dan peran sebagai saksi (Bobak, Lowdermilk dan Perry, 2004).

Peran sebagai pelatih diperlihatkan suami secara aktif dalam membantu proses persalinan istri, pada saat kontraksi hingga selesai persalinan. Ibu menunjukkan keinginan yang kuat agar ayah terlibat secara fisik dalam proses persalinan (Smith, 1999; Kainz dan Eliasson, 2010). Peran sebagai pelatih ditunjukkan dengan keinginan yang kuat dari suami untuk mengendalikan diri dan ikut mengontrol proses persalinan. Beberapa dukungan yang diberikan suami dalam perannya sebagai pelatih antara lain memberikan bantuan teknik pernafasan yang efektif dan memberikan pijatan di daerah punggung. Suami juga memiliki inisiatif untuk lebih peka dalam merespon nyeri yang dialami oleh ibu, dalam hal ini ikut membantu memantau atau mengontrol peningkatan nyeri. Selain itu suami juga dapat memberikan dorongan spiritual dengan ikut berdoa. Hasil penelitian Kainz & Eliasson 2010 terhadap 67 ibu primipara di Swedia menunjukkan bahwa peran aktif suami yaitu membantu bidan untuk memantau peningkatan rasa nyeri, mengontrol adanya

pengurangan nyeri, dan mengontrolkontraksi. Selain peran tersebut, para suami juga memberikan bantuan untuk menjadi advokat ketika ibu ingin berkomunikasi dengan bidan selama proses persalinan. Pada persalinan tahap satu dan tahap dua, sering kali fokus bidan ditujukan kepadabayi, sehingga ibu merasa kesulitan untuk berbicara dengan bidan. Dalam kondisi ini, kehadiran suami akan sangat membantu jika suami peka dengan apa yang ingin dikatakan istrinya dan berusaha menyampaikannya kepada bidan.

Tingkatan peran yang kedua adalah peran sebagai teman satu tim, ditunjukkan dengan tindakan suami yang membantu memenuhi permintaan ibu selama proses persalinan dan melahirkan. Dalam peran ini suami akan berespon terhadap permintaan ibu untuk mendapat dukungan fisik, dukungan emosi, atau keduanya (Bobak, Lowdermilk, & Perry, 2004). Peran suami sebagai teman satu tim biasanya sebagai pembantu dan pendamping ibu, dan biasanya suami dingatkan atau diberitahukan tentang perannya oleh bidan. Smith (1999) dan Kainz Eliasson (2010) menjelaskan bentuk dukungan fisik yang dapat diberikan yaitu dukungan secara umum seperti memberi posisi yang nyaman, memberikan minum, menemani ibu ketika pergi ke kamar kecil, memegang tangan dan kaki, atau menyeka keringat yang ada di dahi ibu, dan membantu ibu dalam pemilihan posisi yang nyaman saat persalinan. Bentuk dukungan fisik yang menggunakan sentuhan, menunjukkan

ekspresi psikologis dan emosional suami yaitu rasa peduli, empati, dan simpati terhadap kondisi ibu yang sedang merasakan nyeri hebat dalam proses persalinan (Smith, 1999).

Sementara itu, dukungan emosional yang dapat diberikan oleh suami antara lain membantu menenangkan ibu dengan kata-kata yang memberikan penguatan (*reinforcement*) positif seperti memberi dorongan semangat mengedan saat kontraksi serta memberikan pujian atas kemampuan ibu saat mengedan. Ibu dapat merasakan ketenangan dan mendapat kekuatan yang hebat ketika suaminya menggenggam tangannya (Kainz & Eliasson, 2010). Pengaruh psikologis inilah yang menjadi salah satu nilai lebih yang mampu diberikan oleh suami kepada istrinya. Oleh karena itu, kehadiran suami dalam proses persalinan perlu diberikan penghargaan yang tinggi dan perlu mendapat dukungan dari bidan yang menolong persalinan.

Suami yang hanya berperan sebagai saksi menunjukkan keterlibatan yang kurang dibandingkan peran sebagai pelatih atau teman satu tim. Dalam berperan sebagai saksi, suami hanya memberi dukungan emosi dan moral saja (Bobak, Lowdermilk, & Perry, 2004). Biasanya suami tetap memperhatikan kondisi ibu bersalin, tetapi sering kali suami hanya menunggu istri di luar ruang persalinan, dan melakukan aktivitas lain seperti tertidur, menonton tv, atau meninggalkan ruangan dalam waktu yang agak lama. Perilaku ini ditunjukkan

suami karena mereka yakin tidak banyak yang dapat mereka lakukan, sehingga menyerahkan sepenuhnya pada penolong persalinan. Alasan suami memilih peran hanya sebagai saksi karena kurangnya kepercayaan diri atau memang kehadirannya kurang diinginkan oleh istri.

Ketiga peran suami dalam proses persalinan dapat diidentifikasi dari keinginan dan pengetahuan suami tentang peran utamanya sebagai pendamping persalinan. Sikap suami untuk menjadi pendamping persalinan dapat ditunjukkan dengan tindakannya dalam antisipasi persalinan. Suami dapat mempersiapkan sendiri sebelum hari persalinan, seperti mempersiapkan segala kebutuhan selama mendampingi istri di rumah sakit atau tempat bersalin. Suami dapat meminta informasi atau mengajukan pertanyaan kepada dokter, bidan, atau perawat untuk mengetahui apa yang dapat diterima, dipertimbangkan atau ditolak.

3.4 Persiapan-Persiapan Persalinan

Persiapan persalinan terbagi menjadi dua, antara lain:

1. Persiapan Persalinan bagi Ibu

- a. Pemilihan metode persalinan. Dalam hal ini penting adanya komunikasi antara dokter atau bidan dan pasangan suami-istri. Sesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan. Pertimbangkan juga segi resiko dan efek yang terjadi setelahnya. Misalnya dengan melahirkan normal, operasi caesar maupun waterbirth.
- b. Tempat melahirkan

Tempat melahirkan hendaknya disesuaikan dengan jarak tempuh dari rumah untuk memperkirakan waktu sampai ke rumah sakit atau PMB. Perhatikan kepadatan lalu lintas pada jam-jam tertentu sehingga dapat mempersiapkan jalur alternatif untuk sampai ke rumah sakit atau PMB tersebut.

c. Tenaga medis penolong persalinan

Dokter kandungan maupun bidan yang sekiranya akan menangani proses persalinan sebaiknya ditentukan dari jauh-jauh hari. Ada baiknya menciptakan kesinambungan antara tenaga medis yang memantau kehamilan ibu sedari awal, sehingga dapat tahu betul perihal perkembangan ibu dan janin.

d. Persiapan mental ibu

Menghindari kepanikan dan ketakutan, menyiapkan diri mengingat bahwa setelah semua ini ibu akan mendapatkan buah hati yang didambakan. Menyimpan tenaga untuk melahirkan, tenaga akan terkuras jika berteriak-teriak dan bersikap gelisah. Dengan bersikap tenang, ibu dapat melalui saat persalinan dengan baik dan lebih siap. Dukungan dari orang-orang terdekat, perhatian dan kasih sayang tentu akan membantu memberikan semangat untuk ibu yang akan melahirkan.



Gambar 2.3

Perlengkapan Pakaian Ibu dan Bayi

e. Persiapan kebutuhan

- 1) Persiapan yang harus dibawa untuk ibu selama persalinan:
 - a) Sikat gigi (untuk ibu hamil) serta pasta gigi
 - b) Minum dan makan untuk ibu
 - c) Sarung bersih
 - d) Celana dalam bersih
 - e) Pembalut
 - f) Handuk
 - g) Sabun
 - h) Kaos kaki
 - i) Baju ganti
 - j) Bra untuk menyusui
 - k) Barang-barang pribadi lainnya
- 2) Persiapan untuk bayi yang sudah lahir:
 - a) Popok

- b) Handuk bersih
- c) Kantong plastik atau pot tanah liat untuk ari-ari (plasenta)
- d) Baju atau stelan
- e) Topi dan selimut bayi

2. Persiapan Persalinan bagi Bidan (Tenaga Kesehatan)

- a. Alat pertolongan persalinan/set partus (di dalam wadah sterilis tertutup)
 - 1) 2 buah klem Kelly atau Kocher
 - 2) Gunting tali pusat
 - 3) Pengikat tali pusat DTT
 - 4) Kateter Nelaton
 - 5) Gunting episiotomi
 - 6) Klem $\frac{1}{2}$ Kocher atau Kelly
 - 7) 2 buah sarung tangan DTT kanan
 - 8) 1 buah sarung tangan DTT kiri
 - 9) Kain Kasa DTT
 - 10) Kapas Basah DTT
 - 11) Alat suntik sekali pakai 2,5 ml yang berisi oksitosin 10 U
 - 12) Kateter penghisap lendir DeLee
- b. Bahan-bahan untuk penjahitan episiotomi:
 - 1) 1 buah alat suntik sekali pakai 10 ml beserta jarumnya
 - 2) 20 ml larutan Lidokain 1 %
 - 3) Pemegang jarum
 - 4) Pinset
 - 5) Jarum jahit
 - 6) Benang Catgut 3.0
 - 7) 1 pasang sarung tangan DTT (total disediakan 5 pasang sarung tangan)
- c. Persediaan obat-obatan untuk komplikasi

- 1) 3 botol larutan Ringer laktat 500 ml
- 2) Set infus
- 3) 2 kateter intra vena ukuran 16-18 G
- 4) 2 ampul metil egrometrin maleat 0,2 mg
- 5) 3 Ampul oksitosin 10 U
- 6) 10 tablet misoprostol (cytotec)
- 7) 2 Vial larutan magnesium sulfat 40 % (10 gr dalam 25 ml)
- 8) 2 buah alat suntik sekali pakai ukuran 2,5 ml (total disediakan 3 buah)
- 9) 2 buah alat suntik sekali pakai ukuran 5 ml
- 10) 10 kapsul/kaplet amoksilin/ampisilin 500 mg atau penisilin prokain injeksi 3 juta unit/vial 10 ml



Gambar 2.4

Persiapan Alat untuk Pertolongan
Persalinan

- d. Alat dan Bahan Lain yang perlu dipersiapkan:
- 1) Partograf
 - 2) Kertas kosong atau formulir rujukan yang

digunakan di kabupaten

- 3) Pena
- 4) Thermometer
- 5) Pita pengukur
- 6) Fetoskop
- 7) Jam yang mempunyai jarum detik
- 8) Stetoskop
- 9) Tensimeter
- 10) Larutan klorin 0,5 % (larutan bayclin 5,25 %)
- 11) Sabun dan detergen
- 12) Sikat kuku dan penggunting kuku
- 13) Celemek (pelindung badan) dari bahan plastik
- 14) Kain plastik (perlak) untuk alas ibu saat persalinan
- 15) Kantong plastik

3.5 Asuhan Persalinan Mengurangi Rasa Nyeri

Nyeri persalinan merupakan pengalaman subjektif tentang sensasi fisik yang terkait dengan kontraksi uterus, dilatasi dan penipisan serviks, serta penurunan janin selama persalinan. Respon fisiologis terhadap nyeri meliputi: peningkatan tekanan darah, denyut nadi, pernafasan, keringat, diameter pupil, dan ketegangan otot. Rasa nyeri ini apabila tidak diatasi dengan tepat, dapat meningkatkan rasa khawatir, tegang, takut dan stres, yang pada akhirnya dapat menyebabkan terjadinya persalinan lama.

Rasa nyeri selama persalinan akan berbeda antara satu dengan lainnya. Banyak faktor yang mempengaruhi persepsi rasa nyeri, diantaranya: jumlah kelahiran sebelumnya (pengalaman persalinan), budaya melahirkan, emosi, dukungan keluarga, persiapan persalinan, posisi saat

melahirkan, presentasi janin, tingkat beta-endorphin, kontraksi rahim yang intens selama persalinan dan ambang nyeri alami. Beberapa ibu melaporkan sensasi nyeri sebagai sesuatu yang menyakitkan. Meskipun tingkat nyeri bervariasi bagi setiap ibu bersalin, diperlukan teknik yang dapat membuat ibu merasa nyaman saat melahirkan.

Tubuh memiliki metode mengontrol rasa nyeri persalinan dalam bentuk beta-endorphin. Sebagai opiat alami, beta-endorphin memiliki sifat mirip petidin, morfin dan heroin serta telah terbukti bekerja pada reseptor yang sama di otak. Seperti oksitosin, beta-endorphin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis dan kadarnya meningkat saat berhubungan seks, kehamilan dan kelahiran serta menyusui. Hormon ini dapat menimbulkan perasaan senang dan euphoria pada saat melahirkan. Berbagai cara menghilangkan nyeri diantaranya: teknik *self-help*, hidroterapi, pemberian entonox (gas dan udara) melalui masker, stimulasi menggunakan TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*), pemberian analgesik sistemik atau regional.

Menurut Peny Simpkin, beberapa cara untuk mengurangi nyeri persalinan adalah: mengurangi rasa sakit dari sumbernya, memberikan rangsangan alternatif yang kuat, serta mengurangi reaksi mental/emosional yang negatif dan reaksi fisik ibu terhadap rasa sakit. Adapun pendekatan-pendekatan yang dilakukan bidan untuk mengurangi rasa sakit pada persalinan menurut Hellen Varney adalah:

pendamping persalinan, pengaturan posisi, relaksasi dan latihan pernafasan, istirahat dan privasi, penjelasan tentang kemajuan persalinan, asuhan diri, dan sentuhan.

Bidan dapat membantu ibu bersalin dalam mengurangi nyeri persalinan dengan teknik *self-help*. Teknik ini merupakan teknik pengurangan nyeri persalinan yang dapat dilakukan sendiri oleh ibu bersalin, melalui pernafasan dan relaksasi maupun stimulasi yang dilakukan oleh bidan. Teknik *self-help* dapat dimulai sebelum ibu memasuki tahapan persalinan, yaitu dimulai dengan mempelajari tentang proses persalinan, dilanjutkan dengan mempelajari cara bersantai dan tetap tenang, dan mempelajari cara menarik nafas dalam. Stimulasi yang dapat dilakukan oleh bidan dalam mengurangi nyeri persalinan dapat berupa kontak fisik maupun pijatan. Pijatan dapat berupa pijatan/*massage* di daerah lombo-sacral, pijatan ganda pada pinggul, penekanan pada lutut, dan *counterpressure*. Cara lain yang dapat dilakukan bidan diantaranya adalah: memberikan kompres hangat dan dingin, mempersilahkan ibu untuk mandi atau berada di air (berendam).

Pada saat ibu memasuki tahapan persalinan, bidan dapat membimbing ibu untuk melakukan teknik *self-help*, terutama saat terjadi his/kontraksi. Untuk mendukung teknik ini, dapat juga dilakukan perubahan posisi: berjalan, berlutut, goyang ke depan/ belakang dengan bersandar pada suami atau balon besar. Dalam

memberikan asuhan kebidanan, bidan dapat dibantu dan didukung oleh suami, anggota keluarga ataupun sahabat ibu. Usaha yang dilakukan bidan agar ibu tetap tenang dan santai selama proses persalinan berlangsung adalah dengan membiarkan ibu untuk mendengarkan musik, membimbing ibu untuk mengeluarkan suara saat merasakan kontraksi, serta visualisasi dan pemusatan perhatian.

Kontak fisik yang dilakukan pemberi asuhan/bidan dan pendamping persalinan memberi pengaruh besar bagi ibu. Kontak fisik berupa sentuhan, belaian maupun pijatan dapat memberikan rasa nyaman, yang pada akhirnya dapat mengurangi rasa nyeri saat persalinan. Bidan mengajak pendamping persalinan untuk terus memegang tangan ibu, terutama saat kontraksi, menggosok punggung dan pinggang, menyeka wajahnya, mengelus rambutnya atau mungkin dengan mendekapnya.

E. Soal Latihan

Latihan diberikan kepada setiap mahasiswa sesuai materi pada Bab II secara terstruktur dan sistematis pada akhir pertemuan sehingga mahasiswa memiliki penguasaan yang baik terhadap Bab tentang konsep dasar kebutuhan pada persalinan normal ini. Adapun soal yang digunakan untuk latihan adalah sebagai berikut:

1. Jelaskan tentang kebutuhan fisik pada ibu bersalin

2. Jelaskan tentang patient safety pada persalinan normal
3. Jelaskan tentang kebutuhan psikologis pada persalinan normal
4. Jelaskan tentang persiapan persalinan normal
5. Jelaskan tentang asuhan kebidanan untuk mengurangi rasa nyeri

F. Referensi

1. Ambarwati, E. R., & Diah. (2010). Asuhan Kebidanan Nifas. Nuha Medika. Andhini, N. F. (2017). Hipertensi dan Hipotensi. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. Asri. (2012). Asuhan Persalinan Normal. Nuha Medika.
2. Asrinah. (2010). Konsep Kebidanan. Graha Ilmu. Bagus, I. M. G. (2010). Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan Dan Keluarga Berencana KB : Untuk Pendidikan Bidan. EGC.
3. Basuki, K. (2019). ISSN 2502-3632 (Online) ISSN 2356-0304 (Paper) *Jurnal Online Internasional & Nasional Vol. 7 No.1, Januari – Juni 2019 Universitas 17 Agustus 1945 Jakarta*, 53(9), 1689–1699. www.journal.uta45jakarta.ac.id
4. Dewi. (2011). Asuhan Kehamilan Untuk Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika. Fahlevi, R. (2016). Ketika Kehamilan Sudah Melewati Tanggal Taksiran Persalinan.
5. Fallis, A. . (2016). BAB II TINJAUAN PUSTAKA Antimikroba. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. Fatmawati, L., St, S., & Kes, M. (2020). Bayi Baru Lahir. *Fisioterapi*, P., Kasus, P., Ais, S. C. I., & Th, A. N. L. (2019). Tahun 2019. 2019.
6. Ginarsih, Y., & Jeniawaty, S. (2017). Hubungan Penatalaksanaan Manajemen Aktif Kala III Dengan Kejadian Hemorrhagic Post Partum (HPP) Primer Pada Ibu Nifas. *Jurnal Elektronik*, VII(November), 279–284.
7. Hakim, L. N. (2013). Ulasan Metodologi Kualitatif: Wawancara Terhadap Elit. *Aspirasi*, 4(2), 165–172. <https://jurnal.dpr.go.id/index.php/aspirasi/article/view/501>

BAB 4

KALA I PERSALINAN



A. Deskripsi Bab

Bab ini memberikan bekal kepada mahasiswa untuk dapat menguasai materi Kala I Persalinan.

A. Tujuan atau Sasaran Pembelajaran

Pada akhir pembelajaran, mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan Fisiologi Persalinan Kala I
2. Menjelaskan Pemeriksaan Obstetri Kala I
3. Menjelaskan Manajemen Asuhan Kala I
4. Menjelaskan tentang Partograf
5. Menjelaskan Perndokumentasian Persalinan Kala I

B. Kompetensi Khusus

Kompetensi khusus yang diharapkan dapat dicapai oleh mahasiswa adalah memahami tentang kala I Persalinan

C. Materi

4.1 Fisiologi Persalinan Kala 1

1. Uterus

Saat mulai persalinan, jaringan dari miometrium berkontraksi dan berelaksasi seperti otot pada umumnya. Pada saat otot retraksi, ia tidak akan kembali ke ukuran semula tapi berubah ke ukuran yang lebih pendek secara progresif. Dengan perubahan bentuk otot uterus pada proses kontraksi, relaksasi, dan retraksi maka kavum uterus lama kelamaan menjadi semakin mengecil. Proses ini merupakan salah satu faktor yang menyebabkan janin turun ke pelviks. Kontraksi uterus mulai dari fundus dan terus melebar sampai ke bawah abdomen dengan dominasi tarikan ke arah fundus (fundal dominan).

Kontraksi uterus berakhir dengan masa yang terpanjang dan sangat kuat pada fundus.

2. Serviks

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

Penipisan Serviks (*Effacement*)

Berhubungan dengan kemajuan pemendekan dan penipisan serviks. Seiring dengan bertambah efektifnya kontraksi, serviks mengalami perubahan bentuk menjadi lebih tipis. Hal ini disebabkan oleh kontraksi uterus yang bersifat fundal dominan sehingga seolah-olah serviks tertarik ke atas dan lama-kelamaan menjadi tipis. Batas antara segmen atas dan bawah rahim (*retraction ring*) mengikuti arah tarikan ke atas sehingga seolah-olah batas ini letaknya bergeser ke atas.

Panjang serviks pada akhir kehamilan normal berubah-ubah (dari beberapa mm – 3 cm). Dengan dimulainya persalinan, panjang serviks berkurang secara teratur sampai menjadi sangat pendek (hanya beberapa mm). Serviks yang sangat tipis ini disebut dengan “menipis penuh”

Dilatasi

Proses ini merupakan kelanjutan dari effacement. Setelah serviks dalam kondisi menipis penuh, maka tahap berikutnya adalah pembukaan. Serviks membuka disebabkan daya tarikan otot uterus ke atas secara terus-menerus saat uterus berkontraksi.

Dilatasi dan diameter serviks dapat diketahui melalui pemeriksaan intravagina.

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

1. Fase Laten

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

2. Fase Aktif

Dibagi dalam 3 fase.

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

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

Mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primigravida ostium uteri internum akan membuka lebih dahulu sehingga serviks akan mendatar dan

menipis, kemudian ostium uteri eksternum membuka. Namun pada multigravida, ostium uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam waktu yang sama.

3. Lendir Bercampur Darah

Pendataran dan dilatasi serviks melonggarkan membran dari daerah internal os dengan sedikit perdarahan dan menyebabkan lendir bebas dari sumbatan atau operculum. Terbebasnya lendir dari sumbatan ini menyebabkan terbentuknya tonjolan selaput ketuban yang teraba saat dilakukan pemeriksaan intravagina. Pengeluaran lendir dan darah ini disebut dengan sebagai “show” atau “bloody show” yang mengindikasikan telah dimulainya proses persalinan.

4. Ketuban

Ketuban akan pecah dengan sendirinya ketika pembukaan hampir atau sudah lengkap. Tidak jarang ketuban harus dipecahkan ketika pembukaan sudah lengkap. Bila ketuban telah pecah sebelum pembukaan 5 cm, disebut ketuban pecah dini (KPD).

5. Tekanan Darah

1. Tekanan darah akan meningkat selama kontraksi, disertai peningkatan sistol rata-rata 15 - 20 mmHg dan diastole rata-rata 5 - 10 mmHg.
2. Pada waktu-waktu tertentu di antara kontraksi, tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan. Untuk memastikan tekanan darah

yang sebenarnya, pastikan untuk melakukan cek tekanan darah selama interval kontraksi.

3. Dengan mengubah posisi pasien dari telentang ke posisi miring kiri, perubahan tekanan darah selama persalinan dapat dihindari.
4. Nyeri, rasa takut, dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah.
5. Apabila pasien merasa sangat takut atau khawatir, pertimbangkan kemungkinan bahwa rasa takutnya menyebabkan peningkatan tekanan darah (bukan pre- eklampsi). Cek parameter lain untuk menyingkirkan kemungkinan pre-eklampsi. Berikan perawatan dan obat-obat penunjang yang dapat merelaksasi pasien sebelum menegakkan diagnosis akhir, jika pre-eklampsi tidak terbukti.

6. Metabolisme

1. Selama persalinan, metabolisme karbohidrat baik aerob maupun anaerob meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini terutama diakibatkan oleh kecemasan dan aktivitas otot rangka.
2. Peningkatan aktivitas metabolisme terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernapasan, curah jantung, dan cairan yang hilang.

7. Suhu Tubuh

1. Suhu tubuh meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan.
2. Peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5 – 1°

C dianggap normal, nilai tersebut mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan

3. Peningkatan suhu tubuh sedikit adalah normal dalam persalinan, namun bila persalinan berlangsung lebih lama peningkatan suhu tubuh dapat mengindikasikan dehidrasi, sehingga parameter lain harus di cek. Begitu pula pada kasus ketuban pecah dini, peningkatan suhu dapat mengindikasikan infeksi dan tidak dapat dianggap normal pada keadaan ini.

8. Detak Jantung

1. Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi yang lebih rendah daripada frekuensi diantara kontraksi, dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim di antara kontraksi
2. Penurunan yang mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang.
3. Frekuensi denyut nadi di antara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan.
4. Sedikit peningkatan denyut jantung dianggap normal, maka diperlukan pengecekan parameter lain untuk menyingkirkan kemungkinan proses infeksi.

9. Perubahan Pernapasan

1. Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan dianggap normal selama persalinan, hal tersebut mencerminkan peningkatan metabolisme. Meskipun sulit untuk memperoleh temuan yang akurat mengenai frekuensi pernapasan, karena sangat dipengaruhi oleh rasa senang, nyeri, rasa takut, dan penggunaan teknik pernapasan.
2. Hiperventilasi yang memanjang adalah temuan abnormal dan dapat menyebabkan alkalosis. Amati pernapasan pasien dan bantu ia mengendalikannya untuk menghindari hiperventilasi berkelanjutan, yang ditandai oleh rasa kesemutan pada ekstremitas dan perasaan pusing.

10. Perubahan Renal

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

- menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urine selama periode pasca persalinan.
3. Sedikit proteinuria (+1), umum ditemukan pada sepertiga sampai setengah jumlah ibu bersalin. Lebih sering terjadi pada primipara, pasien yang mengalami anemia, atau yang persalinannya lama.
 4. Proteinuria yang nilainya +2 atau lebih adalah data yang abnormal. Hal ini mengindikasikan preeklamsi.

11. Gastrointestinal

1. Motilitas dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Apabilakondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Cairan tidak dipengaruhi dan waktu yang dibutuhkan untuk pencernaan di lambung tetap seperti biasa. Makanan yang dimakan selama periode menjelang persalinan atau fase prodormal atau fase laten persalinan cenderung akan tetap berada di dalam lambung selama persalinan.
2. Lambung yang penuh dapat menimbulkan ketidaknyamanan selama masa transisi. Oleh karena itu, pasien dianjurkan untuk tidak makan dalam porsi besar atau minum berlebihan, tetapi makan dan minum ketika keinginan timbul guna mempertahankan energi dan hidrasi.
3. Mual dan muntah umum terjadi selama fase transisi yang menandai akhir fase pertama persalinan.

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

12. Hematologi

1. Hemoglobin meningkat rata-rata 1.2 mg% selama persalinan dan kembali ke kadarsebelum persalinan pada hari pertama pasca persalinan jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal.
2. Jangan terburu-buru yakin bahwa seorang pasien tidak anemia. Tes darah yang menunjukkan kadar darah berada dalam batas normal membuat kita terkecoh sehingga mengabaikan resiko peningkatan resiko pada pasien anemia selama masa persalinan
3. Selama persalinan, waktu koagulasi darah berkurang dan terdapat peningkatan fibrinogen plasma lebih lanjut. Perubahan ini menurunkan resiko perdarahan pasca persalinan pada pasien normal.
4. Hitung sel darah putih secara progresif meningkat selama kala I sebesar kurang lebih 5 ribu/ul hingga jumlah rata-rata 15 ribu/ul pada saat pembukaan lengkap, tidak ada peningkatan lebih lanjut setelah ini. Peningkatan hitung sel darah putih tidak selalu mengindikasikan proses infeksi ketika jumlah ini dicapai. Apabila jumlahnya jauh di atas nilai ini, cek parameter lain untuk mengetahui adanya proses infeksi.
5. Gula darah menurun selama proses persalinan yang lama dan sulit. Hal ini kemungkinan besar terjadi

akibat peningkatan aktivitas otot uterus dan rangka. Penggunaan uji laboratorium untuk menapis (menyaring) seorang pasien terhadap kemungkinan diabetes selama masa persalinan akan menghasilkan data yang tidak akurat dan tidak dapat dipercaya

4.2 Pemeriksaan Obstetri Kala 1

1. Pemeriksaan fisik umum
 - a. Kesan umum (nampak sakit berat, sedang), anemia konjungtiva, ikterus, kesadaran, komunikasi personal.
 - b. Tinggi dan berat badan.
 - c. Tekanan darah, nadi, frekuensi pernafasan, suhu tubuh.
 - d. Pemeriksaan fisik lain yang dipandang perlu.
2. Pemeriksaan khusus obstetri
 - a. Inspeksi:
 1. Chloasma gravidarum.
 2. Keadaan kelenjar thyroid.
 3. Dinding abdomen (varises, jaringan parut, gerakan janin).
 4. Keadaan vulva dan perineum.
 - b. Palpasi
Maksud untuk melakukan palpasi adalah untuk:
 - a) Memperkirakan adanya kehamilan.
 - b) Memperkirakan usia kehamilan.
 - c) Presentasi - posisi dan taksiran berat badan janin.
 - d) Mengikuti proses penurunan kepala pada persalinan.
 - e) Mencari penyulit kehamilan atau persalinan. Tehnik melakukan

palpasipada abdomen saat hamil :

1. Jelaskan maksud dan tujuan serta cara pemeriksaan palpasi yang akan saudara lakukan pada ibu.
2. Ibu dipersilahkan berbaring telentang dengan sendi lutut semi fleksi untuk mengurangi kontraksi otot dinding abdomen.
3. Leopold I s/d III, pemeriksa melakukan pemeriksaan dengan berdiri disamping kanan ibu dengan menghadap kearah muka ibu; pada pemeriksaan Leopold IV, pemeriksa berbalik arah sehingga menghadap kearah kaki ibu.

Leopold I:

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

Leopold II:

- Kedua telapak tangan pemeriksa bergeser turun kebawah sampai disamping kiri dan kanan umbilikus.
- Tentukan bagian punggung janin untuk menentukan lokasi auskultasi denyut jantung janin nantinya.

- Tentukan bagian-bagian kecil janin.
- Leopold III:
- Pemeriksaan ini dilakukan dengan hati-hati oleh karena dapat menyebabkan perasaan tak nyaman bagi pasien.
 - Bagian terendah janin dicekap diantara ibu jari dan telunjuk tangan kanan.
 - Ditentukan apa yang menjadi bagian terendah janin dan ditentukan apakah sudah mengalami engagemen atau belum.

Leopold IV:

- Pemeriksa merubah posisinya sehingga menghadap ke arah kaki pasien.
- Kedua telapak tangan ditempatkan disisi kiri dan kanan bagian terendah janin.
- Digunakan untuk menentukan sampai berapa jauh derajat desensus janin.

Menentukan tinggi fundus uteri untuk memperkirakan usia kehamilan berdasarkan parameter tertentu (umbilikus, prosesus xyphoideus dan tepi atas simfisis pubis)

2. Vaginal Toucher pada Kasus Obstetri

Indikasi vaginal toucher pada kasus kehamilan atau persalinan:

1. Sebagai bagian dalam menegakkan

diagnosa kehamilan muda.

2. Pada primigravida dengan usia kehamilan lebih dari 37 minggu digunakan untuk melakukan evaluasi kapasitas panggul (*pelvimetriklinik*) dan menentukan apakah ada kelainan pada jalan lahir yang diperkirakan akan dapat mengganggu jalannya proses persalinan pervaginam.
3. Pada saat masuk kamar bersalin dilakukan untuk menentukan fase persalinan dan diagnosa letak janin.
4. Pada saat inpartu digunakan untuk menilai apakah kemajuan proses persalinan sesuai dengan yang diharapkan.
5. Pada saat ketuban pecah digunakan untuk menentukan ada tidaknya prolapsus bagian kecil janin atau talipusat.
6. Pada saat inpartu, ibu nampak ingin meneran dan digunakan untuk memastikan apakah fase persalinan sudah masuk pada persalinan kala II.

Teknik

Vaginal toucher pada pemeriksaan kehamilan dan persalinan:

1. Didahului dengan melakukan inspeksi pada organ genitalia eksterna.
2. Tahap berikutnya, pemeriksaan inspekulo untuk melihat keadaan jalan lahir.

3. Labia minora disisihkan kekiri dan kanan dengan ibu jari dan jari telunjuk tangan kiri dari sisi kranial untuk memaparkan vestibulum.
 4. Jari telunjuk dan jari tengah tangan kanan dalam posisi lurus dan rapat dimasukkan kearah belakang-atas vagina dan melakukan palpasi pada servik.
 - Menentukan dilatasi (cm) dan pendataran servik (prosentase).
 - Menentukan keadaan selaput ketuban masih utuh atau sudah pecah, bila sudah pecah tentukan:
 1. Warna
 2. Bau
 3. Jumlah air ketuban yang mengalir keluar
 - Menentukan presentasi (bagian terendah) dan posisi (berdasarkan denominator) serta derajat penurunan janin berdasarkan stasion.
 - Menentukan apakah terdapat bagian-bagian kecil janin lain atau talipusat yang berada disamping bagian terendah janin (presentasi rangkap – compound presentation).
- c. Auskultasi
- Auskultasi detik jantung janin dengan menggunakan fetoskop de Lee

- Detik jantung janin terdengar paling keras didaerah punggung janin.
- DJJ dihitung selama 5 detik dilakukan 3 kali berurutan selang 5 detik sebanyak 3 kali
- Hasil pemeriksaan detik jantung janin 10 – 12 – 10 berarti frekuensi detikjantung janin $32 \times 4 = 128$ kali per menit.
- Frekuensi detik jantung janin normal **120 – 160** kali per menit.

4.1 Managemen Asuhan Kala 1

1. Langkah I: Pengkajian

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

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

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

- a. Mengidentifikasi identitas ibu dan suami (Nama, Umur, Suku, Agama, StatusPernikahan, Pendidikan Terakhir, Pekerjaan , Alamat)
- b. Keluhan yang dialami dan dirasakan oleh ibu
- c. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu
- d. Riwayat reproduksi (Menarche, Lama Haid, Siklus Haid, Dismenorhe)

- e. Riwayat kesehatan keluarga
- f. Riwayat kontrasepsi (Metode Kontrasepsi, Efek Samping, Alasan Penghentian)
- g. Pola kebutuhan sehari-hari (Nutrisi, Eliminasi, Personal Hygiene)
- h. Data psikososial, spiritual dan ekonomi
- i. Pemeriksaan Khusus (USG, Rontgen)
- j. Pemeriksaan penunjang (Darah dan Urin)
- k. Pemeriksaan fisik
 - 1) Penampilan dan emosional ibu
 - 2) Pengukuran fisik (Tinggi Badan, Berat Badan, LILA)
 - 3) Tanda-tanda vital (Tekanan Darah, Pernapasan, Nadi, dan Suhu)
 - 4) Pemeriksaan kepala, wajah, dan leher (Rambut, Wajah, Mulut, Leher)
 - 5) Pemeriksaan dada dan abdomen (Payudara dan Perut)
 - 6) Pemeriksaan genitalia (Vagina)
 - 7) Pemeriksaan tungkai (Tangan dan Kaki)

2. Langkah II: Merumuskan Diagnosa/Masalah Kebidanan

Pada langkah ini identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnose dan masalah yang spesifik. Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Diagnosa kebidanan adalah

diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan.

Dalam mengidentifikasi diagnosa/masalah harus berdasarkan data dasar yang meliputi data subjektif (informasi yang didapat dari pasien) dan data objektif (data yang didapat dari hasil pemeriksaan oleh petugas kesehatan).

3. Langkah III: Antisipasi Diagnosa/Masalah Potensial

Pada langkah ini mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Pada langkah ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar diagnosa atau masalah potensial tidak terjadi.

4. Langkah IV: Menetapkan Kebutuhan Tindakan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan/dokter dan/untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanan. Jadi, penatalaksanaan bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus.

Pada penjelasan diatas menunjukkan bahwa bidan dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah/kebutuhan yang dihadapi kliennya. Setelah bidan merumuskan tindakan yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnosa/ masalah potensial pada langkah sebelumnya, bidan juga harus merumuskan tindakan emergency/segera untuk segera ditangani baik ibu maupun bayinya. Dalam rumusan ini termasuk tindakan segera yang mampu dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau yang bersifat rujukan.

5. Langkah V: Merencana Asuhan Secara Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah- langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah teridentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi-kultural atau masalah psikologi. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut. Semua keputusan

yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien.

6. Langkah VI: Implementasi

Pada langkah ke enam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke lima dilaksanakan secara aman dan efisien. Perencanaan ini dibuat dan dilaksanakan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri, bidan tetap bertanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Dalam kondisi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam penatalaksanaan asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Pelaksanaan yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien

7. Langkah VII: Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar-benar efektif dalam pelaksanaannya. Langkah-langkah proses penatalaksanaan umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada

proses klinis, karena proses penatalaksanaan tersebut berlangsung di dalam situasiklinik dan dua langkah terakhir tergantung pada klien dan situasi klinik.

4.2 Partograf

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

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

Partograf harus digunakan:

1. Untuk semua ibu dalam kala I fase aktif (fase laten tidak dicatat di partograf tetapi di tempat terpisah seperti di KMS ibu hamil atau rekam medik)
2. Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat (spesialis obgyn, bidan, dokter umum, residen swasta, rumah sakit, dll)
3. Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran.

Kondisi ibu dan bayi yang dicatat dalam partograf:

1. DJJ tiap 30 menit
2. Frekuensi dan durasi kontraksi tiap 30 menit
3. Nadi tiap 30 menit

4. Pembukaan serviks tiap 4 jam
5. Penurunan bagian terbawah janin tiap 4 jam
6. Tekanan darah dan temperatur tubuh tiap 4 jam
7. Urin, aseton dan protein tiap 2-4 jam.

Partograf tidak boleh dipergunakan pada kasus:

1. Wanita pendek, tinggi kurang dari 145 cm
2. Perdarahan antepartum
3. Preeklamsi – eklamsi
4. Persalinan prematur
5. Bekas sectio sesarea
6. Kehamilan ganda
7. Kelainan letak janin
8. Fetal distress
9. Dugaan distosia karena panggul sempit
10. Kehamilan dengan hidramnion
11. Ketuban pecah dini
12. Persalinan dengan induksi

Kala Persalinan

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

Fase-Fase dalam Kala I Persalinan

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

sampai 10 cm

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

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

Pencatatan kondisi ibu dan janin meliputi:

1. Informasi tentang ibu
 - Nama, umur
 - Gravida, para, abortus
 - Nomor catatan medis/nomor puskesmas
 - Tanggal dan waktu mulai dirawat (atau jika di rumah, tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu) Lengkapi bagian awal (atas) partograf secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai "jam") dan perhatikan kemungkinan ibu datang dalam fase laten persalinan. Tidak kalah penting, catat waktu terjadinya pecah ketuban.
2. Kondisi bayi Kolom pertama adalah digunakan untuk mengamati kondisi janin. Yang diamati dari kondisi bayi adalah DJJ, air ketuban dan penyusupan (kepala janin)

a. DJJ

Menilai dan mencatat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Tiap kotak menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan

DJJ. Kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus. Kisaran normal DJJ 110-160 x/menit.

b. Warna dan adanya air ketuban

Menilai air ketuban dilakukan bersamaan dengan periksa dalam. Warna air ketuban hanya bisa dinilai jika selaput ketuban telah pecah. Lambang untuk menggambarkan ketuban atau airnya:

U : selaput ketuban utuh (belum pecah)

J : selaput ketuban telah pecah dan air ketuban jernih

M : selaput ketuban telah pecah dan air ketuban bercampur mekonium

D : selaput ketuban telah pecah dan air ketuban bercampur darah

K : selaput ketuban telah pecah dan air ketuban kering (tidak mengalir lagi) Mekonium dalam air ketuban tidak selalu berarti gawat janin.

Merupakan indikasi gawat janin jika juga disertai DJJ di luar rentang nilai normal.

- c. Penyusupan (molase) tulang kepala
Penyusupan tulang kepala merupakan indikasi penting seberapa jauh janin dapat menyesuaikan dengan tulang panggul ibu. Semakin besar penyusupan semakin besar kemungkinan disporposi kepal panggul. Lambang yang digunakan:

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

1: tulang-tulang kepa janin sudah saling bersentuhan

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

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

3. Kemajuan persalinan

Kolom kedua untuk mengawasi kemajuan persalinan yang meliputi: pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah janin, garis waspada dan garis bertindak dan waktu.

- Pembukaan serviks

Angka pada kolom kiri 0-10 menggambarkan pembukaan serviks. Menggunakan tanda X pada titik silang antara angka yang sesuai dengan temuan pertama pembukaan serviks pada fase aktif dengan garis waspada. Hubungan tanda X dengan garis lurus tidak terputus.

- Penurunan bagian terbawah Janin
Tulisan “turunnya kepala” dan garis tidak terputus dari 0-5 pada sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda “.” pada waktu yang sesuai dan hubungkan dengan garis lurus.
 - Jam dan Waktu
Waktu berada dibagian bawah kolom terdiri atas waktu mulainya fase aktif persalinan dan waktu aktual saat pemeriksaan. Waktu mulainya fase aktif persalinan diberi angka 1-16, setiap kotak: 1 jam yang digunakan untuk menentukan lamanya proses persalinan telah berlangsung. Waktu aktual saat pemeriksaan merupakan kotak kosong di bawahnya yang harus diisi dengan waktu yang sebenarnya saat kita melakukan pemeriksaan.
4. Kontraksi Uterus
Terdapat lima kotak mendatar untuk kontraksi. Pemeriksaan dilakukan setiap 30 menit, raba dan catat jumlah dan durasi kontraksi dalam 10 menit. Misal jika dalam 10 menit ada 3 kontraksi yang lamanya 20 detik maka arsirlah angka tiga kebawah dengan warna arsiran yang sesuai untuk menggambarkan kontraksi 20 detik (arsiran paling muda warnanya).
 5. Obat-obatan dan cairan yang diberikan
Catat obat dan cairan yang diberikan di kolom yang sesuai. Untuk oksitosin dicantumkan jumlah tetesan dan unit yang diberikan.

6. Kondisi Ibu

Catat nadi ibu setiap 30 menit dan beri tanda titik pada kolom yang sesuai. Ukur tekanan darah ibu tiap 10 menit dan beri tanda \updownarrow pada kolom yang sesuai. Temperatur dinilai setiap dua jam dan catat di tempat yang sesuai.

7. Volume urine, protein dan aseton Lakukan tiap 2 jam jika memungkinkan.

8. Data lain yang harus dilengkapi dari partograf adalah:

- Data atau informasi umum
- Kala I
- Kala II
- Kala III
- Kala IV
- bayi baru lahir

Diisi dengan tanda centang (\surd) dan diisi titik yang disediakan

7. Riwayat medis lainnya.
 8. Masalah medis saat ini, dll.
- B. Pemeriksaan fisik
1. Pemeriksaan abdomen
 - Menentukan TFU
 - Memantau kontraksi uterus
 - Memantau DJJ
 - Memantau presentasi
 - Memantau penurunan bagian terbawah janin
 2. Pemeriksaan dalam
 - Menilai cairan vagina
 - Memeriksa genitalia externa
 - Menilai penurunan janin
 - Menilai penyusupan tulang kepala
 - Menilai kepala janin apakah sesuai dengan diameter jalan lahir
 - Jangan melakukan pemeriksaan dalam jika ada perdarahan pervaginam.

Format Pendokumentasian Kala I

Digunakan SOAP untuk mendokumentasikannya.

- S: Subjektif
Menggambarkan hasil pendokumentasian anamnesis.
- O: Objektif
Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil dari pemeriksaan laboratorium dan tes diagnostic lain yang dirumuskan dalam data focus untuk mendukung asuhan sebagai langkah I varney.

- A: Assesment
Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data objektif dalam identifikasi yang meliputi:
 1. Diagnosa atau masalah
 2. Antisipasi diagnosa atau masalah potensial
 3. Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter, konsultasi, kolaborasi dan atau rujukan sebagai langkah II, III dan IV varney.

- P: Planning
Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan pelaksanaan tindakan dan evaluasi berdasarkan assesment sebagai langkah V, VI dan VII varney.

Mengapa pendokumentasian penting dilakukan?

- a. Menciptakan catatan permanen tentang asuhan yang diberikan kepada pasien
- b. Memungkinkan berbagi informasi diantara para pemberi asuhan
- c. Memfasilitasi pemberi asuhan yang berkesinambungan
- d. Memungkinkan evaluasi dari asuhan yang diberikan
- e. Memberikan data untuk catatan nasional, penelitian, dan statistik mortalitas/morbiditas
- f. Meningkatkan pemberian asuhan yang lebih aman dan bermutu tinggi kepada pasien.

D. Soal Latihan

Adapun soal yang digunakan untuk latihan adalah sebagai berikut:

1. Jelaskan tentang fisiologi persalinan Kala I
2. Jelaskan tentang pemeriksaan obstetric persalinan Kala I
3. Jelaskan tentang Manajemen Persalinan Kala I
4. Jelaskan tentang Partograf
5. Jelaskan tentang Pendokumentasian Persalinan Kala I

E. Referensi

1. Dewi. (2011). Asuhan Kehamilan Untuk Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika. Fahlevi, R. (2016). Ketika Kehamilan Sudah Melewati Tanggal Taksiran Persalinan.
2. Fallis, A. . (2016). BAB II TINJAUAN PUSTAKA Antimikroba. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. Fatmawati, L., St, S., & Kes, M. (2020). Bayi Baru Lahir. *Fisioterapi, P., Kasus, P., Ais, S. C. I., & Th, A. N. L.* (2019). Tahun 2019. 2019.
3. Ginarsih, Y., & Jeniawaty, S. (2017). Hubungan Penatalaksanaan Manajemen Aktif Kala III Dengan Kejadian Hemorrhagic Post Partum (HPP) Primer Pada Ibu Nifas. *Jurnal Elektronik*, VII(November), 279–284.

BAB 5

KALA II PERSALINAN



A. Deskripsi Bab

Bab ini memberikan bekal kepada mahasiswa untuk dapat menguasai materi tentang Kala II Persalinan dan menerapkan asuhan kebidanan pada kala II persalinan.

A. Tujuan atau Sasaran Pembelajaran

Pada akhir pembelajaran, mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan Fisiologi kala II persalinan
2. Menjelaskan tentang Amniotomi
3. Menjelaskan tentang Episiotomy
4. Menjelaskan tentang Manajemen Asuhan Kebidanan Pada kala II

B. Kompetensi Khusus

Kompetensi khusus yang diharapkan dapat dicapai oleh mahasiswa adalah memahami tentang fisiologi kala II persalinan, amniotomi, episiotomi, manajemen serta asuhan pada kala II Persalinan.

C. Materi

5.1 Fisiologi Kala II Persalinan

Perubahan-Perubahan pada Uterus dan Jalan Lahir dalam Persalinan

1. Keadaan segmen atas dan segmen bawah rahim
Sejak kehamilan yang lanjut uterus dengan jelas terdiri dari 2 bagian, ialah segmen atas rahim yang dibentuk oleh korpus uteri dan segmen bawah rahim yang terjadi dari isthmus uteri. Dalam persalinan perbedaannya lebih jelas lagi. Segmen atas berkontraksi dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan.

Sebaliknya, segmen bawah rahim dan serviks mengadakan relaksasi dan dilatasi menjadi saluran tipis dan teregang yang akan dilalui bayi.

Segmen atas makin lama makin mengecil, sedangkan segmen bawah makin diregang dan makin tipis dan isi rahim sedikit demi sedikit pindah ke segmen bawah. Karena segmen atas makin tebal dan segmen bawah makin tipis, maka batas antara segmen atas dan segmen bawah menjadi jelas. Batas ini disebut lingkaran retraksi yang fisiologis. Kalau segmen bawah sangat diregang maka lingkaran retraksi lebih jelas lagi dan naik mendekati pusat dan disebut lingkaran retraksi yang patologis (Lingkaran Bandl). Lingkaran Bandl adalah tanda ancaman robekan rahim dan terjadi jika bagian depan tidak dapat maju misalnya panggul sempit.

2. Perubahan bentuk rahim

Pada tiap kontraksi sumbu panjang rahim bertambah panjang sedangkan ukuran melintang maupun ukuran muka belakang berkurang.

3. Faal ligamentum rotundum dalam persalinan

Ligamentum rotundum mengandung otot-otot polos dan kalau uterus berkontraksi, otot-otot ligamentum rotundum ikut berkontraksi hingga ligamentum rotundum menjadi pendek.

4. Perubahan serviks

Serviks akan mengalami pembukaan yang biasanya didahului oleh pendataran serviks yaitu pemendekan dari kanalis servikalis, yang semula berupa sebuah saluran yang panjangnya

1-2 cm, menjadi suatu lubang saja dengan pinggir yang tipis. Lalu akan terjadi pembesaran dari ostium eksternum yang tadinya berupa suatu lubang dengan diameter beberapa milimeter menjadi lubang yang dapat dilalui anak, kira-kira 10 cm. Pada pembukaan lengkap tidak teraba lagi bibir portio, segmen bawah rahim, serviks dan vagina telah merupakan satu saluran.

5. Perubahan pada vagina

Sejak kehamilan vagina mengalami perubahan-perubahan sedemikian rupa, sehingga dapat dilalui bayi. Setelah ketuban pecah, segala perubahan, terutama pada dasar panggul diregang menjadi saluran dengan dinding-dinding yang tipis oleh bagian depan anak. Waktu kepala sampai di vulva, lubang vulva menghadap ke depan atas

5.2 Amniotomi

1. Pengertian Amniotomi

Amniotomi adalah tindakan untuk membuka selaput amnion dengan jalan membuat robekan kecil yang kemudian akan melebar secara spontan akibat gaya berat cairan dan adanya tekanan di dalam rongga amnion. Tindakan ini umumnya dilakukan pada saat pembukaan lengkap agar penyelesaian proses persalinan berlangsung sebagaimana mestinya. Pada kondisi selektif, amniotomi dilakukan pada fase aktif awal, sebagai upaya akselerasi persalinan. Pada kondisi

demikian, dilakukan penilaian serviks, penurunan bagian terbawah dan luas panggul, menjadi sangat menentukan keberhasilan proses akselerasi persalinan.

2. Istilah untuk Menjelaskan Penemuan Cairan Ketuban/Selaput Ketuban

Ada beberapa istilah dalam nomenklatur kebidanan yang harus diketahui oleh petugas kesehatan yang berhubungan dengan cairan selaput ketuban, yaitu:

1) Utuh (U)

Membran masih utuh, memberikan sedikit perlindungan kepada bayi uterus, tetapi tidak memberikan informasi tentang kondisi

2) Jernih (J)

Membran pecah dan tidak ada anoksia

3) Mekonium (M)

Cairan ketuban bercampur mekonium, menunjukkan adanya anoksia/anoksia kronis pada bayi

4) Darah (D)

Cairan ketuban bercampur dengan darah, bisa menunjukkan pecahnya pembuluh darah plasenta, trauma pada serviks atau trauma bayi

5) Kering (K),

Kantung ketuban bisa menunjukkan bahwa selaput ketuban sudah lama pecah atau postmaturitas janin.

3. Indikasi Amniotomi

1) Induksi persalinan

- 2) Persalinan dengan tindakan
- 3) Untuk pemantauan internal frekuensi denyut jantung janin secara elektronik apabila diantisipasi terdapat gangguan pada janin.
- 4) Untuk melakukan penilaian kontraksi intra uterus apabila persalinan kurang memuaskan
- 5) Amniotomi dilakukan jika ketuban belum pecah dan serviks telah membuka sepenuhnya.

4. Kontra Indikasi Amniotomi

- 1) Bagian terendah janin masih tinggi
- 2) Persalinan preterm
- 3) Adanya infeksi vagina
- 4) Polihidramnion
- 5) Presentasi muka
- 6) Letak lintang
- 7) Placenta previa
- 8) Vasa previa

5. Persiapan Alat

- 1) Persiapan ibu dan keluarga
- 2) Memastikan kebersihan ibu, sesuai prinsip Pencegahan Infeksi (PI)
 - a. Perawatan sayang ibu
 - b. Pengosongan kandung kemih per 2 jam
 - c. Pemberian dorongan psikologis
- 3) Persiapan penolong persalinan
 - a. Perlengkapan pakaian
 - b. Mencuci tangan (sekitar 15 detik)

- 4) Persiapan peralatan
 - a. Ruangan
 - b. Penerangan
 - c. Tempat tidur
 - d. Handscoon
 - e. Klem setengah kocher
 - f. Bengkok
 - g. Larutan klorin 0.5%
 - h. Pengalas
 - i. Bak instrument

6. Teknik Amniotomi

Berikut cara-cara melakukan amniotomi yaitu:

1. Bahas tindakan dan prosedur bersama keluarga
2. Dengar DJJ dan catat pada Partograf
3. Cuci tangan
4. Gunakan handscoon DTT
5. Diantara kontraksi, lakukan Pemeriksaan Dalam (PD), Jari telunjuk dan jari tengah tangan kanan di masukkan kedalam jalan lahir sampai sedalam kanalis servikalis, sentuh ketuban yang menonjol, pastikan kepala telah engaged dan tidak teraba adanya tali pusat atau bagian-bagian kecil lainnya (bila tali pusat dan bagian-bagian yang kecil dari bayi teraba, jangan pecahkan selaput ketuban dan rujuk segera).
6. Pegang 1/2 klem kocher/kelly memakai tangan yang lain, dan memasukkan kedalam vagina dengan perlindungan 2 jari tangan kanan yang mengenakan sarung tangan hingga menyentuh selaput ketuban dengan hati-hati. Setelah kedua jari berada dalam kanalis servikalis, maka posisi

jari diubah sedemikian rupa, sehingga telapak tangan menghadap kearah atas.

7. Saat kekuatan his sedang berkurang tangan kiri kemudian memasukan pengait khusus kedalam jalan lahir dengan tuntunan kedua jari yang telah ada didalam. Tangan yang diluar kemudian memanipulasi pengait khusus tersebut untuk dapat menusuk dan merobek selaput ketuban 1-2 cm hingga pecah (dengan menggunakan separuh klem Kocher (ujung bergigi tajam, steril, dimasukkan kekanalis servikalis dengan perlindungan jari tangan.)
8. Biarkan cairan ketuban membasahi jari tangan yang digunakan untuk pemeriksaan
9. Tarik keluar dengan tangan kiri 1/2 klem kocher/kelly dan rendam dalam larutan klorin 0,5%. Tetap pertahankan jari2 tangan kanan anda di dalam vagina untuk merasakan turunnya kepala janin dan memastikan tetap tidak teraba adanya tali pusat, setelah yakin bahwa kepala turun dan tidak teraba talipusat, keluarkan jari tangan kanan dari vagina secara perlahan.
10. Evaluasi warna cairan ketuban, periksa apakah ada mekonium atau darah keluarnya mekonium atau air ketuban yang bercampur mekonium pervaginam pada presentasi kepala merupakan gejala gawat janin (fetal distress).
11. Celupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% lalu lepaskan sarung tangan dalam kondisi terbalik dan biarkan terendam dalam larutan

klorin 0,5% selama 10 menit.

12. Cuci kedua tangan.
13. Periksa kembali Denyut Jantung Janin.
14. Catat pada partograf waktu dilakukan pemecahan selaput ketuban, warna air ketuban dan DJJ.

5.3 Episiotomi

Episiotomi adalah suatu tindakan insisi pada perineum yang menyebabkan terpotongnya selaput lendir vagina, cincin selaput dara, jaringan pada septum rektovaginal, otot-otot dan fascia perineum dan kulit sebelah depan perineum. Episiotomi dilakukan untuk memperluas jalan lahir sehingga bayi lebih mudah untuk dilahirkan. Selain itu episiotomi juga dilakukan pada primigravida atau pada wanita dengan perineum yang kaku dan atas indikasi lain.

1. Tujuan Episiotomi

Saat ini terdapat banyak kontroversi terhadap tindakan tersebut. Sejumlah penelitian observasi dan uji coba secara acak menunjukkan bahwa episiotomi rutin menyebabkan peningkatan insiden robekan sfingter ani dan rektum. Selain itu penelitian-penelitian lain juga menunjukkan adanya peningkatan inkontinensia platus, inkontinensia alvi, bahkan inkontinensia awal jangka panjang. Eason dan Feldman menyimpulkan bahwa episiotomi tidak boleh dilakukan secara rutin. Prosedur harus diaplikasikan secara selektif untuk indikasi yang tepat, beberapa diantaranya termasuk indikasi janin seperti distosia bahu dan lahir sungsang; ekstraksi

forceps atau vakum, dan pada keadaan apabila episiotomi tidak dilakukan kemungkinan besar terjadi ruptur preniun. Bila episiotomi akan dilakukan, terdapat variabel penting yang meliputi waktu insisi dilakukan, jenis insisi, dan teknik perbaikan.

2. Waktu Episiotomi

Lazimnya episiotomi dilakukan saat kepala terlihat selama kontraksi sampai diameter 3-4 cm dan bila perineum telah menipis serta kepala janin tidak masuk kembali ke dalam vagina.

1. Indikasi

1) Indikasi janin

- Sewaktu melahirkan janin prematur, tujuannya untuk mencegah terjadinya trauma yang berlebihan pada kepala janin.
- Sewaktu melahirkan janin letak sungsang, melahirkan janin dengan cunam, ekstraksi vakum, dan janin besar.

2) Indikasi ibu

Apabila terjadi peregangan perineum yang berlebihan sehingga ditakuti akan terjadi robekan perineum, umpama pada primipara, persalinan sungsang, persalinan dengan cunam, ekstraksi vakum, dan anak besar.

2. Teknik Episiotomi

1) Episiotomi mediana

Pada teknik ini insisi dimulai dari ujung terbawah introitus vagina sampai batas atas otot-otot sfingter ani. Cara anestesi yang dipakai adalah cara anestesi infiltrasi antara lain dengan

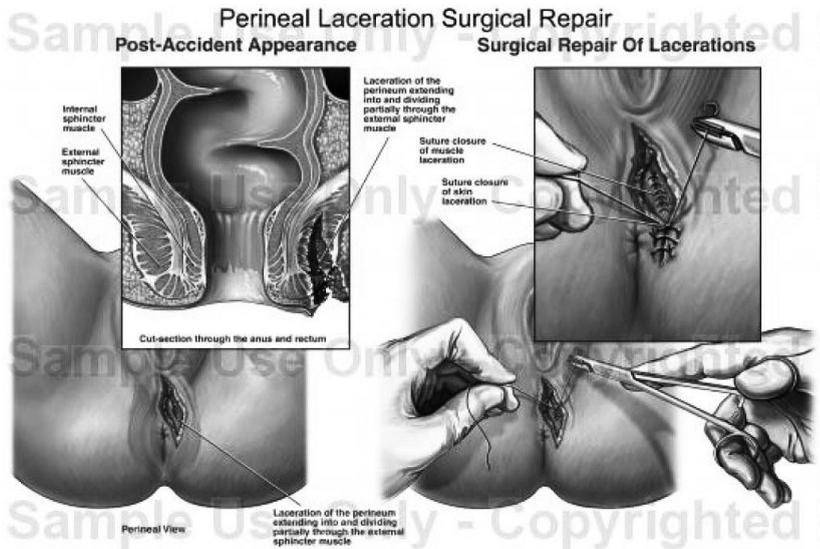
larutan procaine 1%-2%; atau larutan lidonest 1%-2%; atau larutan Xylocaine 1%-2%. Setelah pemberian anestesi, dilakukan insisi dengan mempergunakan gunting episiotomi dimulai dari bagian terbawah introitus hingga kepala dapat dilahirkan.

2) Episiotomi mediolateral

Pada teknik ini insisi dimulai dari bagian belakang introitus vagina menuju ke arah belakang dan samping. Arah insisi ini dapat dilakukan ke arah kanan ataupun kiri, tergantung pada kebiasaan orang yang melakukannya. Panjang insisi kira-kira 4 cm. Insisi ini dapat dipilih untuk melindungi sfingter ani dan rektum dari laserasi derajat tiga atau empat, terutama apabila perineum pendek, arkus subpubik sempit atau diantisipasi suatu kelahiran yang sulit.

3) Episiotomi lateralis

Pada teknik ini insisi dilakukan ke arah lateral mulai dari kira-kira pada jam 3 atau 9 menurut arah jarum jam. Teknik ini sekarang tidak dilakukan lagi oleh karena banyak menimbulkan komplikasi. Luka insisi ini dapat melebar ke arah dimana terdapat pembuluh darah pundental interna, sehingga dapat menimbulkan perdarahan yang banyak. Selain itu parut yang terjadi dapat menimbulkan rasa nyeri yang mengganggu penderita.



Gambar 4.1

Haecting Luka Episiotomi

5.4 Manajemen Asuhan Kebidanan pada Kala II

I. DATA SUBYEKTIF

1.1 IDENTITAS

1. Nama Umur
2. Suku/Bangsa
3. Agama
4. Pendidikan
5. Pekerjaan
6. Alamat

1.2 ANAMNESISA

1. Alasan Ibu Berkunjung
2. Riwayat Menstruasi
 - 2.1 Menarche
 - 2.2 Siklus

2.3 Banyaknya

- 1.1 Lamanya
 - 1.2 Sifat darah
 - 1.3 Teratur/tidak
 - 1.4 Dismenorrhoe
 - 1.5 Fluor albus
 - 1.6 HPHT
3. Riwayat obstetri yang lalu (kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu)
 4. Riwayat kehamilan sekarang
 - 4.1 Keluhan
 - 4.2 Pergerakan anak pertama kali (*quickening*) dirasakan pada umur kehamilan Apakah Ibu masih merasakan gerakan janinnya?
 - 4.3 Penyuluhan yang sudah di dapat yaitu
 5. Riwayat penyakit sistemik yang pernah diderita: Jantung, TBC, DM, Hepatitis, Asma, Hipertensi
 6. Riwayat kesehatan dan penyakit keluarga: Jantung, TBC, DM, Hepatitis, Asma, Hipertensi, Gemelli
 7. Pola Aktivitas Sehari-hari
 - 7.1 Pola Nutrisi Saat hamil Makan dan Minum terakhir
 - 7.2 Pola Istirahat dan tidur
Saat hamil : siang hari Dan malam hari

Istirahat dan tidur terakhir :
 - 7.3 Pola Eliminasi
Saat hamil : BAK --> frekuensi
Warna Keluhan

BAB --> frekuensi Warna
.....Konsistensi

Keluhan

Eliminasi terakhir:

7.4 Pola Kebiasaan Merokok Minum alcohol
Obat-obatan Konsumsi Jamu

8. Riwayat Sosial Budaya

8.1 Perkawinan

8.2 Kehamilan ini

8.3 Tradisi yang mempengaruhi kehamilan

8.4 Status Spiritual

II. DATA OBJEKTIF

1. PEMERIKSAAN UMUM

1.1 Keadaan umum

1.2 Kesadaran

1.3 Tanda-tanda vital :

TD Suhu

Nadi RR

1.4 Pengukuran

BB sebelum hamil BB
sekarang

TB LILA

HPL TP

2. PEMERIKSAAN FISIK

2.1 Inspeksi

Dada : payudara, areola,
papila dan hiperpigmentasi

Abdomen : ada linea alba/tidak,
striae/tidak, bekas SC/tidak

Genitalia : ada/tidak (luka, oedema,
varikosisitas vulva atau

rectum, PMS), pengeluaran darah dan lendir ya/tidak

Anus : tampak/tidak hemoroid

2.2 Palpasi

Leher : teraba/tidak pembesaran kelenjar tiroid maupun limfe serta pembesaran vena jugularis

Dada : teraba/tidak massa, apakah nyeri tekan pada payudara.

Kolostrum telah keluar/belum saat dipencet.

Genitalia : teraba/tidak pembengkakan kel. Bartolini dan skene

2.3 Auskultasi

DJJ	: frekuensi	Irama
	Intensitas	Puntum
	Maximum	

3. PEMERIKSAAN KHUSUS

3.1 Pemeriksaan Laboratorium

3.1.1 Darah

3.1.2 Urine

Urine reduksi

3.2 PEMERIKSAAN DALAM Tanggal jam
Dinding vagina Elastisitas perineum

Pembukaan

Penipisan (*effacement*)

Ketuban

Ubun-ubun : UUK/ UUB

Presentasi bayi

4. INTERPRETASI DATA KALA II

Dx: G..P..A..H.. inpartu kala II persalinan dengan keadaan umum ibu baik.

Ds:

- ibu mengatakan ingin meneran
- Ibu mengatakan kontraksi semakin sering dan lama

Do:

- pembukaan telah lengkap (10 cm)
- vulva-vagina membuka
- perineum menonjol
- sfingter ani membuka

Masalah:

- ibu merasa haus dan lelah
- ibu merasa sakit di bagian pinggang dan vagina
- ibu takut dan khawatir

Kebutuhan:

- ibu membutuhkan tambahan cairan
- ibu membutuhkan dukungan psikis dari bidan dan keluarga serta suami
- ibu butuh posisi yang nyaman untuk melahirkan
- ibu membutuhkan asupan nutrisi

5. DIAGNOSA POTENSIAL

- Gawat janin
- Persalinan macet
- Dehidrasi berat
- Presenyasi muka
- Presentasi letak lintang
- Distosia bahu

6. KEBUTUHAN SEGERA KALA II

- Gejala atau tanda syok: rujuk
- Dehidrasi berat: apabila klien sudah di beri minum atau pun telah dilakukan penambahan cairan namun dalam waktu 30 menit kondisi belum pulih maka lakukan rujukan ke rumah sakit yang memiliki fasilitas yang lengkap
- Infeksi: segera rujuk ke dokter atau rumah sakit, biasanya infeksi ini ditandai dengan nadi yang cepat, suhu 38 derajat, menggigil, dan disertai dengan air ketuban yang berbau
- Gejala preklamsi ringan: ditandai dengan tekanan darah yang tinggi dan terjadi proteinuria 2++ maka lakukan rujukan segera
- Preklamsi berat: ditandai dengan kejang, nyeri kepala, gangguan penglihatan maka segera lakukan rujukan ke rumah sakit yang berfasilitas lengkap.
- Inersia uteri: terjadi saat kontraksi uterus < 30 kali dalam 10 menit dan lam durasi < 40 detik maka lakukan rujukan jika 2 jam tidak lahir bayi.
- Kepala janin tidak turun: dapat kita ketahui melalui pemantauan pada partograf, jika grafik penurunan melewati garis waspada.

7. INTERVENSI

- 1) Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu
- 2) Pimpin persalinan saat ada his maksimal 2 jam dari pembukaan lengkap pada primigravida
- 3) Beri dukungan dan damping ibu
- 4) Beri ibu minum atau makanan diantara 2 his
- 5) Ajarkan cara meneran yang baik dan efisien, mengikuti dorongan yang alamiah
- 6) Anjurkan ibu untuk istirahat saat tidak ada kontaksi atau his (relaksasi pernafasan)
- 7) Observasi DJJ dan his

8. IMPLEMENTASI

- 1) Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu
- 2) Mempersiapkan alat partus untuk menolong persalinan
- 3) Mempersiapkan tempat dan lingkungan yang nyaman dan hangat untuk kelahiran bayi
- 4) Mempersiapkan ibu dan keluarga
- 5) Melakukan amniotomi jika air ketuban belum pecah saat pembukaan telah lengkap
- 6) Memberi ibu makan dan minum untuk menambah tenaga ibu saat meneran
- 7) Mengajarkan ibu cara meneran yang baik dan efisien
- 8) Memberi ibu dukungan dan motivasi
- 9) Menganjurkan ibu untuk istirahat diantara dua kontaksi

- 10) Mencegah laserasi perineum dengan cara melakukan episiotomy
- 11) Mengobservasi DJB dan his uterus.

9. EVALUASI

- 1) Ibu telah mengetahui keadaannya
- 2) Alat partus telah disiapkan oleh bidan, baik itu APD maupun alat partus, amniotomi dan heacting set jika dilakukan episiotomy
- 3) Tempat telah disiapkan agar ibu merasa nyaman dan cocok untuk bayi baru lahir (ruangan yang hangat)
- 4) Ibu dan keluarga telah siap untuk menghadapi persalinan kala II
- 5) Amniotomi telah dilakukan karena ketuban belum pecah saat pembukaan telah lengkap
- 6) Ibu telah di beri air minum dan biscuit agar ibu memiliki tenaga saatmeneran
- 7) Ibu telah diajar kan dan paham cara meneran yang baik dan efisien
- 8) Bidan, suami, dan keluarga telah memberi dukungan kepada klien
- 9) Ibu telah melaukan relaksasi pernafasan diatara dua kontraksi
- 10) Telah dilakukan episiotomy karena perineum ibu kaku dan telah dilakukan penjahitan perineum kembali dengan derajat robekan yaitu derajat 1
- 11) DJB 140 ×/menit dan his masih berlangsung.

D. Soal Latihan

Adapun soal yang digunakan untuk latihan adalah sebagai berikut:

1. Jelaskan tentang fisiologi kala II Persalinan
2. Jelaskan tentang amniotomi
3. Jelaskan tentang episiotomi
4. Jelaskan tentang manajemen asuhan kebidanan pada kala II Persalinan

E. Referensi

1. Jamil, S. N., Sukma, F., & Hamidah. (2017). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Pra Sekolah. In Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Pra Sekolah. [http://elearning.fkkumj.ac.id/pluginfile.php?file=/8663/course/overviewfiles/ASUH AN NEONATUS, BAYI, BALITA DAN ANAK PRA SEKOLAH.pdf&forcedownload=1](http://elearning.fkkumj.ac.id/pluginfile.php?file=/8663/course/overviewfiles/ASUH%20AN%20NEONATUS,%20BAYI,%20BALITA%20DAN%20ANAK%20PRA%20SEKOLAH.pdf&forcedownload=1) Jannah, N. (2012). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan. C.V ANDI.
2. Kala, P., & Kota, D. I. (2017). (5) 1.). 3(4), 204–210.
2. Kartawidjaja, J. (2020). Orphanet Journal of Rare Diseases, 21(1), 1–9. Kementerian Kesehatan RI. (2020). Buku KIA Revisi 2020 Lengkap (p. 16).
3. Konawe, Y. P., Dii, J., No, P., Tuoy, K., & Unaaha, K. (2019). PELAKSANAAN ASUHAN SAYANG IBU PADA PROSES PERSALINAN LATAR BELAKANG Derajat kesehatan seseorang , kelompok atau masyarakat dinyatakan dengan indikator umur harapan hidup waktu lahir , Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Balita (AKABA), Angka Kem. 6(1), 37–41. <https://doi.org/10.34310/sjkb.v6i1.248>

4. Kurniarum, A. (2016). Asuhan Kebidanan Persalinan dan bayi baru lahir. Pusdik SDM Kesehatan.
5. Legawati, Juliana Munthe, SST., M. K. (2017). Asuhan Kebidanan Berkesinambungan

BAB 6

KALA III DAN KALA IV PERSALINAN



A. Deskripsi Bab

BAB ini memberikan bekal kepada mahasiswa untuk dapat menguasai materi Kala IIPersalinan

A. Tujuan atau Sasaran Pembelajaran

Pada akhir pembelajaran, mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan tentang manajemen aktif kala III
2. Menjelaskan tentang fisiologi kala III
3. Menjelaskan tentang manajemen asuhan kebidanan pada kala III Persalinan
4. Menjelaskan tentang bentuk kegawatdaruratan kala III
5. Menjelaskan tentang mekanisme dan tanda pelepasan plasenta

B. Kompetensi Khusus

Kompetensi khusus yang diharapkan dapat dicapai oleh mahasiswa adalah memahami tentang kala III Persalinan meliputi manajemen aktif kala III, fisiologi kala III, mekanisme dan tanda pelepasan plasenta, bentuk kegawatdaruratan kala III.

C. Materi

6.1 Manajemen Aktif Kala III

Manajemen aktif kala III sangat penting dilakukan pada setiap asuhan persalinan normal dengan tujuan untuk menurunkan angka kematian ibu. Saat ini, manajemen aktif kala III telah menjadi prosedur tetap pada asuhan persalinan normal dan menjadi salah satu kompetensi

dasar yang harus dimiliki setiap tenaga kesehatan penolong persalinan.

1. Tujuan Manajemen Aktif Kala III

Tujuan manajemen aktif kala III adalah untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah perdarahan dan mengurangi kehilangan darah kala III persalinan jika dibandingkan dengan penatalaksanaan fisiologis. Penatalaksanaan manajemen aktif kala III dapat mencegah terjadinya kasus perdarahan pasca persalinan yang disebabkan oleh atonia uteri dan retensio plasenta.

2. Keuntungan Manajemen Aktif Kala III

Keuntungan manajemen aktif kala III adalah:

- 1) Persalinan kala tiga lebih singkat.
- 2) Mengurangi jumlah kehilangan darah.
- 3) Mengurangi kejadian retensio plasenta.

3. Langkah Manajemen Aktif Kala III

Langkah utama manajemen aktif kala III ada tiga langkah yaitu:

- 1) Pemberian suntikan oksitosin. Pemberian suntikan oksitosin dilakukan dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir. Namun perlu diperhatikan dalam pemberian suntikan oksitosin adalah memastikan tidak ada bayi lain (*undiagnosed twin*) di dalam uterus. Karena Oksitosin dapat menyebabkan uterus berkontraksi yang dapat menurunkan pasokan

oksigen pada bayi. Suntikan oksitosin dengan dosis 10 unit diberikan secara intramuskuler (IM) pada sepertiga bagian atas paha bagian luar (*aspektus lateralis*). Tujuan pemberian suntikan oksitosin dapat menyebabkan uterus berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah.

- 2) Penegangan tali pusat terkendali. Klem pada tali pusat diletakkan sekitar 5-10 cm dari vulva dikarenakan dengan memegang tali pusat lebih dekat ke vulva akan mencegah evulsi tali pusat. Meletakkan satu tangan di atas simpisis pubis dan tangan yang satu memegang klem di dekat vulva. Tujuannya agar bisa merasakan uterus berkontraksi saat plasenta lepas. Segera setelah tanda-tanda pelepasan plasenta terlihat dan uterus mulai berkontraksi tegangkan tali pusat dengan satu tangan dan tangan yang lain (pada dinding abdomen) menekan uterus ke arah lumbal dan kepala ibu (*dorso-kranial*). Lakukan secara hati-hati untuk mencegah terjadinya inversio uteri. Lahirkan plasenta dengan peregangannya yang lembut mengikuti kurva alamiah panggul (*posterior* kemudian *anterior*). Ketika plasenta tampak di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan mengangkat pusat ke atas dan menopang plasenta dengan tangan lainnya. Putar plasenta secara lembut hingga selaput ketuban terpelekat menjadi satu.
- 3) Masase fundus uteri. Masase fundus uteri segera setelah plasenta lahir, lakukan masase fundus uteri dengan tangan kiri sedangkan tangan kanan memastikan bahwa kotiledon dan selaput plasenta dalam keadaan lengkap. Periksa sisi maternal dan

fetal. Periksa kembali uterus setelah satu hingga dua menit untuk memastikan uterus berkontraksi. Evaluasi kontraksi uterus setiap 15 menit selamasatu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama satu jam kedua pasca persalinan.

6.2 Fisiologi Persalinan Kala III dan Kala IV

Kala III merupakan tahap ketiga persalinan yang berlangsung sejak bayi lahir sampai plasenta lahir. Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Kala III merupakan periode waktu dimulai ketika bayi lahir dan berakhir pada saat plasenta seluruhnya sudah dilahirkan. Kala III penting perlu diingat bahwa tiga puluh persen penyebab kematian ibu di Indonesia adalah perdarahan pasca persalinan. Dua pertiga dari perdarahan pasca persalinan disebabkan oleh atonia uteri

Penyebab terpisahnya plasenta dari dinding uterus adalah kontraksi uterus (spontan atau dengan stimulus) setelah kala dua selesai. Berat plasenta mempermudah terlepasnya selaput ketuban, yang terkelupas dan dikeluarkan. Tempat perlekatan plasenta menentukan kecepatan pemisahan dan metode ekspulsi plasenta. Selaput ketuban dikeluarkan dengan penonjolan bagian ibu atau bagian janin.

Pada kala III, otot uterus (miometrium) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat

perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina. Setelah janin lahir, uterus mengadakan kontraksi yang mengakibatkan penciutan permukaan kavum uteri, tempat implantasi plasenta. Akibatnya, plasenta akan lepas dari tempat implantasinya.

Fisiologi Persalinan Kala IV

Fisiologi persalinan kala IV adalah waktu setelah plasenta lahir sampai empat jam pertama setelah melahirkan. (Sri Hari Ujiningtyas, 2009)

Menurut Reni Saswita, 2011. Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah proses tersebut.

Observasi yang harus dilakukan pada kala IV:

- a. Tingkat kesadaran
- b. Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi dan pernafasan
- c. Kontraksi uterus
- d. Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc.

Asuhan dan Pemantauan pada Kala IV. Menurut Reni Saswita, 2011 asuhan dan pemantauan pada kala IV yaitu:

- 1) Lakukan rangsangan taktil (seperti pemijatan) pada uterus, untuk merangsang uterus berkontraksi.
- 2) Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang antarapusat dan fundus uteri.
- 3) Perkirakan kehilangan darah secara keseluruhan.
- 4) Periksa perineum dari perdarahan aktif (misalnya apakah ada laserasi atau episiotomi).
- 5) Evaluasi kondisi ibu secara umum
- 6) Dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama kala IV persalinan di halaman belakang partograf segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan. Pemantauan Keadaan Umum Ibu pada Kala IV. Menurut Reni Saswita, 2011 Sebagian besar kejadian kesakitan dan kematian ibu disebabkan oleh perdarahan pascapersalinan dan terjadi dalam 4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Karena alasan ini, penting sekali untuk memantau ibu secara ketat segera setelah setiap tahapan atau kala persalinan diselesaikan.

Hal-hal yang perlu dipantau selama dua jam pertama pasca persalinan.

- 1) Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih, dan perdarahan setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit dalam satu jam kedua pada kala IV.
- 2) Pemijatan uterus untuk memastikan uterus menjadi keras, setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit dalam jam kedua kala IV.

- 3) Pantau suhu ibu satu kali dalam jam pertama dan satu kali pada jam kedua pascapersalinan.
- 4) Nilai perdarahan, periksa perineum dan vagina setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.
- 5) Ajarkan ibu dan keluarganya bagaimana menilai tonus dan perdarahan uterus, juga bagaimana melakukan pemijatan jika uterus menjadi lembek.

Rokemendasi Kebijakan Teknik Asuhan Persalinan dan Kelahiran. Rokemendasi kebijakan teknik asuhan persalinan dan kelahiran yaitu:

- 1) Asuhan sayang ibu dan sayang bayi harus dimasukkan sebagai bagian dari persalinan bersih dan aman, termasuk hadirnya keluarga atau orang-orang yang hanya memberikan dukungan.
- 2) Partograf harus digunakan untuk memantau persalinan dan berfungsi sebagai suatu catatan/rekam medik untuk persalinan.
- 3) Selama persalinan normal, intervensi hanya dilaksanakan jika ada indikasi. Prosedur ini bukan dibutuhkan jika ada infeksi/penyulit.
- 4) Penolong persalinan harus tetap tinggal bersama ibu dan bayi.
- 5) Penolong persalinan harus tetap tinggal bersama ibu setidaknya-tidaknya 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai keadaan ibu stabil. Fundus harus diperiksa setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Masase fundus harus dilakukan sesuai kebutuhan untuk memastikan tonus uterus

tetap baik, perdarahan minimal, dan dapat dilakukan tindakan pencegahan.

- 6) Selama 24 jam pertama setelah persalinan, fundus harus sering diperiksa dan dimasase sampai tonus baik. Ibu atau anggota keluarga dapat diajarkan untuk melakukan masase fundus.
- 7) Segera setelah lahir, seluruh tubuh terutama kepala bayi harus segera diselimuti dan dikeringkan, juga dijaga kehangatannya untuk mencegah hipotermi.
- 8) Obat-obat esensial, bahan, dan perlengkapan harus disediakan oleh petugas dan keluarga.

6.3 Manajemen Asuhan Kala III dan Kala IV

Pendokumentasian pada kala III menurut Varney

6.3.1 Pengkajian Data Subjektif

- 6.3.1.1 Pasien mengatakan bahwa bayinya telah lahir
- 6.3.1.2 Pasien mengatakan bahwa ia merasa mulas dan ingin meneran
- 6.3.1.3 Pasien mengatakan bahwa plasenta belum lahir

Data Objektif

- 6.3.1.4 Jam bayi lahir spontan
 - 6.3.1.5 Perdarahan pervaginam
 - 6.3.1.6 TFU
 - 6.3.1.7 Kontraksi uterus: intensitasnya (kuat, sedang, lemah atau tidak ada) selama 15 menit pertama
- 6.3.2 Interpretasi Data

Pastikan bahwa saat ini pasien berada pada kala III beserta kondisi normalnya dan mengkaji adanya diagnosis masalah atau tidak. Contoh rumusan diagnosis. Seorang P1A0 dalam pemeriksaan kala III normal.

Masalah: pasien tidak memberikan respon ketika diajak bekerja sama untuk meneran.

6.3.3 Diagnosis Potensial.

Pada langkah ini bidan memprediksi apakah kondisi pasien sebelumnya mempunyai potensi untuk meningkat ke arah kondisi yang semakin buruk.

6.3.4 Antisipasi Tindakan Segera Dilakukan jika ditemukan diagnosis potensial.

6.3.5 Perencanaan

6.3.5.1 Berikan pujian kepada pasien atas keberhasilannya dalam melahirkan janinya.

6.3.5.2 Lakukan manajemen aktif kala III.

6.3.5.3 Pantau kontraksi uterus.

6.3.5.4 Beri dukungan mental pada pasien.

6.3.5.5 Berikan informasi mengenai apa yang harus dilakukan oleh pasien dan pendampingan agar proses kelahiran plasenta lancar.

6.3.5.6 Jaga kenyamanan pasien dengan menjaga kebersihan tubuh bagian bawah (perineum).

6.3.6 Pelaksanaan. Merealisasikan perencanaan sambil melakukan evaluasi secara terus-menerus.

6.3.7 Evaluasi. Menggambarkan hasil pengamatan terhadap keefektifan asuhan yang diberikan. Data yang tertulis pada tahap ini merupakan data fokus untuk kala berikutnya yang mencakup data subjektif dan objektif.

6.4 Bentuk Kegawatdaruratan Kala III dan Kala IV

1) Antonia Uteri.

Antonia Uteri adalah keadaan lemahnya tonus/kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir (Sarwono, 2010). Atonia uteri dapat dicegah dengan Manajemen aktif kala III, yaitu pemberian oksitosin segera setelah bayi lahir (Oksitosin injeksi 10U IM, atau 5 iU IM dan 5 iU Intravenous atau 10-20 iU perliter Intravenous drips 100-150 cc/jam. Pemberian oksitosin rutin pada kala III dapat mengurangi risiko perdarahan pospartum lebih dari 40%, dan juga dapat mengurangi kebutuhan obat tersebut sebagai terapi. Manajemen aktif kala III dapat mengurangi jumlah perdarahan dalam persalinan, anemia, dan kebutuhan transfusi darah. Oksitosin mempunyai onset yang cepat, dan tidak menyebabkan kenaikan tekanan darah atau kontraksi tetani seperti preparat ergometrin. Masa paruh oksitosin lebih cepat dari Ergometrin yaitu 5-15 menit. Prostaglandin (Misoprostol)

akhir-akhir ini digunakan sebagai pencegahan perdarahan postpartum.

2) Retensio plasenta.

Retensio plasenta adalah plasenta masih berada didalam uterus selama lebih dari setengah jam bayi lahir (Sarwono, 2010).

3) Emboli cairan ketuban merupakan sindrom dimana setelah sejumlah cairan ketuban memasuki sirkulasi darah maternal, tiba-tiba terjadi gangguan pernafasan yang akut dan shock. Dua puluh lima persen wanita yang menderita keadaan ini meninggal dalam waktu 1 jam. Emboli cairan ketuban jarang dijumpai. Kemungkinan banyak kasus tidak terdiagnosis yang dibuat adalah shock obstetrik, perdarahan post partum atau edema pulmoner akut.

4) Robekan jalan lahir. Perdarahan dalam keadaan dimana plasenta telah lahir lengkap dan kontraksi rahim baik, dapat dipastikan bahwa perdarahan tersebut berasal dari perlukaan jalan lahir.

5) Robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Robekan perineum umumnya terjadi di garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat, sudut arkus pubis lebih kecil daripada biasa, kepala janin melewati pintu panggul bawah dengan ukuran yang lebih besar daripada sirkumferensia suboksipito bregmatika. Luka perinium, dibagi atas 4

tingkatan:

1. Tingkat I: Robekan hanya pada selaput lender vagina dengan atau tanpamengenai kulit perineum
2. Tingkat II: Robekan mengenai selaput lendir vagina dan otot perinea transversalis, tetapi tidak mengenai spingter ani
3. Tingkat III: Robekan mengenai seluruh perinium dan otot spingter ani
4. Tingkat IV: Robekan sampai mukosa rectum

6) Robekan Serviks.

Bibir serviks uteri merupakan jaringan yang mudah mengalami perlukaan saat persalinan karena perlukaan itu portio vaginalis uteri pada seorang multipara terbagi menjadi bibir depan dan belakang. Robekan serviks dapat menimbulkan perdarahan banyak khususnya bila jauh ke lateral sebab di tempat terdapat ramus desenden dari ararteria uterina. Perlukaan ini dapat terjadi pada persalinan normal tapi lebih sering terjadi pada persalinan dengan tindakan-tindakan pada pembukaan persalinan belum lengkap. Selain itu penyebab lain robekan serviks adalah persalinan presipitatus. Pada partus ini kontraksi rahim kuat dan sering didorong keluar dan pembukaan belum lengkap. Diagnose perlukaan serviks dilakukan dengan speculum bibir serviks dapat di jepit dengan cunam atromatik. Kemudian diperiksa secara cermat sifat-sifat robekan tersebut. Bila ditemukan

robekan serviks yang memanjang, maka luka dijahit dari ujung yang paling atas, terus ke bawah. Pada perlukaan serviks yang berbentuk melingkar, diperiksa dahulu apakah sebagian besar dari serviks sudah lepas atau tidak. Jika belum lepas, bagian yang belum lepas itu dipotong dari serviks, jika yang lepas hanya sebagiankecil saja itu dijahit lagi pada serviks. Perlukaan dirawat untuk menghentikan perdarahan.

- 7) Inversio uteri merupakan keadaan dimana fundus uteri masuk kedalam cavum uteri, dapat secara mendadak atau perlahan. Kejadian ini biasanya disebabkan pada saat melakukan persalinan plasenta secara Crede, dengan otot rahim belum berkontraksi dengan baik. Inversio uteri memberikan rasa sakit yang dapat menimbulkan keadaan syok. Pada inversio uteri, uterus terputar balik, sehingga fundus uteri terdapat dalam vagina dengan selaput lendirnya sebelah luar Uterusdikatakan inversi jika uterus terbalik selama kelahiran plasenta. Reposisi uterus harus dilakukan segera. Semakin lama cincin konstiksi di sekitar uterus yang inversi semakin kaku dan uterus lebih membengkak karena terisi darah.

6.5 Mekanisme dan Tanda Pelepasan Plasenta

Tanda-Tanda Pelepasan Plasenta

Adapun tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu:

- 1) Perubahan bentuk dan tinggi fundus. Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya di bawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah pear atau alpukat dan fundus berada di atas pusat.
- 2) Tali pusat memanjang. Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva (tanda Ahfeld).
- 3) Semburan darah mendadak dan singkat. Darah yang terkumpul dibelakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar di bantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (*retroplacental pooling*) dalam ruang di antara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungnya maka darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang terlepas. Tanda ini kadang-kadang terlihat dalam waktu satu menit setelah bayi lahir dan biasanya dalam 5 menit.

Cara-Cara Pelepasan Plasenta

- 1) Metode Ekspulsi Schultze. Pelepasan ini dapat dimulai dari tengah (sentral) atau dari pinggir plasenta. Ditandai oleh makin panjang keluarnya tali pusat dari vagina (tanda ini dikemukakan oleh Ahfeld) tanpa adanya perdarahan per vaginam. Lebih besar kemungkinannya terjadi pada

plasenta yang melekat di fundus.

- 2) Metode Ekspulsi Matthew-Duncan. Ditandai oleh adanya perdarahan dari vagina apabila plasenta mulai terlepas. Umumnya perdarahan tidak melebihi 400 ml. Bila lebih hal ini patologik. Lebih besar kemungkinan pada implantasi lateral. Apabila plasenta lahir, umumnya otot-otot uterus segera berkontraksi, pembuluh-pembuluh darah akan terjepit, dan perdarahan segera berhenti. Pada keadaan normal akan lahir spontan dalam waktu lebih kurang 6 menit setelah anak lahir lengkap.

Beberapa Perasat untuk mengetahui apakah plasenta lepas dari tempat implantasinya:

- 1) Prasad Kustner. Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat. Tangan kiri menekan daerah di atas simfisis. Bila tali pusat ini masuk kembali ke dalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus. Bila tetap atau tidak masuk kembali ke dalam vagina, berarti plasenta lepas dari dinding uterus. Prasad ini hendaknya dilakukan secara hati-hati. Apabila hanya sebagian plasenta terlepas, perdarahan banyak akan dapat terjadi.
- 2) Prasad Strassmann. Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat. Tangan kiri mengetok-ngetok fundus uteri. Bila terasa getaran pada tali pusat yang diregangkan ini berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus.
- 3) Prasad Klein. Wanita tersebut disuruh mengedan. Tali pusat tampak turun ke bawah. Bila pengedanannya dihentikan dan tali pusat

masuk kembali ke dalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus.

D. Soal Latihan

Adapun soal yang digunakan untuk latihan adalah sebagai berikut:

1. Jelaskan tentang manajemen aktif kala III
2. Jelaskan tentang fisiologi kala III dan kala IV Persalinan
3. Jelaskan manajemen asuhan kebidanan pada kala III dan Kala IV persalinan
4. Jelaskan tentang bentuk kegawatdaruratan kala III dan kala IV persalinan
5. Jelaskan mekanisme dan tanda-tanda pelepasan plasenta.

E. Referensi

1. Jamil, S. N., Sukma, F., & Hamidah. (2017). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Pra Sekolah. In Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Pra Sekolah. [http://elearning.fkkumj.ac.id/pluginfile.php?file=/8663/course/overviewfiles/ASUH AN NEONATUS, BAYI, BALITA DAN ANAK PRA SEKOLAH.pdf&forcedownload=1](http://elearning.fkkumj.ac.id/pluginfile.php?file=/8663/course/overviewfiles/ASUH%20AN%20NEONATUS,%20BAYI,%20BALITA%20DAN%20ANAK%20PRA%20SEKOLAH.pdf&forcedownload=1) Jannah, N. (2012). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan. C.V ANDI.
2. Kala, P., & Kota, D. I. (2017). (5) 1.). 3(4), 204–210.
2. Kartawidjaja, J. (2020). Orphanet Journal of Rare Diseases, 21(1), 1–9. Kementrian Kesehatan RI. (2020). Buku KIA Revisi 2020 Lengkap (p. 16).

3. Konawe, Y. P., Dii, J., No, P., Tuoy, K., & Unaaha, K. (2019). PELAKSANAAN ASUHAN SAYANG IBU PADA PROSES PERSALINAN LATAR BELAKANG Derajat kesehatan seseorang , kelompok atau masyarakat dinyatakan dengan indikator umur harapan hidup waktu lahir , Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Balita (AKABA), Angka Kem. 6(1), 37-41. <https://doi.org/10.34310/sjkb.v6i1.248>
4. Kurniarum, A. (2016). Asuhan Kebidanan Persalinan dan bayi baru lahir. Pusdik SDM Kesehatan.
5. Legawati, Juliana Munthe, SST., M. K. (2017). Asuhan Kebidanan Berkesinambungan

BAB 7

BAYI BARU LAHIR



A. Deskripsi Bab

Bab ini memberikan bekal kepada mahasiswa untuk dapat menguasai materi Bayi Baru Lahir.

A. Tujuan atau Sasaran Pembelajaran

Pada akhir pembelajaran, mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan tentang peran Bidan dalam manajemen laktasi
2. Menjelaskan tentang Pengertian ASI Eksklusif
3. Menjelaskan tentang manfaat Pemberian ASI
4. Menjelaskan tentang Komposisi Zat Gizi ASI
5. Menjelaskan tentang Upaya Memperbanyak ASI
6. Menjelaskan tentang tanda bayi cukup ASI
7. Menjelaskan tentang cara merawat payudara
8. Menjelaskan tentang cara menyusui yang benar
9. Menjelaskan tentang masalah dalam menyusui dan cara mengatasinya
10. Menjelaskan tentang sosial budaya yang mempengaruhi masa nifas dan masa menyusui

B. Kompetensi Khusus

Kompetensi khusus yang diharapkan dapat dicapai oleh mahasiswa adalah memahami tentang bayi baru lahir meliputi peran bidan dalam manajemen laktasi, ASI Eksklusif dengan manfaat pemberian ASI, Komposisi ASI, upaya memperbanyak ASI, tanda bayi cukup ASI, cara merawat payudara, cara menyusui yang benar, masalah dalam menyusuidan cara mengatasinya serta faktor sosial budaya yang mempengaruhi masa nifas dan masa menyusui.

C. Materi

7.1 Peran Bidan dalam Manajemen Laktasi

Peranan awal bidan dalam mendukung pemberian ASI adalah:

1. Meyakinkan bahwa bayi memperoleh makanan yang mencukupi dari payudara ibunya.
2. Membantu ibu sedemikian rupa sehingga ia mampu menyusui bayinya sendiri.

Bidan dapat memberikan dukungan dalam pemberian ASI, dengan:

1. Membiarkan bayi bersama ibunya segera sesudah lahir selama beberapa jam pertama.
2. Mengajarkan cara merawat payudara yang sehat pada ibu untuk mencegah masalah umum yang timbul.
3. Membantu ibu pada waktu pertama kali memberi ASI.
4. Menempatkan bayi didekat ibu pada kamar yang sama (rawat gabung).
5. Memberikan ASI pada bayi sesering mungkin.
6. Memberikan kolustrum dan ASI saja.
7. Menghindari susu botol dan “dot empeng”.

Sumber: Puskidnakes, 2003

7.2 Pengertian ASI Eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian ASI sedini mungkin setelah lahir sampai bayi berumur 6 bulan tanpa pemberian makanan lain.

ASI eksklusif adalah Memberikan hanya ASI tanpa memberikan makanan dan minuman lain kepada bayi sejak lahir sampai bayi berumur 6 bulan, kecuali obat dan vitamin.

7.3 Manfaat Pemberian ASI

1. Manfaat ASI untuk Bayi

- 1) Nutrien (zat gizi) dalam ASI sesuai dengan kebutuhan bayi.
- 2) ASI mengandung zat protektif.
- 3) Mempunyai efek psikologis yang menguntungkan bagi ibu dan bayi.
- 4) Menyebabkan pertumbuhan dan perkembangan bayi menjadi baik.
- 5) Mengurangi kejadian karies dentis.
- 6) Mengurangi kejadian maloklusi.

2. Nutrien (Zat Gizi) dalam ASI Sesuai dengan Kebutuhan Bayi

Zat gizi yang terdapat dalam ASI antara lain: lemak, karbohidrat, protein, garam dan mineral, serta vitamin. ASI memberikan seluruh kebutuhan nutrisi dan energi selama 1 bulan pertama, separuh atau lebih nutrisi selama 6 bulan kedua dalam tahun pertama, dan 1/3 nutrisi atau lebih selama tahun kedua.

3. ASI Mengandung Zat Protektif

Dengan adanya zat protektif yang terdapat dalam ASI, maka bayi jarang mengalami sakit. Zat-zat protektif tersebut antara lain:

- 1) Laktobasilus bifidus (mengubah laktosa menjadi asam laktat dan asam asetat, yang membantu memberikan keasaman pada pencernaan sehingga menghambat pertumbuhan mikroorganisme).
- 2) Laktoferin, mengikat zat besi sehingga membantu menghambat pertumbuhan kuman.
- 3) Lisozim, merupakan enzim yang memecah dinding bakteri dan anti inflamatori bekerjasama dengan peroksida dan askorbat untuk menyerang E-Coli dan Salmonela.
- 4) Komplemen C3 dan C4.
- 5) Faktor anti streptokokus, melindungi bayi dari kuman streptokokus.
- 6) Antibodi.
- 7) Imunitas seluler, ASI mengandung sel-sel yang berfungsi membunuh dan memfagositosis mikroorganisme, membentuk C3 dan C4, lisozim dan laktoferin.
- 8) Tidak menimbulkan alergi.

4. Mempunyai Efek Psikologis yang Menguntungkan Bagi Ibu dan Bayi

Pada saat bayi kontak kulit dengan ibunya, maka akan timbul rasa aman dan nyaman bagi bayi. Perasaan ini sangat penting untuk menimbulkan rasa percaya (*basic sense of trust*).

5. Menyebabkan Pertumbuhan dan Perkembangan Bayi Menjadi Baik

Bayi yang mendapatkan ASI akan memiliki tumbuh kembang yang baik. Hal ini dapat dilihat dari kenaikan berat badan bayi dan kecerdasan otak baik.

7.4 Komposisi Gizi dalam ASI

ASI adalah makanan terbaik untuk bayi. Air susu ibu khusus dibuat untuk bayi manusia. Kandungan gizi dari ASI sangat khusus dan sempurna serta sesuai dengan kebutuhantumbuh kembang bayi.

ASI dibedakan dalam tiga stadium yaitu:

- 7.4.1 Kolostrum,
- 7.4.2 Air susu transisi/peralihan,
- 7.4.3 Air susu matur.

1. Kolostrum

Kolostrum adalah air susu yang pertama kali keluar. Kolostrum ini disekresi oleh kelenjar payudara pada hari pertama sampai hari ke empat pasca persalinan. Kolostrum merupakan cairan dengan viskositas kental, lengket dan berwarna kekuningan. Kolostrum mengandung tinggi protein, mineral, garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih dan antibodi yang tinggi daripada ASI matur. Selain itu, kolostrum masih mengandung rendah lemak dan laktosa. Protein utama pada kolostrum adalah imunoglobulin (IgG, IgA dan IgM), yang digunakan sebagai zat antibodi untuk mencegah dan menetralkan bakteri, virus, jamur dan parasit.

Meskipun kolostrum yang keluar sedikit menurut ukuran kita, tetapi volume kolostrum yang ada dalam payudara mendekati kapasitas lambung bayi yang berusia 1-2 hari. Volume kolostrum antara 150-300 ml/24 jam.

Kolostrum juga merupakan pencahar ideal untuk membersihkan zat yang tidak terpakai dari usus bayi yang baru lahir dan mempersiapkan saluran pencernaan makanan bagi bayi makanan yang akan datang.

2. ASI Transisi/Peralihan

ASI peralihan adalah ASI yang keluar setelah kolostrum sampai sebelum ASI matang, yaitu sejak hari ke-4 sampai hari ke-10. Selama dua minggu, volume air susu bertambah banyak dan berubah warna serta komposisinya. Kadar imunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.

3. ASI Matur

ASI matur disekresi pada hari ke sepuluh dan seterusnya. ASI matur tampak berwarna putih. Kandungan ASI matur relatif konstan, tidak menggumpal bila dipanaskan. Air susu yang mengalir pertama kali atau saat lima menit pertama disebut foremilk. Foremilk lebih encer.

Foremilk mempunyai kandungan rendah lemak dan tinggi laktosa, gula, protein, mineral dan air.

Kandungan	Kolustrum	Transisi	ASI matur
Energi (kcal)	57,0	63,0	65,0
Laktosa (gr/100 ml)	6,5	6,7	7,0
Lemak (gr/100 ml)	2,9	3,6	3,8
Protein (gr/100 ml)	1,195	0,965	1,324
Mineral (gr/100 ml)	0,3	0,3	0,2
Immunoglobulin:			
Ig A (mg/100 ml)	335,9	-	119,6
Ig G (mg/100 ml)	5,9	-	2,9
Ig M (mg/100 ml)	17,1	-	2,9
Lisosin (mg/100 ml)	14,2-16,4	-	24,3-27,5
Laktoferin	420-520	-	250-270

7.5 Upaya Memperbanyak ASI

- 7.5.1 Terus Menyusui. Cara terbaik untuk meningkatkan produksi ASI adalah selalu menyusui bayi. Hal ini terkait dengan prinsip stimulus dan respon, ketika bayi terus berusaha 'nenen' disitulah stimulus atau rangsangan akan terus diberikan, maka secara alami tubuh sang ibu akan memberikan respon berupa peningkatan produksi ASI sesuai dengan stimulus yang diterima.
- 7.5.2 Skin to Skin. Setiap kali Anda menyusui bayi Anda, yang terbaik untuk dilakukan adalah skin to skin, dalam artian ketika menyusui usahakan agar kulit bayi bersentuhan langsung dengan kulit Anda tanpa sehelai kainpun yang menghalangi. Ini berarti bahwa sebaiknya Anda melepas kaos dan bra,

sedangkan bayi hanya menggunakan popok. Ketika sudah demikian, gunakanlah selimut untuk menutupi kalian berdua dan terus rutinkanlah cara seperti ini. Hal ini tidak hanya akan meningkatkan produksi ASI, tetapi juga akan meningkatkan ikatan emosional yang luar biasa antara ibu dan bayi.

- 7.5.3 Jangan Dihentikan. Jangan membatasi waktu untuk menyusui. Cobalah untuk memberikan bayi waktu menyusu sebanyak yang dia butuhkan, ketika bayi sudah cukup kenyang maka secara otomatis dia akan berhenti menyusu dengan sendirinya. Dan jangan lupa untuk memberikan ASI dari payudara sebelah lainnya secara bergantian.
- 7.5.4 Jangan Gunakan Dot, Botol, dan Makanan. Selama 6 bulan pertama kehidupan bayi, ASI dan menyusui harus menjadi satu-satunya sumber makanan. Dot, botol atau bahkan makanan padat harus dihindari sebisa mungkin karena akan cenderung mengurangi rasa lapar, yang membuat bayi cenderung malas untuk menyusu. Jika demikian, maka produksi ASI akan terus berkurang sampai akhirnya berhenti.
- 7.5.5 Cukup Tidur dan Hindari Stres. Untuk ibu-ibu dengan bayi yang baru lahir, mungkin terdengar mustahil untuk bisa tidur nyenyak dalam waktu yang cukup, bayi sering mengajak begadang lantaran siklus tidur yang belum teratur. Namun, sesungguhnya cukup tidur dan menghindari stres bagi ibu adalah hal terbaik untuk memperbanyak ASI. Meskipun sulit dilakukan, tapi cobalah untuk tidur siang saat bayi Anda tidur. Mintalah bantuan

bantuan dari pasangan, teman, atau keluarga untuk mengurus keperluan sehari-hari. Jika Anda berhasil mendapatkan tidur yang cukup dan tetap santai, maka semakin baik produksi ASI baik kualitas ataupun kuantitasnya.

7.5.6 Perhatikan Makanan Anda. Ibu menyusui harus memperhatikan baik-baik makanan yang hendak dikonsumsi disamping kita perhatikan kuantitasnya, karena wanita menyusui membutuhkan tambahan kalori sekitar 500 kalori perhari, kita juga harus memperhatikan kualitas makanan. Jenis makanan tertentu ternyata ada yang bisa memperbanyak ASI dan ini harus banyak dikonsumsi. Daun katuk, sayuran dari segala jenis, buah-buahan, kacang-kacangan, gandum, bubur, serta berbagai jenis biji-bijian akan merangsang produksi ASI secara alami. Minum banyak cairan juga sangat penting.

7.5.7 Suplemen Penambah ASI. Ada sejumlah suplemen dan obat-obatan yang bisa merangsang produksi ASI. Namun, sebelum mencoba semua ini, sebaiknya berkonsultasi dengan dokter atau bidan terlebih dahulu. Bahkan tak jarang mereka membekali setiap ibu yang baru melahirkan dengan suplemen penambah ASI.

7.5.8 Pompa di Antara Menyusui. Bagaimana cara memperbanyak ASI selanjutnya? Salah satu cara yang baik untuk menjaga payudara agar selalu terangsang untuk menghasilkan ASI adalah dengan memompanya. Gunakanlah pompa ASI, memompa secara konsisten antara periode menyusui akan merangsang produksi ASI. Masing- masing

payudara setidaknya dipompa sekitar 10 menit. Tahukah Anda bahwa pada pukul 2-5 pagi, produksi ASI cenderung lebih tinggi, sehingga memompa selama periode ini sangat dianjurkan, jika itu memungkinkan.

- 7.5.9 Pastikan Bayi Menyusu dengan Tepat. Jika mulut bayi tidak menempel dengan benar saat menyusu, maka dia tidak akan mendapatkan cukup susu dan produksi ASI itu sendiri tidak akan dirangsang sebagaimana mestinya. Kesalahan terbanyak yaitu: mulut bayi hanya meliputi ujung puting, padahal seharusnya meliputi hinggapangkal sampai areola (bagian yang berwarna gelap sekitar pangkal puting). Tidak hanya itu saja, posisi menyusui yang tidak tepat juga bisa menyebabkan lecetnyaputing susu, lebih lanjut silahkan baca: Cara Mengatasi Puting Lecet Saat Menyusui dan Mencegahnya.
- 7.5.10 Suasana Tenang. Bayi yang baru lahir sudah memiliki indera pendengaran yang matang, oleh sebab itu setiap suara dan kebisingan akan sangat mengganggu termasuk ketika menyusui. Maka dianjurkan untuk menyusui pada ruangan yang jauh dari kebisingan, buatlah suasana yang tenang dan relaks sehingga membuat bayi lebih lama menyusu. Dengan demikian, ibu juga bisa rileks saat menyusui. Hal ini merupakan salah satu cara memperbanyak ASI dengan pendekatan psikologis yang sangat berpengaruh.
- 7.5.11 Pemijatan Payudara. Bayi yang baru lahir sering cenderung jatuh tertidur saat menyusui, terutama jika aliran ASI mulai melambat, hal ini bisa membuat air susu menggumpal di dalam payudara

dan membuat aliran ASI menjadi tidak lancar. Oleh sebab itu perlu dilakukan pemijatan untuk memecah gumpalan dan membuka penyumbatan. Ketika payudara terasa keras kompreslah dengan air hangat selama 10 menit, setelah itu lakukan pemijatan. Pemijatan bisa dilakukan dari bagian pangkal payudara kemudian tekan ke arah dinding dada dengan menggunakan kedua jari secara merata. Selanjutnya Anda dapat melakukan pemijatan dengan arah melingkar seperti alur obat nyamuk bakar sampai menuju ke area puting. Ingat, jangan dibalik alur ini karena tujuan kita adalah melancarkan aliran ASI.

- 7.5.12 Hindari Asap Rokok. Jika Anda perokok maka berhentilah sekarang juga, apabila suami Anda merokok jangan perbolehkan untuk merokok di ruang bayi. Asap rokok akan menghambat ASI dan memberikan pengaruh negatif yang berbahaya pada bayi akibat zat kimia yang terkandung di dalamnya. Begitu pula dengan makanan yang mengandung kafein, seperti pada kopi yang akan menimbulkan pengaruhburuk pada bayi

Sumber: Roesli, U. 2008. Inisiasi Menyusu Dini

7.6 Tanda Bayi Cukup ASI

- 7.6.1 Payudara ibu yang tadinya kencang menjadi kempes atau lembek setelah bayi menyusui. Hal ini menandakan bahwa bayi telah banyak minum ASI sehingga mengosongkan air susu dari 'wadah' nya.
- 7.6.2 Setelah menyusui, bayi tampak santai, tenang dan

puas. Padahal sebelum menyusui bayi terlihat rewel dan tak nyaman.

- 7.6.3 Bayi memperoleh kembali berat badan awalnya setelah lahir, minggu demi minggu bayi terus bertambah berat badannya. Perlu diketahui bahwa ketika baru saja dilahirkan, kebanyakan bayi akan kehilangan antara 5 dan 9 persen dari berat lahir. Kemudian berat ini akan kembali seperti semula pada saat berusia sekitar 2 minggu. Pedoman kasar perkiraan penambahan berat badan bayi yaitu: Pada bulan pertama, bayi harus mendapatkan 5 sampai 10 ons perminggu; di bulan 2 dan 3, berat badan harus bertambah 5 sampai 8 ons perminggu; di bulan 3-6, berat badan harus bertambah antara 2,5 dan 4,5 ons perminggu; dan dari usia 6 sampai 12 bulan, berat badan bayi harus bertambah antar 1 sampai 3 ons perminggu.
- 7.6.4 Lihat buang air kecilnya. Pada beberapa hari awal setelah lahir, saat bayi mendapatkan susu pertama (kolostrum), biasanya bayi hanya dapat membasahi satu atau dua kain popok per hari. Setelah ASI banyak diproduksi dan bayi telah menyusui dengan baik, maka bayi akan lebih sering berkemih sehingga dapat membasahi enam sampai delapan kain popok perhari. Frekuensi berkemih ini bisa menjadi tanda bahwa bayi cukup ASI.
- 7.6.5 Lihat buang air besarnya. Seperti poin di atas, pola buang air besar juga bisa menjadi tanda bayi cukup ASI. Pada bulan pertama, bayi

setidaknya buang air besar sebanyak tiga kali sehari, dan warnanya mulai kekuningan pada hari kelima setelah lahir. Setelah berusia 1 bulan, frekuensi buang air besar menjadi semakin jarang. Setelah bayi sudah mulai makan makanan padat pada 6 bulan.

7.7 Cara Merawat Payudara

- Pelajari bagaimana memosisikan si kecil dan mulutnya dengan benar ketika menyusui. Pastikan mulut si kecil mencakup sebagian besar areola (area gelap disekitar puting) Anda, jangan hanya puting. Jika posisi mulut si kecil benar, Anda pun akan merasa nyaman, tidak merasa pegal, serta membantu mencegah puting terasa sakit dan mencegah masalah payudara lainnya.
- Cobalah posisi menyusui yang berbeda. Ada beberapa posisi menyusui yang dapat Anda coba. Temukan posisi terbaik untuk Anda dan si kecil serta minta saran dokter atau bidan tentang cara memegang dan menyusui bayi dengan benar. Anda mungkin menemukan bahwa posisi tertentu memudahkan bayi untuk menyusu dengan benar dan jauh lebih nyaman.
- Cegah si kecil agar tidak menggigit. Pada usia 3-4 bulan, gigi pada bayi mungkin sedang mulai tumbuh. Untuk mencegah agar puting tidak digigit, hentikan isapan ASI setelah si kecil selesai menyusui atau ketika tertidur. Untuk menghentikan isapan ASI, selipkan jari Anda ke sisi mulut si kecil.

- Menyusui si kecil secara teratur. Susui si kecil setiap 2-3 jam. Anda mungkin perlu membangunkan si kecil pada malam hari untuk memberinya ASI. Si kecil harus menyusui dari kedua payudara sama banyaknya selama sehari. Jika pada jam 8 si kecil menyusui dari payudara kanan maka pada jam 10 tawarkan payudara kiri Anda.
- Jika payudara Anda sakit, mulai susui si kecil pada payudara yang tidak sakit, kemudian pada payudara yang sakit. Si kecil sering kali menyusui dengan lebih lembut atau tenang pada susuan yang kedua.
- Taruh kompres dingin untuk mengebaskan daerah payudara yang sakit sebelum menyusui. Menaruh sesuatu yang dingin di payudara dapat membantu menumpulkan rasa sakit.

Dan usai menyusui, merawat payudara bisa diterapkan dengan:

- Bersihkan puting dengan lembut tanpa menggunakan sabun atau sampo hingga bersih. Jangan aplikasikan alkohol, lotion, atau parfum pada puting. Gunakan salep antibakteri untuk mengatasi puting pecah-pecah.
- Oleskan salep yang mengandung senyawa tunggal lanolin pada puting setiap kali selesai menyusui. Ini akan mengurangi rasa sakit atau nyeri dan membuat luka sembuh lebih cepat tanpa membentuk keropeng. Bekas salep tidak perlu dicuci sebelum menyusui dan aman bagi bayi.
- Jika payudara sakit ketika menyusui, berhenti menyusui secara langsung dan gunakan pompa

ASI selama beberapa hari.

- Jika merasa puting Anda datar atau masuk ke dalam, segera pergi ke dokter.
- Setiap selesai menyusui, oleskan beberapa tetes ASI pada puting Anda dan biarkan hingga kering. ASI melembapkan dan melindungi puting dari infeksi.

7.8 Cara Menyusui yang Benar

- 7.8.1 Pastikan ibu dan bayi berada dalam kondisi rileks dan nyaman. Posisi kepala bayi harus lebih tinggi dibandingkan tubuhnya, hal ini dimaksudkan agar bayi lebih mudah menelan. Ibu dapat menyangga dengan tangan ataupun mengganjal dengan bantal. Kemudian, tempatkan hidung bayi sejajar dengan puting. Hal ini akan mendorong bayi membuka mulutnya.
- 7.8.2 Ketika bayi mulai membuka mulutnya dan ingin menyusu, maka dekatkan bayi ke payudara ibu. Tunggu hingga mulutnya terbuka dengan lebar dengan posisi lidah ke arah bawah. Jika bayi belum melakukannya, ibu dapat membantu bayi dengandengan menyentuh lembut bagian atas bibir bayi.
- 7.8.3 Posisi perlekatan terbaik bayi menyusui yaitu perlekatan asimetris. Pada perlekatan ini, mulut bayi tidak hanya menempel pada puting payudara, namun pada area bawah puting payudara dan selebar mungkin. Perlekatan ini merupakan salah satu syarat penting dalam cara menyusui dengan benar.

- 7.8.4 Tanda bahwa perlekatan sudah baik yaitu ketika ibu tidak merasakan nyeri saat bayi menyusui dan bayi memperoleh ASI yang mencukupi. Ibu dapat mendengarkan saat bayi menelan ASI.
- 7.8.5 Jika ibu merasa nyeri, lepas perlekatan dengan memasukan jari kelingking ke arah gusi dan puting. Kemudian, coba lagi untuk perlekatan yang lebih baik. Setelah perlekatan sudah benar, umumnya bayi akan dapat menyusui dengan baik.
- 7.8.6 Bayi menyusui sekitar 5 hingga 40 menit, tergantung kebutuhannya. Umumnya dibutuhkan beberapa waktu untuk adaptasi ibu dan bayi agar proses menyusui berjalan lancar.

7.9 Masalah dalam Menyusui dan Cara Mengatasinya

1. Puting Datar

Puting susu datar atau flat nipples sering membuat ibu khawatir tidka dapat menyusui bayinya. Jangan risau, selama hamil puting susu akan menjadi lentur. Lagi pula bayi tidak menghisap ASI dari puting tapi dari aerola (daerah kehitaman payudara).

Solusi:

Tarik puting dengan nipple puller sebelum menyusui.

Kadang-kadang puting datar terjadi akibat perlekatan yang menyebabkan saluran susu lebih pendek dari biasanya. Atasi dengan nipple former saat hamil. Alat yang mirip breast pada ini dikenakan di atas payudara

dan lubang pada nipple former akan membuat puting menonjol keluar.

2. Puting Nyeri

Penyebab utama gangguan ini adalah posisi menyusui yang tidak benar, yaitu sebagian besar aerola tidak masuk ke dalam mulut bayi, sehingga dia hanya menghisap puting payudara. Akibatnya, dia kesulitan mendapat ASI dan berusaha keras menggigit puting hingga lecet.

Solusi:

Bila luka nyeri tak tertahan, konsultasikan ke dokter, kemungkinan perlu diolesi salep antibiotika atau antijamur.

Jangan lupa bersihkan dulu puting sebelum menyusui

3. Payudara Bengkak

Bila ASI sudah penuh dan diperah namun tidak keluar, kemungkinan besar terjadi sumbatan. Itulah yang menyebabkan payudara bengkak (engorgement atau swollen breast).

Solusi:

Susui bayi sesering mungkin setiap 2-3 jam sekali meskipun Anda harus membangunkan bayi. Kompres payudara dengan air dingin selama beberapa menit sesuai menyusui untuk menghilangkan rasa sakit. Ketika bayi menyusui, urut payudara ke arah puting untuk merangsang aliran ASI.

4. Radang Payudara

Mastitis adalah infeksi yang disebabkan bakteri *Staphylococcus aureus*. Gangguan ini membuat Anda

seperti menderita flu dan merasa ada bagian payudara yang nyeri atau panas dan ada bagian yang berwarna merah. Anda pun demam 38,4 C dan merasa sangat lelah.

Solusi:

Susui bayi sesering mungkin untuk mengosongkan payudara. Misalnya setiap 1-3 jam sekali. Kompres payudara dengan air hangat selama beberapa menit sebelum menyusui agar ASI mengalir lancar.

7.10 Faktor Sosial Budaya yang Mempengaruhi Masa Nifas dan Masa Menyusui

Faktor budaya dan sosial yang mempengaruhi masa nifas dan menyusui

- a. Kebiasaan minum jamu merupakan keyakinan ini hendaknya dapat didorong dengan lebih memotivasi pentingnya makanan bergizi dan seimbang untuk memelihara payudara.
- b. Kebiasaan untuk tidak memisahkan bayi dengan ibunya mendekatkan hubungan batin antara ibu dan bayi.

Sosial budaya yang tidak mendukung pemberian ASI

- a. Kebiasaan membuang kolustrum, karena dianggap kotor disebabkan karena warnanya kekuning-kuningan
- b. Memberikan asi ditambah dengan makanan dan minuman pada waktu bayi berusia beberapa hari, cara ini tidak tepat menyebabkan bayi kenyang sehingga mengurangi keluarnya asi dan malas menyusui

- c. Kebiasaan memberikan susu formula sebagai pengganti apabila bayi ditinggal ibunya
- d. Kebiasaan dengan menggunakan botol susu agar tidak merepotkan bayi
- e. Kebiasaan memberikan bayi makanan padat atau sereal agar bayi cepat kenyang dan rewel.

Faktor pengaruh sosial budaya

1. Ketidaktahuan tentang pentingnya ASI
2. Cara posisi menyusui yang benar atau perlekatan
3. Kurang memahami penatalaksanaan ASI

D. Soal Latihan

Adapun soal yang digunakan untuk latihan adalah sebagai berikut:

1. Jelaskan tentang peran Bidan dalam manajemen laktasi
2. Jelaskan tentang Pengertian ASI Eksklusif
3. Jelaskan tentang manfaat Pemberian ASI
4. Jelaskan tentang Komposisi Zat Gizi ASI
5. Jelaskan tentang Upaya Memperbanyak ASI

GLOSARIUM

A

- **Adaptasi Bayi Baru Lahir**
Proses fisiologis yang dialami bayi setelah lahir untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan ektrauterin, termasuk pernapasan, sirkulasi, termoregulasi, dan pencernaan.
- **Atonia Uteri**
Kondisi di mana otot rahim tidak berkontraksi dengan baik setelah persalinan, berisiko menyebabkan perdarahan post-partum.
- **Amniotomi**
Tindakan medis untuk membuka selaput ketuban guna mempercepat proses persalinan atau indikasi medis lainnya.

B

- **Adaptasi Bayi Baru Lahir**
Proses fisiologis yang dialami bayi setelah lahir untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan ektrauterin, termasuk pernapasan, sirkulasi, termoregulasi, dan pencernaan.
- **Atonia Uteri**
Kondisi di mana otot rahim tidak berkontraksi dengan baik setelah persalinan, berisiko menyebabkan perdarahan post-partum.
- **Amniotomi**
Tindakan medis untuk membuka selaput ketuban guna mempercepat proses persalinan atau indikasi medis lainnya.

- **Bayi Baru Lahir (BBL)**
Bayi yang baru lahir dari rahim ibu, biasanya dalam 28 hari pertama kehidupan.
- **Bantuan Persalinan**
Tindakan medis atau kebidanan yang diberikan untuk membantu proses persalinan, termasuk episiotomi, vakum ekstraksi, atau forceps.

D

- **Deteksi Dini Kegawatdaruratan**
Upaya identifikasi dini terhadap tanda-tanda komplikasi pada ibu dan bayi selama proses persalinan dan kelahiran.
- **Dukungan Emosional**
Pendampingan psikologis yang diberikan kepada ibu bersalin untuk mengurangi kecemasan dan meningkatkan kenyamanan selama proses persalinan.

E

- **Episiotomi**
Tindakan pembedahan pada perineum untuk memperbesar jalan lahir guna mencegah robekan yang lebih parah.
- **Evidence-Based Practice (EBP)**
Pendekatan dalam praktik kebidanan yang mengintegrasikan bukti ilmiah terbaik, pengalaman profesional, dan preferensi pasien.

F

- **Faktor 4T (Tiga T dan Satu T)**
Faktor penyebab utama perdarahan post-partum: Tonus (atonia uteri), Trauma (luka jalan lahir), Tissue (retensio plasenta), dan Thrombin (gangguan pembekuan darah).

G

- **Gawat Janin**
Kondisi di mana janin mengalami stres atau kekurangan oksigen selama persalinan, memerlukan intervensi medis segera.

H

- **Hidrasi**
Pemberian cairan yang cukup untuk ibu bersalin guna mencegah dehidrasi dan mendukung proses persalinan.

I

- **Inisiasi Menyusu Dini (IMD)**
Proses menyusui bayi dalam satu jam pertama setelah lahir untuk meningkatkan bonding dan merangsang produksi ASI.
- **Infeksi Nosokomial**
Infeksi yang didapatkan pasien selama perawatan di fasilitas kesehatan, termasuk selama persalinan dan perawatan bayi baru lahir.

J

- **JAHM (Jenny Accurate Hemorrhage Measurement)**

Metode pengukuran perdarahan post-partum yang dikembangkan untuk meningkatkan akurasi deteksi perdarahan.

K

- **Kala I, II, III, IV**
Tahapan-tahapan dalam proses persalinan yang masing-masing memiliki fokus asuhan spesifik.
- **Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin**
Kebutuhan fisik, emosional, dan psikologis ibu selama proses persalinan, termasuk rasa aman, dukungan, kenyamanan, dan informasi.
- **Keterampilan Dasar Kebidanan**
Kemampuan teknis yang harus dikuasai bidan dalam memberikan asuhan persalinan dan perawatan bayi baru lahir.
- **Kala I Persalinan**
Fase persalinan yang dimulai dari pembukaan serviks hingga pembukaan lengkap (10 cm).
- **Kala II Persalinan**
Fase persalinan yang dimulai dari pembukaan lengkap hingga kelahiran bayi.
- **Kala III Persalinan**
Fase persalinan yang dimulai setelah kelahiran bayi hingga pengeluaran plasenta.
- **Kala IV Persalinan**
Periode pemantauan intensif pasca persalinan selama 1–2 jam pertama untuk mencegah komplikasi.

L

- **Luka Jalan Lahir**
Cedera atau robekan pada jalan lahir selama proses persalinan yang memerlukan penanganan medis.

M

- **Manajemen Kala I-IV**
Pendekatan terstruktur dalam memberikan asuhan pada setiap tahapan persalinan untuk memastikan keselamatan ibu dan bayi.
- **Mekanisme Persalinan**
Proses fisiologis pergerakan janin melalui jalan lahir selama persalinan

N

- **Nyeri Persalinan**
Sensasi nyeri yang dialami ibu selama proses persalinan akibat kontraksi uterus dan peregangan jalan lahir.

O

- **Obat Analgesik**
Obat yang digunakan untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri selama persalinan.

P

- **Partograf**
Alat pencatat grafik yang digunakan untuk memantau kemajuan persalinan dan kesejahteraan ibu serta janin. myedisi.com
- **Pemeriksaan Dalam**
Pemeriksaan serviks melalui vagina untuk menilai pembukaan, ketebalan, dan posisi serviks.
- **Pemberian Nutrisi**
Penyediaan makanan dan cairan yang adekuat selama persalinan untuk mendukung energi dan hidrasi ibu.

Profil Penulis

Widya Anggraeni, S.ST., M.Kes.

Penulis lahir di Sidoarjo , tanggal 07 Februari , penulis mengawali karir di kesehatan sebagai seorang bidan , penulis alumni DIII Prodi Kebidanan Bangkalan Poltekkes Surabaya lulus pada tahun 2006 dan DIV dari STIKes Insan Unggul Surabaya lulus pada tahun 2007. Penulis juga pernah menempuh pendidikan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Diponegoro Semarang tahun 2011.



Penulis berkarir sebagai dosen kebidanan di Mitra Sehat Sidoarjo (2007-2011) dan di STIKes Dian Husada Mojokerto (2012 s/d sekarang).

Sebagai seorang Dosen penulis aktif melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi yang meliputi pengajaran, penelitian, dan pengabdian masyarakat. Karya penulis juga dipublikasikan pada jurnal nasional Ber-ISSN, jurnal nasional terakreditasi, jurnal internasional, dan ada beberapa karya juga yang sudah HaKI. Terdapat beberapa buku yang sudah ditulis oleh penulis. Semoga buku ajar ini dapat memberikan kontribusi dan manfaat khususnya bagi mahasiswa kebidanan dan bagi mahasiswa kesehatan pada umumnya.

Email penulis : widyainggit11@gmail.com

Titiek Idayanti, S.ST., M.Kes

Penulis lahir di Sidoarjo 06 Juli 1987. Penulis lulus D3 Kebidanan tahun 2008 di Poltekkes Yapkesbi Sukabumi. Tahun 2008 setelah lulus D3 Kebidanan, penulis dipercaya untuk menjadi Penanggung Jawab Laboratorium Prodi D3 Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Majapahit Mojokerto. Ketertarikan penulis terhadap dunia pendidikan kesehatan membuatnya melanjutkan jenjang pendidikan yang lebih tinggi yaitu D4 Bidan Pendidik di STIKes Insan Unggul Surabaya dan lulus pada tahun 2009. Untuk meningkatkan keilmuannya, penulis melanjutkan jenjang pendidikan S2 Prodi Pendidikan Profesi Kesehatan Fakultas Kedokteran Keluarga Universitas Sebelas Maret Surakarta dan lulus pada tahun 2011.



Penulis adalah seorang Dosen Kebidanan di STIKes Dian Husada Mojokerto sejak 2010 hingga 2023. Pada tahun 2015 penulis dipercaya untuk menduduki jabatan sebagai Penanggungjawab Bidang Akademik pada Prodi DIII Kebidanan. Sejak tahun 2021 hingga saat ini penulis juga aktif dan menjabat sebagai Sekretaris PKBI (Perkumpulan Keluarga Berecana Indonesia) Cabang Kabupaten Mojokerto. Sejak 2023 penulis menjadi Dosen di AKPER Dian Husada Mojokerto. Saat ini penulis menjabat sebagai Ketua SATGAS PPKPT AKPER dian Husada Mojokerto. Sebagai seorang Dosen penulis aktif melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi yang meliputi pengajaran, penelitian, dan pengabdian masyarakat. Karya penulis juga dipublikasikan pada jurnal nasional Ber-ISSN, jurnal nasional terakreditasi, jurnal internasional, dan ada beberapa karya juga yang sudah HKI. Keikutsertaan penulis dalam menulis buku ajar ini, semoga dapat memberikan kontribusi untuk pengembangan ilmu kebidanan, serta dapat menambah manfaat bagi mahasiswa kesehatan khususnya kebidanan dalam memperdalam wawasan dan pengetahuannya.

Email Penulis : ti2k.nurul@gmail.com

Dr. Kurnia Indriyanti Purnama Sari, S.ST., M. Kes.

Penulis lahir di Semarang, 13 Juli 1982. Pada tahun 2005 penulis menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Departemen kesehatan Malang, pada tahun 2008 penulis telah menyelesaikan pendidikan Diploma IV Bidan Pendidik di Politeknik Kesehatan Kemenkes Departemen kesehatan Malang dan pada tahun 2012 penulis menyelesaikan



pendidikan Magister Kesehatan Kedokteran Keluarga di Universitas Negeri Sebelas Maret Surakarta. Pada Tahun 2025 Penulis menyelesaikan pendidikan S3 Psikologi Pendidikan di Fakultas Psikologi Pendidikan Universitas Negeri Malang.

Penulis memulai kariernya dimulai sebagai dosen tetap yayasan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Dian Husada Mojokerto pada tahun 2008 sampai dengan sekarang. Penulis aktif dalam mengajar mahasiswa Kebidanan dan Keperawatan. Penulis saat ini sebagai pengurus Organisasi IBI Ranting Institusi Kabupaten Mojokerto.

Penulis aktif dalam kegiatan Penelitian dan Pengabdian masyarakat dengan beberapa karya diantaranya mendapatkan dua kali hibah Nasional , selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal ilmiah, buku yang pernah ditulis diantaranya Pengantar Ilmu kebidanan, Teori Ilmu Kebidanan, Kesehatan Reproduksi Remaja.

Mata kuliah sesuai dengan bidang keahlian yang menjadi tanggungjawab penulis adalah Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana, Asuhan Kebidanan ibu Nifas, Asuhan Ibu Bersalin, Psikologi Kebidanan, Psikologi keperawatan dan Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal. Penulis berharap karya yang dihasilkan bisa bermanfaat bagi Dosen, Mahasiswa dan masyarakat pada umumnya.

Email Penulis: kurnia.indriyanti.purnama@gmail.com

Buku ajar ini disusun sebagai panduan praktis dan teoritis bagi mahasiswa kebidanan serta tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan selama proses persalinan dan perawatan bayi baru lahir. Materi meliputi manajemen persalinan normal dan komplikasi, penatalaksanaan kegawatdaruratan, serta asuhan menyeluruh pada BBL, termasuk inisiasi menyusui dini (IMD) dan pencegahan hipotermia. Dengan pendekatan berbasis eviden, ilustrasi prosedur, buku ini mendukung penguasaan keterampilan klinis dan pengambilan keputusan yang tepat. Sebagai sumber belajar yang lengkap dan aplikatif, buku ini penting untuk meningkatkan mutu pelayanan maternal dan neonatal di berbagai fasilitas kesehatan.

Tentang Penulis



Widya Anggraeni, S.ST., M.Kes.

Penulis lahir di Sidoarjo, tanggal 07 Februari, penulis mengawali karir di kesehatan sebagai seorang bidan, penulis alumni DIII Prodi Kebidanan Bangkalan Poltekkes Surabaya lulus pada tahun 2006 dan DIV dari STIKes Insan Unggul Surabaya lulus pada tahun 2007. Penulis juga pernah menempuh pendidikan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Diponegoro Semarang tahun 2011. Penulis berkarir sebagai dosen kebidanan di Mitra Sehat Sidoarjo (2007-2011) dan di STIKes Dian Husada Mojokerto (2012 s/d sekarang).



Titiek Idayanti, S.ST., M.Kes

Penulis lahir di Sidoarjo 06 Juli 1987. Penulis lulus D3 Kebidanan tahun 2008 di Poltekkes Yapkesbi Sukabumi. Tahun 2008 setelah lulus D3 Kebidanan, penulis dipercaya untuk menjadi Penanggung Jawab Laboratorium Prodi D3 Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Majapahit Mojokerto. Ketertarikan penulis terhadap dunia pendidikan kesehatan membuatnya melanjutkan jenjang pendidikan yang lebih tinggi yaitu D4 Bidan Pendidik di STIKes Insan Unggul Surabaya dan lulus pada tahun 2009. Untuk meningkatkan keilmuannya, penulis melanjutkan jenjang pendidikan S2 Prodi Pendidikan Profesi Kesehatan Fakultas Kedokteran Keluarga Universitas Sebelas Maret Surakarta dan lulus pada tahun 2011.



Dr. Kurnia Indriyanti Purnama Sari, S.ST., M. Kes.

penulis Lahir di Semarang, 13 Juli 1982. Pada tahun 2005 penulis menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Departemen kesehatan Malang, pada tahun 2008 penulis telah menyelesaikan pendidikan Diploma IV Bidan Pendidik di di Politeknik Kesehatan Kemenkes Departemen kesehatan Malang dan pada tahun 2012 penulis menyelesaikan pendidikan Magister Kesehatan Kedokteran Keluarga di Universitas Negeri Sebelas Maret Surakarta. Pada Tahun 2025 Penulis menyelesaikan pendidikan S3 Psikologi Pendidikan di Fakultas Psikologi Pendidikan Universitas Negeri Malang. Saat ini bekerja sebagai dosen tetap yayasan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Dian Husada Mojokerto pada tahun 2008 sampai dengan sekarang.



PENERBIT

CV RIZMEDIA PUSTAKA INDONESIA

Jl. Afandi/Griya Astra Blok C. No.18

(Yogyakarta/Makassar)

Telp/Wa:085242065812

Email: rizmediapustaka@gmail.com

Website: rizmediapustakaindonesia.com



035/SSL/2022