

BUKU AJAR PERSALINAN

Hamimatus Zainiyah
Enggal Sari Maduratna



Penerbit STIKes Ngudia Husada Madura
Jl. RE. Martadinata No 45
Telp (031) 3061522, Fax (031) 3091871
Bangkalan - 69116
Website: www.stikesnhm.ac.id
E-mail: stikes@nhm.ac.id

BUKU AJAR PERSALINAN

Penulis

Hamimatus Zainiyah, S.ST.,M.Pd.,M.Keb
Enggal Sari Maduratna, S.ST.,M.AP

Penerbit

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ngudia Husada Madura
Jl. RE. Martadinata No.45, Mlajah, Bangkalan, Madura
e-mail: stikes@nhm.ac.id
Website: www.stikesnhm.ac.id

BUKU AJAR PERSALINAN

Penulis

Hamimatus Zainiyah, S.ST.,M.Pd.,M.Keb
Enggal Sari Maduratna, S.ST.,M.AP

Desain Sampul

Nurun Nikmah, SST., M.Kes

Editor

Siti Rochimatul Lailiyah, S.Si.T.,M.Kes

Tata Letak

Nurun Nikmah, SST., M.Kes

Halaman: 105

Ukuran: 21 cm x 29,7 cm

Cetakan Pertama: April 2020

ISBN 978-623-93233-6-3

Penerbit

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ngudia Husada Madura
Jl. RE. Martadinata No.45, Mlajah, Bangkalan, Madura

e-mail: stikes@nhm.ac.id

Website: www.stikesnhm.ac.id

Kata Pengantar

Puji Syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala limpahan rahmat, taufik serta hidayah-Nya sehingga dapat kami menyelesaikan buku ajar ini dengan baik dan lancar. Dalam penyusunan buku ajar ini kami sangat terbantu dengan adanya motivasi dari teman-teman dan pimpinan kami serta yang paling berharga adalah dukungan dari kerluarga kami.

Kami menyadari bahwa penyusunan buku ajar ini masih terdapat banyak kekurangan dan masih jauh dari kata sempurna. Hal ini disebabkan karena adanya keterbatasan yang dimiliki oleh kami selaku penulis. Oleh sebab karenanya kami menyampaikan permohonan maaf atas kekurangan yang ada dan mengharap saran dan kritik dari para pembaca yang mana dapat memberikan masukan untuk memotivasi kami dalam memperbaiki lebih baik lagi buku ajar yang kami buat.

Kami berharap semoga buku ajar ini dapat memberikan manfaat bagi para pembaca pada umunya terutama mahasiswa Kebidanan khususnya dan dapat memberikab wawasan keilmuan terutama pada pengetahuan dalam dunia kesehatan. Selamat membaca dan teruslah semangat dalam menuntut ilmu.

Daftar Isi

HALAMAN JUDUL	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iii
PENDAHULUAN	1
PERSALINAN	2
KEBUTUHAN FISILOGIS IBU BERSALIN	15
ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN	33
ADAPTASI FISILOGIS BAYI BARU LAHIR DILUAR UTERUS	59
PEMAHAMAN APN	68
PEMAHAMAN PARTOGRAF	80
AMNIOTOMI	89
EPISIOTOMI	93
DAFTAR PUSTAKA	99

Pendahuluan

Persalinan ialah suatu peristiwa yang sangat penting dalam kehidupan wanita. Proses persalinan memiliki arti yang berbeda disetiap wanita, dengan belum adanya pengalaman akan memunculkan kecemasan dan ketakutan yang berlebih selama proses persalinan. Keadaan ini sering terjadi pada wanita yang pertama kali melahirkan (Wijaya dkk, 2014).

Proses persalinan dipengaruhi tiga faktor berupa passage(jalan lahir), passanger (janin), power (kekuatan). Persalinan dapat berjalan dengan normal (Euthocia) apabila ketiga faktor terpenuhi dengan baik. Selain itu terdapat faktor lain yang mempengaruhi proses persalinan yaitu psikologis dan penolong (Rohanidkk, 2011). Pada ibu yang pertama kali menjalani proses persalinan akan takut, cemas, khawatir yang berakibat pada peningkatan nyeri selama proses persalinan dan dapat mengganggu jalan persalinan menjadi tidak lancar (Wijaya dkk, 2014). Sehingga dalam suatu persalinan seorang istri membutuhkan dukungan fisik maupun psikis agar dapat meringankan kondisi psikologis ibuyang tidak stabil, peran suami sangat dibutuhkan selama proses persalinan.

Persalinan

1. AREA KOMPETENSI

Peserta didik mendapatkan kesempatan untuk mengumpulkan dan menganalisis informasi tentang persalinan. Peserta didik mampu menghargai peran dan tanggung jawab petugas kebidanan pada ibu bersalin.

2. LEARNING OUTCOME

Setelah mengikuti perkuliahan, mahasiswa diharapkan mampu :

- a. Menjelaskan pengertian persalinan
- b. Mengetahui sebab-sebab mulainya persalina
- c. Mengatahui tanda dan gejala persalinan
- d. Menjelaskan tahapan persalinan
- e. Mengetahui faktor-faktor yang berpengaruh terhadap persalinan
- f. Menjelaskan Mekanisme Persalinan

3. REFERENSI

- Asrinah, Dkk: 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Persalinan*. Yogyakarta. Graha Ilmu.
- Cunningham, FG., et al,2013. *Obstetri Williams*. Jakarta: EGC.
- Prawirohardjo, Sarwono: 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta. PT. Bina Pustaka.
- Prawirohardjo, Sarwono: 2009. *Buku Acuan Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta. PT. Bina Pustaka.
- Sulaiman, Ali: 2001. *Kapita Selekta Kedokteran Jilid 1*. Jakarta. Media Aesculapius.
- Sayuti S, S Ulandari. 2015. *Pengaruh Pendampingan Suami, Saudara/Ibu dan Teman Terhadap Kelancaran Proses Persalinan Di Pujon Kabupaten Malang*. Biomed Science. Jurnal.unitri.ac.id

1. PENGERTIAN

Persalinan merupakan sebuah proses dimana bayi, placenta serta selaput ketuban dikeluarkan dari rahim ibu. Persalinan dapat dikatakan normal apabila proses terjadinya pada usia kehamilan aterm atau cukup bulan (> 37 minggu) dan tidak disertai dengan penyulit.

Tanda-tanda persalinan akan nampak pada saat uterus mulai tersa tegang atau berkontraksi sehingga menimbulkan penipisan dan perluasan pada serviks yang kemudian akan diakhiri dengan kelahiran placenta yang lengkap. Ibu belum dikatakan in partu apabila uterus tidak mengalami ketegangan (kontraksi) yang dapat menyebabkan perubahan pada serviks.

2. SEBAB-SEBAB MULAINYA PERSALINAN

Penyebab secara pasti persalinan terjadi belum dapat diketahui secara benar, hanya ada beberapa teori-teori yang menyatakan tentang faktor-faktor yang menyebabkan persalinan. Diantaranya adalah faktor hormonal, faktor struktur rahim, faktor sirkulasi rahim, faktor hormon prostaglandin, faktor tekanan pada syaraf serta faktor nutrisi.

a. Teori Penurunan Hormonal

Pada 1 – 2 minggu menjelang persalinan dapat terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan hormon progesteron yang dapat berfungsi sebagai penenang pada otot polos uterus serta dapat mengakibatkan kejang pada pembuluh darah dan menimbulkan his atau kontraksi apabila kadar hormon progesteron mengalami penurunan.

b. Teori Plasenta

Teori ini menjelaskan tentang bagaimana proses terjadinya penurunan kadar hormon estrogen dan hormon progesteron yang dapat menyebabkan kejang pada pembuluh darah. Hal ini dapat memicu adanya kontraksi pada otot uterus.

c. Teori Distensi (Struktur) Uterus

Pada seorang ibu hamil semakin bertambahnya usia kehamilan maka akan semakin membesar pula ukuran atau bentuk dari uterus ibu. Sehingga hal ini menyebabkan terjadinya iskemia pada otot uterus. Dimana iskemia pada otot uterus akan mengganggu sirkulasi pada utero placenta.

d. Teori Sirkulasi Uterus

Seiring dengan berkembangnya janin dalam uterus ibu maka akan berjalan seimbang dengan pemberan uterus, dengan adanya pembesaran uterus tersebut maka akan ada beberapa organ d belakang uterus yang tertindih atau tertekan dengan adanya pembesaran tersebut. Salah satunya adalah ganglion yang terletak dibelakang servik. Apabila ganglion yang terletak dibelakang serviks bergeser dan tertekan oleh kepala janin maka akan terjadi ketengan otot pada uterus (kontraksi).

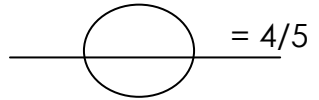
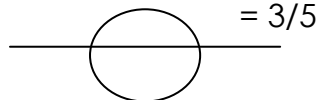
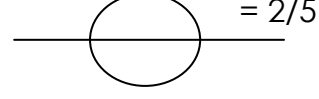
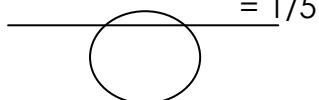
e. Induksi Persalinan (*Induction Of Labour*)

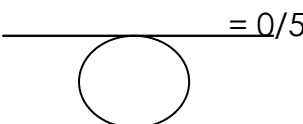
Pada proses persalinan juga memungkinkan kita untuk melakukan rangsangan yang dapat memicu adanya kontraksi pada uterus, yaitu dengan jalan merangsang laminaria, amniotomi, dan oksitosin drips.

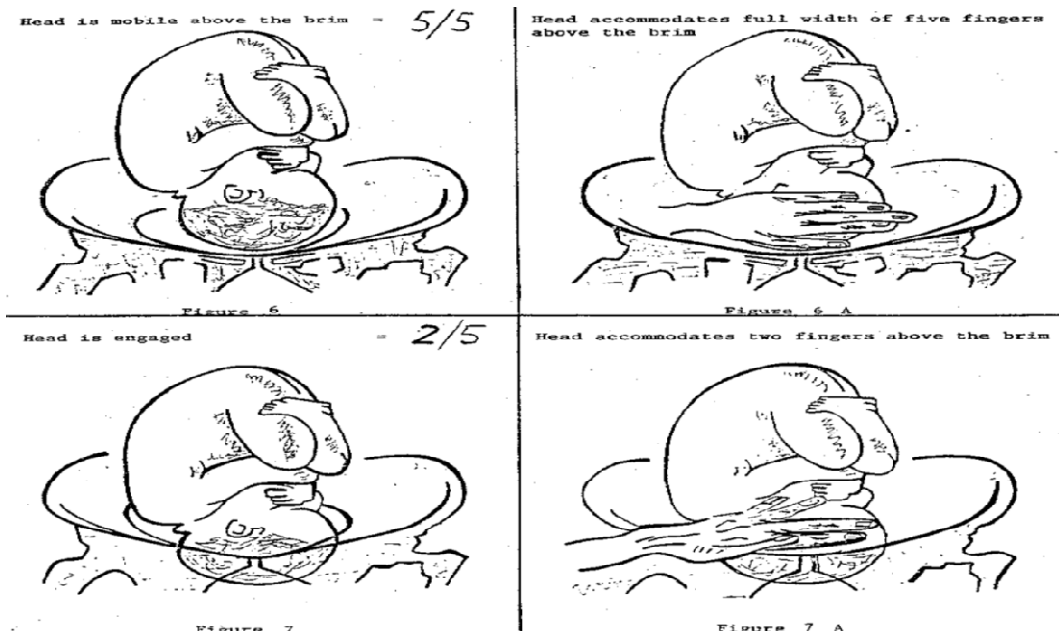
3. TANDA DAN GEJALA PERSALINAN

- a. Terdapat penipisan pada serviks dan pelebaran serviks atau disebut dengan pembukaan serviks
- b. Adanya penegangan pada uterus (kontraksi uterus) yang dapat menyebabkan terjadinya peleraban pada serviks dengan frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit selama kontraksi terjadi.
- c. Adanya lender bercampur darah yang keluar melalui vagina

Gambar penurunan kepala bayi sistem perlimaan

Periksa luar	Periksa dalam	Keterangan
 = 5/5		Kepala diatas PAP, masih dapat digerakkan
 = 4/5	H I-II	Sulit untuk digerakkan, sebagian besar kepala belum masuk PAP
 = 3/5	H II- III	Sebagian besar kepala belum masuk panggul
 = 2/5	H III +	Bagian terbesar dari kepala sudah memasuki PAP
 = 1/5	H III-IV	Kepala bearada di dasar panggul

	HIV	Kepala berda di perineum
---	-----	--------------------------



4. TAHAPAN PERSALINAN

Kala I

Kala I merupakan proses dimana di mulainya pembukaan yang terjadi dari pembukaan 0 – 10 cm (pembukaan lengkap). Lamanya kala I primigravida ialah 12 jam, namun pada multi gravida terjadi 8 jam.

Kala pembukaan terdiri dari 2 fase, yaitu :

a. Fase Laten

Pembukaan servik berlangsung lambat dimulai dari pembukaan 0 sampai pembukaan 3 cm berlangsung + 7 – 8 jam.

b. Fase Aktif

Prose pembukaan berlangsung sekitar 6 jam, pada fase ini dibagi menjadi 3 subfase :

Akselerasi : Terjadi sekitar 2 jam, pembukaan 4 cm.

Dilatasi maksimal : Dilalui selama kurang lebih 2 jam dan merupakan pembukaan cepat, pembukaan 4-9 cm

Diselerasi : Berlangsung lambat dalam waktu 2 jam, pembukaan 10 cm atau lengkap

Perbedaan lama persalinan pada primigravida dan multigravida

Primigravida	Multigravida
Kala I dapat lebih panjang (sampai dengan 12 jam)	Kala I umumnya lebih singkat (≤ 8 jam)
Penipisan serviks terjadi terlebih dahulu, baru kemudian diikuti pendataran serviks	Penurunan dan pendataran serviks terjadi hampir simultan

Kala II

Kala II merupakan kala dari pembukaan lengkap hingga pengeluaran hail konsepsi (janin), disertai dengan tanda-tanda :

- Dorongan meneran (Doran)
- Tekanan pada usus (Teknus)
- Perineum menonjol (Perjol)
- Vulva membuka (Vulka)

Primigravida melalui proses kala II sekitar 1 ½ - 2 jam dan multigravida kala II antara ½ - 1 jam.

Kala III

Kala III ialah proses terlepas dan keluarnya uri setelah kelahiran bayi kemudian di akhiri dengan lahirnya plasenta serta selaput ketuban. Pada proses ini normalnya terjadi sekitar 5 – 30 menit setelah bayi keluar.

Kala IV

Kala IV ialah proses pemantauan atau observasi yang dilakukan sekitar 1 jam setelah kelahiran bayi dan plasenta. Pada kala ini dilakuak untuk menjaga kondisi ibu khususnya terhadap tanda bahaya perdarahan postpartum.

5. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERALINAN

a. Power

Power adalah tenaga atau kekuatan untuk mengeluarkan janin dan plasenta. Tenaga ini salah satunya berupa HIS, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament.

1) HIS

Kekuatan kontraksi uterus yang disebabkan oleh otot-otot polos rahim.

HIS dan sifat-sifatnya dapat dibedakan sebagai berikut :

- His pendahuluan, tidak kuat dan tidak teratur
- His pembukaan (kala I), kuat dan teratur
- His pengeluaran (kala II), sangat kuat, teratur dan terkoordinasi
- His pelepasan plasenta (kala III), sedang

e) His pengiring (kala IV), lemah

Hal-hal yang perlu diperhatikan dari his:

- a) Frekuensi his, jumlah his dalam waktu tertentu
- b) Intensitas his, power his (adekuat atau lemah)
- c) Durasi his, lamanya his dan ditentukan dengan detik
- d) Interval his, jarak his satu dengan yang lain
- e) Datangnya his, apakah sering, teratur atau tidak

Dikatakan His yang adekuat, jika :

- a) His yang semakin sering >3x/10 menit
- b) Semakin lama > 30 detik
- c) Bersifat fundal dominant
- d) Menyebabkan pembukaan dan penipisan serviks

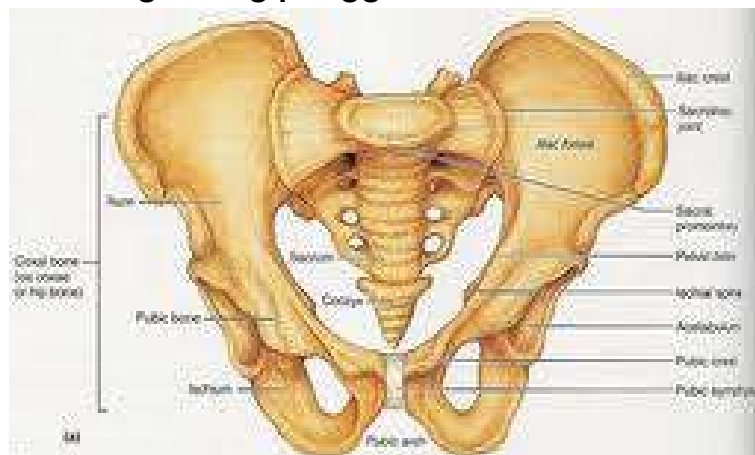
2) Tenaga mengejan

- a) Sama halnya dengan tenaga mengejan saat BAB
- b) Berhasil jika telah pembukaan lengkap
- c) Efektif sewaktu ada his
- d) Tenaga mengejan berasal dari ibu sendiri

b. Passage

Passage atau faktor jalan lahir terbagi menjadi :

1. Bagian keras, tulang-tulang panggul



Tulang panggul terdiri atas:

- a. Os coxae : os illium, os ischium, os pubis
- b. Os sacrum : pomomtorium
- c. Os coccygis

Artikulasi:

- a. 1 Simfisis pubis, didepan pertemuan os pubis
- b. 2 Artikulasi sakro-iliaka, yang menghubungkan os sacrum dan os ilium
- c. 1 Artikulasi sacro-coccygis yang menghubungkan os sacrum dan coccygis

Ruang panggul :

- a. Pelvis mayor (false pelvis)
- b. Pelvis minor (true pelvis)

Pelvis mayor terletak diatas linea terminalis (linea innominata) yang dibawahnya disebut pelvis minor

Pintu panggul, terdiri dari :

- a. Pintu atas panggul (PAP), dari Promontorium, linea terminalis (linea innominata), sayap sacrum, ramus superior osis pubis dan tepi atas symphysis, ukuran-ukuran panggul yang bisa ditentukan dari PAP:

- 1) Conjugata vera, jarak dari promontor ke tepi atas symphysis ukuran normalnya 11 cm
- 2) Diameter transversal, ukuran terbesar antara linea innominata diambil tegak lurus pada conjugata vera, ukurannya 12,5-13,5 cm
- 3) Conjugata obliqua, diambil dari artikulasi sacro illiaca ke tuberkulum, ukurannya 13 cm

- b. Bidang luas panggul

Pertengahan symphysis dengan pertemuan tulang belakang (os sacrum) kedua dan ketiga.

- c. Bidang sempit panggul

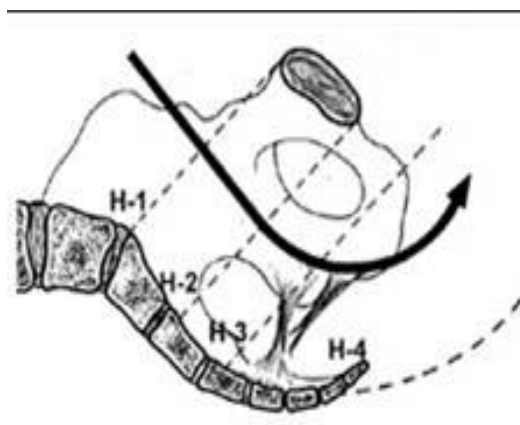
Tepi bawah symphysis, spina illiaca dan memotong os sacrum setinggi 1-2 cm diatas ujung

- d. Pintu bawah panggul

Pada badian ini terdapat dua segitiga dengan dasar yang sama dimana garis tersebut menghubungkan kedua tuber ischiadicum kiri dan kanan, puncak dari segitiga bagian belakang adalah ujung os sacrum

Sumbu panggul

Garis penghubung titik tengah ruang panggul yang melengkung ke depan.



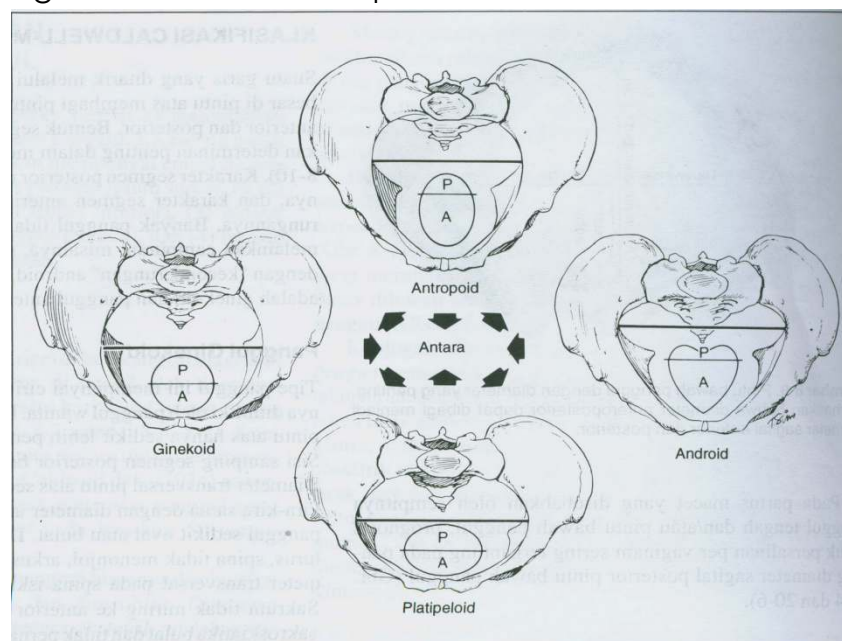
Bidang-bidang panggul terdiri dari :

- a) Bidang Hodge I : jarak antara promontorium dan pinggir atassympisis sejajar dengan PAP
- b) Bidang Hodge II : sejajar dengan PAP melewati pinggir bawah sympisis
- c) Bidang Hodge III : sejajar PAP melewati spina ischiadica
- d) Bidang Hodge IV : sejajar PAP melewati ujung coccygis

Bentuk Panggul

Klasifikasi menurut Caldwell dan Molloy, bentuk panggul terbagi menjadi 4 yaitu:

- a) Panggul gynecoid, Panggul yang paling ideal. Diameter anteroposterior sama dengan diameter transversa bulat. Jenis ini ditemukan pada 45% wanita
- b) Panggul android, Bentuk pintu atas panggul hampir segitiga. Umumnya pada panggul pria. Panjang diameter transversa dekat dengan sakrum. Pada wanita ditemukan 15%.
- c) Panggul anthropoid, Bentuk pintu atas panggul agak lonjong seperti telur. Panjang diameter anteroposterior lebih besar daripada diameter transversa. Jenis ini ditemukan 35% pada wanita
- d) Panggul platypeloid, Merupakan panggul picak. Dimana diameter transversa lebih besar apabila dibandingkan dengan diameter anteroposterior, kemudian menyempit ke arah muka belakang. Jenis ini ditemukan pada 5% wanita.



2. Bagian lunak, otot-otot, jaringan-jaringan dan ligament-ligament.

c. Passanger

1. Sikap (habitus)

Memperlihatkan keterkaitan janin dengan sumbu janin, keterkaitan tersebut terhadap tulang punggungnya. Umumnya janin bersifat fleksi



2. Letak (situs)

Adalah bagaimana sumbu bayi berada pada sumbu ibu. macam-macamnya yaitu :

a. Letak membujur (longitudinal)

- 1) Letak kepala
- 2) Letak sungsang



b. Letak lintang (transverse lie)



- c. letak miring (oblique lie)
 - 1) Letak kepala mengolak
 - 2) Letak bokong mengolak

3. Presentasi

Sebagai penentu bagian terendah janin yang terdapat pada bagian bawah rahim.

4. Posisi janin

Untuk denominator menentukan arah bagian terendah janin berada pada sebelah kanan, kiri, depan atau belakang terhadap sumbu ibu. Ada 6 variasi dari penunjuk arah (denominator) pada bagian terbawah janin, yaitu :



- a. Letak belakang kepala, denominatornya ubun-ubun kecil (UUK)
 - 1) Ubun-ubun kecil kiri depan
 - 2) Ubun-ubun kecil kiri belakang
 - 3) Ubun-ubun kecil melintang kiri
 - 4) Ubun-ubun kecil kanan depan
 - 5) Ubun-ubun kecil kanan belakang
 - 6) Ubun-ubun kecil melintang kanan
- b. Letak dahi, denominatornya teraba dahi dan ubun-ubun besar (UUB)
 - 1) Ubun-ubun besar kiri depan
 - 2) Ubun-ubun besar kiri belakang
 - 3) Ubun-ubun besar melintang kiri
 - 4) Ubun-ubun besar kanan depan
 - 5) Ubun-ubun besar kanan belakang
 - 6) Ubun-ubun besar melintang kanan
- c. Letak muka, denominatornya dagu (mento)
 - 1) Daggu kiri depan
 - 2) Daggu kiri belakang
 - 3) Daggu melintang kiri
 - 4) Daggu kanan depan
 - 5) Daggu kanan belakang

- 6) Dagum melintang kanan
- d. Letak bokong, denominatornya sacrum
 - 1) Sacrum kiri depan
 - 2) sacrum kiri belakang
 - 3) Sacrum melintang kiri
 - 4) Sacrum kanan depan
 - 5) Sacrum kanan belakang
 - 6) Sacrum melintang kanan
- e. letak lintang
 - 1) Menurut posisi kepala
 - a) Kepala dikiri
 - b) Kepala dikanan
 - 2) Menurut arah punggung
 - a) Punggung depan
 - b) Punggung belakang
 - c) Punggung atas
 - d) Punggung bawah
 - 3) Menurut arah bahu
 - a) Bahu kanan
 - b) Bahu kiri
 - 4) Menurut arah tangan yang menumbung
 - a) Tangan kiri, tangan kanan
 - b) Ketiak menutup/membuka ke kanan
 - c) Ketiak menutup/membuka ke kiri

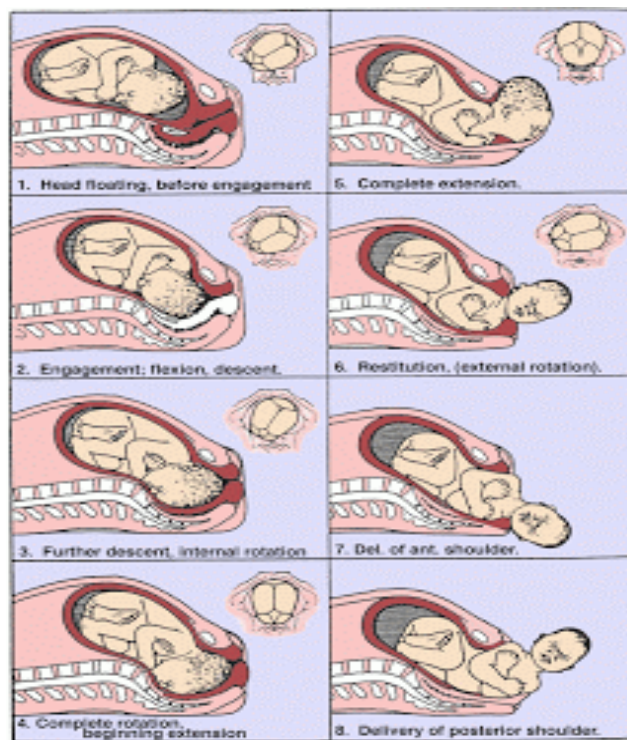
d. Penolong

Keterampilan yang dimiliki penolong sangat penting untuk membantu kelancaran proses persalinan dan mencegah kematian maternal dan neonatal. Pengetahuan dan kompetensi yang baik pada seorang penolong diharapkan mampu mengurangi atau mencegah kesalahan maupun malpraktek dalam memberikan asuhan persalinan.

e. Psikologi

Keadaan psikologi ibu mempengaruhi proses persalinan. Hal ini dapat dibuktikan dengan hasil penelitian sayuti 2015, dimana ibu bersalin yang didampingi oleh suami atau orang-orang yang dicintainya cenderung mengalami proses persalinan yang lebih lancar dibandingkan dengan ibu yang tanpa didampingi suami atau orang-orang yang dicintainya.

6. MEKANISME PERSALINAN



Gambar : Mekanisme persalinan

Mekanisme persalinan normal merupakan rentetan gerakan pasif janin saat persalinan berupa penyesuaian bagian terendah (kepala) janin terhadap jalan lahir atau panggul pada saat melewati jalan lahir

A. Masuknya kepala janin pada PAP

Primigavida akan mengalami masuknya kepala janin dimulai pada usia kehamilan 37 minggu. Pada grandemulti penurunan kepala terjadi ketika memasuki periode inpartu dalam keadaan kepala engaged (BDP). Sedangkan pada nulipara, masuknya kepala janin terjadi pada awal persalinan. Engagement atau kepala sudah cakap apabila diameter terbesar bagian terendah janin telah melewati PAP. Engagement kepala janin bergantung pada situasi :

- a. Sinklitismus terjadi apabila sutura sagitalis sejajar diameter transversal PAP, berada tepat antara simfisis pubis dan promontorium, tulang ubun-ubun depan dan belakang sama rendah.
- b. Asinklitismus terjadi ketika sutura sagitalis dalam keadaan kebelakang mendekati promontorium dan ke depan mendekati simfisis pubis. Terdapat 2 macam posisi asinklitismus, yaitu Asinklitismus Anterior (sutura sagitalis mendekati promontorium dan tulang ubun-ubun/parietal depan lebih rendah dari tulang ubun-ubun belakang) dan Asinklitismus Posterior (Sutura sagitalis mendekati simfisis pubis,

tulang ubun-ubun/parietal belakang lebih rendah lebih rendah dari tulang ubun-ubun depan).

B. Turunnya kepala janin ke dasar panggul

Pada primipara, masuknya kepala janin ke dalam PAP terjadi sebelum persalinan, sedangkan grandemulti akan mengalami turunnya kepala ketika pada awal kala II. Pada nulipara, masuk dan turunnya kepala janin ke dalam panggul terjadi secara bersamaan.

C. Fleksi

Dengan turunnya kepala, fleksi kepala bertambah sehingga posisi ubun-ubun kecil (UUK) lebih rendah daripada ubun-ubun besar (UUB) sehingga diameter fronto oksipital (12 cm) sebagai ukuran terpanjang terbentang antara fronto diameter anteroposterior dan diameter sub oksipitobregmatika (9,5cm) yang lebih kecil yang akan melewati jalan lahir.

D. Putaran Paksi Dalam

Pemutaran bagian terendah janin ke depan (simfisis pubis) atau ke belakang (sakrum). Putaran paksi dalam merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir.

E. Ekstensi / Defleksi kepala janin

Terjadi agar kepala dapat melewati PBP, sumbu jalan lahir arah anteroposterior

F. Putaran paksi luar atau Restitusi

Setelah kepala lahir seluruhnya, kepala kembali memutar ke arah punggung untuk menghilangkan torsi pada leher karena putaran paksi dalam tadi. putaran ini disebut putaran restitusi kemudian putaran dilanjutkan hingga kepala berhadapan dengan tuber ischiadicum sepihak (di sisi kiri)

G. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai di bawah simfisis dan menjadi hypomochilion untuk melahirkan bahu belakang kemudian bahu depan diikuti seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir.

Kebutuhan Fisiologis Ibu Bersalin

1. AREA KOMPETENSI :

Peserta didik mendapatkan kesempatan untuk mengetahui, mengerti, memahami kebutuhan fisiologis ibu selama persalinan

2. LEARNING OUTCOME

Setelah mengikuti perkuliahan, mahasiswa diharapkan mampu :

- a. Memahami kebutuhan fisiologis ibu bersalin
- b. Memahami kebutuhan psikologis ibu bersalin

3. DAFTAR PUSTAKA

- Anonim. 2013. http://id.wikipedia.org/wiki/Gula_darah: Glukosa Darah. Diakses pada Rabu, 3 Juli 2013, 10.15.
- Asmadi. 2008. *Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Salemba Medika, Jakarta.
- Azlin, Emil. 2011. *Seri Pediatri, Vol.13, No.3, Oktober 2011*: Hubungan antara Skor Apgar dengan Kadar Glukosa Draah pada BBL. Departeman Ilmu Kesehatan Anak, FK USU/RSUP H.Adam Malik: Medan.
- Azwar, Azrul. 2002. *Asuhan Persalinan Normal*. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Bobak, Lowdermilk, Jensen (Alih bahasa: Wijayarini, Anugerah). 2005. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*, edisi 4. EGC, Jakarta.
- Chapman, Vicky. 2006. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Kelahiran*. EGC, Jakarta.
- Depkes RI. 2001. *Catatan Perkembangan dalam Praktik Kebidanan*.
- Depkes RI, Jakarta. Draft. 2001. *Pelatihan Pelayanan Kebidanan*. Jakarta.
- Fraser, Cooper (Alih bahasa: Rahayu, et.al.). 2009. *Myles, Buku Ajar Bidan*, edisi 14. EGC, Jakarta.
- Hidayat, A. aziz. 2008. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia: Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. Salemba Medika, Jakarta.
- JNPK-KR. 2008. *Asuhan Persalinan Normal*. JNPK-KR Depkes RI, Jakarta.

- Leksana, Ery. 2011. *CDK 185/Vol.38 no.4/Mei-Juni 2011: Mengatasi Nyeri Persalinan*. SMF/Bagian Anestesi dan Terapi Intensif RSUP dr. Kariadi/FK Undip, Semarang.
- Mander, Rosemary. 2004. *Nyeri Persalinan*. EGC, Jakarta.
- Mean. 2003. *Video Pembelajaran: Proses Kelahiran dan Kekuatan Alami Melalui Pelepasan Hormone dan Posisi Melahirkan*, Disampaikan pada seminar Frisian Flag-IBI di Jakarta.
- Nolan, Mary. 2004. *Kehamilan dan Melahirkan*. Arcan, Jakarta.
- Pusdiknakes. 2003. *Asuhan Intrapartum*. Jakarta
- Simkin, Ancheta. 2005. *Buku Saku Persalinan*. EGC, Jakarta.
- Sulistyawati, Ari. 2010. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Salemba Medika, Jakarta.
- Sumarah, Widyastuti, Wiyati. 2008. *Perawatan Ibu Bersalin (Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin)*. Fitramaya, Yogyakarta.
- Varney, Helen, et.al. 2002. *Buku Saku Bidan*. EGC, Jakarta.

Kebutuhan Fisiologis Ibu Bersalin

Menurut Abraham Maslow, kebutuhan dasar manusia adalah suatu kebutuhan manusia yang paling dasar/pokok/utama yang apabila tidak terpenuhi akan terjadi ketidakseimbangan di dalam diri manusia. Kebutuhan dasar manusia terdiri dari kebutuhan fisiologis (tingkatan yang paling rendah/dasar), kebutuhan rasa aman dan perlindungan, kebutuhan akan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, dan kebutuhan akan aktualisasi diri. Kebutuhan fisiologis diantaranya adalah kebutuhan akan oksigen, cairan (minuman), nutrisi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, eliminasi, tempat tinggal, personal *hygiene*, istirahat dan tidur, serta kebutuhan seksual.

Kebutuhan fisiologis ibu bersalin merupakan suatu kebutuhan dasar pada ibu bersalin yang harus dipenuhi agar proses persalinan dapat berjalan dengan lancar. Kebutuhan dasar ibu bersalin yang harus diperhatikan bidan untuk dipenuhi yaitu kebutuhan oksigen, cairan dan nutrisi, eliminasi, *hygiene* (kebersihan personal), istirahat, posisi dan ambulasi, pengurangan rasa nyeri, penjahitan perineum (jika diperlukan), serta kebutuhan akan pertolongan persalinan yang terstandar. Pemenuhan kebutuhan dasar ini berbeda-beda, tergantung pada tahapan persalinan, kala I, II, III atau IV. Adapun kebutuhan fisiologis ibu bersalin adalah sebagai berikut:

1. KEBUTUHAN OKSIGEN

Pemenuhan kebutuhan oksigen selama proses persalinan perlu diperhatikan oleh bidan, terutama pada kala I dan kala II, dimana oksigen yang ibu hirup sangat penting artinya untuk oksigenasi janin melalui plasenta. Suplai oksigen yang tidak adekuat, dapat menghambat kemajuan persalinan dan dapat mengganggu kesejahteraan janin. Oksigen yang adekuat dapat diupayakan dengan pengaturan sirkulasi udara yang baik selama persalinan. Ventilasi udara perlu diperhatikan, apabila ruangan tertutup karena menggunakan AC, maka pastikan bahwa dalam ruangan tersebut tidak terdapat banyak orang. Hindari menggunakan pakaian yang ketat, sebaiknya penopang payudara/BH dapat dilepas/dikurangi kekencangannya. Indikasi pemenuhan kebutuhan oksigen adekuat adalah Denyut Jantung Janin (DJJ) baik dan stabil.

2. KEBUTUHAN CAIRAN DAN NUTRISI

Kebutuhan cairan dan nutrisi (makan dan minum) merupakan kebutuhan yang harus dipenuhi dengan baik oleh ibu selama proses persalinan. Pastikan bahwa pada setiap tahapan persalinan (kala I, II, III, maupun IV), ibu mendapatkan asupan makan dan minum yang cukup. Asupan makanan yang cukup (makanan utama maupun makanan ringan), merupakan sumber dari glukosa darah, yang merupakan sumber utama energi untuk sel-sel tubuh. Kadar gula darah yang rendah akan mengakibatkan hipoglikemia. Sedangkan asupan cairan yang kurang, akan mengakibatkan dehidrasi pada ibu bersalin.

Pada ibu bersalin, hipoglikemia dapat mengakibatkan komplikasi persalinan baik ibu maupun janin. Pada ibu, akan mempengaruhi kontraksi/his, sehingga akan menghambat kemajuan persalinan dan meningkatkan insiden persalinan dengan tindakan, serta dapat meningkatkan risiko perdarahan postpartum. Pada janin, akan mempengaruhi kesejahteraan janin, sehingga dapat mengakibatkan komplikasi persalinan seperti asfiksia.

Dehidrasi pada ibu bersalin dapat mengakibatkan melambatnya kontraksi/his, dan mengakibatkan kontraksi menjadi tidak teratur. Ibu yang mengalami dehidrasi dapat diamati dari bibir yang kering, peningkatan suhu tubuh, dan eliminasi yang sedikit.

Dalam memberikan asuhan, bidan dapat dibantu oleh anggota keluarga yang mendampingi ibu. Selama kala I, anjurkan ibu untuk cukup makan dan minum, untuk mendukung kemajuan persalinan. Pada kala II, ibu bersalin mudah sekali mengalami dehidrasi, karena terjadi peningkatan suhu tubuh dan terjadinya kelelahan karena proses mengejan. Untuk itu disela-sela kontraksi, pastikan ibu mencukupi kebutuhan cairannya (minum). Pada kala III dan IV, setelah ibu berjuang melahirkan bayi, maka bidan juga harus memastikan bahwa ibu mencukupi kebutuhan nutrisi dan cairannya, untuk mencegah hilangnya energi setelah mengeluarkan banyak tenaga selama kelahiran bayi (pada kala II).

3. KEBUTUHAN ELIMINASI

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:

- a. Menghambat proses penurunan bagian terendah janin ke dalam rongga panggul, terutama apabila berada di atas *spina isciadika*.

- b. Menurunkan efisiensi kontraksi uterus/his
- c. Meningkatkan rasa tidak nyaman yang tidak dikenali ibu karena bersama dengan munculnya kontraksi uterus
- d. Meneteskan urin selama kontraksi yang kuat pada kala II
- e. Memperlambat kelahiran plasenta
- f. 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.

4. 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 pengawasan dari 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 genetalia 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 lisol. Bersihkan dari atas (vestibulum), ke bawah (arah anus). Tindakan ini dilakukan apabila diperlukan, misalnya setelah ibu BAK, setelah ibu BAB, maupun setelah ketuban pecah spontan.

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 tisyu 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.

5. 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 relaks 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.

6. 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:

- a. Klien/ibu bebas memilih, hal ini dapat meningkatkan kepuasan, menimbulkan perasaan sejahtera secara emosional, dan ibu dapat mengendalikan persalinannya secara alamiah.
- b. Peran bidan adalah membantu/memfasilitasi ibu agar merasa nyaman.
- c. Secara umum, pilihan posisi melahirkan secara alami/naluri bukanlah posisi berbaring. Menurut 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 suplai oksigen utero-placenta. Hal ini akan menyebabkan hipoksia. Posisi telentang juga dapat menghambat kemajuan persalinan.

Macam-macam posisi meneran diantaranya:

- a. Duduk atau setengah duduk, posisi ini memudahkan bidan dalam membantu kelahiran kepala janin dan memperhatikan keadaan perineum.
- b. Merangkak, posisi merangkak sangat cocok untuk persalinan dengan rasa sakit pada punggung, mempermudah janin dalam melakukan rotasi serta peregangan pada perineum berkurang
- c. 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 (perluasan) jalan lahir.
- d. Berbaring miring, posisi berbaring miring dapat mengurangi penekanan pada vena cava inferior, sehingga dapat mengurangi kemungkinan terjadinya hipoksia janin karena suplai oksigen tidak terganggu, dapat memberi suasana rileks bagi ibu yang mengalami kecapekan, dan dapat mencegah terjadinya robekan jalan lahir.
- e. Hindari posisi telentang (dorsal recumbent), posisi ini dapat mengakibatkan: hipotensi (beresiko terjadinya syok dan berkurangnya suplai oksigen dalam sirkulasi uteroplacenta, 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:

a. 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. 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 di sekitar 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.

b. 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) ke Pintu bawah panggul menjadi lentur maksimum
- 5) Pada posisi tegak, sacrum bergerak ke dapan mengakibatkan tulang ekor tertarik ke belakang.
- 6) Sedangkan pada posisi berbaring, tulang ekor tidak bergerak ke belakang tetapi ke depan (tekanan yang berlawanan).

c. 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.

d. 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 bayi lahir dapat langsung dilihat, dipegang ibu, dan disusui).

Ada beberapa keuntungan pada persalinan dengan posisi tegak lurus. Namun ada beberapa kerugian yang mungkin ditimbulkan dari persalinan dengan posisi tegak, diantaranya adalah:

a. 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-ganti posisi.

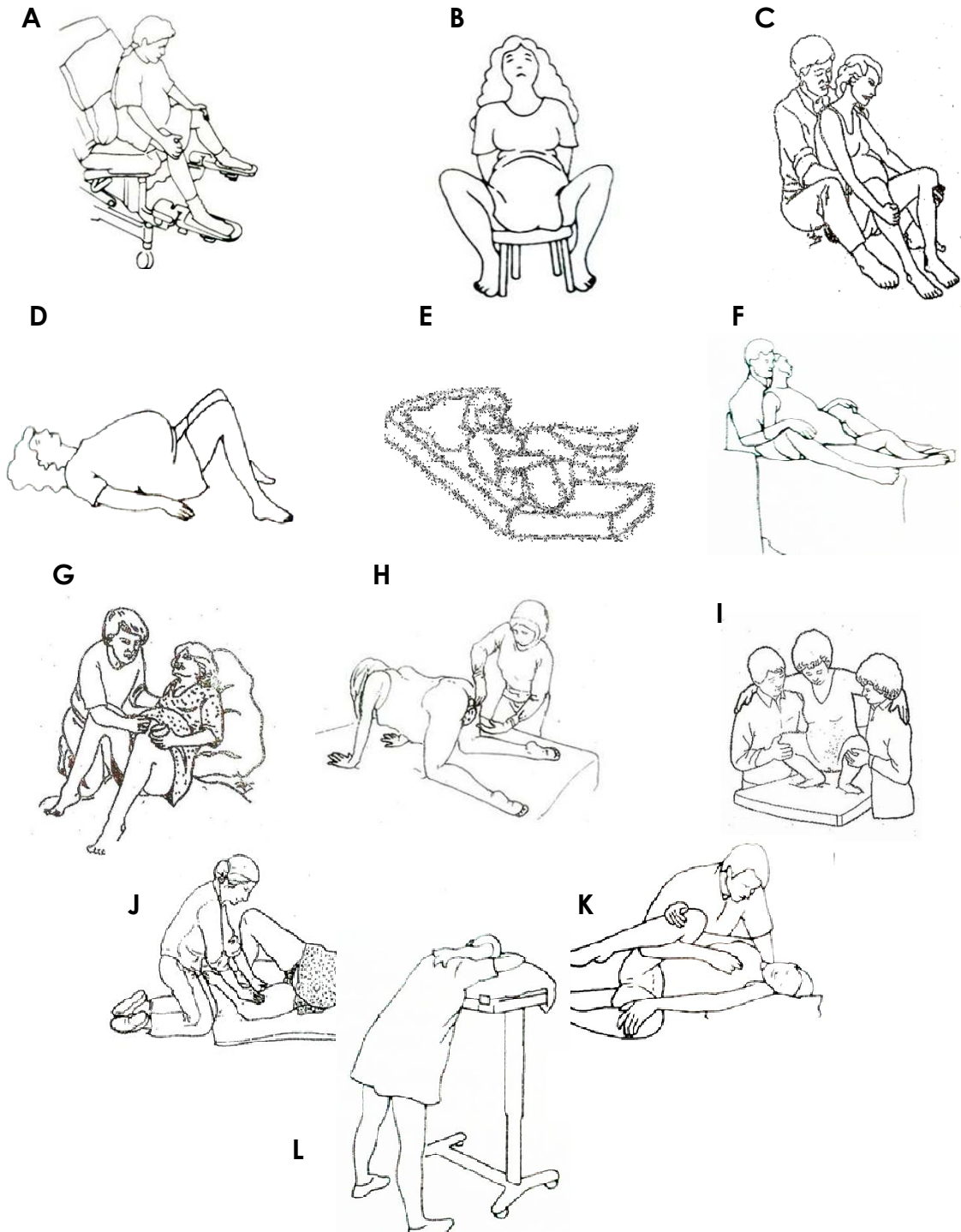
b. Meningkatkan terjadinya perlukaan/laserasi pada jalan lahir

- 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 ruptur perineum meningkat.

c. 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 suplai 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 badannya (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.



POSISI PERSALINANDAN MENERAN

Keterangan:

- A. Posisi duduk pada meja persalinan yang dirancang khusus
- B. Posisi duduk pada kursi berlubang
- C. Posisi duduk dengan bersandar pada pasangan
- D. Posisi telentang/dorsal recumbent (posisi ini tidak disarankan untuk meneran/selama persalinan)
- E. Posisi setengah duduk kombinasi lithothi
- F. Posisi setengah duduk dengan bersandar pada pasangan
- G. Posisi setengah duduk dengan bersandar pada bantal
- H. Posisi merangkak
- I. Posisi jongkok
- J. Posisi miring
- K. Posisi miring dengan satu kaki diangkat
- L. Posisi berdiri dengan bersandar pada meja khusus

7. PENGURANGAN RASA NYERI

Nyeri persalinan merupakan pengalaman subjektif tentang sensasi fisik yang terkait dengan kontraksi uterus, dilatasi dan penipisan serviks, serta penurunan janin selama persalinan. Respons 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 tinggi 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.

8. PENJAHITAN PERINEUM (JIKA DIPERLUKAN)

Proses kelahiran bayi dan placenta dapat menyebabkan berubahnya bentuk jalan lahir, terutama adalah perineum. Pada ibu yang memiliki perineum yang tidak elastis, maka robekan perineum seringkali terjadi. Robekan perineum yang tidak diperbaiki, akan mempengaruhi fungsi dan estetika. Oleh karena itu, penjahitan perineum merupakan salah satu kebutuhan fisiologis ibu bersalin. Dalam melakukan penjahitan perineum, bidan perlu memperhatikan prinsip sterilitas dan asuhan sayang ibu. Berikanlah selalu anastesi sebelum dilakukan penjahitan. Perhatikan juga posisi bidan saat melakukan penjahitan perineum. Posisikan badan ibu dengan posisi litotomi/dorsal recumbent, tepat berada di depan bidan. Hindari posisi bidan yang berada di sisi ibu saat menjahit, karena hal ini dapat mengganggu kelancaran dan kenyamanan tindakan.

9. KEBUTUHAN AKAN PROSES PERSALINAN YANG TERSTANDAR

Mendapatkan pelayanan asuhan kebidanan persalinan yang terstandar merupakan hak setiap ibu. Hal ini merupakan salah satu kebutuhan fisiologis ibu bersalin, karena dengan pertolongan persalinan yang terstandar dapat meningkatkan proses persalinan yang alami/normal.

Hal yang perlu disiapkan bidan dalam memberikan pertolongan persalinan terstandar dimulai dari penerapan upaya pencegahan infeksi. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan dengan menggunakan sabun dan air mengalir dapat mengurangi risiko penularan infeksi pada ibu maupun bayi. Dilanjutkan dengan penggunaan APD (alat perlindungan diri) yang telah disepakati. Tempat persalinan perlu disiapkan dengan baik dan sesuai standar, dilengkapi dengan alat dan bahan yang telah direkomendasikan Kemenkes dan IBI. Ruang persalinan harus memiliki sistem pencahayaan yang cukup dan sirkulasi udara yang baik.

Dalam melakukan pertolongan persalinan, bidan sebaiknya tetap menerapkan APN (asuhan persalinan normal) pada setiap kasus yang dihadapi ibu. Lakukan penapisan awal sebelum melakukan APN agar

asuhan yang diberikan sesuai. Segera lakukan rujukan apabila ditemukan ketidaknormalan.

Kebutuhan Psikologis

Proses persalinan pada dasarnya merupakan suatu hal fisiologis yang dialami oleh setiap ibu bersalin, sekaligus merupakan suatu hal yang menakjubkan bagi ibu dan keluarga. Namun, rasa khawatir, takut maupun cemas akan muncul pada saat memasuki proses persalinan. Perasaan takut dapat meningkatkan respon fisiologis dan psikologis, seperti: nyeri, otot-otot menjadi tegang dan ibu menjadi cepat lelah, yang pada akhirnya akan menghambat proses persalinan.

Bidan sebagai pemberi asuhan dan pendamping persalinan diharapkan dapat memberikan pertolongan, bimbingan dan dukungan selama proses persalinan berlangsung. Asuhan yang mendukung selama persalinan merupakan standar pelayanan kebidanan. Yang dimaksud dengan asuhan mendukung adalah bersifat aktif dan ikut serta selama proses asuhan berlangsung. Kebutuhan psikologis ibu selama persalinan menurut Lesser dan Kenne meliputi:

- a. Kehadiran seorang pendamping secara terus-menerus
- b. Penerimaan atas sikap dan perilakunya
- c. Informasi dan kepastian tentang hasil persalinan aman.

Diharapkan setelah mempelajari Topik 2 ini, mahasiswa dapat menjelaskan kebutuhan psikologis ibu bersalin pada setiap tahapan persalinan (kala I, II, III dan IV), yang meliputi: sugesti, mengalihkan perhatian dan kepercayaan.

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

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

Secara terperinci, dukungan psikologis pada ibu bersalin dapat diberikan dengan cara: memberikan sugesti positif, mengalihkan perhatian

terhadap rasa sakit dan ketidaknyamanan selama persalinan, dan membangun kepercayaan dengan komunikasi yang efektif.

1. PEMBERIAN SUGESTI

Pemberian sugesti bertujuan untuk memberikan pengaruh pada ibu dengan pemikiran yang dapat diterima secara logis. Sugesti yang diberikan berupa sugesti positif yang mengarah pada tindakan memotivasi ibu untuk melalui proses persalinan sebagaimana mestinya. Menurut psikologis sosial individu, orang yang mempunyai keadaan psikis labil akan lebih mudah dipengaruhi/mendapatkan sugesti. Demikian juga pada wanita bersalin yang mana keadaan psikisnya dalam keadaan kurang stabil, mudah sekali menerima sugesti/pengaruh.

Sugesti positif yang dapat diberikan bidan pada ibu bersalin diantaranya adalah dengan mengatakan pada ibu bahwa proses persalinan yang ibu hadapi akan berjalan lancar dan normal, ucapkan hal tersebut berulang kali untuk memberikan keyakinan pada ibu bahwa segalanya akan baik-baik saja. Contoh yang lain, misal saat terjadi his/kontraksi, bidan membimbing ibu untuk melakukan teknik relaksasi dan memberikan sugesti bahwa dengan menarik dan menghembuskan nafas, seiring dengan proses pengeluaran nafas, rasa sakit ibu akan berkurang.

Sebaiknya bidan selalu mengucapkan kata-kata positif yang dapat memotivasi ibu untuk tetap semangat dalam menjalani proses persalinan. Inti dari pemberian sugesti ini adalah pada komunikasi efektif yang baik. Bidan juga dituntut untuk selalu bersikap ramah dan sopan, dan menyenangkan hati ibu dan suami/keluarga. Sikap ini akan menambah besarnya sugesti yang telah diberikan.

2. MENGALIHKAN PERHATIAN

Mengalihkan perhatian dari rasa sakit yang dihadapi selama proses persalinan berlangsung dapat mengurangi rasa sakit yang sebenarnya. Secara psikologis, apabila ibu merasakan sakit, dan bidan tetap fokus pada rasa sakit itu dengan menaruh rasa empati/belas kasihan yang berlebihan, maka rasa sakit justru akan bertambah.

Upaya yang dapat dilakukan bidan dan pendamping persalinan untuk mengalihkan perhatian ibu dari rasa sakit selama persalinan misalnya adalah dengan mengajaknya berbicara, sedikit bersenda gurau, mendengarkan musik kesukaannya atau menonton televisi/film. Saat kontraksi berlangsung dan ibu masih tetap merasakan nyeri pada ambang yang tinggi, maka upaya-upaya mengurangi rasa nyeri misal dengan teknik relaksasi, pengeluaran suara, dan atau pijatan harus tetap dilakukan.

3. MEMBANGUN KEPERCAYAAN

Kepercayaan merupakan salah satu poin yang penting dalam membangun citra diri positif ibu dan membangun sugesti positif dari bidan. Ibu bersalin yang memiliki kepercayaan diri yang baik, bahwa dia mampu melahirkan secara normal, dan dia percaya bahwa proses persalinan yang dihadapi akan berjalan dengan lancar, maka secara psikologis telah mengafirmasi alam bawah sadar ibu untuk bersikap dan berperilaku positif selama proses persalinan berlangsung sehingga hasil akhir persalinan sesuai dengan harapan ibu.

Untuk membangun sugesti yang baik, ibu harus mempunyai kepercayaan pada bidan sebagai penolongnya, bahwa bidan mampu melakukan pertolongan persalinan dengan baik sesuai standar, didasari pengetahuan dasar dan keterampilan yang baik serta mempunyai pengalaman yang cukup. Dengan kepercayaan tersebut, maka dengan sendirinya ibu bersalin akan merasa aman dan nyaman selama proses persalinan berlangsung.

Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin

1. AREA KOMPETENSI:

Peserta didik mendapatkan kesempatan untuk mengetahui, mengerti, memahami perubahan yang terjadi pada ibu bersalin baik secara fisik maupun psikologis.

2. LEARNING OUTCOME

Setelah mengikuti perkuliahan, mahasiswa diharapkan mampu :

- a. Memahami perubahan fisiologis dan psikologis pada kala I
- b. Memahami perubahan fisiologis dan psikologis pada kala II
- c. Memahami perubahan fisiologis dan psikologis pada kala III
- d. Memahami perubahan fisiologis dan psikologis pada kala IV

3. REFERENSI

Admin. 2011. *Manajemen Aktif Kala III Terbukti Efektif Dalam Pencegahan Perdarahan Pascapersalinan*. kesehatanibu.depkes.go.id/ diunduh 21 Oktober 2011. 12:26 AM

Asrinah, dkk. 2010. *Asuhan Kebidanan masa Persalinan*. Yogyakarta. Graha Ilmu.

Chapman, Vicky & Charles. 2013. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Kelahiran*. Jakarta. EGC.

Cunningham, FG., et al, 2013. *Obstetri Williams*. Jakarta: EGC.

Depkes RI. 2008. *Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal. Asuhan Esensial, Pencegahan dan Penanggulangan Segera Komplikasi Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Buku Acuan.

Johariyah. 2012. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta. CV. Trans Info Media

Prawirohardjo, Sarwono. 2009. *Buku Acuan Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta. PT.BinaPustaka

Prawirohardjo, Sarwono. 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta. PT.BinaPustaka

Pusdiknakes., WHO, JHPIEGO. 2003. *Panduan Pengajaran Asuhan Kebidanan Fisiologis Bagi Dosen Diploma III Kebidanan. Buku Asuhan Intrapartum.*

Gambar manajemen aktif kala III, doctissimo.com

Rohani. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan.* Jakarta: Salemba Medika

Saifudin, AB, 2006. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal.* Jakarta: Yayasan Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Walyani, S.E & Purwoastuti, E, 2015. *Asuhan Kebidanan persalinan & bayi baru lahir.* Yogyakarta. Pustaka baru pres

Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin

1. KALA I

Selama persalinan ada beberapa perubahan yang normal terjadi pada ibu, hal ini bertujuan untuk mengetahui perubahan-perubahan yang dapat dilihat secara klinis sehingga bisa dengan cepat menginterpretasikan tanda-tanda, gejala dan penemuan peruhan fisik yang terjadi dan hasil pemeriksaan laboratorium apakah normal ataupun tidak pada saat persalinan kala I .

1) Adapun perubahan fisiologi selama kala I persalinan :

a. Perubahan tekanan darah

Perubahan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata sebesar 10-20 mmHg dan kenaikan diastolik rata-rata 5-10 mmHg diantara kontraksi. Pada kala I persalinan ini tidak dianjurkan dalam posisi terlentang terlalu lama karena akan menyebabkan penekanan uterus terhadap pembuluh darah besar (aorta) yang akan menyebabkan sirkulasi darah baik bagi ibu maupun janin akan terganggu, ibu dapat terjadi hipotensi dan janin dapat asfiksia.

b. Perubahan metabolisme

Pada saat persalinan metabolisme karbohidrat aerobic maupun anaerobic akan naik secara perlahan. Kenaikan ini sebagian besar diakibatkan karena kecemasan. Kenaikan metabolisme dapat terlihat jika ibu mengalami peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernafasan, kardiovaskuler, kardiocoutput dan kehilangan cairan.

c. Perubahan suhu badan

Pada masa persalinan suhu badan ibu akan mengalami peningkatan, yaitu batas normal tidak melebihi 0,5-1 °C. apabila ketuban sudah pecah dan ibu mengalami peningkatan suhu makaperlu diwaspadai karena hal ini merupakan tanda infeksi.

d. Denyut jantung

Denyut jantung diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode persalinan atau belum masuk persalinan. Denyut jantung yang sedikit naik merupakan hal yang normal, meskipun normal perlu dikontrol secara periode untuk mengidentifikasi infeksi.

- e. Pernafasan

Adanya kenaikan pernafasan pada masa persalinan karena disebabkan adanya rasa nyeri, kekhawatiran serta penggunaan tehnik pernafasan yang tidak benar.
- f. Perubahan renal

Selama persalinan ibu sering terjadi polyuria, hal ini disebabkan kardiak output yang meningkat serta glumerulus serta aliran plasma ke renal. Polyuria tidak begitu kelihatan dalam posisi terlentang, yang mempunyai efek mengurangi aliran urine selama persalinan.
- g. Perubahan gastrointestinal

Kemampuan pergerakan gastrik serta penyerapan makanan padat berkurang akan menyebabkan pencernaan hamper berhenti selama persalinan dan akan menyebabkan konstipasi.
- h. Perubahan hematologis

Selama persalinan haemoglobin akan meningkat 1,2 gr/100 ml selama persalinan dan akan kembali meningkat ketingkat pra persalinan pada hari pertama. Jumlah sel darah putih meningkat secara progressif selama kala I persalinan sebesar 5000 s/d 15.00 WBC sampai akhir pembukaan lengkap. Hal ini tidak berindikasi adanya infeksi.
- i. Kontraksi uterus

Adanya rangsangan otot polos uterus dan penurunan hormone progesterone sehingga mengeluarkan hormone oksitosin, maka akan menyebabkan munculnya kontraksi uterus
- j. Pembentukan segmen atas rahim (SAR) dan segmen bawah Rahim (SBR)

SAR d terbentuk pada uterus bagian atas dengan sifat otot yang lebih tebal dan kontraktif, terdapat banyak otot sorong dan memanjang. SAR terbentuk dari fundus sampai ishimus uteri.

SBR terbentang di uterus bagian bawah antara ishimus dengan serviks dengan otot yang tipis dan elastis, pada bagian ini terdapat otot yang melingkar dan memanjang.
- k. Perkembangan retraksi ring

Retraksi ring adalah batas pinggiran antara SAR dan SBR, dalam keadaan persalinan normal tidak tampak dan akan kelihatan pada persalinan abnormal, karena kontraksi uterus yang berlebihan, retraksi ring akan tampak sebagai garis atau batas yang menonjol di atas simfisis yang merupakan tanda dan ancaman rupture uterus.

l. Penarikan serviks

Pada akhir kehamilan otot yang mengelilingi ostium uteri internum (OUI) ditarik oleh SAR yang menyebabkan serviks menjadi pendek dan menjadi bagian dari SBR. Bentuk serviks menghilang karena canalis servikalis membesar dan membentuk ostium uteri eksterna (oUE) sebagai ujung dan bentuknya menjadi sempit.

m. Pembentukan OUI dan OUE

Pembentukan serviks disebabkan karena membesarnya OUE karena otot yang melingkar disekitar ostium uteri meregang untuk dilewati kepala. Pada primigravida dimulai dari ostium uteri internum terbuka lebih dahulu baru ostium eksterna membuka pada saat persalinan terjadi. Sedangkan pada multigravida ostium uteri internum dan eksternum membuka secara bersama-sama pada saat persalinan terjadi.

n. Show

Pengeluaran lendir bercampur darah pada saat persalinan di sebut blood show, lendir pada blood show berasal dari ekstruksi lendir yang menyumbat canalis servikalis sepanjang kehamilan, sedangkan darah berasal dari desidua vera yang lepas.

o. Tonjolan kantung ketuban

Tonjolan kantung ketuban ini disebabkan adanya regangan SBR yang menyebabkan terlepasnya selaput korion menempel pada uterus, dengan adanya tekanan maka akan terlihat kantong yang berisi cairan yang menonjol ke ostium uteri internum terbuka. Cairan ini terbagi menjadi dua yaitu fore water dan hind water yang berfungsi melindungi selaput amnion agar tidak terlepas seluruhnya. Tekanan yang diarahkan ke cairan sama dengan tekanan ke uterus sehingga akan timbul generasi fluid presur.

p. Pemecahan kantong ketuban

Pada akhir kala I bila pembukaan sudah lengkap dan tidak ada tahanan lagi, ditambah dengan kontraksi yang kuat serta desakan janin yang menyebabkan kantong ketuban pecah, diikuti dengan proses kelahiran bayi.

2) Perubahan Psikologis pada kala I

Pada ibu hamil banyak terjadi perubahan, baik fisik maupun psikologis. Perubahan psikologis selama persalinan perlu diketahui oleh penolong persalinan dalam melaksanakan tugasnya sebagai pendamping atau penolong persalinan. Adapun perubahan psikologis yang sering terjadi adalah:

- a. Sering timbul rasa jengkel, tidak nyaman, saat bersalin ibu merasakan nyeri akibat kontraksi uterus yang semakin kuat dan semakin sering, berkeringat dan mulas ini juga menyebabkan ketidaknyamanan.
- b. Badan selalu kegerahan, karena saat ini metabolisme ibu meningkat denyut jantung meningkat, nadi, suhu, pernapasan meningkat ibu berkeringat lebih banyak, akibatnya ibu merasa lelah sekali kehausan ketika bayi sudah di lahirkan karena tenaga habis dipakai untuk meneran.
- c. Tidak sabaran, sehingga harmoni antara ibu dan janin yang dikandungnya terganggu. Hal ini disebabkan karena kepala janin sudah memasuki panggul dan timbul kontraksi-kontraksi pada uterus. Muncul rasa kesakitan dan ingin segera mengeluarkan janinnya.
- d. Setiap ibu akan tiba pada tahap persalinan dengan antisipasinya dan tujuannya sendiri serta rasa takut dan kekhawatiran. Para ibu mengeluh bahwa bila mampu mengejan "terasa lega". Tetapi ibu lain sangat berat karena intensitas sensasi yang dirasakan. Efek yang dapat terjadi pada ibu karena mengedan, yaitu Exhaustion, ibu merasa lelah karena tekanan untuk mengejan sangat kuat. Dua, Distress ibu merasa dirinya distress dengan ketidaknyamanan panggul ibu karena terdesak oleh kepala janin. Tiga panik ibu akan panik jika janinnya tidak segera keluar dan takut persalinannya lama.

3) Manajemen kala I

Pada saat ibu dan keluarga datang pada bidan, maka bidan menerima ibu dengan dengan baik agar ibu tidak merasa takut dan kurang percaya diri baik dalam keadaan normal atau pun keadaan gawat darurat. Apabila ibu dan keluarga sudah diterima dengan baik, maka bidan bisa memulai melakukan pengkajian terhadap riwayat kesehatan dan melakukan pemeriksaan fisik untuk menentukan :

- a. Apakah ibu sedang dalam persiapan persalinan
- b. Apakah ibu dan bayi dalam keadaan baik
- c. Apakah ibu dan bayi ada komplikasi ataupun penyulit

Dari pengkajian yang didapat maka bidan melakukan diagnosis, apakah ibu sudah masuk dalam waktu persalinan sesungguhnya ataupun tidak, dan menentukan intervensi yang dibutuhkan segera. Kemudian bidan membuat rencana asuhan. Rencana asuhan kemudian diaplikasikan dan pada akhirnya di evaluasi untuk dinilai keberhasilan atau tidak dari asuhan yang diberikan.

Langkah 1 : Pengumpulan data

- a. Riwayat kesehatan
 - a) Meninjau kartu ante natal
 - (a) Usia kehamilan
 - (b) Masalah/komplikasi dengan kehamilan yang sekarang
 - (c) Riwayat kehamilan yang dulu
 - b) Menanyakan riwayat persalinan
 - (a) Bagaimana perasaan ibu
 - (b) Berapa bulan usia kehamilan ibu
 - (c) Kapan ibu merasakan nyeri?
 - (d) Seberapa sering nyeri terjadi dan berapa lama berlangsung?
 - (e) Seberapa kuat rasa nyeri tersebut?
 - (f) Apakah ibu memperhatikan adanya lendir darah?
 - (g) Apakah ibu mengalami perdarahan dari vagina?
 - (h) Apakah ibu melihat adanya aliran/semburan cairan, jika ada, kapan? Bagaimana warnanya dan berapa banyak?
 - (i) Apakah bayi bergerak aktif?
 - (j) Kapan terakhir ibu buang air besar/air kecil?
 - (k) Persalinan terdahulu: berapa lama berlangsung? Berat badan bayi?
- b. Pemeriksaan fisik & bayi
 - a) Melakukan pemeriksaan fisik
 - (a) Tekanan darah, nadi, suhu tubuh
 - (b) Edema/pembekakan pada muka, jari, tangan, kaki dan pretibial tungkai bawah
 - (c) Warna pucat pada mulut dan konjungtiva
 - (d) Reflex-refleks
 - (e) Abdomen: luka operasi,TFU, gerakan janin, kontraksi, pemeriksaan leopolds, penurunan kepala janin
 - (f) DJJ
 - (g) Genetal luar : luka, cairan, lendir darah, perdarahan, cairan ketuban
 - (h) Genetal dalam : penipisan serviks, dilatasi, penutupan kepala janin, membrane atau selaput ketuban.

Langkah 2 : Menilai dan membuat diagnosa

Dari hasil pengkajian data subjektif dan data objektif maka bidan dapat mengambil keputusan apakah ibu sudah masuk kedalam persalinan sesungguhnya apa belum, jika sudah masuk dalam persalinan sesungguhnya maka dalam kala berapa ibu sekarang?.

Assessment pada persalinan sesungguhnya : persalinan jauga harus dicurigai pada ibu dengan umur kehamilan > 22 minggu usia kehamilan, dimana ibu merasa nyeri abdomen berulang disertai

cairan lendir yang mengandung darah atau show. Agar dapat mendignosa persalinan, bidan harus memastikan perubahan cerviks dan kontraksi yang cukup bagaimana cara membedakan persalinan sesungguhnya dengan persalinan semu?

Langkah 3 : Membuat rencana asuhan

Selama persalinan seorang bidan harus melakukan asesmen dan intervensi agar dapat:

- a. Memantau perubahan tubuh ibu untuk menentukan apakah persalinan dalam kemajuan yang normal
- b. Memeriksa persaan ibu dan respon fisik terhadap persalinan
- c. Memeriksa bagaimana bayi bereaksi saat persalinan dan kelahiran.
- d. Membantu ibu memahami apa yang sedang terjadi sehingga ia berperan aktif dalam menentukan asuhanibu selama persalinan
- e. Membantu keluarga dalam merawat ibu selama persalinan, menolong kelahiran dan memberikan asuhan pasca pesalinan dini
- f. Mengenal masalah secepatnya dan mengambil keputusan serta tindakan yang tepat guna dan tepat waktu.

Adapun asesmen yang wajib/ harus dimasukkan dalam rencana tindakan :

- a. Pemantauan terus menerus kemajuan persalinan menggunakan partograf
- b. Pemantuan terus-menerus TTV ibu
- c. Pemantuan terus menerus keadaan bayi
- d. Memenuhi kebutuhan hidrasi ibu
- e. Menganjurkan perubahan posisi dan ambulasi
- f. Menganjurkan tindakan yang memberikan rasa nyaman
- g. Menganjurkan keluarga memberikan dukungan

Tabel: Frekuensi minimal penilaian dan intervensi dalam persalinan normal

Parameter	Frekuensi pada fase laten	Frekuensi pada fase aktif
Tekanan darah	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Suhu badan	Setiap 4 jam	Setiap 2 jam
Nadi	Setiap 30-60 menit	Setiap 30-60 menit
Denyut jantung janin	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Kontraksi	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Pembukaan serviks	Setiap 4 jam	Setiap 4 Jam*
Penurunan	Setiap 4 jam	Setiap 4 Jam*

4) Tanda Bahaya Kala I

Pada kala I perlu mewaspadaai terjadi tanda bahaya, dibawah ini kami uraikan tanda bahasa kala I berserta manajemennya.

Temuan-temuan anamnesis dan/atau pemeriksaan	Rencana untuk asuhan atau perawatan
Riwayat bedah sesar	<ol style="list-style-type: none">1. Segera rujuk ibu kefasilitas yang mempunyai kemampuan untuk melakukan bedah sesar2. Dampingi ibu ketempat rujukan, berilah dukungn dan semangat
Perdarahan pervaginam selain dari lendir bercampur darah (show)	<p>Jangan melakukan pemeriksaan dalam</p> <ol style="list-style-type: none">1. Baringkan ibu ke sisi kiri2. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan ringer loktat atau cairan garam fisiologis (NS)3. Segera rujuk ke fasilitas yang memiliki kemampuan untuk melakukan bedah sesar.4. Dampingi ibu ke tempat rujukan.
Kurang dari 37 minggu (persalinan kurang bulan)	<ol style="list-style-type: none">1. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetric dan BBL2. Dampingi ibu ke tempat rujukan dan berikan dukungan serta semangat.
Ketuban pecah disertai dengan keluarnya mekonium kental	<ol style="list-style-type: none">1. Baringkan ibu ke sisi kiri2. Dengarkan DJJ3. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan untuk melakukan bedah sesar.4. Dampingi ibu ke tempat rujukan dan bawa partus set, kateter penghisap lendir delle dan handuk/kain untuk mengeringkan dan menyelimuti bayi kalau ibu melahirkan di jalan.
Ketuban pecah bercampur dengan sedikit mekonium disertai tanda-tanda gawat janin	<ol style="list-style-type: none">1. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan melakukan asuhan kegawat daruratan obstetric.2. Dampingi ibu ke tempat rujukan dan berikan dukungan serta semangat

<p>Tanda-tanda atau gejala-gejala infeksi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Temperatur tubuh 2. Menggigil 3. Nyeri abdomen 4. Cairan ketuban yang berbau 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu miring kekiri 2. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan ringer laktat atau cairan garam fisiologis (NS) dengan tetesan 125 ml/jam 3. Segera rujuk ke fasilitas yang memiliki kemampuan untuk melakukan bedah sesar. 4. Dampingi ibu ke tempat rujukan dan berikan dukungan serta semangat
<p>Tekanan darah lebih dari 160/110 dan/atau terdapat protein dalam urine (preeklamsia berat)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu miring kekiri 2. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan ringer laktat atau cairan garam fisiologis (NS) 3. Jika mungkin berikan dosis awal 4 g MgSO₄ 20% IV selama 20 menit. 4. Suntikan 10 g MgSO₄ 50% 15 g IM pada bokong kiri dan kanan. 5. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kapabilitas asuhan kegawat daruratan obstetric dan BBL. 6. Dampingi ibu ke tempat rujukan dan berikan dukungan serta semangat
<p>Tinggi fundus 40 cm atau lebih (makrosomia, polihidramniosis, kehamilan ganda)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan untuk melakukan bedah sesar 2. Dampingi ibu ke tempat rujukan dan berikan semangat dan dukungan. <p>Alasan :</p> <p>Jika diagnosis nya adalah polihidramnion, mungkin ada masalah-masalah dengan janinnya. Dengan adanya makrosomia risiko distosia bahu dan perdarahan pasca persalinan atau lebih besar.</p>
<p>DJJ kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali/menit pada 2 x penilaian dengan jarak 5 menit (gawat janin)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu miring ke kiri, dan anjurkan untuk bernapas secara teratur. 2. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan ringer laktat atau cairan garam fisiologis (NS) dengan tetesan 125 ml/jam. 3. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawat

	<p>daruratan obstetri dan BBL.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Dampingi ibu ke tempat rujukan dan berikan dukungan dan semangat
Primipara dalam persalinan fase aktif dengan palpasi kepala janin masih 5/5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu miring ke kiri 2. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan pembedahan bedah sesar 3. Dampingi ibu ke tempat rujukan dan berikan dukungan dan semangat.
Presentasi bukan belakang kepala (sungsang, letak lintang, dll)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu miring ke kiri 2. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawat daruratan obstetri dan BBL 3. Dampingi ibu ke tempat rujukan dan berikan dukungan dan semangat
Presentasi ganda (majemuk) (adanya bagian janin, seperti misalnya lengan atau tangan, bersamaan dengan presentasi belakang kepala)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu dengan posisi lutut menempel ke dada atau miring ke kiri. 2. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawat daruratan obstetri dan BBL. 3. Dampingi ibu ke tempat rujukan dan berikan dukungan dan semangat
Tali pusat menumbung (jika tali pusat masih berdenyut)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan sarung tangan disinfeksi tingkat, letakan satu tangan divagina dan jauhkan kepala janin dari tali pusat janin. Gunakan tangan yang lain pada abdomen untuk membantu menggeser bayi dan menolong bagian terbawah bayi tidak menekan tali pusatnya. (keluarga mungkin dapat membantu). 2. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawat daruratan obstetric dan BBL. 3. Dampingi ibu ke tempat rujukan dan berikan semangat serta dukungan <p>ATAU</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minta ibu untuk melakukan posisi bersujud dimana posisi bokong tinggi melebihi kepala ibu, hingga tiba ke tempat rujukan 2. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetric dan BBL 3. Dampingi ibu ke tempat rujukan dan

	berikan semangat serta dukungan.
<p>Tanda-tanda gejala syok :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nadi cepat, lemah (lebih dari 110 kali/menit) 2. Tekanan darahnya rendah (sistolik kurang dari 90 mm Hg) 3. Pucat 4. Berkeringat atau kulit lembab, dingin. 5. Napas cepat (lebih dari 30 x/menit) 6. Cemas, bingung atau tidak sadar 7. Produksi urin sedikit (kurang dari 30 ml/jam) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan ibu miring ke kiri 2. Jika mungkin naikkan kedua kaki ibu untuk meningkatkan aliran darah ke jantung. 3. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan RL atau cairan garam fisiologis (NS), infuskan 1 liter dalam waktu 15 – 20 menit, jika mungkin infuskan 2 liter dalam waktu 1 jam pertama, kemudian turunkan tetesan menjadi 125 m/jam. 4. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawat daruratan obstetri dan BBL. 5. Dampingi ibu ke tempat rujukan dan berikan dukungan dan semangat.
<p>Tanda-tanda gejala persalinan dengan fase laten yang memanjang.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pembukaan serviks kurang dari 4 cm setelah 8 jam. 2. Kontraksi teratur lebih dari 2 dalam 10 menit) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kapasitas kegawatdaruratan obstetri dan BBL 2. Dampingi ibu ke tempat rujukan dan berikan dukungan serta semangat
<p>Tanda dan gejala belum inpartu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurang dari 2 kontraksi dalam 10 menit, berlangsung kurang dari 20 detik 2. Tidak ada perubahan serviks dalam waktu 1 – 2 jam. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan ibu untuk minum dan makan. 2. Anjurkan ibu untuk bergerak bebas dan leluasa. 3. Jika kontraksi berhenti dan/atau tidak ada perubahan serviks, evaluasi djj, jika tidak ada tanda-tanda kegawatan pada ibu dan janin. Persilahkan ibu pulang dengan nasehat untuk : <ol style="list-style-type: none"> 1) Menjaga cukup makan dan minum 2) Datang untuk mendapatkan asuhan jika terjadi peningkatan frekuensi dan lama kontraksi
<p>Tanda dan gejala partus lama</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pembukaan serviks mengarah kesebelah kanan garis waspada (partograp) 2. Pembukaan serviks kurang dari 1 cm perjam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetric dan BBL. 2. Dampingi ibu ke tempat rujukan dan berikan semangat serta dukungan

- | | |
|--|--|
| 3. Kurang dari 2 kontraksi dalam waktu 10 menit, masing-masing berlangsung kurang dari 40 detik. | |
|--|--|

5) Pendokumentasian kala I

- a. Bidan harus mendokumentasikan secara akurat semua asuhan dalam catatan ibu termasuk DJJ, kontraksi, dan tiap observasi yang dilakukan maupun bagaimana ibu melakukan koping
- b. Partograf biasanya diperbarui tiap setengah jam, atau secepatnya bila memungkinkan
- c. Selain itu setiap intervensi, masalah atau rujukan juga harus didokumentasi jelas dan ditandatangani

Adapun hal yang perlu didokumentasikan yang didapatkan dari data subjektif dan data objektif :

- a. Anamnesis
 - a) Nama, umur dan alamat
 - b) Gravida dan para
 - c) HPHT
 - d) Tafsiran persalinan
 - e) Alergi obat-obatan
 - f) Riwayat kehamilan, sekarang dan sebelumnya
 - g) Riwayat medis lainnya
 - h) Masalah medis saat ini, dan lain-lain
- b. Pemeriksaan fisik
 - a) Pemeriksaan abdomen
 - Menentukan TFU
 - Memantau kontraksi uterus
 - Memantau DJJ
 - Memantau presentasi
 - Memantau penurunan bagian terbawah janin
 - b) Pemeriksaan dalam
 - Menilai cairan vagina
 - Memeriksa genitalia eksterna
 - 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	Mengambarkan 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 di 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 asuhan yang diberikan

2. KALA II

Tanda-tanda bahwa kala II persalinan sudah dekat:

- a. Ibu merasa ingin meneran (dorongan meneran/doran)
- b. Perineum menonjol (perjol)
- c. Vulva vagina membuka (vulka)
- d. Adanya tekanan pada spinter anus (tekusus) sehingga merasa ingin BAB
- e. Jumlah pengeluaran ketuban meningkat
- f. Meningkatnya pengeluaran darah dan lendir
- g. Lightening menjelang minggu ke 36 pada primigravida, terjadi penurunanfundus uterus karena kepala bayi sudah masuk kedalam panggul.

Pada kala II persalinan perlu dilakukan pemantuan:

- a. Pemantuan ibu
 - 1) Periksa nadi ibu setiap 30 menit
 - 2) Pantau frekuensi dan lama kontraksi setiap 30 menit
 - 3) Memastikan kandung kemih kosong melalui bertanya kepada ibu secara langsung sekaligus melakukan palpasi
 - 4) Periksa penurunan kepala bayi melalui pamariksaan abdomen (pemeriksaan luar) setiap 30 menit dan pemeriksaan dalam setiap 30 menit atau kalau ada indikasi
 - 5) Upaya meneran ibu

- 6) Apakah ada presentasi majemuk atau tali pusat disamping kepala
- 7) Putaran paksi luar segera setelah bayi lahir
- 8) Adanya kehamilan kembar setelah bayi pertama lahir

b. Pemantuan janin

Saat bayi belum lahir :

- 1) Lakukan pemeriksaan DJJ setiap selesai meneran atau setiap 5-10 menit
- 2) Amati warna air ketuban jika selaputnya sudah pecah
- 3) Periksa kondisi kepala, vertex, caput, molding

Saat bayi lahir : nilai kondisi bayi (0-30 detik) dengan menjawab 2 pertanyaan, apakah bayi menangis kuat dan atau tanpa kesulitan? Apakah bayi bergerak aktif atau lemas?

Kondisi yang harus diatasi sebelum penatalaksanaan kala 2 :

- a. Syock
- b. Dehidrasi
- c. Infeksi
- d. Preeklamsia/eklamsia
- e. Inersia uteri
- f. Gawat janin
- g. Penurunan kepala terhenti
- h. Adanya gejala dan tanda distosia bahu
- i. Pewarnaan meconium pada cairan ketuban
- j. Kehamilan ganda/kembar

Perubahan fisiologis kala II adalah :

- a. Sifat kontraksi otot Rahim
 - 1) Setelah kontraksi, otot rahim tidak berelaksasi kembali seperti keadaan sebelum kontraksi, tetapi menjadi sedikit lebih pendek walaupun tonusnya seperti sebelum kontraksi, yang disebut retraksi. Dengan retraksi, ukuran rongga rahim akan mengecil dan janin secara perlahan akan berangsur di dorong ke bawah dan tidak naik lagi ke atas setelah his hilang.
 - 2) Kontraksi tidak sama kuatnya, tetapi paling kuat di daerah fundus uteri dan berangsur berkurang ke bawah dan paling lemah pada segmen bawah rahim. Sebagian dari isi rahim yang keluar dari SAR diterima oleh SBR sehingga SAR makin mengecil, sedangkan SBR makin teregang dan makin tipis, dan isi rahim pindah ke SBR sedikit demi sedikit.

b. Perubahan bentuk rahim

1) Sifat kontraksi otot Rahim

a) Setelah kontraksi, otot rahim tidak berelaksasi kembali seperti keadaan sebelum kontraksi, tetapi menjadi sedikit lebih pendek walaupun tonusnya seperti sebelum kontraksi, yang disebut retraksi. Dengan retraksi, ukuran rongga rahim akan mengecil dan janin secara perlahan akan berangsur di dorong ke bawah dan tidak naik lagi ke atas setelah his hilang.

b) Kontraksi tidak sama kuatnya, tetapi paling kuat di daerah fundus uteri dan berangsur berkurang ke bawah dan paling lemah pada segmen bawah rahim. Sebagian dari isi rahim yang keluar dari SAR diterima oleh SBR sehingga SAR makin mengecil, sedangkan SBR makin teregang dan makin tipis, dan isi rahim pindah ke SBR sedikit demi sedikit

2) Perubahan bentuk rahim

a) Adanya kontraksi mengakibatkan sumbu panjang rahim bertambah panjang, sedangkan ukuran melintang maupun ukuran muka belakang berkurang.

b) Pengaruh perubahan bentuk rahim yaitu ukuran melintang berkurang, rahim bertambah panjang. Hal ini merupakan salah satu sebab dari pembukaan serviks.

c. Ligamentum rotundum

Mengandung otot-otot polos dan jika uterus berkontraksi, otot-otot ini ikut berkontraksi sehingga ligamentum rotundum menjadi pendek.

d. Perubahan pada serviks

Agar janin dapat keluar dari rahim, maka perlu terjadi pembukaan dari serviks. Pembukaan serviks biasanya di dahului oleh pendataran dari serviks.

Faktor-faktor yang menyebabkan pembukaan serviks :

1) Otot serviks menarik pada pinggir ostium.

2) Waktu kontraksi semen bawah rahim dan serviks teregang oleh isi rahim terutama oleh air ketuban dan ini menyebabkan tarikan pada serviks.

3) Waktu kontraksi, bagian dari selaput yang terdapat di atas canalis cervicalis ialah yang disebut ketuban

e. Perubahan pada vagina dan dasar panggul

1) Pada kala I, ketuban ikut meregangkan bagian atas vagina.

2) Setelah ketuban pecah, segala perubahan terutama pada dasar panggul di timbulkan oleh bagian depan anak. Oleh karena bagian depan yang maju tersebut, dasar panggul teregang menjadi

saluran dengan dinding yang tipis. Pada kepala sampai di vulva, lubang vulva menghadap kedepan atas.

3) Dari luar, peregangan oleh bagian depan tampak pada perineum yang menonjol dan menjadi tipis sedangkan anus menjadi terbuka.

f. Perubahan fisik lain yang mengalami perubahan

1) Perubahan system reproduksi

Kontraksi uterus pada persalinan bersifat unik mengingat kontraksi ini merupakan kontraksi otot fisiologis yang menimbulkan nyeri pada tubuh. Selama kehamilan terjadi keseimbangan antara kadar progesterone dan estrogen di dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar estrogen dan progesterone menurun kira-kira 1-2 minggu sebelum partus dimulai sehingga menimbulkan kontraksi uterus. Kontraksi uterus mula-mula jarang dan tidak teratur dengan intensitasnya ringan, kemudian menjadi lebih sering, lebih lama dan intensitasnya semakin kuat seiring kemajuan persalinan.

2) Perubahan tekanan darah

Tekanan darah akan meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 10-20 mmHg. Pada waktu-waktu di antara kontraksi tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari terlentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari. Nyeri, rasa takut dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah.

3) Perubahan Metabolisme

Selama persalinan metabolisme karbohidrat meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini terutama disebabkan oleh aktivitas otot. Peningkatan aktivitas metabolic terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernafasan, denyut jantung dan cairan yang hilang.

4) Perubahan suhu

Perubahan suhu sedikit meningkat selama persalinan dan tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Perubahan suhu dianggap normal bila peningkatan metabolisme selama persalinan.

5) Perubahan denyut nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi yang lebih rendah dari pada frekuensi di antara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim di antara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring bukan terlentang. Frekuensi denyut nadi di antara kontraksi sedikit

lebih meningkat dibandingkan selama periode menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan.

6) Perubahan pernafasan

Peningkatan frekuensi pernafasan normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi. Hiperventilasi yang menunjang adalah temuan abnormal dan dapat menyebabkan alkalosis (rasa kesemutan pada ekstremitas dan perasaan pusing).

7) Perubahan pada ginjal

Polyuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Poliuria menjadi kurang jelas pada posisi terlentang karena posisi ini membuat aliran urine berkurang selama persalinan.

8) Perubahan pada saluran cerna

Absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh lebih berkurang. Apabila kondisi 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 dilambung tetap seperti biasa. Lambung yang penuh dapat menimbulkan ketidaknyamanan dan penderitaan umum selama masa transisi. Oleh karena itu, wanita harus dianjurkan untuk tidak makan dalam posisi besar atau minum berlebihan, tetapi makan dan minum ketika keinginan timbul guna mempertahankan energi dan hidrasi. Mual dan muntah umum terjadi selama fase transisi yang menandai akhir fase pertama persalinan.

9) Perubahan hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2 gr/100 ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pascapartum jika tidak ada kehilangan dan terdapat peningkatan fibrinogen plasma lebih lanjut selama persalinan.

Perubahan Psikologis pada kala II

Perubahan psikologis keseluruhan seorang wanita yang sedang mengalami persalinan sangat bervariasi, tergantung pada persiapan dan bimbingan antisipasi yang ia terima selama persiapan menghadapi persalinan, dukungan yang diterima wanita dari pasangannya, orang terdekat lain, keluarga dan pemberi perawatan, lingkungan tempat

wanita tersebut berada apakah bayi yang dikandungnya merupakan bayi yang diinginkan atau tidak.

Dukungan yang diterima atau tidak diterima oleh seorang wanita dilindungi tempatnya melahirkan, termasuk dari mereka yang mendampingi, sangat mempengaruhi aspek psikologinya pada saat kondisinya sangat rentan setiap kali kontraksi timbul juga pada saat nyeri timbul secara berkala.

a. Asuhan Sayang Ibu dan Posisi Meneran

1) Asuhan Sayang Ibu

Masih banyak ibu-ibu dalam masyarakat di Indonesia yang lebih menyukai melahirkan dengan pertolongan dukun. Salah satu alasannya adalah karena dukun dapat memberikan dukungan emosi dengan menghormati adat istiadat serta kebiasaan dan melibatkan keluarga. Sebagai bidan, kita seharusnya juga dapat memberikan asuhan yang menghormati adat istiadat, kebutuhan social dan emosional, dan juga kebutuhan fisik ibu.

Asuhan sayang ibu membantu ibu merasa nyaman dan aman selama proses persalinan, yang menghargai kebiasaan budaya, praktik keagamaan dan kepercayaan (apabila kebiasaan tersebut aman), dan melibatkan ibu dan keluarga sebagai pembuat keputusan, secara emosional sifatnya mendukung. Asuhan sayang ibu melindungi hak-hak ibu untuk mendapatkan privasi dan menggunakan sentuhan hanya seperlunya.

Wanita yang memperoleh dukungan emosional selama persalinan akan mengalami waktu persalinan yang lebih pendek, intervensi medis yang lebih sedikit, seperti misalnya operasi Caesar dan hasil persalinan yang baik.

Anjurkan keluarga untuk mendampingi ibu selama persalinan dan kelahiran. Penting untuk mengikutsertakan suami, ibunya atau siapaun yang diminta ibu untuk mendampingi, saat ia membutuhkan perhatian dan dukungan.

Alasan: dukungan dari pendamping selama persalinan berkaitan dengan hasil persalinan yang lebih baik. Anjurkan ibu dan keluarga untuk terlibat dalam asuhan sayang ibu. Mereka dapat membantu ibu untuk berganti posisi, melakukan pijatan, memberikan makanan dan minuman, berbicara dengan ibu serta memberikan semangat selama persalinan dan kelahiran bayi.

Berikan dukungan dan semangat pada ibu dan anggota keluarganya, jelaskan proses kelahiran dan kemajuan persalinan kepada ibu dan keluarganya, tentramkan hati ibu selama kala II persalinan. Berikan bimbingan dan bantuan jika memang diperlukan.

Bantu ibu untuk memilih posisi yang nyaman saat meneran. Saat pembukaan lengkap, jelaskan pada ibu untuk hanya meneran apabila ada dorongan kuat untuk meneran. Jangan menganjurkan untuk meneran berkepanjangan dan menahan nafas. Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.

Alasan: ibu akan mudah mengalami dehidrasi selama persalinan dan kelahiran. Untuk mempertahankan kondisi yang optimal pada ibu dan bayinya, pastikan agar ibu mendapat cukup asupan cairan.

Kadang-kadang kala II persalinan menimbulkan rasa khawatir pada ibu. Berikan rasa aman, semangat dan tentramkan hati ibu selama proses persalinan berlangsung. Dukungan tersebut dapat mengurangi ketegangan, membantu kelancaran proses persalinan dan kenyamanan proses kelahiran bayi. Jelaskan setiap tindakan kepada ibu sebelum melakukannya, jawab setiap pertanyaan yang diajukan ibu, jelaskan apa yang terjadi pada ibu sebelum melakukannya, jawab setiap pertanyaan yang diajukan ibu, jelaskan apa yang terjadi pada ibu dan bayinya dan alasan-alasan tentang tujuan suatu tindakan. Jelaskan pula hasil pemeriksaan yang telah dilakukan (misalnya tekanan darah, denyut jantung janin, pemeriksaan dalam)

2) Konsep asuhan sayang ibu

- a) Asuhan yang aman berlandaskan evidence based dan ikut meningkatkan kelangsungan hidup ibu. Pemberian asuhan harusnya saling menghargai budaya, kepercayaan, menjaga privasi, memenuhi kebutuhan dan keinginan ibu.
- b) Asuhan sayang ibu memberikan rasa nyaman dan aman selama proses persalinan, menghargai kebiasaan budaya, praktik keagamaan dan kepercayaan dengan melibatkan ibu dan keluarga dalam pengambilan keputusan
- c) Asuhan sayang ibu menghormati keyakinan bahwa kehamilan dan persalinan merupakan proses alamiah dan tidak perlu intervensi tanpa adanya komplikasi
- d) Asuhan sayang ibu berpusat pada ibu, bukan pada petugas kesehatan
- e) Asuhan sayang ibu menjamin ibu dan keluarganya dengan memberitahu tentang apa yang terjadi dan apa yang bisa diharapkan

3) 10 langkah langkah asuhan sayang ibu

- a) Menawarkan adanya pendampingan saat melahirkan untuk mendapatkan dukungan emosional dan fisik secara berkesinambungan

- b) Memberi informasi mengenai praktik kebidanan, termasuk intervensi dan hasil asuhan
 - c) Memberikan asuhan yang peka dan responsive dengan kepercayaan, nilai dan adat istiadat
 - d) Memberikan kebebasan bagi ibu yang akan bersalin untuk memilih posisi persalinan yang nyaman bagi ibu
 - e) Merumuskan kebijakan dan prosedur yang jelas untuk pemberian asuhan yang berkesinambungan
 - f) Tidak rutin menggunakan paktek dan prosedur yang tidak didukung oleh penelitian ilmiah tentang manfaatnya, seperti : pencukuran, enema, pemberian cairan intravena, menunda kebutuhan gizi, merobek selaput ketuban, pemantau janin secara elektronik
 - g) Mengajarkan pada pemberi asuhan dalam metode meredakan rasa nyeri dengan/ tanpa obat-obatan.
 - h) Mendorong semua ibu untuk memberi ASI dan mengasuh banyinya secara mandiri
 - i) Menganjurkan tidak menyunat bayi baru lahir jika bukan kewajiban agama
 - j) Berupaya untuk mempromosikan pemberian ASI dengan baik
- 4) ..

3. KALA III

Manajemen aktif kala III adalah pemberian oksitosin, melakukan peregangan Tali pusat terkendali (PTT) dilanjutkan melakukan masase.

a. Pemberian Suntikan Oksitosin

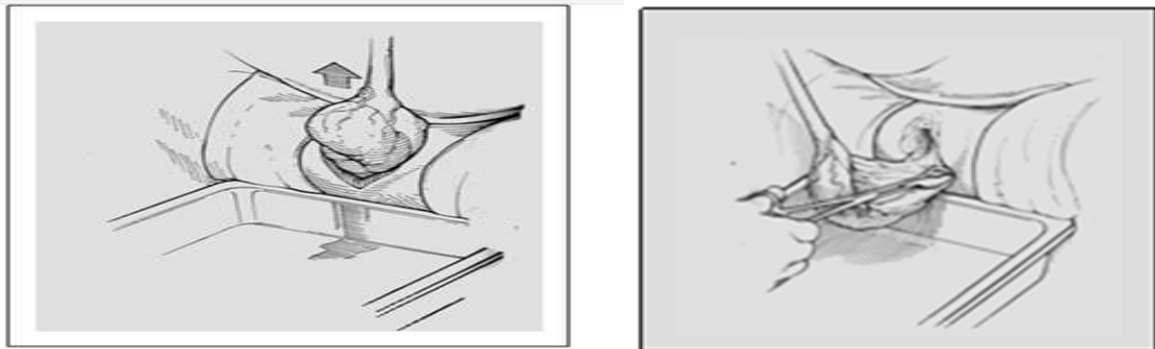
Pemberian suntikan oksitosin dilakukan dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir. Namun perlu diperhatikan dalam pemberian suntikan oksitosin adalah memastikan tidak ada bayi lain (*undiagnosed twin*) di dalam uterus. Mengapa demikian? Oksitosin dapat menyebabkan uterus berkontraksi yang dapat menurunkan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

b. 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.



Melahirkan placenta

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-kraniol*). Lakukan secara hati-hati untuk mencegah terjadinya *inversio uteri*. Lahirkan plasenta dengan peregangan 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 terpilih menjadi satu.

c. 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 selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama satu jam kedua pasca persalinan.



Masase uterus

A. Fisiologi Kala III

Segera setelah bayi dan air ketuban sudah tidak lagi berada di dalam uterus, kontraksi akan terus berlangsung dan ukuran rongga uterus akan mengecil. Pengurangan dalam ukuran uterus ini akan menyebabkan pengurangan dalam ukuran tempat melekatnya plasenta. Oleh karena tempat melekatnya plasenta tersebut menjadi lebih kecil, maka plasenta akan menjadi tebal atau mengkerut dan memisahkan diri dari dinding uterus. Sebagian dari pembuluh-pembuluh darah yang kecil akan robek saat plasenta lepas. Tempat melekatnya plasenta akan berdarah terus hingga uterus seluruhnya berkontraksi. Setelah plasenta lahir, dinding uterus akan berkontraksi dan menekan semua pembuluh-pembuluh darah ini yang akan menghentikan perdarahan dari tempat melekatnya plasenta tersebut. Sebelum uterus berkontraksi, wanita tersebut bisa kehilangan darah 350-360 cc/menit dari tempat melekatnya plasenta tersebut. Uterus tidak bisa sepenuhnya berkontraksi hingga plasenta lahir dahulu seluruhnya. Oleh sebab itu, kelahiran yang cepat dari plasenta segera setelah ia melepaskan dari dinding uterus merupakan tujuan dari manajemen kebidanan dari kala III yang kompeten.

Adapun Fisiologi kala III adalah :

1) Perubahan bentuk dan tinggi fundus

Setelah bayi lahir dan sebelum myometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh, dan tinggi fundus biasanya terletak di bawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau berbentuk menyerupai buah pir atau alpukat, dan fundus berada di atas pusat (seringkali mengarah ke sisi kanan).

2) Tali pusat memanjang

Tali pusat nampak semakin menjulur keluar melalui vulva (tanda Ahfeld).

3) Semburan darah mendadak dan singkat

Darah yang terkumpul di belakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dan 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 akan tersembur keluar dari tepi placenta yang terlepas.

a. Tanda-tanda pelepasan plasenta :

1) Perubahan ukuran dan bentuk uterus

- 2) Uterus menjadi bundar dan uterus terdorong ke atas karena plasenta sudah terlepas dari Segmen Bawah Rahim
- 3) Tali pusat memanjang
- 4) Semburan darah tiba tiba

b. Metode lepasnya plasenta

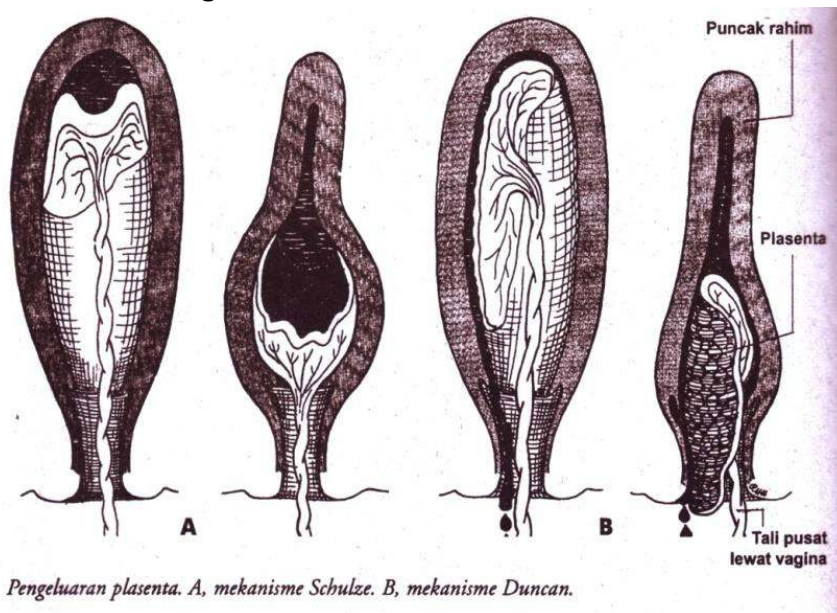
1) Metode Ekspulsi Schultze

Pelepasan ini dapat dimulai dari tengah (sentral) atau dari pinggir plasenta. Ditandai oleh makin panjang keluarnya tali pusat dari vagina (tanda ini dikemukakan oleh Ahlfled) 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.



c. Beberapa Prasad 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. Prasat ini hendaknya dilakukan secara hati-hati. Apabila hanya sebagian plasenta terlepas, perdarahan banyak akan dapat terjadi.

2) Prasat 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) Prasat 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.

B. Perubahan Psikologis

1) Bahagia

Karena saat-saat yang telah lama di tunggu akhirnya datang juga yaitu kelahiran bayinya dan ia merasa bahagia karena merasa sudah menjadi wanita yang sempurna (bisa melahirkan, memberikan aku untuk suami dan memberikan anggota keluarga yang baru), bahagia karena bisa melihat anaknya.

2) Cemas dan Takut

Cemas dan takut kalau terjadi bahaya atas dirinya saat persalinan karena persalinan di anggap sebagai suatu keadaan antara hidup dan mati. Cemas dan takut karena pengalaman yang lalu. Takut tidak dapat memenuhi kebutuhan anaknya.

4. Kala IV

A. Perubahan Fisiologis

a. Uterus

Uterus terletak di tengah abdomen kurang lebih $\frac{2}{3}$ sampai $\frac{3}{4}$ antara simfisis pubis sampai umbilicus. Jika uterus di temukan di bagian tengah, di atas umbilicus, maka hal tersebut menandakan adanya darah dan bekuan di dalam uterus yang perlu di tekan dan dikeluarkan. Uterus yang berada di atas umbilicus dan bergeser paling umum ke kanan, cenderung menandakan kandung kemih penuh.

b. Serviks vagina dan perineum

Keadaan serviks, vagina dan perineum diispeksi untuk melihat adanya laserasi, memar, dan pembentukan hematoma awal. Oleh

karena inspeksi serviks dapat menyakitkan bagi ibu, maka hanya dilakukan jika ada indikasi. Segera setelah kelahiran, serviks akan berubah menjadi bersifat patulous, terkulai, dan tebal. Tonus vagina dan tampilan jaringan vagina dipengaruhi oleh peregangan yang telah terjadi selama kala II persalinan. Adanya edema atau memar pada introitus atau area perineum sebaiknya dicatat.

c. Plasenta, membran, dan tali pusat

Inspeksi unit plasenta membutuhkan kemampuan bidan untuk mengidentifikasi tipe-tipe plasenta dan insersi tali pusat. Bidan harus waspada apakah plasenta dan membrane lengkap, serta apakah terdapat abnormalitas, seperti ada simpul sejati pada tali pusat

d. Penjahitan episiotomidan laserasi

Penjahitan episiotomi dan laserasi memerlukan pengetahuan anatomi perineum, tipe jahitan, hemostasis, pembedahan aseptis dan penyembuhan luka. Bidan juga harus mengetahui tipe benang dan jarum, instrument standar, dan peralatan yang tersedia dilingkungan praktik.

B. Perubahan Psikologis

Pada kala IV persalinan, setelah kelahiran bayi dan plasenta dengan segera ibu akan meluapkan perasaan untuk melepaskan tekanan dan ketegangan yang dirasakannya, dimana ibu mendapat tanggung jawab baru untuk mengasuh dan merawat bayi yang telah dilahirkannya (Cunningham, 2005, hlm. 360)

Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir (BBL) Diluar Uterus

1. AREA KOMPETENSI :

Peserta didik mendapatkan kesempatan untuk mengetahui, mengerti, memahami tentang perkembangan yang terjadi pada bayi baru lahir setelah dia berada di luar uterus.

2. LEARNING OUTCOME

Setelah mengikuti perkuliahan, mahasiswa diharapkan mampu :

- a. Melakukan perawatan pada bayi baru lahir
- b. Mengetahui proses perubahan sirkulasi baik jantung paru-paru dan organ lainnya
- c. Mendeteksi kelainan yang terjadi pada bayi baru lahir

3. REFERENSI

- Asrinah, Dkk: 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Persalinan*. Yogyakarta. Graha Ilmu.
- Sumarah. 2009. *Perawatan Ibu Bersalin : Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Yogyakarta : Fitramaya.
- Prawirohardjo, Sarwono: 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta. PT. Bina Pustaka.
- Prawirohardjo, Sarwono: 2009. *Buku Acuan Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta. PT. Bina Pustaka.
- Sulaiman, Ali: 2001. *Kapita Selekta Kedokteran Jilid I*. Jakarta. Media Aesculapius.
- Cunningham, FG., et al, 2013. *Obstetri Williams*. Jakarta: EGC.
- Wahyuni, S. 2012. *Asuhan Neonatus, Bayi & Balita*. Jakarta: EGC.
- Rohani. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan*. Jakarta: Salemba Medika
- Saifudin, AB, 2006. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir (BBL) Diluar Uterus

1. ADAPTASI BAYI BARU LAHIR TERHADAP KEHIDUPAN DI LUAR UTERUS

Perpindahan dari kehidupan di dalam uterus ke kehidupan luar uterus ialah proses perubahan yang drastis, dan menuntut perubahan fisiologis yang bermakna serta efektif oleh bayi, guna memastikan kemampuan bertahan hidup bayi di luar uterus. Adaptasi bayi terhadap kehidupan diluar kandungan meliputi :

a. Awal Pernafasan

Pada saat lahir bayi keluar dari tempat suasana hangat dilingkungan rahim ke dunia luar tempat dilakukannya peran eksistensi mandiri bayi diperlukan. Bayi harus dapat melakukan transisi hebat ini dengan tangkas. Untuk mencapai hal ini serangkaian fungsi adaptif dikembangkan untuk mengakomodasi perubahan drastis dari lingkungan di dalam kandungan ke lingkungan diluar kandungan (Myles, 2009).

b. Adaptasi Paru

Hingga pada saat kelahir tiba, janin bergantung pada pertukaran gas daerah maternal melalui paru maternal dan placenta. Setelah pelepasan placenta yang tiba-tiba setelah kelahiran, adaptasi yang sangat cepat terjadi untuk memastikan kelangsungan hidupnya. Sebelum lahir, janin melakukan pernapasan dan menyebabkan paru matang, menghasilkan surfaktan, dan mempunyai alveolus yang memadai untuk pertukaran gas. Sebelum lahir, paru-paru janin penuh dengan cairan yang diekresikan oleh paru-paru itu sendiri. Selama kelahiran, cairan ini meninggalkan paru karena dipompa menuju jalan napas dan keluar dari mulut dan hidung, atau karena bergerak melintasi dinding alveolar menuju pembuluh limfe paru dan menuju duktus toraksis (Myles, 2009).

c. Adaptasi Kardiovaskular

Sebelum lahir, janin hanya bergantung kepada placenta untuk semua pertukaran gas dan ekskresi sisa dari metabolik. Dengan pelepasan placenta pada saat kelahiran, sistem sirkulasi bayi harus melakukan penyesuaian mayor guna mengalihkan darah yang tidak mengandung oksigen menuju paru-paru untuk direoksigenasi. Hal ini melibatkan beberapa mekanisme, yang dipengaruhi oleh penjepitan

tali pusat dan juga oleh penurunan resistensi bantalan vaskular paru-paru.

Selama kehidupan janin hanya ada sekitar 10% curah jantung yang dialirkan menuju paru-paru melalui arteri pulmonalis. Dengan ekspansi paru-paru dan penurunan resistensi vaskular paru-paru, hampir semua curah jantung dikirim menuju paru-paru. Darah yang berisi oksigen menuju ke jantung dari paru-paru meningkatkan tekanan di dalam atrium kiri. Pada saat yang hampir bersamaan, tekanan di atrium kanan berkurang karena darah berhenti mengalir melewati tali pusat. Akibatnya, terjadi penutupan fungsional foramen ovale. Selama beberapa hari pertama kehidupan, penutupan ini bersifat reversibel, pembukaan dapat kembali terjadi bila resistensi vaskular paru tinggi, misalnya saat menangis, yang menyebabkan serangan sianotik sementara pada bayi. Septum biasanya menyatu pada tahun pertama kehidupan dengan membentuk septum intra atrial, meskipun pada sebagian individu penutupan anatomi yang sempurna tidak pernah terjadi.

d. Adaptasi Suhu

Bayi memasuki suasana yang jauh lebih dingin pada saat kelahiran, dengan suhu kamar bersalin 21°C yang sangat berbeda dengan suhu didalam kandungan, yaitu 37,7°C. Ini menyebabkan bayi cepat mengalami hipotermi terutama pada saat bayi baru lahir, dimana cairan amnion yang melekat pada tubuh bayi dapat menguap dari kulit bayi. Setiap mili liter penguapan tersebut memindahkan 560 kalori panas. Perbandingan antara area permukaan dan masa tubuh bayi yang luas menyebabkan kehilangan panas, khususnya dari kepala, yang menyusun 25% masa tubuh.

Lapisan lemak subkutan tipis dan memberikan insulasi tubuh yang buruk, yang berakibat cepatnya perpindahan panas inti ke kulit, kemudian lingkungan, dan juga mempengaruhi pendinginan darah. Selain kehilangan panas melalui penguapan, kehilangan panas melalui konduksi saat bayi terpajan dengan permukaan dingin, dan melalui konveksi yang disebabkan oleh aliran udara dingin pada permukaan tubuh.

Saat lahir, bayi baru lahir harus beradaptasi dari keadaan yang sangat tergantung menjadi mandiri. Banyak perubahan yang akan dialami oleh bayi yang semula berada dalam rahim ibu ke luar rahim ibu. Saat ini bayi tersebut harus mendapatkan oksigen melalui sistem sirkulasi pernapasannya sendiri, mendapatkan nutrisi oral untuk mempertahankan kadar gula yang cukup, mengatur suhu tubuh dan melawan setiap penyakit. Periode adaptasi terhadap kehidupan

diluar rahim disebut periode transisi. Periode ini berlangsung hingga 1 bulan atau lebih setelah kelahiran untuk beberapa sistem tubuh. Transisi yang paling nyata dan cepat terjadi adalah pada sistem pernafasan dan sirkulasi, sistem termoregulasi dan dalam kemampuan mengambil serta menggunakan glukosa.

A. Perubahan Sistem Pernafasan

Dua faktor yang berperan pada rangsangan nafas pertama bayi :

- 1) Hipoksia pada akhir pernafasan dan rangsangan fisik lingkungan luar rahim yang merangsang pusat pernafasan di otak.
- 2) Tekanan terhadap rongga dada yang terjadi karena kompresi paru - paru selama persalinan yang merangsang masuknya udara kedalam paru - paru secara mekanis (varney 551 ± 552). Upaya pernafasan pertama seorang bayi berfungsi untuk : mengeluarkan cairan paru - paru dan mengembangkan jaringan alveolus dalam paru - paru untuk pertama kali.

B. Perubahan Dalam Sistem Peredaran Darah

Setelah lahir darah bayi harus melewati paru untuk mengambil O₂ dan mengantarkannya ke jaringan. Untuk membuat sirkulasi yang baik guna mendukung kehidupan luar rahim harus terjadi 2 perubahan besar.

- 1) Penutupan foramen ovale pada atrium jantung.
- 2) Penutupan duktus arteriosus antara arteri paru \pm paru dan aorta.

Perubahan sirkulasi ini terjadi akibat perubahan tekanan pada seluruh sistem pembuluh tubuh. Oksigen menyebabkan sistem pembuluh darah mengubah tekanandengan cara mengurangi dan meningkatkan resistensinya hingga mengubah alirandarah. Dua peristiwa yang mengubah tekanan dalam sistem pembuluh darah :

- 1) Pada saat tali pusat dipotong. Tekanan atrium kanan menurun karena berkurangnya aliran darah keatrium kanan. Hal ini menyebabkan penurunan volume dan tekanan atrium kanan. Kedua hal ini membantu darah dengankandungan O₂ sedikit mengalir ke paru \pm paru untuk oksigenasi ulang.
- 2) Pernafasan pertama menurunkan resistensi pembuluh darah paru - paru dan meningkatkan tekanan atrium kanan. O₂ pada pernafasan pertama menimbulkan relaksasi dan terbukanya sistem pembuluh darah paru - paru. Peningkatan sirkulasi ke paru - paru mengakibatkan peningkatan volume darah dan tekanan pada atrium kanan. Dengan peningkatan tekanan atrium kanan dan penurunan tekanan atrium kiri, foramen ovale secara fungsional akan

menutup. Dengan pernafasan, kadar oksigen dalam darah akan meningkat, mengakibatkan duktus arteriosus berkonstriksi dan menutup. Vena umbilikus, duktus venosus dan arteri hipogastrika dari tali pusat menutup dalam beberapa menit setelah lahir dan setelah tali pusat diklem. Penutupan anatomi jaringan fibrosa berlangsung 2 - 3 bulan.

C. Sistem Pengaturan Tubuh

- 1) **Pengaturan Suhu** : Suhu dingin lingkungan luar menyebabkan air ketuban menguap melalui kulit sehingga mendinginkan darah bayi. Pembentukan suhu tanpa menggigil merupakan usaha utama seorang bayi yang kedinginan untuk mendapatkan panas kembali panas tubuhnya melalui penggunaan lemak coklat untuk produksi panas. Lemak coklat tidak diproduksi ulang oleh bayi dan akan habis dalam waktu singkat dengan adanya stress dingin.
- 2) **Mekanisme Kehilangan** : Panas Bayi dapat kehilangan panas tubuhnya melalui cara - cara berikut ini :
 - a) Evaporasi, yaitu penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh bayi sendiri karena setelah lahir tidak segera dikeringkan dan diselimuti.
 - b) Konduksi, yaitu melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin.
 - c) Konveksi, yaitu pada saat bayi terpapar udara yang lebih dingin (misalnya melalui kipas angin, hembusan udara, atau pendingin ruangan).
 - d) Radiasi, yaitu ketika bayi ditempatkan didekat benda - benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung).(JNPK-KR,2007)

3) Metabolisme Glukosa

Untuk memfungsikan otak memerlukan glukosa dalam jumlah tertentu. Pada bayi baru lahir, glukosa darah akan turun dalam waktu cepat (1- 2 jam). Bayi baru lahir yang tidak dapat mencerna makanan dalam jumlah yang cukup akan membuat glukosa dari glikogen dalam hal ini terjadi bila bayi mempunyai persediaan glikogen cukup yang disimpan dalam hati. Koreksi penurunan kadar gula darah dapat dilakukan dengan 3 cara:

- a) Melalui penggunaan ASI
- b) Melalui penggunaan cadangan glukosa
- c) Melalui penggunaan glukosa dan sumberlain terutama lemak.

4) Perubahan Sistem Gastro Intestinal

Refleks gumoh dan refleks batuk yang matang sudah terbentuk pada saat lahir. Sedangkan pada saat lahir bayi sudah mulai menghisap dan menelan. Kemampuan menelan dan mencerna makanan (selain susu) terbatas pada bayi. Hubungan antara esofagus bawah dan lambung masih belum sempurna yang berakibat gumoh. Kapasitas lambung juga terbatas, kurang dari 30 cc dan bertambah secara lambat sesuai pertumbuhan janin.

5) Perubahan Sistem Perubahan Tubuh

Sistem imunisasi bayi baru lahir belum matang sehingga rentan terhadap infeksi. Kekebalan alami yang dimiliki bayi diantaranya :

- a) Perlindungan oleh kulit membran mukosa
- b) Fungsi jaringan saluran nafas
- c) Pembentukan koloni mikroba oleh kulit dan usus.
- d) Perlindungan kimia oleh lingkungan asam lambung, kekebalan alami juga disediakan pada tingkat sel oleh sel darah yang membantu membunuh organisme asing.

Bayi baru lahir harus beradaptasi dari yang bergantung terhadap ibunya kemudian menyesuaikan dengan kehidupan luar, bayi harus mendapatkan oksigen dari bernafas sendiri, mendapatkan nutrisi peroral untuk mendapatkan kadar gula, mengatur suhu tubuh, melawan setiap penyakit atau infeksi, dimana fungsi ini sebelumnya dilakukan oleh plasenta.

- a. **Perubahan Sistem Pernafasan :** Perkembangan paru - paru : paru - paru berasal dari titik yang muncul dari pharynx kemudian bentuk bronkus sampai umur 8 tahun, sampai jumlah bronchiolus untuk alveolus berkembang. Awal adanya nafas karena adanya hipoksia pada akhir persalinan. dan rangsangan fisik lingkungan luar rahim yang merangsang pusat pernafasan di otak, tekanan rongga dada menimbulkan kompresi paru - paru selama persalinan menyebabkan udara masuk paru - paru secara mekanis.
- b. **Dari Cairan Menuju Udara :** Bayi cukup bulan, mempunyai cairan didalam paru - paru dimana selama lahir 1/3 cairan ini diperas dari paru - paru, jika proses persalinan melalui section cesaria (SC) maka kehilangan keuntungan kompresi dada ini tidak terjadi maka mengakibatkan paru - paru basah. Beberapa tarikan nafas pertama menyebabkan udara memenuhi ruangan trakhea untuk bronkus bayi baru lahir, paru - paru akan berkembang terisi udara sesuai dengan perjalanan waktu.

- c. **Perubahan Sistem Peredaran Darah** : Setelah bayi lahir, darah bayi baru lahir harus melewati paru - paru untuk mengambil oksigen dan mengadakan sirkulasi tubuh guna mengatur oksigen ke jaringan sehinggaharus terjadi dua hal yaitu penutupan foramen ovale dan penutupan duktus arteriosus antara arteri paru - paru serta aorta. Dua peristiwa yang mengubah tekanan dalam sistem pembuluh darah pada saat tali pusat dipotong, resistensi pembuluh sistemik meningkat dan tekanan rahim menurun, tekanan atrium kanan menurun karena berkurangnya aliran darah keatrium kanan menyebabkan penurunan volume dan tekanan atrium kanan itu sendiri akan membantu darah dengan kandungan oksigen sedikit mengalir ke paru – paru untuk proses oksigenasi ulang. Pernafasan pertama menurunkan resistensi pembuluh darah paru - paru dan meningkatkan tekanan atrium kanan, oksigen pada pernafasan pertama ini menimbulkan relaksasi dan terbukanya sistem pembuluh darah dan paru - paru akan asfiksia sekitar 3% kelahiran (1998) atau setiap tahunnya sekitar 144/900 bayi dilahirkan dengan keadaan asfiksia sedang dan berat. Batasan asfiksia adalah suatu keadaan hipoksia yang progresif, akumulasi CO₂ dan asidosis.
- d. **Klasifikasi** : Tanpa asfiksia (nilai APGAR 8 - 10) , asfiksia ringan - sedang (nilai APGAR 4 - 7), asfiksia berat (nilai APGAR 0 - 3). Tujuan mengenali dan mengatasi penyebab utama kematian pada bayi baru lahir. Asfiksia merupakan kesulitan atau kegagalan untuk memulai dan melanjutkan pernafasan pada bayi baru lahir, disebut sebagai asfiksia primer bila bayi tidak bernafas sejak dilahirkan, disebut sebagai asfiksia sekunder bila terjadi kesulitan bernafas setelah sebelumnya dapat bernafas pada saat dilahirkan. Gejala dan Tanda :
- 1) Tidak bernafas atau sulit bernafas (kurang dari 30 x/ menit), pernafasan tidak teratur, terdapat dengkur atau retraksi dinding dada, tangisan lemah atau merintih, warna kulit pucat atau biru, tonus otot lemas atau ekstremitas terkulai, tidak ada denyut jantung atau perlahan (kurang dari 100 x / menit).
 - 2) Resusitasi Ventilasi Indikasi pemberian ventilasi tekanan positif antara lain sputum atau gasping, denyut jantung kurang dari 100 x / menit. Pemberian ventilasi berkisar 40 - 60 x pernafasan/ menit (30 x pernafasan bila disertai dengan pemijatan dada). Pemijatan Dada Pemijatan dada diberikan pada daerah 1/3 dibawah sternum.
 - 3) Teknik yang digunakan adalah dengan :
 - a) Dua ibu jari pada sternum harus bertumpu atau berdampingan tergantung besar bayi dan jari lain merlingkar dada dan menahan punggung.

- b) Dua jari diletakan disternum pada sudut kanan dada dan tangan yang lain menahan punggung. Medikasi Obat - obatan yang diberikan pada resusitasi bayi baru lahir :
- c) Afineprin Dosis yang direkomendasikan 0,1 - 0,3 ml / kg. BB dalam larutan 1 : 10.000 (0,01 mg / kg.BB) melalui intravena atau endotrakeal diulang setiap 3 - 5 menit bila perlu.
- d) Bikarbonat Dosis yang digunakan 1 - 2 meq / kg.BB (0,5 meq /ml larutan). Diberikan secara lambat I.V minimal lebih dari 2 menit bila ventilasi dapat berfungsi baik.

2. PENATALAKSANAAN LANGKAH AWAL RESUSITASI

Cegah kehilangan panas (keringkan dan selimuti tubuh bayi), posisikan dengan benar dan bersihkan jalan nafas, kemudian lakukan upaya inisiasi atau perbaikan pernafasan, lakukan rangsangan taktil.

Bentuk rangsangan taktil yang tidak dianjurkan , bentuk rangsangan seperti :

- a. Menepuk bokong,
- b. Meremas atau memompa rongga dada,
- c. Menekankan kedua paha ke perut bayi, mendilatasi sfinkter ani,
- d. Kompres atau merendam di air panas dan dingin, menggoyangkan tubuh bayi, meniup oksigen atau udara dingin ke tubuh bayi. risiko :

Trauma, Fraktur, Pneumotoraks, Gawat Nafas, kematian, Ruptur Hati atau Limfa, Perdarahan Dalam, sfinkter Ani, robek, Hipotermia, Hipertermia, Luka Bakar, Kerusakan Otak, Hipotermia. Pembersihan Jalan Nafas Bila air ketuban jernih, hisap lendir dimulut, kemudian lendir dihidung. Bila ada pewarnaan mekonium lakukan penghisapan lendir dari mulut dan hidung saat kepala lahir dan bila setelah lahir bayi menangis dengan kuat, lakukan asuhan BBL seperti biasa, lakukan pembersihan jalan nafas ulangan. Penilaian Segera : usahakan bernafas atau menangis, warna kulit BBL, denyut jantung bayi, temuan dan tindakan : bila bayi menangis, bernafas teratur dan kulit kemerahan maka lakukan asuhan BBL normal , bila tidak menangis , kulit pucat atau kebiruan dan denyut jantung kurang dari 100 x / menit, lakukan tindakan resusitasi.

A. Memposisikan bayi :

- 1) Baringkan terlentang atau sedikit miring dengan posisi kepala sedikit ekstensi, pastikan tali pusat telah dipotong agar pengaturan posisi menjadi leluasa.
- 2) Hisap lendir dimulut dan hidung yang mungkin dapat menyumbat jalan nafas, jangan menghisap terlalu dalam karena dapat terjadi reaksi vaso vagal. Rangsangan taktil dan upaya bernafas: gosok dengan lembut punggung, tubuh, kaki atau tangan bayi atau tepuk

/sentil telapak kaki bayi. Pengeringan tubuh, mengisap lendir dan rangsangan taktil sebaiknya tidak melebihi dari 30 - 60 detik. Jika setelah waktu tersebut bayi masih sulit bernafas, lakukan bantuan pernafasan dengan ventilasi positif. Langkah resusitasi Pastikan balon dan sungkup berfungsi baik, telah mencuci tangan dan memakai sarung tangan, selimuti bayi dengan kain kering dan hangat (kecuali muka dan dada) letakkan di lingkungan yang hangat, posisikan tubuh dan kepala bayi dengan benar, pasang sungkup melingkupi dagu, mulut dan hidung, tekan balon dengan dua jari atau seluruh jari (tergantung ukuran yang tersedia), periksa pertautan sungkup dengan bayi, dan gerakan dada dengan 2 kali ventilasi, bila semuanya baik lakukan ventilasi dengan oksigen atau udara ruangan. Kecepatan ventilasi sekitar 40 x / 30 detik dan perhatikan gerakan dinding dada. Bila dada tidak bergerak naik turun, periksa kembali pertautan sungkup bayi atau fungsi balon. Setelah ventilasi 30 detik, lakukan penilaian pernafasan, warna kulit dan denyut jantung. Bila bayi bernafas normal, lakukan asuhan BBL seperti biasa, bila belum normal ulangi ventilasi positif selama 30 detik kedua dan nilai kembali. Bila masih menggap - menggap dan terdapat retraksi dinding dada, ulangi kembali ventilasi positif dengan oksigen murni, bila setelah 20 menit bayi masih kesulitan bernafas, pasang pipa nasogastrik untuk mengurangi atau mengosongkan udara dalam lambung. Kemudian rujuk ke fasilitas rujukan. Bila setelah 20 menit ventilasi positif ternyata bayi tetap tidak bernafas maka resusitasi dihentikan. Bayi dinyatakan meninggal dan beritahu pada keluarga upaya penyelamatan gaga dan berdukungan emosional kepada mereka. Pemasangan pipa lambung: untuk mengeluarkan udara yang masuk ke dalam lambung saat dilakukan bantuan bernafas dengan ventilasi positif, timbunan udara di lambung dapat menekan diafragma dan menghalangi upaya bernafas atau mengembangkan paru, dapat menyebabkan muntah dan terjadi aspirasi isi lambung ke dalam paru - paru. Asuhan pasca resusitasi : Menjaga temperatur tubuh bayi baik dengan selimut ataupun didekap oleh ibunya, minta ibu untuk segera menyusukan bayinya, cegah infeksi ikutan atau paparan bahan tidak sehat. Pantau kondisi kesehatan bayi secara berkala, termasuk kemampuan menghisap ASI, rujuk bila terdapat tanda-tanda gawat darurat (demam tinggi, ikterus, lemah, tidak terdapat penghisapan ASI, kejang)

Pemahaman APN (Asuhan Persalinan Normal)

1. AREA KOMPETENSI :

Peserta didik dapat melakukan asuhan persalinan normal sesuai dengan langkah-langkahnya.

2. LEARNING OUTCOME

Setelah mengikuti perkuliahan, mahasiswa diharapkan mampu :

- a. Mengetahui tentang asuhan persalinan normal
- b. Mengerti dan memahami asuhan persalinan normal
- c. Menerapkan asuhan persalinan normal dengan benar

3. REFERENSI

APN, 2016. *Asuhan Persalinan Normal Dan Inisiasi Menyusui Dini*. Penerbit JNPK-KR, Jakarta.

Asrinah, Dkk: 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Persalinan*. Yogyakarta. Graha Ilmu.

Prawirohardjo, Sarwono: 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta. PT. Bina Pustaka.

Prawirohardjo, Sarwono: 2009. *Buku Acuan Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta. PT. Bina Pustaka.

Sulaiman, Ali: 2001. *Kapita Selekta Kedokteran Jilid I*. Jakarta. Media Aesculapius.

Pemahaman APN (Asuhan Persalinan Normal)

PENDAHULUAN

Ketrampilan-ketrampilan klinis yang ada dalam sesi ini merupakan suatu komponen krisis pada modul. Saat mengajarkan ketrampilan ini dosen bisa bekerja sama dengan dosen kebidanan yang lain, yaitu bidan praktek atau dokter obgin. Sementara mempelajari ketrampilan ini peserta didik harus didampingi dengan team pengajar yang kompeten.

Penggunaan informasi dalam pemahaman asuhan persalinan normal ini harus mengikuti petunjuk dengan cermat. Dengan demikian, akan membantu jika petunjuk tersebut dibentuk dalam bentuk ceklist dan didalamnya harus disediakan ruang untuk mengisi komentar dari hasil praktek untuk peserta didik. Ketrampilan yang ada dalam sesi ini merupakan ketrampilan dasar dimana penting bagi peserta didik kebidanan untuk dapat menggunakannya dalam praktek kebidanan.

LANGKAH-LANGKAH APN

Untuk melakukan asuhan persalinan normal (APN) dirumuskan 58 langkah asuhan persalinan normal sebagai berikut:

1. Mendengar & Melihat Adanya Tanda Persalinan Kala Dua.
2. Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin & memasukan alat suntik sekali pakai 2½ ml ke dalam wadah partus set.
3. Memakai celemek plastik.
4. Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dgn sabun & air mengalir.
5. Menggunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan yg akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.
6. Mengambil alat suntik dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin dan letakan kembali kedalam wadah partus set.
7. Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah yang telah dibasahi oleh air matang (DTT), dengan gerakan vulva ke perineum.
8. Melakukan pemeriksaan dalam – pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.
9. Mencilupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.

10. Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai – pastikan DJJ dalam batas normal (120 – 160 x/menit).
11. Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his apabila ibu sudah merasa ingin meneran.
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
14. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
15. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm.
16. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu
17. Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
18. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
19. Saat kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5 – 6 cm, memasang handuk bersih pada perut ibu untuk mengeringkan bayi jika telah lahir dan kain kering dan bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu. Setelah itu kita melakukan perasat stenon (perasat untuk melindungi perineum dngan satu tangan, dibawah kain bersih dan kering, ibu jari pada salah satu sisi perineum dan 4 jari tangan pada sisi yang lain dan tangan yang lain pada belakang kepala bayi. Tahan belakang kepala bayi agar posisi kepala tetap fleksi pada saat keluar secara bertahap melewati introitus dan perineum).
20. Setelah kepala keluar menyeka mulut dan hidung bayi dengan kasa steril kemudian memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin
21. Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Menganjurkan kepada ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
23. Setelah bahu lahir, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.

24. Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung ke arah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan ari telunjuk tangan kiri diantara kedua lutut janin)
25. Melakukan penilaian selintas :
 - a. Apakah bayi menangis kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan?
 - b. Apakah bayi bergerak aktif ?
26. Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Membiarkan bayi atas perut ibu.
27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.
28. Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitasin agar uterus berkontraksi baik.
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM (intramaskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).
30. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
31. Dengan satu tangan. Pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.
32. Mengikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
33. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.
34. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva
35. Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
36. Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati ke arah doroskrainal. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur.
37. Melakukan penegangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).
38. Setelah plasenta tampak pada vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. Bila perlu (terasa ada tahanan), pegang plasenta

- dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban.
39. Segera setelah plasenta lahir, melakukan masase pada fundus uteri dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras)
 40. Periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukan kedalam kantong plastik yang tersedia.
 41. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.
 42. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
 43. Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
 44. Setelah satu jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1 mg intramaskuler di paha kiri anterolateral.
 45. Setelah satu jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.
 46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
 47. Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
 48. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
 49. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
 50. Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik.
 51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.
 52. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
 53. Membersihkan ibu dengan menggunakan air DDT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.
 54. Memastikan ibu merasa nyaman dan beritahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum.
 55. Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.

56. Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%
57. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
58. Melengkapi partograf.

Pada langkah-langkah pertolongan persalinan ini terjadi beberapa penjabaran terkait pada point no 45 dan selanjutnya. Hal ini dilakukan supaya terdapat penatalaksanaan yang fokus untuk bayi dan ibu. Berikut perubahan yang terjadi pada penatalaksanaan persalinan dari 58 langkah menjadi 60 langkah.

LANGKAH-LANGKAH APN 60

I. MENGENALI GEJALA DAN TANDA KALA II

1. Mendengar dan melihat tanda kala II persalinan
 - a. Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran
 - b. Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina
 - c. Perineum tampak menonjol
 - d. Vulva dan sfinter ani membuka

II. MENYIAPKAN PERTOLONGAN PERSALINAN

2. Pastikan perlengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksakan komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir
untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi → siapkan :
 - a. Tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat
 - b. 3 handuk/ kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi)
 - c. Alat penghisap lendir
 - d. Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi untuk ibu:
 - 1) Menggelar kain di perut bawah ibu
 - 2) Menyiapkan oksitosin 10 unit
 - 3) Alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set
3. Pakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan
4. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering
5. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam
6. Memasukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik

III. MEMASTIKAN PEMBUKAAN LENGKAP DAN KEADAAN JANIN

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari anterior (depan) ke posterior (belakang) menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT
 - a. Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang
 - b. Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia
 - c. Jika terkontaminasi, lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan DTT/steril untuk melaksanakan langkah lanjutan
8. Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.
 - a. Bila selaput ketuban masih utuh untuk pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi
9. Dekontaminasi sarung tangan (celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 %, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam klorin 0,5 % selama 10 menit). Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan. Tutup kembali partus set
10. Periksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi uterus mereda (relaksasi) untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal (120-160x/menit)
 - a. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
 - b. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, semua temuan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan kedalam partograf

IV. MENYIAPKAN IBU DAN KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES MENERAN

11. Beritahukan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik, kemudian bantu ibu menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya
 - a. Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada
 - b. Jelaskan pada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu dan meneran secara benar
12. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat. Pada kondisi itu, ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman
13. Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat :
 - a. Bimbing ibu agar dapat menaran secara benar dan efektif
 - b. Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai
 - c. Bantu ibu mengambil posisi yang yaman sesuai pilihannya (Kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama)
 - d. Anjurka ibu untuk beristirahat diantara kontraksi

- e. Anjurkan keluarga memberi dukungan atau semangat untuk ibu
 - f. Berikan cukup asupan cairan per oral (minum)
 - g. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai
 - h. Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran ≥ 120 menit (2 jam) pada primigravida atau ≥ 60 menit (1 jam) pada multigravida
14. Anjurkan ibu berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit

V. PERSIAPAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI

- 15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
- 16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu
- 17. Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan
- 18. Pakai sarung tanga DTT/steril pada kedua tangan

VI. PERTOLONGAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI

LAHIRNYA KEPALA

- 19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi fleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu meneran secara efektif atau bernafas cepat dan dangkal
- 20. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi), segera lanjutkan proses kelahiran bayi.

Perhatikan

- a. ***Jika talipusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi***
- b. ***Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem talipusat di dua tempat dan potong tali pusat diantara dua klem tersebut***

- 21. Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan

LAHIRNYA BAHU

- 22. Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakkan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang

LAHIRNYA BADAN DAN TUNGKAI

- 23. Setelah kedua bahu lahir, satu tangan menyangga kepala dan bahu belakang, tangan yang lain menelusuri dan memegang lengan dan siku bayi sebelah atas
- 24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke

punggung, bokong, tungkai, dan kaki. Pegang kedua mata kaki dengan (Masukkan telunjuk diantara kedua kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari-jari lainnya pada saat sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk)

VII. ASUHAN BAYI BARU LAHIR

25. Lakukan penilaian (selintas)
 - a. Apakah bayi cukup bulan
 - b. Apakah bayi menangis kuat dan/ bernafas tanpa kesulitan?
 - c. Apakah bayi bergerak dengan aktif ?
bila salah satu jawaban adalah "tidak" lanjut kelangkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia (lihat penuntun belajar resusitasi bayi asfiksia)
bila semua jawaban "ya" lanjut ke no 26
26. Keringkan bayi
Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu
27. Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gamelli)
28. Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit (intramuskuler) di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin)
30. Dalam waktu 2 menit setelah bayi lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3 cm dari pusat bayi. Gunakan jari telunjuk dan jari tengah tangan yang lain untuk mendorong isi tali pusat kearah ibu, dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama
31. Pematangan dan pengikatan tali pusat
 - a. Dengan satu tangan, pegang talipusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan penggungtingan talipusat diantara 2 klem tersebut
 - b. Ikat talipusat dengan benang DTT/Steril pada satu sisikemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusat dengan simpul kunci pada sisi lainnya
 - c. Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan
32. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu unntuk kontak kulit ibu-bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari putting susu atau areola mammae ibu
 - a. Selimuti Ibu-bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi dikepala bayi
 - b. Biarkan bayi melakukan kontak kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam
 - c. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara
 - d. Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah

berhasil menyusui

VIII. MANAJEMEN AKTIF KALA III PERSALINAN (MAK III)

33. Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
34. Letakkan satu tangan diatas kain pada perut bawah ibu (diatas simfisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat
35. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kerah bawah sambil tangan yang lai mendorong uterus kerah belakang-atas (dorsokranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversion uteri). Jika lacenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan talipusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi kembali prosedur diatas
 - a. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi putting susu

MENGELURKAN PLASENTA

36. Bila pada penekanan bagian bawah dinding depan uterus kea rah dorsal ternyata diikuti dengan persgeseran talipusat kearah distal maka lanjutkan dorongan kea rah kranial hingga plasenta dapat dilahirkan
 - a. Ibu boleh boleh meneran tetapi tali pusat hanya ditegangkan (jangan ditarik secara kuat terutama jika uterus tak berkontraksi
 - b. Jika talipusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta
 - c. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan talipusat :
 - 1) Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM
 - 2) Lakukan kateterisasi (gunakan teknik aseptic) jika kandung kemih penuh
 - 3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
 - 4) Ulangi tekanan dorsokranial dan penegangan talipusat 15 menit berikutnya
 - 5) Jika plasenta tak lahir dalam 3 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan pleenta manual
37. Saat placenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan
 - a. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem ovum DTT/steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal

RANGSANGAN TAKTIL (MASASE) UTERUS

38. Segera setelah placenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masasae dengan gerakan melingkar degan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras)

IX. MENILAI PERDARAHAN

39. Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastic atau tempat khusus
40. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan

penjahitan bila terjadi laserasi derajat 1 dan 2 yang menimbulkan perdarahan

Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan

ASUHAN PASCA PERSALINAN

41. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan
42. Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh lakukan kateterisasi

EVALUASI

43. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, dan bilas di air DTT tanpa melepas sarung tangan, kemudian keringkan dengan handuk
44. Ajarkan ibu atau keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
45. memerikasa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik
46. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
47. Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit)
 - a. Jika bayi sulit bernafas, merintih, atau retraksi, di resusitasi dan segera merujuk ke RS
 - b. Jika bayi nafas terlalu cepat atau sesak nafas, segera rujuk ke RS rujukan
 - c. Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut

KEBERSIHAN DAN KEAMANAN

48. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (10 menit) Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi
49. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
50. Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lender dan darah di ranjang atau sekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
51. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya
52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5 %
53. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit
54. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering
55. Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi
56. Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir. Pastikan kondisi bayi baik, pernafasan normal (40-60 kali/menit) dan temperatur tubuh normal (36,5-37,5°C) setiap 15 menit
57. Setelah satu jam pemberian vitamin K1, Berikan suntikan hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkuan ibu agar sewaktu-waktu dapat di susukan
58. Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam

larutan klorin 0,5 % selama 10 menit

59. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering

DOKUMENTASI

60. Lengkapi partograf (halaman depan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV persalinan

INSTRUKSI PESERTA DIDIK

Peserta didik di instruksikan untuk membentuk 5 kelompok, dalam 1 kelompok terdiri dari 10 mahasiswa. kemudian menyiapkan peralatan dan perlengkapan yang dibutuhkan untuk asuhan persalinan normal sesuai dengan standarnya. kemudian bergantian tiap kelompok melakukan praktek

Pemahaman Partograf

1. AREA KOMPETENSI :

Peserta didik mendapatkan kesempatan untuk mengetahui, mengerti, memahami dan bisa cara pengisian dan penggunaan partograf didalam asuhan kebidanan persalinan.

2. LEARNING OUTCOME

Setelah mengikuti perkuliahan, mahasiswa diharapkan mampu :

- a. Mengetahui partograf
- b. Mengerti, memahami cara pengisian partograf
- c. Menerapkan partograf disetiap asuhan kebidanan persalinan

3. REFERENSI

Asrinah, Dkk: 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Persalinan*. Yogyakarta. Graha Ilmu.

Prawirohardjo, Sarwono: 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta. PT. Bina Pustaka.

Prawirohardjo, Sarwono: 2009. *Buku Acuan Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta. PT. Bina Pustaka.

Sulaiman, Ali: 2001. *Kapita Selekta Kedokteran Jilid I*. Jakarta. Media Aesculapius.

JNPK-KR. (2007). *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta : Jhpiego

JNPK-KR. (2008). *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta : Usaid

PENDAHULUAN

Ketrampilan-ketrampilan klinis yang ada dalam sesi ini merupakan suatu komponen krisis pada modul. Saat mengajarkan ketrampilan ini dosen bisa bekerja sama dengan dosen kebidanan yang lain, yaitu bidan praktek atau dokter obgin. Sementara mempelajari ketrampilan ini peserta didik harus didampingi dengan team pengajar yang kompeten.

Penggunaan informasi dalam pemahaman partograf ini harus mengikuti petunjuk dengan cermat. Dengan demikian, akan membantu jika petunjuk tersebut dibentuk dalam bentuk ceklist dan didalamnya harus disediakan ruang untuk mengisi komentar dari hasil praktek untuk peserta didik. Ketrampilan yang ada dalam sesi ini merupakan ketrampilan dasar dimana penting bagi peserta didik kebidanan untuk dapat menggunakannya dalam praktek kebidanan.

PARTOGRAF

a. Pengertian

Partograf merupakan alat bantu dalam membuat keputusan klinik, memantau, mengevaluasi dan penatalaksana persalinan (Depkes, 2008). Partograf dapat dipakai untuk memberikan peringatan awal bahwa suatu persalinan berlangsung lama, adanya gawat ibu dan janin, serta perlunya rujukan (Saifuddin, 2002).

b. Waktu pengisian partograf.

Waktu yang tepat untuk pengisian partograf ialah pada saat dimana proses persalinan telah berada dalam kala I fase aktif yaitu saat pembukaan serviks dari 4 sampai 10 cm dan berakhir pada pemantauan kala IV (Saifuddin, 2002).

c. Isi partograf

Partograf dikatakan sebagai data yang lengkap bila seluruh informasi ibu, kondisi janin, kemajuan persalinan, waktu dan jam, kontraksi uterus, kondisi ibu, obat-obatan yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dicatat secara rinci sesuai cara pencatatan partograf (Depkes, 2008).

Isi partograf antara lain:

1) Informasi tentang ibu

a) Nama dan umur.

b) Gravida, para, abortus.

c) Nomor catatan medik/nomor puskesmas.

- d) Tanggal dan waktu mulai dirawat.
- e) Waktu pecahnya selaput ketuban.
- 2) Kondisi janin:
 - a) Denyut jantung janin.
 - b) Warna dan adanya air ketuban.
 - c) Penyusupan (molase) kepala janin.
- 3) Kemajuan persalinan
 - a) Pembukaan serviks.
 - b) Penurunan bagian terbawah atau presentasi janin.
 - c) Garis waspada dan garis bertindak.
- 4) Waktu dan jam
 - a) Waktu mulainya fase aktif persalinan.
 - b) Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian.
- 5) Kontraksi uterus
 - a) Frekuensi kontraksi dalam waktu 10 menit.
 - b) Lama kontraksi (dalam detik).
- 6) Obat-obatan yang diberikan
 - a) Oksitosin.
 - b) Obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan.
- 7) Kondisi ibu
 - a) Nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh.
 - b) Urin (volume, aseton atau protein).
- d. Cara pengisian partograf.

Pencatatan dimulai saat fase aktif yaitu pembukaan serviks 4 cm dan berakhir titik dimana pembukaan lengkap. Pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan adalah 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada. Kondisi ibu dan janin dinilai dan dicatat dengan cara:

- 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 bagian terbawah janin : setiap 4 jam.
- 6) Tekanan darah dan temperatur tubuh : setiap 4 jam.
- 7) Produksi urin, aseton dan protein : setiap 2 sampai 4 jam.

(Depkes, 2008).

Cara pengisian partograf yang benar adalah sesuai dengan pedoman pencatatan partograf. Menurut Depkes RI (2008) cara pengisian partograf adalah sebagai berikut:

1) Lembar depan partograf.

a) Informasi ibu ditulis sesuai identitas ibu. Waktu kedatangan ditulis sebagai jam. Catat waktu pecahnya selaput ketuban, dan catat waktu merasakan mules.

b) Kondisi janin.

(1) Denyut Jantung Janin.

Nilai dan catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika terdapat tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak menunjukkan waktu 30 menit. Kisaran normal DJJ tertera diantara garis tebal angka 180 dan 100. Bidan harus waspada jika DJJ mengarah di bawah 120 per menit (*bradycardi*) atau diatas 160 permenit (*tachikardi*).

Beri tanda '•' (tanda titik) pada kisaran angka 180 dan 100. Hubungkan satu titik dengan titik yang lainnya.

(2) Warna dan adanya air ketuban.

Catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina, menggunakan lambang-lambang berikut:

U : Selaput ketuban **U**tuh.

J : Selaput ketuban pecah, dan air ketuban **J**ernih.

M : Air ketuban bercampur **M**ekonium.

D : Air ketuban bernoda **D**arah.

K : Tidak ada cairan ketuban/**K**ering.

(Saifuddin, 2002)

(3) Penyusupan/molase tulang kepala janin.

Setiap kali melakukan periksa dalam, nilai penyusupan antar tulang (molase) kepala janin. Catat temuan yang ada di kotak yang sesuai di bawah lajur air ketuban. Gunakan lambang-lambang berikut:

0 : Sutura terpisah.

1 : Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.

2 : Sutura tumpang tindih tetapi masih dapat diperbaiki.

3 : Sutura tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki.

Sutura/tulang kepala saling tumpang tindih menandakan kemungkinan adanya CPD (*cephalo pelvic disproportion*).

c) Kemajuan persalinan.

Angka 0-10 di kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks.

(1) Pembukaan serviks.

Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf setiap temuan dari setiap pemeriksaan. Nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam. Cantumkan tanda 'X' di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks.

(2) Penurunan bagian terbawah janin.

Untuk menentukan penurunan kepala janin tercantum angka 1-5 yang sesuai dengan metode perlimaan.

Tuliskan turunnya kepala janin dengan garis tidak terputus dari 0-5. Berikan tanda '0' pada garis waktu yang sesuai.

(3) Garis waspada dan garis bertindak.

(a) Garis waspada, dimulai pada pembukaan serviks 4 cm (jam ke 0), dan berakhir pada titik di mana pembukaan lengkap (6 jam). Pencatatan dimulai pada garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada, maka harus dipertimbangkan adanya penyulit.

(b) Garis bertindak, tertera sejajar dan disebelah kanan (berjarak 4 jam) pada garis waspada. Jika pembukaan serviks telah melampaui dan berada di sebelah kanan garis bertindak maka menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan. Sebaiknya ibu harus berada di tempat rujukan sebelum garis bertindak terlampaui.

d) Jam dan waktu.

(1) Waktu mulainya fase aktif persalinan.


Setiap kotak menyatakan satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.


(2) Waktu aktual saat pemeriksaan atau persalinan.


Cantumkan tanda 'x' di garis waspada, saat ibu masuk dalam fase aktif persalinan.

e) Kontraksi uterus.

Terdapat lima kotak kontraksi per 10 menit. Nyatakan lama kontraksi dengan:

(1)  : Beri titik-titik di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya < 20 detik.

(2)  : Beri garis-garis di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.

(3)  : Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya > 40 detik.

f) Obat-obatan dan cairan yang diberikan.

(1) Oksitosin. Jika tetesan drip sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan dan dalam satuan tetes per menit.

(2) Obat lain dan cairan IV. Catat semua dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya.

g) Kondisi ibu.

(1) Nadi, tekanan darah dan suhu tubuh.

(a) Nadi, dicatat setiap 30 menit. Beri tanda titik (•) pada kolom yang sesuai.

(b) Tekanan darah, dicatat setiap 4 jam atau lebih sering jika diduga ada penyulit. Beri tanda panah pada partograf pada kolom waktu yang sesuai.

(c) Suhu tubuh, diukur dan dicatat setiap 2 jam atau lebih sering jika terjadi peningkatan mendadak atau diduga ada infeksi. Catat suhu tubuh pada kotak yang sesuai.

(2) Volume urine, protein dan aseton.

Ukur dan catat jumlah produksi urine setiap 2 jam (setiap ibu berkemih). Jika memungkinkan, lakukan pemeriksaan aseton dan protein dalam urine.

The image shows a blank partogram form titled "PARTOGRAF". It contains several sections for recording data during labor. At the top, there are fields for patient information: "No. Register", "No. Pendaftaran", "Nama ibu", "Umur", "No. Kamar", "No. Tempat", "Tanggal", "Waktu", "Masa kehamilan", "Masa persalinan", "Masa menyusui". Below this are several grid areas: "1. Suhu Tubuh" (Temperature), "2. Tekanan Darah" (Blood Pressure), "3. Nadi Ibu" (Maternal Pulse), "4. Nadi Janin" (Fetal Pulse), "5. Pergerakan Janin" (Fetal Movement), "6. Pergerakan Kepala Janin" (Fetal Head Movement), "7. Pergerakan Tali Pusat" (Umbilical Cord Movement), "8. Pergerakan Perineum" (Perineal Movement), "9. Pergerakan Serviks" (Cervical Movement), "10. Pergerakan Membran" (Membrane Movement), "11. Pergerakan Perineum" (Perineal Movement), "12. Pergerakan Serviks" (Cervical Movement), "13. Pergerakan Membran" (Membrane Movement). At the bottom, there is a table for recording urine output and other data.

The image shows a detailed medical form with multiple sections for recording patient history and vital signs. The sections include: "1. Identifikasi", "2. Riwayat Penyakit", "3. Riwayat Kehamilan", "4. Riwayat Persalinan", "5. Riwayat Menstruasi", "6. Riwayat Ginekologi", "7. Riwayat Obstetri", "8. Riwayat Penyakit Menular", "9. Riwayat Penyakit Sistemik", "10. Riwayat Penyakit Kulit", "11. Riwayat Penyakit Jantung", "12. Riwayat Penyakit Ginjal", "13. Riwayat Penyakit Darah", "14. Riwayat Penyakit Endokrin", "15. Riwayat Penyakit Neurologi", "16. Riwayat Penyakit Psikiatri", "17. Riwayat Penyakit Sosial", "18. Riwayat Penyakit Lingkungan", "19. Riwayat Penyakit Pekerjaan", "20. Riwayat Penyakit Hobi", "21. Riwayat Penyakit Agama", "22. Riwayat Penyakit Budaya", "23. Riwayat Penyakit Sifat", "24. Riwayat Penyakit Karakter", "25. Riwayat Penyakit Kepribadian". At the bottom, there is a table for recording urine output and other data.

INSTRUKSI PESERTA DIDIK

Peserta didik diharapkan membawa partograf dan dapat mengaplikasikan pengisian partograf sesuai soal yg telah diberikan.

SOAL :

Seorang perempuan dengan G1P0A0 berusia 24 tahun. Ia datang ke klinik bersalin bersama keluarganya untuk mendapatkan asuhan dari bidan pada tanggal 27 Mei 2019 pukul 13.00. ia mengatakan kepada bidan penolong bahwa ia sudah merasakan adanya kontraksi sejak pukul 05.00. Setelah dilakukan anamnesis secara seksama dan melakukan pemeriksaan fisik. Bidan sukma menemukan bahwa :

Kehamilan cukup bulan, presentasi belakang kepala, dengan penurunan kepala janin 4/5, kontraksi uterus 3 kali dalam 10 menit, setiap kontraksi berlangsung 19 detik, dan DJJ 35 kali/menit.

Pembukaan serviks 3 cm, tidak ada penyusupan dan selaput ketuban utuh.

Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 80, temperature tubuh 36,5 0C. Ibu berkemih 200 ml sebelum pemeriksaan dalam, tidak ditemui protein dan aseton dalam urin.

1. Berdasarkan data yang dikumpulkan pada pukul 13.00, bidan membuat diagnosis bahwa ibu primi gravida, dalam fase laten persalinan dengan DJJ normal, pembukaan serviks 3 cm, 3 kontraksi dalam 10 menit, setiap kontraksinya berlangsung kurang dari 20 detik. Bidan menentramkan hati ibu dan menganjurkannya untuk berjalan-jalan ditemani oleh suaminya dan banyak minum. Bidan menuliskan tanggal dan waktu serta mencatat semua temuan dan asuhannya pada catatan kemajuan persalinan.

Bidan meneruskan untuk memantau DJJ, kontraksi serta nadi dan kontraksi uterus ibu setiap jam. DJJ, nadi dan kontraksinya tetap normal. Bidan mengukur produksi urin ibu setiap kali ia berkemih. Bidan meneruskan pencatatan temuan-temuannya di catatan kemajuan persalinan. Bidan terus memberikan dukungan persalinan dan menentramkan hati ibu.

2. Pemeriksaan kedua dilakukan pukul 17.00. ibu melaporkan bahwa kontraksinya terasa lebih kuat dan lebih nyeri. Bidan melakukan pemeriksaan abdomen dan pemeriksaan dalam yang kedua. Ibu mengalami 4 kontraksi dalam 10 menit, masing-masing lamanya antara 20-40 detik, DJJ 130 kali/menit. Penurunan bagian terbawah janin 3/5, pembukaan serviks 5 cm, tidak ada penyusupan kepala janin dan selaput ketubannya masih utuh. Tekanan darah ibu 120/80 mmHg, nadinya 88, dan temperatur tubuhnya 37 0C. ia berkemih 100 ml sebelum pemeriksaan dilakukan.

Pada pukul 17.00 ibu desy berada dalam fase aktif persalinan dan bidan mulai mencatat pada partograf. Ia memncatatkan pembukaan serviks pada garis waspada dan semua temuan lainnya di garis waktu yang sesuai. Bidan sukma mulai menilai DJJ, kondisi uterus dan nadi ibu setiap 30 menit dan menilai temperature tubuhnya setiap 2 jam. Semua temuan dicatat di lembar partograf.

- Pukul 17.30, DJJ 144/menit, kontraksi 4 kali dalam 10 menit selama 45 detik, nadi 80/menit.
- Pukul 18.00, DJJ 144/menit, kontraksi 4 kali dalam 10 menit selama 45 detik, nadi 88/menit.
- Pukul 18.30, DJJ 140/menit, kontraksi 4 kali dalam 10 menit selama 45 detik, nadi 90/menit.

- Pukul 19.00, DJJ 134/menit, kontraksi 4 kali dalam 10 menit selama 45 detik, nadi 97/menit, suhu 36,8 0C, urin 150 ml.
 - Pukul 19.30, DJJ 128/menit, kontraksi 4 kali dalam 10 menit selama 45 detik, nadi 88/menit.
 - Pukul 20.00, DJJ 128/menit, kontraksi 5 kali dalam 10 menit selama 45 detik, nadi 88/menit.
 - Pukul 20.30, DJJ 128/menit, kontraksi 5 kali dalam 10 menit selama 45 detik, nadi 90/menit, urin 80 ml.
3. Pada pukul 21.00, bidan melakukan periksa ulang abdomen dan panggul. Hasilnya : DJJ 135kali/menit, 5 kontraksi dalam 10 menit berlangsung masing-masing lebih dari 45 detik, penurunan kepala janin 1/5. Pembukaan serviks 10 cm, tidak ada penyusunan kepala janin, selaput ketuban pecah sesaat sebelum pemeriksaan jam 20.45, dan cairan ketubah jernih. Tekanan darah ibu 120/80 mmHg, temperatur tubuh 37 0C, dan nadinya 80 kali/menit.
4. Pada pukul 21.30, lahir bayi perempuan, berat badan 3000 gram dan panjang 48 cm. bayi menangis spontan. Dilakukan penatalaksanaan aktif kala tiga dan omentum lahir 5 menit setelah bayi lahir. Tidak dilakukan episiotomy dan tidak terjadi lacerasi. Perkiraan kehilangan darah kurang lebih 150 ml.
5. Tidak ada penyulit terjadi pada 15 menit pertama kala empat(sampai pukul 21.45). bidan sukma menilai keadaan umum dan kondisi kesehatan ibu desy setiap 14 menit selama jam pertama setelah lahirnya placenta. Temuan-temuannya adalah sebagai berikut.
- 21.50 : TD 120/70, nadi 80, temperature tubuh 37,2 0C, tinggi fundus 3 jari dibawah pusat, tonus uterus baik(keras), kandung kemih kosong, pendarahan pervaginam dalam batas normal.
 - 22.05 : TD 120/70, nadi 76, tinggi fundus 3 jari dibawah pusat, tonus uterus baik(keras), kandung kemih kosong, pendarahan pervaginam dalam batas normal.
 - 22.20 : TD 110/70, nadi 76, tinggi fundus 3 jari dibawah pusat, tonus uterus baik(keras), kandung kemih kosong, pendarahan pervaginam dalam batas normal.
 - 22.35 : TD 110/70, nadi 76, tinggi fundus 3 jari dibawah pusat, tonus uterus baik(keras), kandung kemih kosong, pendarahan pervaginam dalam batas normal.
6. Selama jam kedua kala empat persalinan, bidan sukma menilai ibu setiap 30 menit. Temuannya adalah sebagai berikut :
- 23.05 : TD 110/70, nadi 80, temperature tubuh 37 0C, tinggi fundus 2 jari dibawah pusat, tonus uterus baik, ibu desy berkemih dan produksi urin 250 ml, pendarahan pervaginam dalam batas normal.

- 23.35 : TD 110/70, nadi 80, temperature tubuh 37,2 0C, tinggi fundus 2 jari dibawah pusat, tonus uterus baik, kandung kemih klosong, pendarahan pervaginam dalam batas normal.

1. AREA KOMPETENSI :

Peserta didik mendapatkan kesempatan untuk mengetahui, mengerti, memahami tentang amniotomi

2. LEARNING OUTCOME

Setelah mengikuti perkuliahan, mahasiswa diharapkan mampu :

- a. Memahami tentang pengertian amniotomi
- b. Memahami tentang fungsi amniotomi
- c. Memahami tentang indikasi amniotomi
- d. Memahami tentang penatalaksanaan amniotomi

3. REFERENSI

Depkes RI. 2008. *Buku Acuan Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta. Hlm: 167.

Kuswanti I & Melina F: 2014. *Askeb II* . Yogyakarta. Pustaka Pelajar

Pusdiknakes. 2003. *Buku 3 Asuhan Intrapartum*. Jakarta. Hlm: 70-72

Smyth RMD, Markham C, Dowswell T. 2013. *Amniotomy For Shortening Spontaneous Labour*

Sulistyawati, A. 2010. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika. Hlm: 123.

Summaries.cochrane.org/CD006167/amniotomy-for-shortening-spontaneous-labour diunduh 23 Oktober 2013 pukul 03.27 WIB

1. Pengertian

Amniotomi adalah : tindakan untuk membuka selaput ketuban (amnion) dengan jalan membuat robekan kecil yang kemudian akan melebar secara spontan akibat gaya berat cairan dan adanya tekanan di dalam rongga amnion.

Amniotomi dilakukan pada saat pembukaan lengkap atau hampir lengkap agar penyelesaian proses persalinan berlangsung sebagaimana mestinya.

2. Fungsi cairan amnion

- a. Pelindung bayi dari tekanan kontraksi uterus, sehingga amniotomi tidak dianjurkan pada kala II persalinan
- b. Selama selaput ketuban masih utuh, bayi akan terlindung dari infeksi dan sebagian anoksia dan fetal distress yang bisa terjadi selama kontraksi hipertonic

3. Indikasi amniotomi

- a. Jika ketuban belum pecah dan pembukaan lengkap
- b. Akselerasi persalinan
- c. Persalinan pervaginam menggunakan instrumen.
- d. Pada kasus solusio plasenta.

4. Keuntungan amniotomi

- a. Melakukan pengamatan ada tidaknya meconium
- b. Menentukan punctum maksimum denyut jantung janin (DJJ) akan lebih jelas
- c. Mempermudah perekaman pada saat pemantauan janin
- d. Mempercepat proses persalinan.

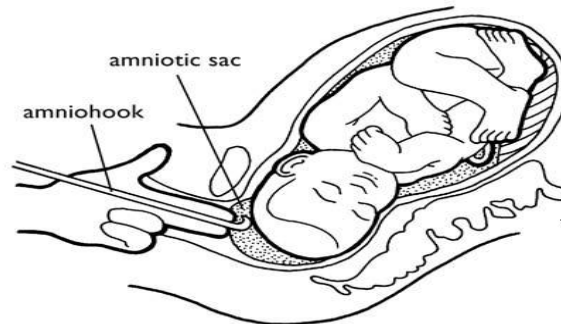
5. Kerugian amniotomi

- a. Timbul trauma pada kepala janin yang mengakibatkan kecacatan pada tulang kepala
- b. Menambah kompresi tali pusat akibat jumlah cairan amniotik berkurang.

6. Penalaksanaan amniotomi

Prinsip pelaksanaan amniotomi adalah dengan tehnik aseptik, dan dilakukan diantara kontraksi. Setelah melakukan pemecahan ketuban, biarkan jari di dalam vagina sampai kontraksi selanjutnya, Hal ini dilakukan untuk mengevaluasi dampak amniotomi pada serviks (pembukaan), pada janin (penurunan dan rotasi) dan memastikan bawa tidak terjadi prolapse tali pusat. Evaluasi bunyi jantung janin selama dan setelah amniotomi perlu

dilakukan. Tindakan ini bertujuan untuk mengkaji dampak yang timbul pada janin segera setelah amniotomi.



Gambar amniotomi

a. Langkah pelaksanaan

1) Sikap dan perilaku

- a) Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan.
- b) Melakukan komunikasi dengan ibu/pasien selama tindakan.
- c) Memakai alat pelindung diri (APD) lengkap.
- d) Mencuci tangan dan mengeringkan dengan handuk kering sebelum dan sesudah tindakan.
- e) Memakai dan melepas sarung tangan steril atau desinfeksi tingkat tinggi (DTT)
- f) Mendekontaminasi alat pasca tindakan.

2) Content/Isi

- a) Mendengarkan denyut jantung janin (DJJ).
- b) Melakukan pemeriksaan dalam di antara kontraksi dan raba secara hati-hati selaput ketuban untuk memastikan kepala telah masuk panggul dan tidak teraba tali pusat/bagian-bagian janin.
Catatan: pemeriksaan dalam lebih nyaman dilakukan di antara kontraksi, *kecuali* jika selaput ketuban tidak teraba.
- c) Menggunakan tangan yang lain, menempatkan setengah *kocher* ke dalam vagina dan memandu dengan jari tangan.
- d) Memegang ujung klem di antara ujung jari, menggerakkan jari dengan lembut dan menyobek kulit ketuban sampai pecah. Membiarkan air ketuban membasahi jari tangan.
- e) Menggunakan tangan yang lain untuk mengambil setengah *kocher* dan meletakkannya ke dalam larutan klorin.
- f) Tangan yang satu tetap berada di dalam vagina tetap untuk mengetahui penurunan kepala dan memastikan tali pusat/bagian-bagian kecil teraba.

- g) Mengeluarkan tangan secara lembut dari dalam vagina (setelah diketahui penurunan kepala dan tidak ada tali pusat/bagian janin lain).
- h) Melakukan evaluasi warna ketuban, adakah mekonium atau darah.
- i) Memeriksa ulang denyut jantung janin (DJJ).

3) Teknik

- a) Meletakkan alat secara ergonomis
- b) Menjaga privasi pasien
- c) Melaksanakan tindakan secara sistematis, efektif dan efisien.

Episiotomi

1. AREA KOMPETENSI :

Peserta didik mendapatkan kesempatan untuk mengetahui, mengerti, memahami tentang jenis dan penanganan episiotomi.

2. LEARNING OUTCOME

Setelah mengikuti perkuliahan, mahasiswa diharapkan mampu :

- a. Memahami tentang jenis-jenis episiotomi
- b. Memahami tentang bentuk-bentuk episiotomi
- c. Memahami tentang indikasi dan penatalaksanaan episiotomi

3. REFERENSI

Asrinah, Dkk: 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Persalinan*. Yogyakarta. Graha Ilmu.

Mochtar, Rustam: 1998. *Sinopsis Obstetri Jilid I*. Jakarta. EGC.

Prawirohardjo, Sarwono: 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta. PT. Bina Pustaka.

Prawirohardjo, Sarwono: 2009. *Buku Acuan Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta. PT. Bina Pustaka.

Sastrawinata, Sulaiman: 1983. *Obstetri Fisiologi*. Bandung. Eleman.

Sulaiman, Ali: 2001. *Kapita Selekta Kedokteran Jilid I*. Jakarta. Media Aesculapius.

1. Pengertian

Episiotomi merupakan salah satu istilah dalam proses persalinan yang digunakan untuk melakukan insisi atau perlukaan pada perineum (Obstetri Williams, 2005).

2. Prinsip tindakan episiotomi

Prinsip tindakan ini adalah untuk mencegah terjadinya perlukaan atau kerusakan yang lebih hebat pada jaringan lunak akibat daya regang yang melebihi kondisi normal sehingga kapasitas adaptasi atau elastisitas jaringan tersebut tidak terkoyak. (Sumarah, 2008).

3. Indikasi episiotomi

Menurut Manuaba (2007) pada primigravida, laserasi jalan lahir pada perineum sulit dihindari sehingga untuk keamanan dan kemudahan dalam menjahit laserasi perinium kembali dilakukan episiotomi. Disamping itu, episiotomi dipertimbangkan pada multigravida dengan introitus vagina sempit atau pada wanita dengan perineum yang kaku. Selain itu, menurut Sumarah (2008) indikasi episiotomi dilakukan pada:

- a. Gawat janin, untuk menolong keselamatan janin maka persalinan harus segera diakhiri.
- b. Persalinan pervaginam dengan penyulit, misalnya presentasi bokong, distosia bahu, akan dilakukan ekstraksi forcep, ekstraksi vakum.
- c. Jaringan parut pada perineum ataupun pada vagina.
- d. Perineum kaku dan pendek.
- e. Adanya ruptur yang membakat pada perineum.
- f. Prematur untuk mengurangi tekanan pada kepala janin.

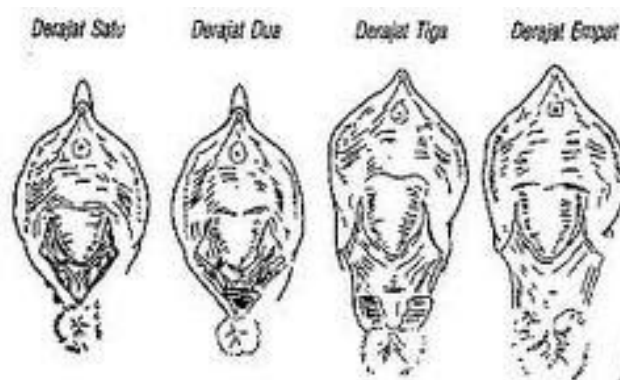
4. Tujuan episiotomi menurut Sumarah (2008) adalah :

- a. Meluaskan jalan lahir sehingga mempercepat persalinan
- b. Menghindari kemungkinan sistokele/rektokele dan inkontinensia
- c. Memudahkan untuk menjahit kembali
- d. Bila robekan perineal iminen, sehingga dapat mencegah kerusakan yang tidak terkendali.
- e. Untuk mengurangi tekanan pada kepala janin prematur yang masih lunak.
- f. Untuk melancarkan kelahiran jika kelahiran tertunda oleh perineum yang kaku.

g. Untuk memberikan ruangan yang adekuat untuk kelahiran dengan bantuan.

5. Tingkat episiotomi menurut Manuaba (2007)

Tingkat episiotomy	Jaringan terkena	Keterangan
Pertama	Fourchette Kulit perineum Mukosa vagina	Mungkin tidak perlu dijahit Menutup sendiri
Kedua	Fascia + muskulus badan perineum	Perlu dijahit
Ketiga	Ditambah dengan sfincter ani	Harus dijahit legeartis sehingga tidak menimbulkan inkontinensia
Keempat	Ditambah dengan mukosa rektum	Teknik menjahit khusus sehingga tidak menimbulkan fistula



6. Waktu

Saat yang dianggap tepat melakukan episiotomi menurut Manuaba (2007) adalah :

- Saat kepala crowning sekitar 4-5 cm
- Saat his dan mengejan sehingga rasa sakit tertutupi
- Saat perineum telah menipis, sehingga mengurangi perdarahan

7. Bentuk episiotomi

Bentuk episiotomi yang lazim dilakukan menurut Sumarah (2008) adalah :

- Episiotomi mediana
- Episiotomi lateralis

c. Episiotomi mediolateralis

8. Cara melakukan episiotomi menurut Sarwono (2006) :

a. Persiapan

- 1) Jelaskan pada ibu tentang apa yang dilakukan dan agar ibu merasa tenang.
- 2) Pasangkan jarum no. 22 pada spuit 10 ml, kemudian isi spuit dengan bahan anastesi (lidokain HCl 1 % atau Xilokain 10mg/ml).
- 3) Letakkan 2 jari telunjuk dan jari tengah diantara kepala dan perineum. Masuknya bahan anastesi (secara tidak sengaja) dalam sirkulasi bayi, dapat menimbulkan akibat yang fatal, oleh sebab itu gunakan jari – jari penolong sebagai pelindung kepala bayi.
- 4) Tusukkan jarum tepat dibawah kulit perineum pada daerah komisura posterior (fourchette) yaitu bagian sudut bawah vulva.
- 5) Arahkan jarum dengan membuat sudut 45 derajat kesebelah kiri (atau kanan) garis tengah perineum. Lakukan aspirasi untuk memastikan bahwa ujung jarum tidak memasuki pembuluh darah (terlihat cairan dalam spuit).
- 6) Sambil menarik mundur jarum suntik, infiltrasikan 5-10 ml lidokain 1 %.
- 7) Tunggu 1-2 menit agar efek anastesi bekerja maksimal, sebelum episiotomi dilakukan. Apabila kepala janin tidak segera lahir, tekan insisi episiotomi diantara his sebagai upaya untuk mengurangi perdarahan. Apabila selama melakukan penjahitan robekan vagina dan perineum, ibu masih merasakan nyeri, tambahkan 10 ml Lidokain 1 % pada daerah nyeri.
- 8) Penyuntikan sampai menarik mundur, bertujuan untuk mencegah akumulasi bahan anastesi hanya pada satu tempat dan mengurangi kemungkinan penyuntikan kedalam pembuluh darah.

b. Prosedur utama (persalinan)

c. Aseptik/antiseptic

d. Episiotomi

e. Anastesi lokal

f. Tindakan episiotomi

- 1) Pegang gunting yang tajam dengan satu tangan.
- 2) Letakkan jari telunjuk dan tengah diantara kepala bayi dan perineum, searah dengan rencana sayatan.
- 3) Tunggu fase acme (puncak his) kemudian selipkan gunting dalam keadaan terbuka antara jari telunjuk dan tengah.
- 4) Gunting perineum, dimulai dari fourchat (komissura posterior) 45 derajat ke lateral (kiri atau kanan).
- 5) Lanjutkan pimpin persalinan.

g. Melahirkan Bayi

h. Melahirkan Plasenta

i. Menjahit luka episiotomi

- 1) Atur posisi ibu dan menjadi posisi litotomi dan arahkan cahaya lampu sorot pada daerah yang benar.
- 2) Keluarkan sisa darah dari dalam lumen vagina, bersihkan daerah vulva dan perineum.
- 3) Kenakan sarung tangan yang bersih/DTT. Bila perlu pasanglah tampon atau kasa ke dalam vagina untuk mencegah darah mengalir ke daerah yang akan dijahit.
- 4) Letakkan handuk untuk kain bersih di bawah bokong ibu.
- 5) Uji efektifitas anastesi local yang diberikan sebelum episiotomi masih bekerja (sentuhkan ujung jarum pada kulit tepi luka). Jika terasa sakit, tambahkan anastesi local sebelum penjahitan dilakukan
- 6) Atur posisi penolong sehingga dapat bekerja dengan leluasa dan aman dari cecaran.
- 7) Telusuri daerah luka menggunakan jari tangan dan tentukan secara jelas batas luka. Lakukan jahitan pertama kira-kira 1 cm di atas ujung luka di dalam vagina. Ikat dan potong salah satu ujung dari benang dengan menyisakan benang kurang lebih 0,5 cm.
- 8) Jahitlah mukosa vagina dengan menggunakan jahit jelujur dengan jerat ke bawah sampai lingkaran sisa hymen
- 9) Kemudian tusukkan jarum menembus mukosa vagina di depan hymen dan keluarkan pada sisi dalam luka perineum. Periksa jarak tempat keluarnya jarum di perineum dengan batas atas irisan episiotomy.
- 10) Lanjutkan jahitan jelujur dengan jerat pada lapisan subkutis dan otot sampai ke ujung luar luka (pastikan setiap jahitan pada kedua sisi memiliki ukuran yang sama dan lapisan otot tertutup dengan baik)
- 11) Setelah mencapai ujung luka, balikkan arah jarum ke lumen vagina dan mulailah merapatkan kulit perineum dengan jahitan subkutikuler.
- 12) Bila telah mencapai lingkaran hymen, tembuskan jarum ke luar mukosa vagina pada sisi yang berlawanan dari tusukan terakhir subkutikuler.
- 13) Tahan benang (sepanjang 2 cm) dengan klem, kemudian tusukkan kembali jarum pada mukosa vagina dengan jarak 2 mm dari tempat keluarnya benang dan silangkan ke sisi berlawanan hingga menembus mukosa pada sisi berlawanan.
- 14) Ikat benang yang dikeluarkan dengan benang pada klem dengan simpul kunci

- 15) Lakukan kontrol jahitan dengan pemeriksaan colok dubur (lakukan tindakan yang sesuai bila diperlukan)
- 16) Tutup jahitan luka episiotomy dengan kasa yang dibubuhi cairan antiseptik

Daftar Pustaka

- Admin. 2011. *Manajemen Aktif Kala III Terbukti Efektif Dalam Pencegahan Perdarahan Pascapersalinan*. kesehatanibu.depkes.go.id/ diunduh 21 Oktober 2011. 12:26 AM
- APN, 2016. *Asuhan Persalinan Normal Dan Inisiasi Menyusui Dini*. Penerbit JNPK-KR, Jakarta.
- Asrinah, Dkk: 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Persalinan*. Yogyakarta. Graha Ilmu.
- Asmadi. 2008. *Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Salemba Medika, Jakarta.
- Azlin, Emil. 2011. *Seri Pediatri, Vol.13, No.3, Oktober 2011: Hubungan antara Skor Apgar dengan Kadar Glukosa Draah pada BBL*. Departemen Ilmu Kesehatan Anak, FK USU/RSUP H.Adam Malik: Medan.
- Azwar, Azrul. 2002. *Asuhan Persalinan Normal*. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Bobak, Lowdermilk, Jensen (Alih bahasa: Wijayarini, Anugerah). 2005. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*, edisi 4. EGC, Jakarta.
- Chapman, Vicky & Charles. 2013. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Kelahiran*. Jakarta. EGC.
- Cunningham, FG., et al, 2013. *Obstetri Williams*. Jakarta: EGC.
- Depkes RI. 2001. *Catatan Perkembangan dalam Praktik Kebidanan*. Jakarta.
- Depkes RI, Jakarta. Draft. 2001. *Pelatihan Pelayanan Kebidanan*. Jakarta.
- Depkes RI. 2008. *Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal. Asuhan Esensial, Pencegahan dan Penanggulangan Segera Komplikasi Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Buku Acuan.
- Depkes RI. 2008. *Buku Acuan Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta. Hlm: 167.
- Fraser, Cooper (Alih bahasa: Rahayu, et.al.). 2009. *Myles, Buku Ajar Bidan*, edisi 14. EGC, Jakarta.
- Hidayat, A. aziz. 2008. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia: Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. Salemba Medika, Jakarta
- Johariyah. 2012. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta. CV. Trans Info Media

- JNPK-KR. 2008. *Asuhan Persalinan Normal*. JNPK-KR Depkes RI, Jakarta.
- JNPK-KR. (2007). *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta : Jhpiego
- Kuswanti I & Melina F: 2014. *Askeb II* . Yogyakarta. Pustaka Pelajar
- Leksana, Ery. 2011. *CDK 185/Vol.38 no.4/Mei-Juni 2011: Mengatasi Nyeri Persalinan*. SMF/Bagian Anestesi dan Terapi Intensif RSUP dr. Kariadi/FK Undip, Semarang. Mander, Rosemary. 2004. *Nyeri Persalinan*. EGC, Jakarta.
- Mean. 2003. *Video Pembelajaran: Proses Kelahiran dan Kekuatan Alami Melalui Pelepasan Hormone dan Posisi Melahirkan*, Disampaikan pada seminar Frisian Flag-IBI di Jakarta. Nolan, Mary. 2004. *Kehamilan dan Melahirkan*. Arcan, Jakarta.
- Mochtar, Rustam: 1998. *Sinopsis Obstetri Jilid I*. Jakarta. EGC.
- Prawirohardjo, Sarwono: 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta. PT. Bina Pustaka.
- Prawirohardjo, Sarwono: 2009. *Buku Acuan Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta. PT. Bina Pustaka.
- Pusdiknakes. 2003. *Asuhan Intrapartum*. Jakarta
- Pusdiknakes., WHO, JHPIEGO. 2003. *Panduan Pengajaran Asuhan Kebidanan Fisiologis Bagi Dosen Diploma III Kebidanan. Buku Asuhan Intrapartum. Gambar manajemen aktif kala III*, doctissimo.com
- Rohani. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan*. Jakarta: Salemba Medika
- Saifudin, AB, 2006. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sayuti S, S Ulandari. 2015. *Pengaruh Pendampingan Suami, Saudara/Ibu dan Teman Terhadap Kelancaran Proses Persalinan Di Pujon Kabupaten Malang*. Biomed Science. Jurnal.unitri.ac.id
- Simkin, Ancheta. 2005. *Buku Saku Persalinan*. EGC, Jakarta.
- Sumarah. 2009. *Perawatan Ibu Bersalin : Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Yogyakarta : Fitramaya.
- Sulaiman, Ali: 2001. *Kapita Selekta Kedokteran Jilid I*. Jakarta. Media Aesculapius.
- Sulistyawati, Ari. 2010. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Salemba Medika, Jakarta.
- Sumarah, Widyastuti, Wiyati. 2008. *Perawatan Ibu Bersalin (Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin)*. Fitramaya, Yogyakarta.

- Sulaiman, Ali: 2001. *Kapita Selekta Kedokteran Jilid 1*. Jakarta. Media Aesculapius.
- Sulaiman, Ali: 2001. *Kapita Selekta Kedokteran Jilid 1*. Jakarta. Media Aesculapius.
- Smyth RMD, Markham C, Dowswell T. 2013. *Amniotomy For Shortening Spontaneous Labour*
- Sulistyawati, A. 2010. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Jakarta: Salemba Medika. Hlm: 123.
- Summaries.cochrane.org/CD006167/amniotomy-for-shortening-spontaneous-labour diunduh 23 Oktober 2013 pukul 03.27 WIB
- Sastrawinata, Sulaiman: 1983. *Obstetri Fisiologi*. Bandung. Eleman.
- Sulaiman, Ali: 2001. *Kapita Selekta Kedokteran Jilid 1*. Jakarta. Media Aesculapius.
- Varney, Helen, et.al. 2002. *Buku Saku Bidan*. EGC, Jakarta
- Walyani, S.E & Purwoastuti, E, 2015. *Asuhan Kebidanan persalinan & bayi baru lahir*. Yogyakarta. Pustaka baru pres
- Wahyuni, S. 2012. *Asuhan Neonatus, Bayi & Balita*. Jakarta: EGC.

BUKU AJAR PERSALINAN

TENTANG PENULIS



Hamimatus Zainiyah, Lahir di Sampang, 06 Desember 1983 anak ke dua dari dua bersaudara. Putri dari H.Rahmad dan Hj.Sahriyah. Lulus SD Negeri Labuhan 1 Sreseh tahun 1996, Lulus SLTP Negeri 1 SRESEH tahun 1999, Lulus SMU Negeri 1 Sampang tahun 2002, tahun 2002 melanjutkan pendidikan DIII Kebidanan Prodi Bangkalan Poltekes Surabaya, Lulus tahun 2005. Melanjutkan pendidikan DIV Kebidanan STIKes Insan Unggul Surabaya, lulus tahun 2006. Melanjutkan pendidikan S2 di Program Studi Tehnologi Pendidikan Universitas PGRI ADIBUANA Surabaya. Pada tahun 2013 mengambil pendidikan program studi Magister Kebidanan di Fakultas Kedokteran Universitas di Malang. Tahun 2005 sampai 2009 bekerja di Akademi Kebidanan Ngudia Husada Madura. Tahun 2009 sampai sekarang bekerja sebagai dosen STIKes Ngudia Husada Madura.



Enggal Sari Maduratna, S.ST., M.AP, lahir di kota Sampang pada tanggal 7 Februari 1987. Beliau adalah dosen tetap di salah satu perguruan tinggi swasta di Madura yaitu Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ngudia Husada Madura, riwayat pendidikan beliau lulus program studi D-III Kebidanan di Akademi Kebidanan Ngudia Husada Madura pada Tahun 2010. Lulus D-IV Kebidanan STIKes Ngudia Husada Madura pada tahun 2011 dan lulus S2 Sarjana Administrasi Publik Universitas 17 Agustus Surabaya pada tahun 2016. Selain aktif menjadi Dosen beliau juga aktif di kemahasiswaan, beliau dapat dihubungi melalui email di: nabilaara070@gmail.com.



Penerbit STIKes Ngudia Husada Madura
Jl. RE. Martadinata No 45
Telp (031) 3061522, Fax (031) 3091871
Bangkalan - 69116
Website: www.stikesnhm.ac.id
E-mail: stikes@nhm.ac.id

ISBN 978-623-93233-6-3



9 786239 323363