

ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN *(Teori dan Implementasi)*



Penulis :

Dr. Nina Herlina., M.Kes., M.Keb
Indah fitri agustina, S.ST., M.Kes
Erik Ekowati, M.Keb
Bdn. Tuhu Perwitasari, M.Keb
Johara, S.SiT., M.Tr.Keb
Titin Ratnaningsih, SST., MPH
Cynthia Puspariny, S.ST., Bdn., M.Kes
Loso Judijanto
Arie Maineny, SST., M.Kes

ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN

(Teori dan Implementasi)

Penulis :

Dr. Nina Herlina., M.Kes., M.Keb
Indah fitri agustina, S.ST., M.Kes
Erik Ekowati, M.Keb
Bdn. Tuhu Perwitasari, M.Keb
Johara, S.SiT., M.Tr.Keb
Titin Ratnaningsih, SST., MPH
Cynthia Puspariny, S.ST., Bdn., M.Kes
Loso Judijanto
Arie Maineny, SST., M.Kes

Penerbit:

SONPEDIA
Publishing Indonesia

ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN

(Teori dan Implementasi)

Penulis :

Dr. Nina Herlina., M.Kes., M.Keb
Indah fitri agustina, S.ST., M.Kes
Erik Ekowati, M.Keb
Bdn. Tuhu Perwitasari, M.Keb
Johara, S.SiT., M.Tr.Keb
Titin Ratnaningsih, SST., MPH
Cynthia Puspariny, S.ST., Bdn., M.Kes
Loso Judijanto
Arie Maineny, SST., M.Kes

ISBN : 978-623-514-406-1

Editor :

Sepriano

Penyunting :

Inayah Uzma

Desain sampul dan Tata Letak :

Yayan Agusdi

Penerbit :

PT. Sonpedia Publishing Indonesia

Redaksi :

Jl. Kenali Jaya No 166 Kota Jambi 36129 Tel +6282177858344

Email: sonpediapublishing@gmail.com

Website: www.buku.sonpedia.com

Anggota IKAPI : 006/JBI/2023

Cetakan Pertama, Januari 2025

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan
cara Apapun tanpa ijin dari penerbit

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan yang Maha Esa, telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan buku ini dengan baik. Buku ini berjudul "***ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN : Teori dan Implementasi***". Tidak lupa kami ucapkan terima kasih bagi semua pihak yang telah membantu dalam penulisan dan penerbitan buku ini.

Buku "ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN : Teori dan Implementasi" menyajikan panduan lengkap mengenai proses persalinan dari perspektif kebidanan, mencakup teori dan penerapan dalam praktik sehari-hari. Dimulai dengan definisi dan konsep dasar persalinan, buku ini menjelaskan peran vital bidan dalam mendukung dan menangani persalinan. Setiap tahap persalinan diulas secara mendetail, mulai dari penatalaksanaan awal, pemantauan pembukaan (Kala I), proses pengeluaran bayi (Kala II), kelahiran plasenta (Kala III), hingga tahap pemulihan ibu dan bayi (Kala IV). Selain aspek fisik, buku ini juga menekankan pentingnya dukungan psikologis kepada ibu.

Pentingnya dokumentasi asuhan kebidanan juga diuraikan, membantu bidan untuk memastikan catatan medis yang akurat dalam setiap tahap persalinan. Dokumentasi ini tidak hanya penting untuk keselamatan ibu dan bayi, tetapi juga untuk evaluasi klinis dan perbaikan pelayanan. Buku ini menjadi referensi penting bagi bidan dan mahasiswa kebidanan dalam memahami teori serta

implementasi klinis yang mendukung persalinan aman dan nyaman bagi ibu dan bayi.

Buku ini mungkin masih terdapat kekurangan dan kelemahan. Oleh karena itu, saran dan kritik para pemerhati sungguh penulis harapkan. Semoga buku ini memberikan manfaat dan menambah khasanah ilmu pengetahuan.

Jakarta, Januari 2025

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI.....	iv
BAGIAN 1 DEFINISI DAN KONSEP DASAR PERSALINAN	1
A. DEFINISI PERSALINAN	1
B. ETIOLOGI.....	1
C. TANDA-TANDA PERSALINAN	2
D. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERSALINAN	3
E. MEKANISME PERSALINAN NORMAL.....	5
F. TAHAPAN PERSALINAN.....	10
BAGIAN 2 PERAN BIDAN DALAM ASUHAN PERSALINAN	15
A. PEMANTAUAN DAN EVALUASI PROSES PERSALINAN	15
B. MEMBANTU PROSES PERSALINAN NORMAL	19
C. MANAJEMEN RASA NYERI DALAM PERSALINAN	24
D. PENATALAKSANAAN KOMPLIKASI PERSALINAN.....	30
E. PENCEGAHAN DAN PERAWATAN AWAL PASCA PERSALINAN	35
F. DUKUNGAN EMOSIONAL DAN EDUKASI PASCA PERSALINAN	41
BAGIAN 3 PENATALAKSANAAN AWAL PERSALINAN	47
A. PENGERTIAN PENATALAKSANAAN AWAL PERSALINAN	47
B. TUJUAN PENATALAKSANAAN AWAL PERSALINAN.....	47
C. TAHAPAN PENATALAKSANAAN AWAL PERSALINAN	48
D. ASUHAN SAYANG IBU DALAM PROSES AWAL PERSALINAN.....	55
E. TINDAKAN YANG DAPAT DIBERIKAN OLEH BIDAN	56
F. PENTINGNYA PERAN BIDAN	57

BAGIAN 4 TAHAP PEMBUKAAN (KALA 1)	58
A. BATASAN DAN FASE KALA 1	58
B. ASUHAN KEBIDANAN PADA KALA 1	59
C. PERSIAPAN PERTOLONGAN PERSALINAN.....	69
D. ASUHAN SAYANG IBU PADA KALA I PERSALINAN	73
BAGIAN 5 TAHAP PENGELUARAN (KALA II).....	75
A. KONSEP KALA DUA	75
B. PRINSIP KALA DUA.....	79
C. PENOLONG PERSALINAN	83
D. PEMANTAUAN KALA DUA.....	85
E. POSISI WANITA PADA KALA DUA.....	86
F. PENGGUNAAN OKSITOSIN PADA KALA DUA	88
G. INTERVENSI UNTUK PERSALINAN PER VAGINAM FIOLOGIS.....	89
H. PEREDA NYERI PADA KALA DUA	93
BAGIAN 6 TAHAP LAHIRNYA PLASENTA (KALA III)	95
A. FIOLOGI LAHIRNYA PLASENTA (KALA III)	95
B. FASE LAHIRNYA PLASENTA (KALA III).....	95
C. MANAJEMEN AKTIF KALA III	98
D. PEMERIKSAAN PLASENTA.....	102
E. PEMANTAUAN KALA III.....	103
F. KEBUTUHAN IBU PADA KALA III.....	104
G. DETEKSI DINI PENYULIT PADA KALA III	104
BAGIAN 7 TAHAP PEMULIHAN (KALA IV).....	107
A. PENGERTIAN	107
B. PERUBAHAN FIOLOGI KALA IV	107

C.	PERUBAHAN PSIKOLOGI KALA IV.....	115
D.	KEBUTUHAN KALA IV.....	117
E.	PEMANTAUAN DAN EVALUASI KALA IV.....	120
BAGIAN 8 ASPEK PSIKOLOGIS DALAM PERSALINAN.....		123
A.	MASALAH PSIKOLOGIS DALAM PERSALINAN	123
B.	FAKTOR PENYEBAB MASALAH PSIKOLOGIS DALAM PERSALINAN.....	128
C.	PENANGANAN MASALAH PSIKOLOGIS DALAM PERSALINAN....	133
BAGIAN 9 DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN		143
A.	PENGERTIAN DOKUMENTASI	143
B.	TUJUAN DAN FUNGSI DOKUMENTASI.....	144
C.	PRINSIP PENDOKUMENTASIAN KEBIDANAN	146
D.	PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN DENGAN SOAP...	147
E.	TINGKATAN APLIKASI BASIS DATA.....	150
F.	DASAR MENGGUNAKAN BASIS DATA.....	151
DAFTAR PUSTAKA		152
TENTANG PENULIS		161

BAGIAN 1

DEFINISI DAN KONSEP DASAR PERSALINAN

A. DEFINISI PERSALINAN

Persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, placenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur. Mula-mula kekuatan yang muncul kecil, kemudian terus meningkat sampai pada puncaknya pembukaan serviks lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari rahim ibu (Rohani, Saswita, & Marisah, 2011:2). Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan diakhiri dengan kelahiran placenta (Varney, 2008:672).

B. ETIOLOGI

Terdapat beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya kekuatan his sehingga menjadi awal mula terjadinya proses persalinan :

a. Teori kadar progesterone

Progesterone menimbulkan relaksasi otot uterus, sedangkan estrogen meningkatkan kerentanan otot uterus. Selama

kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan esterogen di dalam darah, 5 6 namun pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his

b. Teori oksitosin interna

Hipofisis posterior menghasilkan hormon oksitosin. Adanya perubahan keseimbangan antara esterogen dan progesteron dapat mengubah tingkat sensitivitas otot rahim dan akan mengakibatkan terjadinya kontraksi uterus yang disebut Braxton Hicks. Penurunan kadar progesteron karena usia kehamilan yang sudah tua akan mengakibatkan aktivitas oksitosin meningkat (Sondakh, 2013:3).

c. Keregangan otot

Ukuran uterus yang makin membesar dan mengalami penegangan akan mengakibatkan otot-otot uterus mengalami iskemia sehingga mungkin dapat menjadi faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenta yang pada akhirnya membuat plasenta mengalami degenerasi. Ketika uterus berkontraksi dan menimbulkan tekanan pada selaput ketuban, tekanan hidrostatis kantong amnion akan melebarkan saluran serviks (Sondakh, 2013:3).

C. TANDA-TANDA PERSALINAN

Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013: 3), beberapa tanda-tanda dimulainya proses persalinan adalah sebagai berikut:

a. Terjadinya his persalinan yang mempunyai sifat sebagai berikut:

- 1) Pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan.
 - 2) Sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar.
 - 3) Makin beraktivitas (jalan), kekuatan akan makin bertambah.
- b. Pengeluaran lendir dengan darah Terjadinya his persalinan mengakibatkan terjadinya perubahan pada serviks yang akan menimbulkan:
- 1) Pendataran dan pembukaan.
 - 2) Pembukaan menyebabkan lendir yang berada di kanalis servikalis lepas.
 - 3) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah. Pengeluaran cairan Pada beberapa kasus persalinan akan terjadi pecah ketuban. Sebagian besar, keadaan ini terjadi menjelang pembukaan lengkap. Setelah adanya pecah ketuban, diharapkan proses persalinan akan berlangsung kurang dari 24 jam.
- C. Hasil-hasil yang didapatkan pada pemeriksaan dalam
- 1) Perlunakan serviks
 - 2) Pendataran serviks
 - 3) Pembukaan serviks

D. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERSALINAN

a. *Passage* (Jalan Lahir)

Jalan lahir terbagi atas dua, yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak. Hal-hal yang perlu diperhatikan dari jalan lahir keras

adalah ukuran dan bentuk tulang panggul; sedangkan yang perlu diperhatikan pada jalan lahir lunak adalah segmen bawah uterus yang dapat meregang, 8 serviks, otot dasar panggul, vagina dan introitus vagina (Sondakh, 2013: 4).

- b. *Power* (Tenaga atau kekuatan) Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013: 4), faktor kekuatan dalam persalinan dibagi atas dua, yaitu: 1) Kekuatan primer (kontraksi involunter) Kontraksi berasal dari segmen atas uterus yang menebal dan dihantarkan ke uterus bawah dalam bentuk gelombang. Istilah yang digunakan untuk menggambarkan kontraksi involunter ini antara lain frekuensi, durasi dan intensitas kontraksi. Kekuatan primer ini mengakibatkan serviks menipis (*effacement*) dan berdilatasi sehingga janin turun. 2) Kekuatan sekunder (kontraksi volunter) Pada kekuatan ini, otot-otot diafragma dan abdomen ibu berkontraksi dan mendorong keluar isi ke jalan lahir sehingga menimbulkan tekanan intraabdomen. Tekanan ini menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan dalam mendorong keluar. Kekuatan sekunder tidak mempengaruhi dilatasi serviks, tetapi setelah dilatasi serviks lengkap, kekuatan ini cukup penting dalam usaha untuk mendorong keluar dari uterus dan vagina.
- c. *Passenger* (janin dan plasenta) Penumpang dalam persalinan adalah janin dan placenta. Hal-hal yang perlu diperhatikan mengenai janin dan ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin; sedangkan yang perlu diperhatikan pada plasenta adalah letak, besar dan luasnya (Sondakh, 2013: 4).

- d. Respon Psikologi (*Psychology Response*) Perubahan psikologis ibu yang muncul pada saat memasuki masa persalinan sebagian besar berupa perasaan takut dan cemas, terutama pada ibu primigravida yang umumnya belum mempunyai bayangan mengenai kejadian-kejadian yang akan dialami pada akhir kehamilannya. Oleh sebab itu penting sekali untuk mempersiapkan mental ibu karena perasaan takut akan menambah rasa nyeri, serta akan menegangkan otot-otot serviksnya dan akan mengganggu pembukaannya. Ketegangan jiwa dan badan ibu juga menyebabkan ibu lekas lelah (Sondakh, 2013: 91).
- e. Penolong Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin, dalam hal ini tergantung dari kemampuan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan (Rohani, Saswita, & Marisah, 2011: 36)

E. MEKANISME PERSALINAN NORMAL

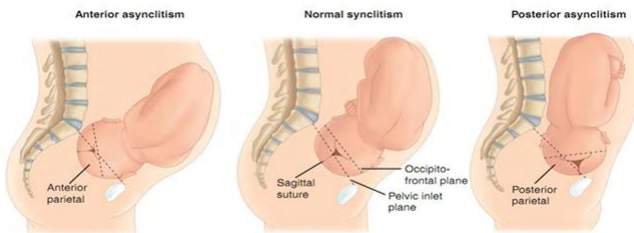
Menurut Rohani, Reni Saswita & Marisah (2013: 145–150), gerakan utama dari mekanisme persalinan adalah sebagai berikut:

- a. Penurunan kepala Pada primigravida, masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul biasanya sudah terjadi pada bulan terakhir dari kehamilan, tetapi pada multigravida biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala ke dalam PAP, biasanya dengan sutura sagitalis melintang dan dengan fleksi

yang ringan. Masuknya kepala melewati pintu atas panggul (PAP) dapat dalam keadaan asinklitismus yaitu bila sutura sagitalis terdapat di tengah-tengah jalan lahir tepat diantara symphysis dan promontorium. Pada sinklitismus, os. parietal depan dan belakang sama tingginya.

Jika sutura sagitalis agak kedepan mendekati symphysis atau agak kebelakang mendekati promontorium, maka dikatakan kepala dalam keadaan asinklitismus, ada dua jenis asinklitismus yaitu sebagai berikut.

- 1) Asinklitismus posterior: bila sutura sagitalis mendekati symphysis dan os. parietal belakang lebih rendah dari os. parietal depan.
- 2) Asinklitismus anterior : sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os. parietal depan lebih rendah daripada os. parietal belakang. Mekanisme Penurunan Kepala



Gambar 1.1 Mekanisme Penurunan Kepala

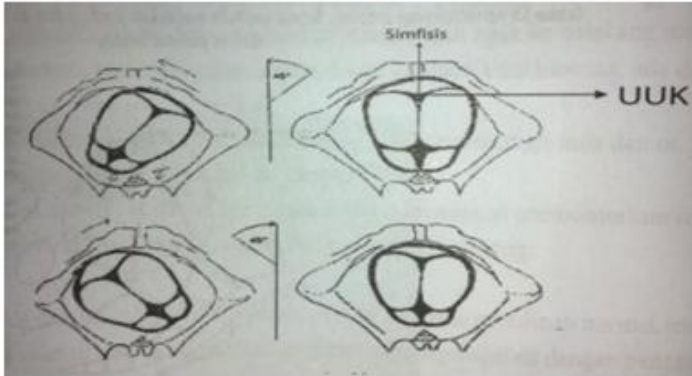
- b. **Fleksi** Pada awal persalinan, kepala bayi dalam keadaan fleksi yang ringan. Dengan majunya kepala biasanya fleksi juga bertambah. Pada gerakan ini, dagu dibawa lebih dekat ke arah dada janin sehingga ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun-

ubun besar. Hal ini disebabkan karena adanya tahanan dari dinding serviks, dinding pelvis, dan lantai pelvis. Dengan adanya fleksi, diameter suboccipito bregmatika (9,5 cm) menggantikan diameter suboccipito frontalis (11 cm). Fleksi ini disebabkan karena anak didorong maju dan sebaliknya mengapa tahanan dari serviks, dinding panggul, atau dasar panggul.



Gambar 1.2 Fleksi

- c. Rotasi dalam (Putar paksi dalam) Pemutaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan janin memutar ke depan ke bawah symphysis. Pada presentasi belakang kepala, bagian yang terendah ialah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar ke depan ke arah symphysis. Rotasi ini sangat penting untuk menyelesaikan persalinan karena merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bidang tengah dan pintu bawah panggul.



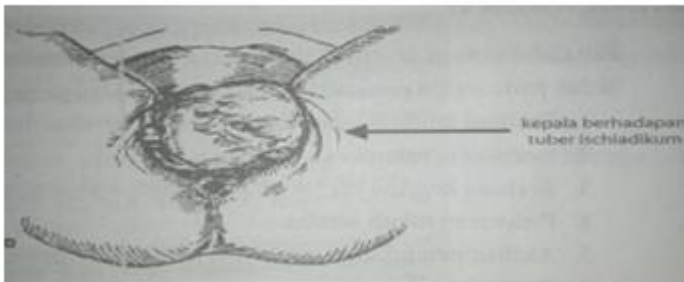
Gambar 1.3 Putar Paksi Dalam

- d. Ekstensi Putar Paksi Dalam Gambar 2.3 Saat kepala janin sampai didasar panggul dan ubun-ubun kecil berada dibawah symphysis, maka terjadilah ekstensi dari kepala janin. Suboksiput yang tertahan pada pinggir bawah symphysis akan menjadi pusat pemutaran (hypomochlion), maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum: ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut, dan dagu bayi dengan gerakan ekstensi. 13 Ekstensi



Gambar 1.4 Ekstensi

- e. Rotasi luar Kepala yang sudah lahir selanjutnya mengalami restitusi yaitu kepala bayi memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Bahu melintasi pintu dalam keadaan miring. Di dalam rongga panggul, bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya, bahu mengalami putaran dalam di mana ukuran bahu (diameter bisakromial) menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul. Bersamaan dengan itu kepala bayi juga melanjutkan putaran hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber iskiadikum sepihak.



Gambar 1.5 Rotasi Luar

- f. Ekspulsi Setelah paksi luar, bahu depan sampai dibawah symphysis dan menjadi hypomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Setelah kedua bahu bayi lahir, selanjutnya seluruh badan bayi dilahirkan searah dengan sumbu jalan lahir.

F. TAHAPAN PERSALINAN

a. Persalinaan Kala I

1) Pengertian Kala I Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013: 5), kala I (kala pembukaan) dimulai saat pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini terbagi dalam 2 fase, yaitu:

- 1) Fase laten berlangsung selama 8 jam, serviks membuka sampai 3 cm.
- 2) Fase aktif berlangsung selama 7 jam, serviks membuka dari 4 cm sampai 10 cm. Kontraksi lebih kuat dan sering dibagi dalam 3 fase:
 - (1) Fase akselearasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
 - (2) Fase dilatasi maksimal, dengan durasi waktu 2 jam pembukaan yang berlangsung sangat cepat mulai dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm.
 - (3) Fase deselerasi, pembukaan menjadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap. 15 Proses kala I terjadi pada primigravida berlangsung dalam jangka waktu lebih panjang \pm 12 jam, sedangkan pada multigravida \pm 8 jam.

b. Perubahan Fisiologis Kala I

- a) Serviks Serviks mengalami perubahan bentuk menjadi lebih tipis (penipisan/ efficement) seiring dengan kontraksi dan retraksi. Serviks membuka disebabkan daya tarikan otot

- uterus ke atas akibat kontraksi. Proses effacement dan dilatasi serviks dapat melonggarkan membran os internal menyebabkan lendir darah (show/ bloody show) dari sumbatan (operculum) (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 64-65).
- b) Tekanan darah Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata 10-20 mmHg dan kenaikan diastolik rata-rata 5-10 mmHg (Nurasiah, Rukmawati, & Badriah, 2014: 69).
 - c) Denyut jantung Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan diakibatkan peningkatan metabolisme (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 67).
 - d) Suhu tubuh Suhu tubuh meningkat tidak lebih dari 0,5-10C, suhu tertinggi selama dan setelah melahirkan dianggap normal sebagai peningkatan metabolisme, namun apabila persalinan berlangsung 16 lebih lama peningkatan suhu tubuh dapat mengindikasikan dehidrasi (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 67).
 - e) Respirasi Pada respirasi atau pernapasan terjadi kenaikan sedikit dibandingkan sebelum persalinan, hal ini disebabkan adanya rasa nyeri, kekhawatiran serta penggunaan teknik pernapasan yang tidak benar (Nurasiah, Rukmawati, & Badriah, 2014: 69).
 - f) Uterus Kontraksi uterus terjadi karena adanya rangsangan pada otot polos uterus dan penurunan progesteron yang

menyebabkan keluarnya hormon oksitosin (Nurasiah, Rukmawati, & Badriah, 2014: 69).

- g) Ketuban Ketuban akan pecah dengan sendirinya ketika pembukaan hampir lengkap atau sudah lengkap. Tidak jarang ketuban harus dipecahkan ketika pembukaan sudah lengkap. Bila ketuban belum pecah sebelum pembukaan 5 cm disebut ketuban pecah dini (Sulistiyawati & Nugraheny, 2013: 66).
 - h) Perubahan Renal Perubahan renal dalam persalinan kala I yaitu kandung kemih harus sering dievaluasi (setiap 2 jam) untuk mengetahui adanya distensi, juga harus dikosongkan untuk mencegah obstruksi persalinan, hipotonia kandung kemih akibat penekanan yang lama, dan retensi 17 urin selama periode pasca persalinan (Sulistiyawati & Nugraheny, 2013: 68).
 - i) Gastrointestinal Motilitas dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang, penurunan sekresi asam lambung selama persalinan sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Mual dan muntah terjadi selama fase transisi akhir fase pertama persalinan sebagai respon terhadap faktor-faktor seperti kontraksi uterus, nyeri, rasa takut, khawatir, obat, atau komplikasi (Sulistiyawati & Nugraheny, 2013: 68-69).
- 3) Kebutuhan Dasar Ibu Kala I Menurut Sulistiyawati dan Nugraheny (2013: 91-96), kebutuhan dasar pada persalianan kala I, yaitu:
- a) Memberikan dukungan persalinan

- (1) Asuhan tubuh yang baik.
 - (2) Kehadiran seorang pendamping secara terus-menerus.
 - (3) Keringanan dari rasa sakit.
 - (4) Penerimaan atas sikap dan perilakunya.
 - (5) Informasi dan kepastian tentang hasil yang aman.
- b) Pengurangan rasa sakit
- (1) Kehadiran terus-menerus, sentuhan penghiburan, dan dorongan mental dari pendamping.
 - (2) Perubahan posisi dan pergerakan.
 - (3) Latihan pernapasan relaksasi
 - (4) Sentuhan dan pijatan.
 - (5) Mandi atau berendam di air
 - (6) Pengeluaran suara yang menenangkan pasien
 - (7) Visualisasi dan pemustan perhatian
 - (8) Pemutaran musik yang lembut dan disukai pasien
 - (9) Aroma ruangan yang harum dan segar
- c) Pemenuhan kebutuhan cairan dan energi dipertimbangkan untuk diberikan konsistensi dan jumlah yang logis dan sesuai dengan kondisi pasien. Mencegah kelelahan dan mengupayakan istirahat.
- d) Eliminasi selama persalinan, yaitu tidak menahan BAB dan BAK.
- e) Pemenuhan kebutuhan psikologis pasien dan keluarga
- (1) Aman, sesuai dengan evidenced based dan memberikan sumbangan pada keselamatan jiwa pasien.

- (2) Menghormati praktik-praktik budaya, keyakinan agama, serta hak pasien atau keluarganya sebagai pengambil keputusan
- (3) Menggunakan cara pengobatan yang sederhana sebelum memakai teknologi canggih.
- (4) Memastikan bahwa informasi yang diberikan adekuat serta dapat dipahami oleh pasien.

BAGIAN 2

PERAN BIDAN DALAM ASUHAN PERSALINAN

A. PEMANTAUAN DAN EVALUASI PROSES PERSALINAN

Pemantauan dan evaluasi proses persalinan adalah tindakan penting yang dilakukan oleh bidan untuk memastikan kelancaran proses persalinan serta mendeteksi dini adanya masalah atau komplikasi. Hal ini bertujuan untuk menjaga keselamatan ibu dan janin selama persalinan serta memastikan intervensi yang tepat jika diperlukan. Pemantauan dilakukan secara berkala dan mencakup beberapa aspek penting.

Berikut adalah beberapa elemen utama dari pemantauan dan evaluasi proses persalinan:

1. Pemantauan Kontraksi Uterus

- **Frekuensi dan Durasi Kontraksi:** Bidan memantau seberapa sering kontraksi terjadi dan berapa lama setiap kontraksi berlangsung. Biasanya, selama fase aktif persalinan, kontraksi menjadi lebih kuat, lebih sering, dan lebih lama (sekitar 60-90 detik).
- **Kekuatan Kontraksi:** Pemantauan ini dilakukan untuk menentukan seberapa efektif kontraksi dalam memajukan proses persalinan dan membantu pembukaan serviks.

- **Interval Kontraksi:** Bidan mengamati jeda waktu antara kontraksi untuk mengevaluasi apakah kontraksi terjadi dengan pola yang teratur.

2. Evaluasi Pembukaan Serviks (Dilatasi)

- **Pemeriksaan Dalam:** Bidan melakukan pemeriksaan dalam untuk mengevaluasi pembukaan serviks, yang biasanya diukur dalam sentimeter (0-10 cm). Proses dilatasi ini merupakan salah satu indikator utama yang menunjukkan kemajuan persalinan.
- **Penipisan Serviks (Effacement):** Selain dilatasi, bidan juga mengevaluasi penipisan serviks yang penting untuk memastikan bahwa persalinan berjalan secara efektif.

3. Penurunan Kepala Janin (Descent)

- Bidan memantau posisi dan penurunan kepala janin ke panggul ibu. Penurunan ini diukur dengan station (lokasi kepala janin dalam panggul ibu), dari -3 hingga +3. Posisi +3 berarti kepala janin sudah berada di dasar panggul dan siap dilahirkan.
- Pemeriksaan ini membantu menentukan apakah bayi mengalami kemajuan dalam perjalanan menuju jalan lahir.

4. Pemantauan Detak Jantung Janin

- **Frekuensi Detak Jantung Janin:** Bidan memantau detak jantung janin secara berkala menggunakan fetoskop atau doppler. Detak jantung janin normal berkisar antara 110-160 denyut per menit.

- **Variabilitas dan Respons Terhadap Kontraksi:** Bidan juga mengamati respons detak jantung janin terhadap kontraksi uterus untuk mendeteksi tanda-tanda distress janin (misalnya, decelerasi lambat yang dapat mengindikasikan stres janin).
- Pemantauan ini penting untuk memastikan bahwa janin tetap dalam kondisi sehat selama proses persalinan.

5. Pemantauan Kondisi Umum Ibu

- **Tekanan Darah, Denyut Nadi, dan Suhu Tubuh:** Pemantauan ini dilakukan secara berkala untuk mendeteksi adanya tanda-tanda preeklampsia, infeksi, atau dehidrasi selama persalinan.
- **Tingkat Kelelahan dan Nyeri:** Bidan memantau tingkat kelelahan ibu serta rasa nyeri yang dialaminya. Jika diperlukan, bidan dapat memberikan intervensi untuk manajemen nyeri atau menyarankan perubahan posisi untuk mempercepat persalinan.

6. Pemantauan Cairan Ketuban

- **Warna dan Volume Cairan Ketuban:** Jika ketuban pecah, bidan akan memantau cairan ketuban untuk melihat apakah ada tanda-tanda infeksi atau stres janin, seperti mekonium (tinja janin dalam cairan ketuban) yang dapat mengindikasikan masalah pada janin.
- **Pemantauan Waktu Pecahnya Ketuban:** Jika ketuban pecah sebelum persalinan berlangsung, pemantauan waktu sangat penting untuk mencegah risiko infeksi.

7. Evaluasi Posisi Janin

- **Presentasi dan Posisi Janin:** Bidan memeriksa presentasi janin (bagian tubuh yang pertama kali akan keluar, misalnya kepala atau bokong) serta posisinya dalam rahim. Presentasi kepala (sefalik) dengan posisi occiput anterior (bagian belakang kepala menghadap depan ibu) dianggap posisi optimal untuk persalinan normal.
- Jika janin berada dalam posisi abnormal (seperti posisi melintang atau sungsang), bidan akan menentukan langkah intervensi atau rujukan jika diperlukan.

8. Deteksi Komplikasi

- **Distosia (Persalinan Macet):** Pemantauan dilatasi serviks dan penurunan kepala janin penting untuk mendeteksi distosia atau persalinan yang macet. Jika dilatasi atau penurunan janin tidak berjalan sesuai harapan, bidan akan mempertimbangkan intervensi.
- **Gawat Janin:** Jika ada tanda-tanda gawat janin, seperti penurunan detak jantung janin yang signifikan atau mekonium dalam cairan ketuban, bidan harus segera mengambil tindakan atau merujuk ke fasilitas yang lebih tinggi.

9. Konsultasi dan Rujukan

- Jika bidan mendeteksi adanya masalah selama proses persalinan, seperti persalinan yang tidak maju atau gawat janin, ia harus segera merujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi atau memanggil bantuan medis.

10. Dokumentasi

- Setiap pemeriksaan dan hasil pemantauan harus didokumentasikan dengan baik. Dokumentasi ini penting untuk melacak perkembangan persalinan dan untuk kepentingan rujukan jika diperlukan intervensi lebih lanjut.

Tujuan Pemantauan dan Evaluasi:

1. Menjaga keselamatan ibu dan janin.
2. Mengidentifikasi dini adanya komplikasi selama proses persalinan.
3. Memastikan persalinan berjalan secara efektif dan lancar.
4. Meningkatkan kemungkinan keberhasilan persalinan normal.

Pemantauan yang cermat oleh bidan selama proses persalinan sangat penting dalam mencegah komplikasi serius dan menjaga kesejahteraan ibu dan bayi.

B. MEMBANTU PROSES PERSALINAN NORMAL

Dalam proses persalinan normal, bidan memiliki peran penting dalam mendukung ibu selama tahap-tahap persalinan, mulai dari fase awal persalinan hingga kelahiran bayi. Persalinan normal adalah proses alami di mana bayi dilahirkan melalui jalan lahir tanpa intervensi medis yang berlebihan, seperti operasi caesar atau penggunaan alat bantu seperti vakum atau forceps. Peran bidan

dalam membantu persalinan normal bertujuan untuk memfasilitasi kelahiran dengan aman dan mendukung kenyamanan ibu.

Berikut adalah langkah-langkah yang dilakukan bidan dalam membantu proses persalinan normal:

1. Memberikan Dukungan Fisik dan Emosional

- **Bimbingan selama Kontraksi:** Bidan memberikan dukungan dan panduan bagi ibu tentang cara mengelola kontraksi, seperti teknik pernapasan, relaksasi, dan posisi tubuh yang nyaman. Dukungan ini membantu ibu mengatasi nyeri persalinan secara lebih efektif.
- **Dukungan Emosional:** Bidan membantu ibu tetap tenang, percaya diri, dan termotivasi selama persalinan. Komunikasi yang baik antara bidan dan ibu dapat membantu mengurangi kecemasan dan stres yang mungkin dirasakan.

2. Membantu dalam Memilih Posisi Persalinan

- **Posisi yang Optimal:** Bidan membantu ibu menemukan posisi tubuh yang optimal untuk memfasilitasi proses persalinan. Posisi vertikal (seperti berdiri, berjongkok, atau merangkak) sering kali dapat mempercepat proses persalinan karena memanfaatkan gravitasi untuk membantu penurunan bayi.
- **Menghindari Posisi Berbaring Datar:** Bidan biasanya menghindari posisi berbaring datar karena dapat menghambat aliran darah ke rahim dan memperlambat persalinan.

3. Memfasilitasi Teknik Mendorong yang Efektif

- **Panduan Mendorong:** Bidan memberikan instruksi yang jelas tentang kapan dan bagaimana cara mendorong yang efektif ketika serviks sudah sepenuhnya terbuka (10 cm). Mendorong terlalu dini dapat menyebabkan kelelahan dan bahkan cedera, sedangkan mendorong dengan teknik yang tepat dapat mempercepat kelahiran.
- **Mendorong saat Ibu Siap:** Bidan mendorong ibu untuk mendengarkan tubuhnya sendiri dan mendorong hanya ketika kontraksi datang dan ibu merasa dorongan alami untuk melahirkan.

4. Memantau Kondisi Janin dan Ibu

- **Pemantauan Janin:** Selama proses persalinan, bidan terus memantau kondisi janin dengan memeriksa detak jantung janin secara berkala untuk memastikan tidak ada tanda-tanda gawat janin.
- **Pemantauan Ibu:** Bidan juga memantau kondisi fisik ibu, seperti tekanan darah, denyut nadi, dan tanda-tanda kelelahan. Jika ibu menunjukkan tanda-tanda kelelahan atau masalah lain, bidan akan menyesuaikan tindakan atau posisi ibu untuk mendukung proses persalinan.

5. Manajemen Rasa Nyeri Secara Non-Medis

- **Teknik Relaksasi dan Pernapasan:** Bidan membantu ibu menggunakan teknik pernapasan yang lambat dan dalam untuk mengurangi rasa sakit selama kontraksi. Relaksasi otot-otot tubuh juga membantu mengurangi ketegangan.

- **Kompres Hangat atau Pijat:** Bidan dapat menggunakan kompres hangat pada punggung bawah atau perut untuk membantu meredakan nyeri. Pijat lembut di area punggung juga dapat membantu mengurangi ketegangan otot.

6. Membantu Proses Pengeluaran Bayi

- **Menangani Kepala Bayi:** Saat kepala bayi mulai keluar, bidan membantu ibu dengan memberikan dukungan fisik dan memastikan proses pengeluaran kepala terjadi secara perlahan untuk mencegah robekan perineum.
- **Memastikan Bahu dan Tubuh Bayi Keluar dengan Aman:** Setelah kepala keluar, bidan dengan hati-hati memastikan bahu bayi keluar dengan lembut, diikuti oleh tubuh. Bidan akan memastikan bahwa bayi keluar dengan lancar tanpa komplikasi.

7. Memastikan Keamanan Ibu dan Bayi Setelah Persalinan

- **Pemeriksaan Awal Bayi (APGAR Score):** Setelah bayi lahir, bidan segera memeriksa bayi untuk memastikan kondisinya baik, dengan menilai pernapasan, denyut jantung, warna kulit, tonus otot, dan respons refleks bayi (APGAR Score).
- **Inisiasi Menyusu Dini (IMD):** Bidan mendorong dilakukannya inisiasi menyusu dini, di mana bayi diletakkan di dada ibu untuk memulai kontak kulit ke kulit dan memfasilitasi bayi mencari payudara untuk menyusu. IMD membantu mempererat ikatan antara ibu dan bayi serta mendukung keberhasilan menyusui.

8. Penanganan Plasenta (Kala III)

- **Pengeluaran Plasenta:** Setelah bayi lahir, bidan memastikan plasenta dikeluarkan dengan aman. Kala III (pengeluaran plasenta) harus dilakukan dengan hati-hati untuk mencegah perdarahan postpartum.
- **Pemeriksaan Plasenta:** Bidan memeriksa plasenta untuk memastikan tidak ada bagian yang tertinggal di dalam rahim, yang dapat menyebabkan komplikasi pasca-persalinan.

9. Mencegah Perdarahan Pasca-Persalinan

- **Pemberian Oksitosin:** Setelah persalinan, bidan dapat memberikan suntikan oksitosin untuk merangsang kontraksi rahim guna mencegah perdarahan pasca-persalinan (postpartum hemorrhage).
- **Memantau Kondisi Rahim:** Bidan terus memantau kondisi rahim ibu setelah melahirkan untuk memastikan rahim berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan yang berlebihan.

10. Memberikan Edukasi dan Konseling Pasca-Persalinan

- **Perawatan Ibu dan Bayi:** Bidan memberikan edukasi kepada ibu tentang cara merawat diri sendiri setelah melahirkan, seperti menjaga kebersihan, memperhatikan tanda-tanda bahaya, serta pentingnya asupan nutrisi dan istirahat yang cukup.

- **Menyusui:** Bidan juga memberikan bimbingan tentang teknik menyusui yang benar untuk memastikan bayi mendapatkan ASI dengan optimal.

Tujuan Utama Bantuan Persalinan Normal oleh Bidan:

1. Memastikan ibu menjalani proses persalinan yang aman dan lancar.
2. Meminimalkan risiko komplikasi bagi ibu dan bayi.
3. Mendukung pengalaman persalinan yang positif bagi ibu, baik secara fisik maupun emosional.
4. Mempromosikan kelahiran alami dengan intervensi medis minimal.

Peran bidan dalam membantu persalinan normal sangat penting dalam memberikan asuhan yang komprehensif, mendukung kenyamanan ibu, dan menjaga keselamatan bayi.

C. MANAJEMEN RASA NYERI DALAM PERSALINAN

Nyeri dalam persalinan adalah pengalaman yang normal dan wajar dialami oleh sebagian besar ibu selama proses melahirkan. Rasa nyeri tersebut terutama disebabkan oleh kontraksi rahim, dilatasi serviks, dan tekanan bayi yang bergerak melalui jalan lahir. Nyeri persalinan dapat bervariasi intensitasnya tergantung pada banyak faktor, seperti kondisi fisik, emosi, dan pengalaman sebelumnya. Oleh karena itu, bidan berperan penting dalam membantu ibu

mengelola rasa nyeri selama persalinan melalui berbagai pendekatan, baik non-medis maupun medis.

Berikut adalah beberapa metode manajemen rasa nyeri dalam persalinan:

Metode Non-Medis (Non-Farmakologis)

Metode non-medis untuk mengatasi nyeri persalinan bertujuan untuk memberikan kenyamanan, mengurangi kecemasan, dan membantu ibu menghadapi rasa sakit secara alami.

1. Teknik Pernapasan dan Relaksasi

- **Pernapasan Teratur:** Bidan membantu ibu menggunakan teknik pernapasan teratur selama kontraksi, seperti pernapasan dalam (deep breathing) atau pernapasan lambat dan dangkal. Teknik ini membantu ibu lebih fokus dan mengalihkan perhatian dari rasa sakit.
- **Relaksasi Otot:** Teknik relaksasi otot digunakan untuk membantu ibu mengurangi ketegangan di tubuh, yang dapat memperburuk rasa sakit. Bidan mungkin mengajarkan teknik relaksasi progresif, di mana ibu secara sadar mengendurkan otot-otot tubuh selama persalinan.

2. Dukungan Emosional dan Mental

- **Dukungan dari Orang Terdekat:** Kehadiran pasangan, keluarga, atau doula dapat memberikan dukungan emosional yang sangat penting selama persalinan. Dukungan ini membantu ibu merasa lebih tenang dan percaya diri dalam menghadapi persalinan.

- **Kebebasan Bergerak dan Posisi Nyaman:** Memungkinkan ibu untuk memilih posisi yang paling nyaman (misalnya, duduk, berdiri, berjongkok, atau berjalan) dapat membantu mengurangi nyeri persalinan. Posisi vertikal sering kali memanfaatkan gravitasi untuk mempercepat persalinan dan mengurangi tekanan di punggung.

3. Metode Sentuhan dan Pijat

- **Pijat Lembut:** Pijat lembut di punggung bawah, bahu, atau kaki dapat meredakan ketegangan dan memberikan kenyamanan bagi ibu selama kontraksi. Pijat juga dapat meningkatkan aliran darah dan memberikan rasa relaksasi.
- **Kompres Hangat atau Dingin:** Bidan dapat menggunakan kompres hangat di area punggung bawah atau perut untuk meredakan nyeri otot dan kontraksi. Kompres dingin juga dapat digunakan untuk memberikan rasa nyaman dan mengurangi ketegangan.

4. Teknik Hidroterapi (Water Birth atau Mandi Hangat)

- **Mandi Hangat:** Berendam dalam air hangat dapat membantu mengendurkan otot-otot yang tegang, mengurangi tekanan, dan meredakan nyeri persalinan. Mandi hangat juga dapat memberikan rasa nyaman dan relaksasi yang mendalam.
- **Water Birth:** Beberapa ibu memilih untuk melahirkan dalam air (water birth), di mana air memberikan dukungan bagi tubuh, mengurangi beban pada otot, serta memberikan rasa rileks yang dapat membantu mengurangi intensitas nyeri.

5. Aromaterapi dan Musik

- **Aromaterapi:** Penggunaan minyak esensial tertentu, seperti lavender, mawar, atau peppermint, dapat memberikan efek menenangkan dan membantu ibu merasa lebih rileks selama persalinan.
- **Musik:** Mendengarkan musik yang tenang dan menenangkan dapat membantu ibu mengalihkan perhatian dari rasa sakit dan menciptakan suasana yang lebih damai.

6. Akupresur dan Akupunktur

- **Akupresur:** Menekan titik-titik tertentu di tubuh, seperti di tangan atau pergelangan kaki, dapat meredakan rasa sakit selama persalinan. Teknik ini digunakan sebagai metode alternatif untuk mengelola nyeri.
- **Akupunktur:** Penggunaan jarum kecil yang dimasukkan ke titik-titik tertentu di tubuh dapat membantu mengurangi rasa sakit dan merangsang pelepasan endorfin, yaitu zat penghilang rasa sakit alami dalam tubuh.

Metode Medis (Farmakologis)

Jika metode non-medis tidak cukup efektif atau jika ibu menginginkan bantuan medis untuk mengurangi rasa sakit, terdapat beberapa metode farmakologis yang dapat digunakan. Bidan bekerja sama dengan dokter atau ahli anestesi untuk memberikan metode pengelolaan nyeri ini.

1. Epidural

- **Anestesi Epidural:** Epidural adalah metode penghilang rasa sakit yang sangat efektif di mana obat anestesi disuntikkan ke area sekitar sumsum tulang belakang (epidural space). Epidural memblokir sinyal nyeri dari rahim dan panggul, sehingga ibu merasa lebih nyaman selama persalinan.
- **Keuntungan:** Epidural memberikan penghilang nyeri yang hampir total tanpa menghilangkan kesadaran ibu. Ibu tetap sadar dan dapat berpartisipasi dalam proses persalinan tanpa merasakan sakit yang signifikan.
- **Kekurangan:** Epidural dapat memperpanjang proses persalinan karena ibu mungkin tidak merasakan dorongan untuk mendorong, dan dalam beberapa kasus dapat menyebabkan penurunan tekanan darah atau rasa lelah pada kaki.

2. Anestesi Spinal

- **Anestesi Spinal:** Seperti epidural, anestesi spinal juga disuntikkan di dekat tulang belakang, tetapi bedanya adalah efeknya lebih cepat dan digunakan terutama pada kasus-kasus tertentu, seperti persalinan yang memerlukan intervensi bedah atau prosedur darurat.
- **Keuntungan:** Menghilangkan rasa sakit dengan cepat, sering digunakan dalam operasi caesar atau ketika persalinan dengan vakum atau forceps diperlukan.

3. Blok Pudendal

- **Anestesi Pudendal:** Bidan atau dokter dapat memberikan suntikan anestesi lokal pada saraf pudendal, yang

mengurangi rasa sakit di area perineum dan panggul bawah selama tahap akhir persalinan. Teknik ini sering digunakan ketika ibu membutuhkan bantuan alat, seperti vakum atau forceps.

- **Keuntungan:** Efektif dalam mengurangi rasa sakit tanpa mempengaruhi seluruh tubuh atau kesadaran ibu.

Pertimbangan dalam Manajemen Nyeri

Pemilihan metode manajemen nyeri dalam persalinan bergantung pada beberapa faktor:

1. **Kondisi Fisik dan Psikologis Ibu:** Kesehatan fisik dan kesiapan emosional ibu dapat mempengaruhi pilihan metode manajemen nyeri.
2. **Tahap Persalinan:** Beberapa metode lebih efektif pada tahap awal persalinan, sementara yang lain lebih cocok untuk tahap akhir.
3. **Preferensi Ibu:** Bidan menghormati preferensi ibu dalam memilih metode yang diinginkan, baik itu pendekatan alami atau intervensi medis.
4. **Keamanan Ibu dan Bayi:** Bidan dan tim medis akan mempertimbangkan risiko dan manfaat setiap metode untuk memastikan keamanan ibu dan bayi.

Manajemen nyeri yang tepat membantu ibu merasa lebih nyaman dan mendukung kelancaran proses persalinan, baik secara fisik maupun emosional.

D. PENATALAKSANAAN KOMPLIKASI PERSALINAN

Komplikasi persalinan adalah kondisi medis yang terjadi selama proses persalinan dan berpotensi membahayakan kesehatan ibu atau janin. Penatalaksanaan yang tepat diperlukan untuk memastikan keselamatan keduanya. Bidan dan tenaga medis harus siap untuk mengidentifikasi dan menangani komplikasi tersebut dengan segera, serta melakukan rujukan jika diperlukan. Berikut adalah beberapa komplikasi persalinan yang umum terjadi beserta penatalaksanaannya:

1. Persalinan Macet (Distosia)

- **Definisi:** Distosia adalah ketidakmampuan janin untuk bergerak dengan lancar melalui jalan lahir akibat kontraksi uterus yang tidak efektif atau adanya masalah dengan posisi atau ukuran janin.
- **Penatalaksanaan:**
 - **Pemantauan Ketat:** Bidan atau dokter memantau kemajuan persalinan, termasuk dilatasi serviks dan penurunan janin.
 - **Perubahan Posisi Ibu:** Meminta ibu untuk mencoba posisi persalinan yang lebih efektif, seperti berjongkok atau berdiri.
 - **Oksitosin:** Jika kontraksi tidak efektif, oksitosin dapat diberikan untuk merangsang atau memperkuat kontraksi.

- **Rujukan Operatif:** Jika distosia tidak dapat diatasi dengan manajemen konservatif, persalinan mungkin memerlukan intervensi medis seperti vakum, forceps, atau operasi caesar.

2. Perdarahan Pasca-Persalinan (Postpartum Hemorrhage, PPH)

- **Definisi:** Perdarahan pasca-persalinan adalah kehilangan darah lebih dari 500 mL setelah persalinan normal atau lebih dari 1.000 mL setelah operasi caesar.
- **Penatalaksanaan:**
 - **Pemberian Oksitosin:** Setelah bayi lahir, oksitosin diberikan untuk merangsang kontraksi uterus dan mengurangi perdarahan.
 - **Kompresi Uterus:** Bidan melakukan kompresi fundus (pijat rahim) untuk membantu menghentikan perdarahan.
 - **Penanganan Plasenta:** Bidan memastikan bahwa plasenta keluar secara lengkap. Jika ada sisa plasenta, tindakan pengeluaran manual atau kuretase mungkin diperlukan.
 - **Transfusi Darah:** Jika perdarahan berlanjut dan ibu menunjukkan tanda-tanda syok, transfusi darah mungkin diperlukan.

3. Gawat Janin

- **Definisi:** Gawat janin adalah kondisi di mana janin mengalami kekurangan oksigen yang dapat dilihat dari

perubahan pola detak jantung janin, seperti bradikardia (detak jantung lambat) atau deselerasi.

- **Penatalaksanaan:**
 - **Pemantauan Fetal:** Bidan atau dokter akan memantau detak jantung janin dengan alat doppler atau CTG (Cardiotocography).
 - **Perubahan Posisi Ibu:** Mengubah posisi ibu untuk meningkatkan aliran darah ke janin, seperti posisi miring ke kiri.
 - **Pemberian Oksigen:** Oksigen diberikan kepada ibu untuk meningkatkan kadar oksigen yang dapat diteruskan ke janin.
 - **Persalinan Darurat:** Jika kondisi janin semakin memburuk, dilakukan persalinan darurat, baik secara induksi, vakum/forceps, atau operasi caesar.

4. Preeklampsia dan Eklampsia

- **Definisi:** Preeklampsia adalah komplikasi kehamilan yang ditandai oleh tekanan darah tinggi dan adanya protein dalam urin, sedangkan eklampsia adalah bentuk lanjut preeklampsia dengan kejang.
- **Penatalaksanaan:**
 - **Pemantauan Tekanan Darah:** Bidan memantau tekanan darah ibu secara teratur selama persalinan.
 - **Pemberian Magnesium Sulfat:** Magnesium sulfat diberikan untuk mencegah atau mengatasi kejang pada ibu dengan eklampsia.

- **Persalinan Segera:** Jika preeklampsia parah, mungkin perlu dilakukan persalinan lebih awal (induksi atau operasi caesar) untuk menyelamatkan ibu dan janin.

5. Shoulder Dystocia

- **Definisi:** Shoulder dystocia adalah keadaan di mana bahu janin terjebak setelah kepala lahir, sehingga menyulitkan proses kelahiran.
- **Penatalaksanaan:**
 - **Manuver McRoberts:** Bidan menginstruksikan ibu untuk menarik lutut ke dada, yang membantu membuka jalan lahir dan memungkinkan bahu janin untuk bebas.
 - **Manuver Suprapubik:** Tekanan dilakukan pada area suprapubik untuk membantu membebaskan bahu janin.
 - **Episiotomi:** Jika perlu, dilakukan episiotomi (insisi pada perineum) untuk memperluas jalan lahir.
 - **Rujukan Darurat:** Jika semua metode gagal, persalinan operatif mungkin diperlukan.

6. Prolaps Tali Pusat

- **Definisi:** Prolaps tali pusat terjadi ketika tali pusat keluar sebelum bayi, sehingga dapat terjepit dan mengganggu aliran darah ke janin.
- **Penatalaksanaan:**

- **Mengangkat Bagian Presentasi:** Bidan berusaha untuk mencegah bagian janin menekan tali pusat dengan mengangkat kepala atau tubuh janin.
- **Posisi Knee-Chest:** Ibu ditempatkan dalam posisi knee-chest (lutut-dada) untuk mengurangi tekanan pada tali pusat.
- **Persalinan Segera:** Prolaps tali pusat biasanya memerlukan persalinan segera melalui operasi caesar untuk menyelamatkan janin.

7. Inversio Uteri

- **Definisi:** Inversio uteri adalah keadaan di mana rahim terbalik keluar dari tubuh ibu setelah kelahiran bayi, yang menyebabkan perdarahan hebat.
- **Penatalaksanaan:**
 - **Pengembalian Uterus:** Rahim harus segera dikembalikan ke posisi normal secara manual oleh tenaga medis terlatih.
 - **Pemberian Oksitosin:** Setelah rahim dikembalikan ke posisi semula, oksitosin diberikan untuk merangsang kontraksi rahim guna mencegah inversi ulang.
 - **Transfusi Darah:** Jika terjadi perdarahan yang signifikan, transfusi darah mungkin diperlukan.

8. Robekan Perineum Tingkat Tinggi

- **Definisi:** Robekan perineum dapat terjadi selama persalinan dan dapat bervariasi dari robekan kecil hingga robekan besar yang melibatkan otot anus.

- **Penatalaksanaan:**
 - **Jahit Perineum:** Robekan harus dijahit dengan teknik yang tepat oleh bidan atau dokter, terutama jika melibatkan otot sphincter anus.
 - **Pemberian Analgesik:** Obat pereda nyeri dan antibiotik mungkin diberikan untuk mencegah infeksi dan mengurangi nyeri.
 - **Edukasi Perawatan Luka:** Bidan memberikan edukasi tentang cara merawat luka untuk mencegah infeksi.

E. PENCEGAHAN DAN PERAWATAN AWAL PASCA PERSALINAN

Masa pasca persalinan (puerperium) adalah periode enam minggu setelah kelahiran, di mana tubuh ibu mengalami pemulihan dan adaptasi dari kehamilan dan persalinan. Ini adalah waktu yang kritis untuk memantau dan merawat kesehatan ibu serta bayi, serta mencegah komplikasi yang mungkin terjadi. Pencegahan komplikasi dan perawatan yang tepat selama masa ini sangat penting untuk memastikan pemulihan yang optimal.

Pencegahan Komplikasi Pasca Persalinan

1. **Pencegahan Perdarahan Pasca Persalinan (Postpartum Hemorrhage, PPH)**
 - **Manajemen Aktif Kala III Persalinan:** Ini termasuk pemberian oksitosin segera setelah bayi lahir untuk merangsang

kontraksi uterus, yang membantu mencegah perdarahan berlebihan.

- **Pijat Fundus Uteri:** Setelah melahirkan, bidan atau tenaga kesehatan akan secara rutin memeriksa dan memijat rahim (fundus uteri) untuk memastikan bahwa rahim berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan abnormal.
- **Perawatan Plasenta:** Memastikan bahwa plasenta dan semua selaput ketuban keluar dengan sempurna sangat penting untuk mencegah perdarahan.

2. Pencegahan Infeksi (Endometritis, Infeksi Luka Episiotomi)

- **Kebersihan Diri:** Ibu harus menjaga kebersihan perineum dan area sekitar luka dengan mencuci tangan sebelum dan sesudah membersihkan luka.
- **Pemberian Antibiotik Profilaksis:** Jika ada indikasi risiko infeksi, antibiotik mungkin diberikan secara profilaksis, terutama jika ibu menjalani operasi caesar atau mengalami episiotomi.
- **Pemantauan Suhu dan Gejala Infeksi:** Bidan atau tenaga kesehatan akan memantau suhu tubuh ibu dan tanda-tanda infeksi lainnya seperti pembengkakan, nyeri, atau keluarnya cairan abnormal dari luka.

3. Pencegahan Tromboemboli Vena (Deep Vein Thrombosis, DVT)

- **Mobilisasi Dini:** Ibu dianjurkan untuk bergerak atau berjalan secepat mungkin setelah persalinan untuk mencegah pembentukan bekuan darah di pembuluh vena.

- **Penggunaan Stoking Kompresi:** Jika ibu memiliki risiko tinggi terkena DVT, stoking kompresi atau obat antikoagulan mungkin direkomendasikan oleh tenaga medis.

4. Pencegahan Depresi Pasca Persalinan

- **Dukungan Psikologis dan Sosial:** Dukungan dari keluarga, teman, dan petugas kesehatan sangat penting untuk membantu ibu merasa didukung secara emosional selama masa pasca persalinan.
- **Konsultasi Psikologis:** Jika ibu menunjukkan gejala depresi atau kecemasan, konseling psikologis atau terapi dapat membantu mencegah depresi pasca persalinan yang lebih berat.
- **Pemberian Edukasi:** Ibu harus diberikan informasi mengenai perubahan emosional yang mungkin terjadi setelah persalinan dan diajak berdiskusi mengenai kesehatan mental mereka.

Perawatan Awal Pasca Persalinan untuk Ibu

1. Pemantauan Tanda Vital dan Pemulihan Fisik

- **Pemantauan Tekanan Darah, Nadi, dan Suhu:** Setelah melahirkan, tanda-tanda vital ibu harus dipantau secara berkala untuk mendeteksi komplikasi seperti perdarahan atau infeksi.
- **Pemulihan Rahim (Involusi):** Bidan memantau ukuran dan konsistensi rahim untuk memastikan rahim berkontraksi dan kembali ke ukuran normal.

- **Perawatan Luka:** Jika ibu menjalani episiotomi atau operasi caesar, perawatan luka sangat penting untuk mencegah infeksi. Luka harus dijaga kebersihannya dan diperiksa secara rutin.

2. Pemberian Edukasi tentang Perawatan Payudara dan Menyusui

- **Inisiasi Menyusu Dini (IMD):** IMD dilakukan segera setelah kelahiran untuk membantu produksi ASI dan membangun ikatan antara ibu dan bayi.
- **Perawatan Payudara:** Ibu diberikan edukasi mengenai cara merawat payudara, termasuk pencegahan dan pengobatan mastitis (infeksi pada payudara) serta cara yang tepat untuk menyusui.
- **Konsultasi Laktasi:** Bidan atau konsultan laktasi membantu ibu mengatasi masalah menyusui, seperti pelekatan bayi yang kurang baik atau produksi ASI yang rendah.

3. Nutrisi dan Istirahat

- **Asupan Gizi Seimbang:** Ibu dianjurkan untuk mengonsumsi makanan bergizi yang mengandung protein, serat, vitamin, dan mineral untuk membantu pemulihan pasca persalinan serta mendukung produksi ASI.
- **Cairan:** Ibu harus minum cukup air setiap hari untuk menjaga hidrasi dan mendukung produksi ASI.
- **Istirahat yang Cukup:** Waktu tidur dan istirahat harus diperhatikan. Meskipun mengurus bayi baru lahir bisa melelahkan, ibu harus berusaha untuk beristirahat setiap kali ada kesempatan.

4. Perawatan Luka Episiotomi atau Caesar

- **Kebersihan Luka:** Luka episiotomi atau bekas operasi caesar harus dirawat dengan hati-hati agar tetap bersih dan kering. Ibu dianjurkan untuk membersihkan luka dengan air bersih dan sabun lembut.
- **Menghindari Tekanan Berlebih:** Ibu yang menjalani operasi caesar harus menghindari mengangkat benda berat atau aktivitas fisik yang berlebihan untuk mencegah tekanan pada luka.
- **Pemantauan Luka:** Bidan memantau penyembuhan luka untuk mendeteksi tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, pembengkakan, atau keluarnya cairan yang tidak normal.

5. Pemulihan Kesehatan Reproduksi

- **Pencegahan Kehamilan Dini:** Bidan memberikan edukasi tentang kontrasepsi yang aman setelah persalinan. Ibu dianjurkan untuk menunda kehamilan berikutnya hingga tubuhnya pulih sepenuhnya.
- **Pemulihan Seksual:** Ibu harus mendapatkan informasi tentang kapan aman untuk melanjutkan hubungan seksual setelah persalinan, biasanya setelah 6 minggu, atau sesuai dengan pemulihan tubuhnya.

6. Dukungan Psikologis

- **Penanganan Baby Blues:** Perubahan hormon dan kelelahan dapat menyebabkan ibu mengalami "baby blues," yang biasanya bersifat sementara. Jika gejala ini berlanjut, ibu

harus segera mendapat dukungan dari keluarga atau profesional.

- **Deteksi Dini Depresi Pasca Persalinan:** Jika ibu merasa sangat sedih, cemas, atau tidak mampu merawat bayinya, ia harus segera berkonsultasi dengan profesional kesehatan untuk penanganan lebih lanjut.

Perawatan Awal Pasca Persalinan untuk Bayi

1. Pemantauan Tanda Vital Bayi

- **Pemantauan Suhu Tubuh:** Bayi baru lahir rentan terhadap hipotermia. Suhu tubuh bayi harus dijaga, dan bayi harus ditempatkan di lingkungan yang hangat.
- **Pemantauan Pernapasan dan Denyut Jantung:** Bidan memantau pernapasan dan denyut jantung bayi untuk memastikan adaptasi yang baik setelah lahir.

2. Pemeriksaan Fisik Rutin

- **Penimbangan dan Pengukuran Bayi:** Berat badan, panjang badan, dan lingkar kepala bayi diukur untuk memantau pertumbuhannya.
- **Pemeriksaan Fisik Lengkap:** Bidan atau dokter memeriksa kondisi fisik bayi secara keseluruhan, termasuk kulit, refleks, dan perkembangan organ.

3. Pemberian Vitamin K dan Imunisasi

- **Pemberian Vitamin K:** Bayi baru lahir diberikan suntikan vitamin K untuk mencegah risiko perdarahan, karena bayi baru lahir memiliki kadar vitamin K yang rendah.

- **Imunisasi Hepatitis B:** Vaksin hepatitis B biasanya diberikan segera setelah bayi lahir sebagai bagian dari program imunisasi.

4. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

- **IMD dan Kontak Kulit ke Kulit:** IMD mendorong bayi untuk menyusu dalam satu jam pertama setelah kelahiran, yang membantu mempererat ikatan dengan ibu dan merangsang produksi ASI.
- **Pemantauan Pola Menyusui:** Bidan membantu ibu memastikan bahwa bayi mendapatkan pelekatan yang baik selama menyusui.

5. Perawatan Tali Pusat

- **Kebersihan Tali Pusat:** Tali pusat bayi harus dirawat dengan menjaga area tetap kering dan bersih sampai tali pusat lepas dengan sendirinya.
- **Pemantauan Luka Tali Pusat:** Bidan memeriksa tanda-tanda infeksi di sekitar tali pusat, seperti kemerahan atau keluarnya cairan abnormal.

F. DUKUNGAN EMOSIONAL DAN EDUKASI PASCA PERSALINAN

Setelah melahirkan, ibu sering mengalami berbagai perubahan fisik dan emosional yang signifikan. Dukungan emosional serta edukasi yang tepat sangat penting untuk membantu ibu menghadapi

tantangan ini. Bidan dan tenaga kesehatan lainnya memiliki peran penting dalam memberikan dukungan, informasi, serta panduan yang dibutuhkan ibu untuk mengatasi masa pasca persalinan dengan baik.

1. Dukungan Emosional Pasca Persalinan

Dukungan emosional bagi ibu pasca persalinan melibatkan berbagai aspek, termasuk perhatian terhadap kondisi mental, sosial, dan lingkungan. Hal ini membantu ibu merasa lebih nyaman dan mampu mengatasi tantangan emosional yang muncul setelah melahirkan.

a. Pentingnya Dukungan Emosional

- **Mengurangi Risiko Depresi Pasca Persalinan:** Dukungan emosional dari keluarga, pasangan, dan tenaga kesehatan dapat membantu ibu mengurangi risiko mengalami depresi pasca persalinan (postpartum depression). Ibu sering kali merasa terisolasi, cemas, atau tidak siap menghadapi tanggung jawab baru sebagai ibu.
- **Meningkatkan Percaya Diri:** Memberikan dukungan kepada ibu baru dapat meningkatkan rasa percaya diri dalam merawat bayi. Rasa cemas tentang kemampuan merawat bayi sering kali menyebabkan stres yang berlebihan.
- **Mencegah Baby Blues:** Baby blues adalah kondisi emosional ringan yang sering dialami ibu baru akibat perubahan hormon, kelelahan, dan peran baru. Dukungan

emosional yang baik dapat membantu ibu mengatasi perasaan sedih atau cemas ini.

b. Bentuk Dukungan Emosional

- **Pendampingan dan Kesiediaan Mendengarkan:** Menjadi pendengar yang baik adalah bentuk dukungan emosional yang sangat penting. Bidan atau tenaga kesehatan harus memberikan ruang bagi ibu untuk berbicara tentang perasaannya tanpa merasa dihakimi.
- **Dorongan untuk Berbicara tentang Pengalaman:** Ibu yang baru melahirkan sering kali merasa takut atau cemas. Mendukung ibu untuk berbagi perasaan, kekhawatiran, atau pengalaman tentang kehamilan dan persalinan dapat membantu meredakan tekanan mentalnya.
- **Dukungan dari Keluarga:** Keterlibatan pasangan dan anggota keluarga dalam perawatan bayi dan rumah tangga membantu ibu merasa didukung secara sosial dan emosional. Ini juga membantu meringankan beban kerja ibu selama masa pemulihan.
- **Konsultasi dengan Tenaga Profesional:** Jika ada indikasi gejala depresi pasca persalinan, konseling profesional dan terapi dapat membantu ibu mengatasi masalah emosional yang lebih serius.

2. Edukasi Pasca Persalinan untuk Ibu

Edukasi pasca persalinan sangat penting untuk memastikan ibu mendapatkan pengetahuan yang tepat tentang perubahan

tubuhnya, cara merawat bayi, serta menjaga kesehatan mentalnya.

a. Edukasi tentang Perawatan Diri

- **Pemulihan Fisik:** Ibu harus diberi informasi mengenai bagaimana tubuhnya akan pulih setelah persalinan, termasuk informasi tentang involusi uterus, perawatan luka episiotomi atau luka operasi caesar, serta kapan aman untuk melanjutkan aktivitas fisik normal.
- **Kebersihan Diri:** Bidan memberikan edukasi tentang pentingnya menjaga kebersihan diri, terutama di area perineum untuk mencegah infeksi.
- **Gizi yang Tepat:** Ibu harus diberi pemahaman tentang pentingnya nutrisi pasca persalinan yang mencakup diet seimbang yang mendukung pemulihan dan produksi ASI.

b. Edukasi tentang Menyusui

- **Inisiasi Menyusu Dini (IMD):** Bidan memberikan informasi mengenai pentingnya IMD dan manfaatnya bagi ibu dan bayi. IMD membantu mempererat ikatan emosional dan merangsang produksi ASI.
- **Teknik Menyusui yang Benar:** Bidan atau konsultan laktasi memberikan edukasi tentang teknik menyusui yang benar untuk menghindari masalah seperti pelekatan yang buruk, nyeri puting, atau mastitis (infeksi payudara).
- **Frekuensi Menyusui:** Ibu diajarkan tentang tanda-tanda bahwa bayi lapar dan frekuensi menyusui yang ideal, yaitu menyusui bayi sesuai permintaan (on demand).

c. Edukasi tentang Perawatan Bayi Baru Lahir

- **Perawatan Tali Pusat:** Ibu harus diajarkan cara merawat tali pusat bayi hingga lepas secara alami.
- **Kebersihan Bayi:** Edukasi tentang kebersihan bayi, seperti cara memandikan bayi dan menjaga kebersihan area popok, sangat penting untuk mencegah infeksi kulit.
- **Tanda-tanda Bahaya pada Bayi Baru Lahir:** Ibu perlu diberi informasi mengenai tanda-tanda bahaya seperti bayi yang tidak mau menyusu, mengalami demam, atau mengalami penurunan berat badan yang signifikan.

d. Edukasi tentang Kesehatan Mental

- **Pengetahuan tentang Baby Blues dan Depresi Pasca Persalinan:** Ibu perlu diberi informasi mengenai perbedaan antara baby blues yang normal dan depresi pasca persalinan yang membutuhkan intervensi medis. Edukasi ini memungkinkan ibu untuk mengenali gejala awal depresi dan segera mencari bantuan.
- **Dukungan Psikologis:** Bidan memberikan informasi tentang layanan dukungan psikologis yang tersedia jika ibu membutuhkan konseling untuk mengatasi masalah emosional.

e. Edukasi tentang Kontrasepsi Pasca Persalinan

- **Kapan Memulai Kontrasepsi:** Bidan memberikan informasi mengenai metode kontrasepsi yang aman untuk digunakan setelah persalinan, kapan waktu yang

tepat untuk memulai kontrasepsi, serta pilihan kontrasepsi yang kompatibel dengan menyusui.

- **Pilihan Metode Kontrasepsi:** Ibu perlu memahami berbagai pilihan metode kontrasepsi, seperti kontrasepsi hormonal (pil KB, suntik, atau implan) dan non-hormonal (IUD, metode alami), serta kelebihan dan kekurangannya.

BAGIAN 3

PENATALAKSANAAN AWAL PERSALINAN

A. PENGERTIAN PENATALAKSANAAN AWAL PERSALINAN

Penatalaksanaan awal persalinan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk memantau dan membantu proses persalinan agar berjalan lancar dan aman, baik bagi ibu maupun bayi. Tindakan ini dimulai sejak ibu merasakan tanda-tanda awal persalinan hingga proses persalinan selesai.

B. TUJUAN PENATALAKSANAAN AWAL PERSALINAN

1. Memantau kemajuan persalinan: pemantauan pembukaan, penurunan kepala janin, dan frekuensi kontraksi.
2. Mencegah komplikasi: Deteksi dini dan penanganan komplikasi yang mungkin terjadi selama persalinan.
3. Memberikan dukungan emosional: Menenangkan ibu dan keluarga selama proses persalinan.
4. Memastikan keselamatan ibu dan bayi: Melalui tindakan yang tepat dan cepat.

C. TAHAPAN PENATALAKSANAAN AWAL PERSALINAN

1. Anamnesa Persalinan

a. Pengertian Anamnesa

Anamnesa persalinan adalah mengumpulkan informasi tentang riwayat kesehatan dan kehamilan yang dapat digunakan dalam proses membuat keputusan klinik untuk menentukan diagnosis dan mengembangkan rencana asuhan atau perawatan yang sesuai pada ibu yang memasuki persalinan.

b. Tujuan Anamnesa Persalinan

- 1) Untuk mengetahui kesehatan ibu dan janin
- 2) Untuk mengetahui kemajuan persalinan

c. Persiapan ruang dan alat Tindakan Anamnesis

- 1) Persiapan ruang: ruangan yang nyaman dan tertutup, tenang dan jauh dari keramaian, ventilasi cukup
- 2) Persiapan Alat dan bahan: Bak instrumen berisi partus set (klem 2, gunting tali pusat 1, setengah koher 1, kateter No. 10), Sarung tangan steril, Kom berisi kapas dan air DTT, Penghisap lendir atau delee, Oksitosin, Spuit 3cc, Umbilikal klem dan mono aural, Kasa steril, Kain utk ibu dan bayi, Bengkok, Tempat placenta, Baskom berisi air dtt dan waslap, Baskom berisi cairan klorin 0,5%, Tempat sampah basah dan kering
- 3) lembar dokumentasi, bolpoin

d. Tindakan Anamnesis

- 1) Menjelaskan tujuan anamnesa pada ibu bersalin
- 2) Menanyakan identitas pasien dan suami/ meninjau kartu antenatal jika ada
- 3) Mengkaji tentang riwayat kehamilan terdahulu tentang paritas
- 4) Mengkaji adanya resiko tinggi pada ibu hamil
- 5) Mengkaji adanya tanda bahaya kehamilan
- 6) Mengkaji riwayat kelahiran saat ini
- 7) Mengkaji pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari
- 8) Mengkaji lingkungan dan perilaku yang merugikan kesehatan

2. Pemeriksaan Fisik

a. Pengertian Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik ibu saat menjelang persalinan adalah serangkaian evaluasi yang dilakukan oleh tenaga medis untuk menilai kondisi ibu hamil dan perkembangan persalinan. Tujuan utama pemeriksaan ini adalah untuk memastikan keselamatan ibu dan bayi, serta menentukan tindakan medis yang tepat selama proses persalinan.

b. Pemeriksaan fisik

1) Pemeriksaan umum

Pemeriksaan umum terdiri dari pemeriksaan tanda – tanda vital meliputi tekanan darah, suhu, respirasi ibu, dan denyut jantung janin setiap 4 jam sekali. Pemeriksaan suhu dan nadi dilakukan untuk mengetahui adakah

infeksi atau tidak. Nadi dikaji karena berkaitan dengan kejadian takikardi. Karena jika adanya peningkatan suhu dan nadi merupakan tanda dari infeksi. Selain tanda vital lakukan pengukuran tinggi badan untuk mengetahui apakah ibu dengan panggul sempit atau tidak. Karena jika ibu memiliki panggul sempit untuk penatalaksanaannya dilakukan seksio sesaria.

2) Pemeriksaan Leopold

Tujuan pemeriksaan palpasi leopold menjelang persalinan untuk mengetahui letak janin normal atau tidak. Jika terdapat kelainan letak merupakan salah satu penyebab terjadi komplikasi pada proses persalinan. Untuk itu lakukan palpasi leopold :

- (a) Leopold I menentukan tinggi fundus uteri dan menentukan bagian fundus kepala atau bokong.
- (b) Leopold II menentukan bagian kanan dan kiri ibu, punggung dan ekstremitas janin
- (c) Leopold III menentukan bagian terendah janin
- (d) Leopold IV untuk mengetahui bagian terbawah janin sudah masuk panggul atau belum.

3) Aukskultasi dilakukan untuk memantau denyut jantung janin untuk deteksi kondisi Kesehatan janin. mendengarkan detak jantung janin menggunakan alat khusus (stetoskop atau Doppler).

4) Pemeriksaan Dalam Vaginal Toucher (VT)

- 1) Pengertian pemeriksaan Vaginal toucher adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan memasukkan jari ke dalam liang sanggama untuk mengetahui apakah penderita benar dalam keadaan inpartu, menentukan faktor janin dan panggul, menentukan ramalan persalinan.
- 2) Tujuan
 - (a) Untuk memastikan apakah ibu sudah memasuki proses persalinan atau belum
 - (b) Untuk mengetahui faktor janin
 - (c) Untuk mengetahui faktor panggul
 - (d) Untuk Menentukan ramalan persalinan dan tindak lanjutnya
- 3) Hal-hal yang diperhatikan saat VT
 - (a) Perhatikan pencegahan infeksi, penolong selalu menggunakan sarung tangan steril
 - (b) Memperhatikan aspek sayang ibu
 - (c) Melakukan vulva hygiene dengan benar yakni dengan cara penolong membuka labia dengan ibu jari dan jari telunjuk tangan kiri, tangan kanan mengusap dengan halus labia ibu dari atas ke bawah dimulai dari bagian terjauh terlebih dahulu.
 - (d) Melakukan Vagina Toucher dengan cara masukkan jari tengah & jari telunjuk tangan kanan ke jalan

lahir, dan tidak mengeluarkan jari tangan dari jalan lahir sebelum seluruh pemeriksaan selesai

- 4) Hal yang perlu dinilai saat melakukan VT
 - (a) Posisi, konsistensi, pendataran dan pembukaan servik
 - (b) Ada tidaknya forewater (selaput ketuban masih utuh atau sudah pecah)
 - (c) Keadaan cairan amnion (jernih , hijau , kemerahan, kental)
 - (d) Presentasi Bagian Janin, denominator atau penunjuk presentasi (UUK, UUB, sacrum dll)
 - (e) Derajat penurunan bagian terendah janin (bidang hodge atau station)
 - (f) Selain itu perlu diperhatikan: Apakah promontorium teraba atau tidak, Apakah linea inominata teraba sebagian atau seluruhnya, Apakah os sakrum konkaf, Bagaimana keadaan dinding samping panggul, Apakah spina ischiadika menonjol/tidak, Keadaan arcus pubis, Bagaimana keadaan dasar panggul
- 5) Keadaan panggul diperkirakan normal bila ketika pemeriksaan dalam tidak meraba tulang sacrum atau tumor, dan jalan lahir teraba sempit dan kaku.

3. Pemantauan terus-menerus terhadap kemajuan persalinan, kontraksi, denyut jantung janin, dan kondisi ibu

a. Tanda – Tanda Persalinan

Untuk mendiagnosa persalinan pastikan perubahan serviks dan kontraksi yang cukup :

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

Sangat sulit membedakan antara persalinan sesungguhnya dengan persalinan semu. Indikator persalinan sesungguhnya ditandai dengan kemajuan penipisan dan pembukaan serviks. Ketika ibu mengalami persalinan semu, ia merasakan kontraksi yang menyakitkan, namun kontraksi tersebut tidak menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks. Persalinan semu bisa terjadi beberapa hari atau beberapa minggu sebelum permulaan persalinan sesungguhnya. Karena persalinan semu sangat menyakitkan, mungkin sulit bagi ibu untuk menghadapi masa ini dalam kehamilannya.

b. Karakteristik Persalinan Sesungguhnya Dan Persalinan Semu

No.	Persalinan Sesungguhnya	Persalinan Semu
1.	Serviks menipis dan membuka	Tidak ada perubahan pada serviks
2.	Rasa nyeri dan interval teratur	Rasa nyeri tidak teratur
3.	Interval antara rasa nyeri yang secara perlahan semakin pendek	Tidak ada perubahan interval antara rasa nyeri yang satu dengan yang lainnya
4.	Waktu dan kekuatan kontraksi semakin bertambah	Tidak ada perubahan pada waktu dan kekuatan kontraksi
5.	Dengan berjalan bertambah Intensitas	Tidak ada perubahan rasa nyeri dengan berjalan
6.	Ada hubungan antara tingkat kekuatan kontraksi dengan intensitas Nyeri	Tidak ada hubungan antara tingkat kekuatan kontraksi uterus dengan intensitas rasa nyeri
7.	Lendir darah sering tampak	Tidak ada lendir darah

8.	Ada penurunan bagian terendah Janin	Tidak ada kemajuan penurunan bagian terendah janin
9.	Kepala janin sudah terfiksasi di PAP diantara kontraksi	Kepala belum masuk PAP walaupun ada kontraksi
10.	Pemberian obat penenang tidak menghentikan proses persalinan Sesungguhnya	Pemberian obat penenang yang efisien menghentikan rasa nyeri pada persalinan semu

D. ASUHAN SAYANG IBU DALAM PROSES AWAL PERSALINAN

Asuhan sayang ibu membantu ibu dan keluarganya untuk merasa aman dan nyaman selama proses persalinan. Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan ibu. Asuhan sayang ibu seharusnya diberikan pada tiap kala selama persalinan. Memberikan asuhan persalinan dimulai Kala I, dimaksud Kala I adalah suatu kala dimana dimulai dari timbulnya *his* sampai pembukaan lengkap. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah :

1. Memberikan dukungan emosional.

2. Pendampingan anggota keluarga selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya.
3. Menghargai keinginan ibu untuk memilih pendamping selama persalinan.
4. Peran aktif anggota keluarga selama persalinan dengan cara :
 - a. Mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati dan memuji ibu.
 - b. Membantu ibu bernafas dengan benar saat kontraksi.
 - c. Melakukan massage pada tubuh ibu dengan lembut.
 - d. Menyeka wajah ibu dengan lembut menggunakan kain.
 - e. Menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa aman.
 - f. Mengatur posisi ibu sehingga terasa nyaman.
 - g. Membantu menyiapkan posisi untuk meneran (bila ada rasa untuk meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu untuk ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman)
 - a. Memberikan cairan nutrisi dan hidrasi
 - b. Memberikan keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur dan spontan

E. TINDAKAN YANG DAPAT DIBERIKAN OLEH BIDAN

1. Amniotomi: Pembukaan selaput ketuban secara buatan.
2. Episiotomi: Sayatan pada perineum untuk memperbesar jalan lahir.

3. Pemberian analgesik: Untuk mengurangi rasa nyeri.
4. Pemberian oksitosin: Untuk merangsang kontraksi jika persalinan terlalu lama.
5. Rujukan: Jika terjadi komplikasi yang memerlukan penanganan lebih lanjut di rumah sakit.

F. PENTINGNYA PERAN BIDAN

Bidan memiliki peran yang sangat penting dalam penatalaksanaan awal persalinan. Bidan akan memberikan dukungan emosional, melakukan pemantauan, dan memberikan tindakan yang diperlukan selama proses persalinan.

BAGIAN 4

TAHAP PEMBUKAAN (KALA 1)

A. BATASAN DAN FASE KALA 1

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yaitu bayi, plasenta dan selaput ketuban dari uterus. Persalinan dimulai sejak adanya kontraksi uterus yang menyebabkan adanya pembukaan dan penipisan serviks.

Tanda dan gejala dimulainya proses persalinan adalah:

1. Adanya penipisan dan pembukaan serviks
2. Munculnya kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks, minimal 2 kali dalam waktu 10 menit.
3. Pengeluaran lendir bercampur darah dari jalan lahir.

Kala satu persalinan adalah permulaan kontraksi persalinan yang sebenarnya, ditandai dengan perubahan serviks yang progresif yang diakhiri dengan pembukaan lengkap (10cm) pada primipara kala satu persalinan berlangsung kurang lebih 13 jam sedangkan pada multipara berlangsung kira-kira 7 jam.

Fase pada kala 1 persalinan dibagi menjadi dua fase yaitu:

1. Fase laten yaitu dimulai sejak adanya kontraksi yang mengakibatkan perubahan pada serviks sampai dengan pembukaan kurang dari 4cm. umumnya berlangsung kurang

lebih 6-8 jam. Pada fase ini presentasi mengalami penurunan sedikit hingga tidak sama sekali.

2. Fase aktif yaitu dimulai dari pembukaan serviks 4cm sampai 10cm (pembukaan lengkap). Pada fase ini kontraksi uterus meningkat secara bertahap frekuensi, kekuatan dan durasinya. Kontraksi adekuat saat telah mencapai frekuensi 3 kali dalam 10 menit dan berlangsung 40 detik atau lebih. Pada fase aktif umumnya akan terjadi kecepatan pembukaan serviks 1cm per jam pada primipara, sedangkan pada multipara 2cm per jam.

Fase aktif dibagi menjadi 3 fase, antara lain:

- a. Fase akselerasi yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan 3cm menjadi 4cm
- b. Fase dilatasi yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan sangat cepat, dari 4cm menjadi 9cm.
- c. Fase deselerasi yaitu pembukaan menjadi lambat kembali dalam waktu 2 jam pembukaan 9cm menjadi lengkap.

B. ASUHAN KEBIDANAN PADA KALA 1

1. Anamnesis pada ibu bersalin

Anamnesis pada ibu bersalin bertujuan untuk mengumpulkan informasi yang akan digunakan untuk membuat keputusan klinik untuk menentukan diagnosis dan membuat rencana asuhan sesuai dengan yang dibutuhkan oleh ibu. Pada saat anamnesis

selain mencatat hasil anamnesa, tenaga kesehatan juga agar memperhatikan respon non verbal dari pasien, selain itu, perhatikan adanya tanda-tanda penyulit ataupun kegawatdaruratan. Pertanyaan yang di sampaikan pada ibu bersalin meliputi:

- a. Identitas ibu dan suami: nama, umur, alamat, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan dan no telepon
- b. Keluhan yang dirasakan terkait proses persalinan yang sedang dialami
- c. Hari pertama haid terakhir dan hari perkiraan lahir
- d. Riwayat kehamilan sekarang, meliputi:
 - 1) Apakah ibu rutin melakukan pemeriksaan kehamilan? Dimana? Kepada siapa? Jika iya minta buku KIA atau kartu periksa selama kehamilan
 - 2) Apakah ada masalah atau penyulit selama kehamilan ini?
 - 3) Kapan kontraksi mulai dirasakan? Apakah teratur? Berapa lama durasi kontraksi dan seberapa sering?
 - 4) Apakah ibu masih merasakan gerakan bayi?
 - 5) Apakah ada air yang merembes keluar dari vagina? Jika ya, sejak kapan? Apa warna cairan tersebut dan bagaimana konsistensinya?
 - 6) Kapan ibu makan dan minum terakhir?
 - 7) Apakah ibu ada keluhan atau kesulitan buang air kecil?

- e. Riwayat obstetri (gravida, para) dan tanyakan:
- 1) Apakah ada masalah selama persalinan sebelumnya? Misalnya hipertensi, preeklampsia, perdarahan atau lainnya.
 - 2) Bagaimana cara persalinan sebelumnya? Apakah normal pervaginam, bedah caesar, dengan induksi atau dengan bantuan ekstraksi vakum?
 - 3) Berapa berat badan bayi terbesar yang pernah ibu lahirkan?
 - 4) Apakah ibu memiliki bayi bermasalah pada kehamilan atau persalinan sebelumnya? Seperti bayi dengan kelainan kongenital, bayi mengalami asfiksia dan lain sebagainya
- f. Riwayat medis ibu sebelumnya seperti riwayat kesehatan ibu dan keluarga terkait penyakit menular, menurun, gangguan jiwa dan lainnya.
- g. Permasalahan medis saat ini, misalnya mengalami sakit kepala hebat, gangguan penglihatan, nyeri epigastrium dan sebagainya.
- h. Tanyakan hal-hal lainnya yang belum jelas seperti kekhawatiran ibu dengan persalinan ini dan lainnya untuk memperkaya informasi yang di dapatkan.
- Dokumentasikan semua hasil anamnesis pasien secara lengkap, dan segera lakukan pemeriksaan fisik.

2. Pemeriksaan Fisik Pada Ibu Bersalin

Pemeriksaan fisik dimaksudkan untuk menilai kondisi ibu dan janin yang akan dilahirkan. Jelaskan kepada ibu dan keluarga tentang maksud dan tujuan pemeriksaan yang akan dilakukan. Anjurkan ibu dan keluarga untuk bertanya jika saat pemeriksaan ada yang tidak dimengerti.

Sebelum melakukan pemeriksaan, lakukan prosedur berikut:

- a. Lepas semua perhiasan dan cuci tangan dengan 7 langkah
- b. Tunjukkan sikap ramah, sopan dan santun agar ibu merasa nyaman saat dilakukan pemeriksaan dan minta ibu menarik napas perlahan jika merasa tegang dan gelisah
- c. Meminta ibu untuk mengosongkan kandung kemih, ibu boleh berjalan ke Toilet jika memungkinkan

Pemeriksaan fisik meliputi:

- a. Keadaan umum

Amati dan Periksa keadaan umum ibu terkait kesadaran, kestabilan emosi, tingkat kegelisahan, dan atau tingkat nyeri.

- b. Tanda-tanda Vital

Pemeriksaan tanda vital sangat penting dilakukan pada ibu bersalin, meliputi pemeriksaan suhu, nadi, tekanan darah dan laju pernafasan. pemeriksaan ini dilakukan untuk deteksi dini komplikasi yang dapat terjadi pada ibu bersalin. Lakukan pemeriksaan ini diantara dua kontraksi.

- c. Pemeriksaan Head to Toe

Pemeriksaan head to toe pada ibu bersalin dilakukan dengan hati-hati dan dilakukan dengan tepat.

- 1) Kepala : Periksa atau lihat keadaan rambut ibu seperti kebersihan rambut.
- 2) Wajah: Periksa apakah terdapat oedema pada wajah, konjungtiva (anemis/tidak), sklera (ikterik/tidak), keadaan hidung (apakah terdapat polip atau keadaan lainnya), mulut (apakah ada tanda dehidrasi pada bibir) dan gigi (kebersihan mulut, karies dan plak pada gigi, perdarahan pada gusi dan lainnya).
- 3) Leher: Periksa apakah ada pembesaran kelenjar limfa, kelenjar tiroid dan vena jugularis.
- 4) Dada dan payudara: Dengarkan bunyi jantung dan paru-paru untuk mengidentifikasi jika terdapat kelainan.
- 5) Perut (abdomen) Pemeriksaan abdomen pada ibu bersalin yaitu:
 - a) Menentukan tinggi fundus uteri: Lakukan palpasi Leopold 1 untuk menentukan bagian bayi yang berada di fundus, lakukan pengukuran tinggi fundus dengan pita pengukur saat tidak ada kontraksi. Tinggi fundus yaitu jarak antara tepi atas simfisis pubis dan puncak fundus uteri
 - b) Memantau kontraksi uterus: Letakkan tangan pemeriksa dengan hati-hati pada fundus uteri atau bagian atas dari uterus, tentukan durasi dan frekuensi kontraksi yang dialami ibu. Pemeriksaan dilakukan

dalam 10 menit. Gunakan jam dinding atau jam tangan untuk menghitung lamanya kontraksi.

- c) Memantau denyut jantung janin (DJJ): Pemeriksa dapat menggunakan fetoskop pinnard atau doppler untuk mendengarkan dan menghitung DJJ. Hitung DJJ minimal dalam waktu 60 detik. Dengarkan DJJ pada titik terkuat suara DJJ terdengar. Pemeriksa dapat melakukan palpasi leopold II untuk menentukan bagian punggung janin untuk memudahkan menentukan titik mendengarkan DJJ. Lakukan pemeriksaan DJJ sebelum dan selama kontraksi. DJJ normal adalah 120-160x/menit. Jika hasil DJJ kurang atau lebih dari normal maka kemungkinan mengalami gawat janin. Segera posisikan ibu dengan posisi miring ke kiri, anjurkan ibu untuk relaksasi dan dapat diberikan oksigen 4-6 L/menit. Jika tidak ada perbaikan segera rujuk ibu.
- d) Menentukan presentasi: Lakukan perasat leopold III untuk menentukan presentasi bayi dengan langkah sebagai berikut:
- (1) Pemeriksa berdiri disamping ibu dan menghadap ke arah wajah ibu. Posisikan ibu dengan menekuk sendi panggul dan lutut)
 - (2) Tentukan presentasi janin dengan mempertimbangkan bentuk, ukuran, dan kepadatan bagian yang terbawah. Bagian yang

berbentuk bulat, keras, berbatas tegas dan mudah di gerakkan (jika belum masuk rongga panggul) biasanya adalah kepala, sedangkan jika bentuknya teraba kenyal, kurang tegas dan relatif lebih besar biasanya adalah bokong.

(3) Tentukan apakah bagian terbawah janin sudah masuk ke rongga panggul. Jika telah masuk ke rongga panggul maka bagian tersebut akan sulit di gerakkan atau tidak dapat digerakkan lagi.

e) Menentukan penurunan bagian terbawah Pada palpasi abdomen, penentuan penurunan bagian terbawah janin dilakukan dengan metode lima jari (perlimaan). Penilaian ini dilakukan dengan menghitung proporsi janin bagian terbawah janin yang masih berada diatas simfisis. Hasil pemeriksaan dengan perlimaan yaitu:

(1) 5/5 jika bagian terendah janin masih seluruhnya teraba diatas simfisis

(2) 4/5 jika sebagian (1/5) bagian telah memasuki rongga panggul (hanya 4 jari pemeriksa yang dapat mengakomodasi bagian terendah di simfisis pubis)

(3) 3/5 jika sebagian (2/5) bagian telah memasuki rongga panggul (hanya 3 jari pemeriksa yang dapat mengakomodasi bagian terendah di simfisis pubis)

- (4) 2/5 jika sebagian (3/5) bagian telah memasuki rongga panggul (hanya 2 jari pemeriksa yang dapat mengakomodasi bagian terendah di simfisis pubis)
- (5) 1/5 jika 4/5 bagian telah memasuki rongga panggul (hanya 1 jari pemeriksa yang dapat mengakomodasi bagian terendah di simfisis pubis)
- (6) 0/5 jika seluruh bagian telah masuk ke rongga panggul atau sudah tidak dapat teraba oleh tangan pemeriksa.

Pada primigravida, jika pada fase aktif kepala janin masih 5/5 maka patut waspada terhadap indikasi adanya ketidaksesuaian kepala-panggul atau CPD (Cephalopelvik disproportion)

- 6) Ektremitas (Tangan dan Kaki): Periksa adanya oedema, varises, kebersihan kuku.
- 7) Genetalia: Periksa apakah ada luka atau massa (benjolan) pada daerah genetalia, apakah ada lendir darah yang keluar pervaginam, apakah ada cairan yang keluar pervaginam. Lakukan pemeriksaan dalam untuk menentukan pembukaan dan penipisan serviks. Jika terdapat perdarahan pervaginam, maka jangan lakukan pemeriksaan dalam.
Langkah pemeriksaan dalam:
 - a) Perhatikan privasi pasien

- b) Minta pasien untuk berkemih jika vesika urinarian teraba atau terlihat penuh
- c) Posisikan pasien
- d) Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir
- e) Gunakan sarung tangan DTT/ steril
- f) Lakukan vulva higiene dengan mengusapkan kapas DTT yang telah di celupkan ke air DTT dengan arah usapan dari depan ke belakang atau ke arah anus.
- g) Nilai keadaan genetalia eksterna, apakah ada bekas luka, ataupun terdapat massa atau benjolan dan kelainan lainnya.
- h) Nilai cairan yang keluar pervaginam
- i) Secara hati-hati, masukkan jari tengah dan dari telunjuk pemeriksa
- j) Nilai pembukaan dan penipisan serviks
- k) Nilai keadaan selaput ketuban, apakah masih utuh/tidak. Jika selaput ketuban masih utuh jangan melakukan amniotomi, kecuali syarat amniotomi terpenuhi.
- l) Pastikan tidak ada bagian terkecil janin atau tali pusat yang berada di bagian terendah janin.
- m) Nilai penurunan bagian terendah janin. Tentukan apakah bagian tersebut telah turun memasuki rongga panggul. Penilaian penurunan dapat menggunakan bidang Hodge. Bandingkan

dengan hasil pemeriksaan penurunan melalui palpasi.

Hodge I: pintu atas panggul yaitu bagian datar yang melalui bagian atas simpisis dan promontorium. Hodge II: sejajar dengan bidang hodge I, terletak setinggi bagian bawah simpisis;

Hodge III: sejajar dengan bidang hodge I dan hodge II, terletak setinggi spina isciadika kanan dan kiri;

Hodge IV: sejajar dengan bidang hodge I, II, dan III, terletak setinggi os coccygis.

- n) Tentukan penunjuk bagian terendah janin. Pada presentasi kepala penunjuk dapat menggunakan posisi ubun-ubun kecil janin.
- o) Jika pemeriksaan sudah lengka, keluarkan tangan pemeriksa dengan hati-hati
- p) Celupkan tangan ke dalam larutan clorin dan lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik
- q) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman
- r) Beritahukan hasil pemeriksaan

3. Pemeriksaan Laboratorium Pada Ibu Bersalin

Pemeriksaan laboratorium pada ibu bersalin meliputi: pemeriksaan rutin seperti golongan darah, 82 hemoglobin, pemeriksaan atas indikasi atau situasi tertentu misalnya pemeriksaan pada situasi pandemi covid maka di perlukan

pemeriksaan status covid pasien, dan pemeriksaan atas adanya indikasi penyakit tertentu misalnya HIV/AIDS dan lainnya.

C. PERSIAPAN PERTOLONGAN PERSALINAN

Persiapan pertolongan persalinan diantaranya:

1. Persiapan ruangan

Persiapan Ruang Persalinan dapat terjadi di klinik, puskesmas, rumah sakit dan lainnya. Pastikan ruangan persalinan bersih dan nyaman:

- a. Ruangan bersih dan hangat, sirkulasi udara ruangan baik
- b. Tersedia sumber air yang bersih dan mengalir
- c. Terdapat air disinfeksi tingkat tinggi untuk membersihkan vagina, vulva, perineum dan tubuh ibu setelah melahirkan
- d. Tersedia kamar mandi yang bersih dan pastikan lantai kamar mandi tidak licin
- e. Tempat yang cukup lapang untuk ibu jika ingin berjalan pada kala 1 persalinan
- f. Penerangan yang cukup
- g. Tempat tidur yang bersih untuk ibu dan bayi setelah lahir
- h. Meja atau tempat untuk meletakkan alat dan bahan selama persalinan
- i. Meja atau tempat datar untuk tindakan resusitasi bayi

2. Persiapan Alat, Bahan dan Obat-obatan

Alat, bahan dan obat-obatan yang diperlukan dalam persalinan harus di persiapkan sebelum persalinan dimulai. Berikut daftar alat, bahan dan obat-obatan yang harus tersedia:

a. Alat dan bahan

- 1) Partus set, yang terdiri dari: ½ Kocher, klem kocher 2 buah, gunting episiotomi, gunting tali pusat, pengikat tali pusat, kassa DTT/Steril, 2 pasang sarung tangan DTT/Steril
- 2) Hecting Set, yang terdiri dari: Jarum, benang/ catgut, nalvuder, gunting benang, pinset anatomis/silurgis, duk / kain bersih
- 3) Alat Vital Sign : stetoskop, tensimeter, termometer
- 4) Fetoskop atau dopler
- 5) Pita pengukur
- 6) Jam
- 7) Partograf
- 8) Infus Set
- 9) Sduit : 1 cc, 3cc, 5 cc, 10 cc
- 10) Resusitasi set: Meja datar, pengisap lendir, sungkup, balon resusitasi, lampu sorot
- 11) Kassa DTT
- 12) Sarung Tangan DTT/ Steril Panjang
- 13) Sarung Tangan Karet
- 14) Alat Pelindung Diri (Celemek, masker, kacamata, sepatu boot)

- 15) Air mengalir
 - 16) Handuk/ lap tangan/ Tissue
 - 17) Sabun
 - 18) Alas Bokong
 - 19) Handuk Bersih diatas perut ibu
 - 20) Kain Ganti untuk Menyelimuti ibu dan Bayi
 - 21) Topi Bayi
 - 22) Pakaian Ganti Ibu
 - 23) Pakaian Bayi
 - 24) Larutan klorin 0,5 % dalam wadah/baskom
 - 25) Air DTT didalam wadah/ baskom
 - 26) Tempat sampah medis
 - 27) Tempat sampah non medis
 - 28) Tempat pakaian Kotor
 - 29) Larutan Klorin untuk Desinfeksi
 - 30) Waslap
- b. Obat-obatan:
- 1) 8 ampul oksitosin
 - 2) 2 ampul metil ergometrin
 - 3) 20 ml Lidokain 1% tanpa epinefrin atau 10 ml Lidokain 2% tanpa epinefrin dan air steril atau cairan garam fisiologis (Ns) untuk pengenceran
 - 4) 2 vial larutan Magnesium Sulfat 40% (25 gram)
 - 5) Vit K
 - 6) 2 vial MgSO₄
 - 7) 3 botol Ringer Laktat / cairan garam fisiologis (Ns)

8) Salep mata tetrasiklin 1 %

3. Persiapan Rujukan

Rujukan yang tepat waktu diharapkan dapat menyelamatkan ibu dan bayinya. Penyulit atau kegawatdaruratan terkadang sulit diprediksi, sehingga tenaga kesehatan harus siap untuk melakukan rujukan kapanpun. Sebelum melakukan rujukan, yang terpenting bagi tenaga kesehatan adalah melakukan stabilisasi pra rujukan. Minta ibu dan keluarga sejak dalam kehamilan atau paling lambat di awal persalinan untuk mempersiapkan rencana rujukan. Persiapan rujukan agar mudah diingat biasanya disingkat dengan BAKSOKU:

B (Bidan) : Pada saat melakukan rujukan, pastikan Bidan mendampingi ibu dan atau bayi menuju ke fasilitas kesehatan rujukan

A (Alat) : Bawa Alat, bahan dan obat-obatan saat melakukan rujukan sebagai antisipasi jika diperlukan atau jika ibu melahirkan diperjalanan ke tempat rujukan.

K (Keluarga) : Suami atau anggota keluarga lainnya harus ada yang menemani selama proses rujukan. Jelaskan kepada ibu dan keluarga mengenai kondisi ibu dengan sebenarnya.

S (Surat) : Fasilitas kesehatan yang merujukan harus membekali pasien dengan surat pengantar rujukan yang menjelaskan secara lengkap mengenai kondisi ibu, alasan rujukan, dan asuhan dan atau obatobatan yang telah di terima ibu hingga sampai di tempat tujuan rujukan. Pada pasien yang sudah berada di fase aktif, partograf di sertakan dalam surat rujukan.

O (Obat) : Bawa obat-obatan esensial dan atau obatobatan yang akan diperlukan selama di perjalanan menuju tempat rujukan.

K (Kendaraan) : Siapkan kendaraan yang akan membaea ibu ke tempat rujukan. Pastikan kendaraan yang digunakan dalam kondisi baik sehingga dapat mengantarkan ke tujuan tepat waktu

U (Uang) Ingatkan keluarga agar membawa uang atau dana yang cukup untuk membeli keperluan obat- obatan atau lainnya yang mungkin di perlukan selama ibu di fasilitas rujukan. Asuransi kesehatan (jika ada) juga agar di bawa untuk memudahkan proses administrasi.

D. ASUHAN SAYANG IBU PADA KALA I PERSALINAN

Persalinan adalah sebuah proses yang emosional bagi ibu dan keluarganya. Tenaga kesehatan diharapkan dapat membantu menjadikan proses ini sebagai pengalaman yang menyenangkan bagi ibu dan keluarga. Asuhan sayang ibu selama proses persalinan yang dapat diberikan kepada ibu adalah:

1. Menyapa ibu dengan ramah dan sopan, bertindak tenang
2. Menjawab pertanyaan ibu dan keluarganya
3. Memberikan dukungan emosional
4. Membantu pengaturan posisi ibu
5. Memberikan cairan dan nutrisi

6. Memberikan ibu keleluasaan untuk penggunaan kamar mandi
7. Bekerja sama dengan keluarga untuk memberikan kenyamanan bagi ibu seperti mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati ibu, memberikan sentuhan dan pijatan yang membuat ibu lebih rileks, menciptakan susasan ruang persalinan yang nyaman
8. Melakukan pencegahan infeksi

BAGIAN 5

TAHAP PENGELUARAN (KALA II)

A. KONSEP KALA DUA

Kala dua persalinan didefinisikan sebagai durasi dari serviks yang melebar sepenuhnya hingga bayi lahir. Kala dua persalinan mencakup fase pasif, dengan turunnya kepala janin secara pasif, dan fase aktif, yang juga dikenal sebagai fase ekspulsif, yaitu mengejan. Fase aktif dimulai saat kontraksi menjadi ekspulsif atau saat wanita mulai mengejan secara aktif. Sebelumnya, definisi kala dua persalinan yang lama pada wanita nulipara adalah > 2 jam tanpa analgesia epidural dan 3 jam dengan analgesia epidural. Namun, rekomendasi terkini sering kali mencakup durasi yang lebih lama dalam beberapa kasus, yaitu, bahwa manajemen bersifat individual tergantung pada kemajuan persalinan, analgesia epidural, posisi janin, dan intervensi.

Manajemen obstetrik kala dua yang optimal merupakan tantangan yang terus berlanjut untuk mengurangi angka persalinan sesar darurat dan untuk menghindari hasil maternal dan neonatal yang merugikan. Pada kondisi durasi kala dua yang memanjang, proporsi persalinan spontan per vaginam menurun dan morbiditas ibu meningkat. Hubungan antara durasi kala dua dan risiko morbiditas neonatal telah diteliti dalam banyak penelitian dengan hasil yang saling bertentangan. Beberapa penelitian tidak

menemukan hubungan antara kala dua yang diperpanjang dan hasil buruk neonatal.

Penelitian lain menunjukkan bahwa kala dua yang memanjang dapat meningkatkan risiko masuk ke unit perawatan intensif neonatal (NICU), asfiksia saat lahir, trauma saat lahir, skor Apgar 5 menit yang rendah, sepsis, atau mortalitas perinatal. Sebagian besar penelitian telah menyelidiki keseluruhan durasi kala dua dan morbiditas neonatal. Hanya sedikit penelitian yang menyelidiki hasil neonatal berdasarkan durasi mengejan dengan hasil yang beragam. Sebuah penelitian besar baru-baru ini menemukan durasi mengejan yang lama meningkatkan risiko komplikasi neonatal, tetapi perbedaan risiko absolutnya rendah. Dua tinjauan sistematis menyimpulkan bahwa penelitian lebih lanjut mengenai manajemen dan durasi kala dua diperlukan untuk memandu praktik klinis berbasis bukti.

Kala dua persalinan bervariasi durasinya dari beberapa menit hingga berjam-jam. Kala dua yang memanjang, terutama jika persalinan terhambat, dikaitkan dengan komplikasi seperti Perdarahan Pasca Persalinan (PPH) dan pada kasus yang parah fistula obstetrik. Namun, batas optimal durasi kala dua, jika tidak ada masalah pada janin atau kelelahan ibu, yang setelahnya direkomendasikan untuk dilakukan intervensi guna mempercepat persalinan belum diketahui. Keputusan untuk melakukan intervensi guna membatasi kala dua persalinan memerlukan pertimbangan

antara risiko dan manfaat melalui perbandingan dengan menunggu kelahiran spontan.

Risiko persalinan pervaginam operatif meliputi *obstetric anal sphincter injuries* (OASI) dan cedera saraf atau tulang yang jarang terjadi pada bayi baru lahir. Persalinan caesar kala dua juga menghadirkan risiko trauma ibu, perdarahan, dan risiko trauma pada bayi, serta risiko untuk kehamilan berikutnya. Kedua intervensi tersebut juga terkait dengan gejala stres pascatrauma ibu. Beberapa ibu mungkin ingin terus mencoba Pilihan untuk melakukan *spontaneous vaginal delivery* (SVD) meningkat seiring waktu, karena manfaat yang dirasakan. *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* tahun 2017 telah merekomendasikan pemberian intervensi setelah 3 jam kala dua aktif untuk wanita nulipara dan 2 jam untuk wanita yang pernah melahirkan, meskipun buktinya terbatas.

Sebelumnya, tinjauan sistematis tahun 2006 menunjukkan kurangnya bukti yang dapat diandalkan bahwa durasi kala dua dikaitkan dengan hasil maternal atau perinatal yang buruk. Keterbatasan studi saat itu mencakup kategorisasi luas durasi kala dua (yaitu < 3 jam vs. > 3 jam) dan kurangnya data tentang faktor pengganggu yang potensial. Namun, kajian tahun 2006 menyebabkan perubahan dalam panduan klinis di Aberdeen (NHS Grampian) yang melibatkan pemberian intervensi setelah 4 jam kala dua untuk wanita nulipara dan 3 jam untuk wanita yang pernah melahirkan, yang mulai berlaku pada tahun 2008.

Organisasi nasional dan internasional berbeda-beda dalam merekomendasikan tentang durasi kala dua yang dapat diterima dengan perdebatan internasional yang sedang berlangsung dan beberapa kelompok yang mendukung durasi yang lebih lama. Hal ini menunjukkan perlunya penelitian yang lebih kuat dan terarah tentang durasi kala dua pasif dan aktif serta hasil maternal dan fetal.

Menurut pedoman NICE (2014), untuk wanita nulipara:

1. Kelahiran diharapkan terjadi dalam waktu 3 jam sejak dimulainya kala dua aktif pada sebagian besar wanita.
2. Mendiagnosis keterlambatan kala dua aktif ketika telah berlangsung 2 jam dan merujuk wanita tersebut ke pemberi asuhan kesehatan profesional yang terlatih untuk melakukan persalinan per vaginam operatif jika kelahiran tidak segera terjadi.

Seiring waktu dalam beberapa hal terkait populasi dan praktik obstetrik modern yang telah berkembang, manajemen persalinan saat ini sebagian besar masih didasarkan pada data yang ditetapkan oleh Friedman pada tahun 1950-an. Masih ada kontroversi mengenai total lama kala dua dan apakah mengejan harus "ditunda". Beberapa orang menganjurkan tahap kedua yang lebih lama dan telah menunjukkan bahwa sekitar 78% wanita nulipara melahirkan secara normal bahkan setelah 4 jam mengejan. Tinjauan sistematis dan meta-analisis terbaru dari literatur yang mengevaluasi efek mengejan tertunda versus mengejan segera pada wanita dengan analgesia neuroaksial menunjukkan bahwa mengejan

tertunda pada tahap kedua tidak memengaruhi cara persalinan, meskipun hal itu mengurangi waktu mengejan aktif dengan mengorbankan tahap kedua yang lebih lama. Tinjauan ini juga menemukan bahwa perpanjangan persalinan dikaitkan dengan insiden korioamnionitis yang lebih tinggi dan pH tali pusat yang rendah. Berdasarkan temuan ini, penulis menyimpulkan bahwa mengejan tertunda tidak dapat secara rutin dianjurkan untuk penanganan tahap kedua. WHO, dalam rekomendasinya tahun 2018 untuk asuhan intrapartum terkait pengalaman melahirkan yang positif, tidak membedakan antara aspek pasif dan aktif dari tahap kedua, atau apakah epidural atau tidak. Wanita harus diberi tahu bahwa durasi tahap kedua bervariasi dari satu wanita ke wanita lainnya. Pada persalinan pertama, kelahiran biasanya selesai dalam waktu 3 jam, sedangkan pada persalinan berikutnya, kelahiran biasanya selesai dalam waktu 2 jam.

B. PRINSIP KALA DUA

Secara historis, kebijakan dan program kesehatan internasional cenderung berfokus pada tahap pertama persalinan, termasuk penggunaan partograf yang tepat dan identifikasi hipertensi atau sepsis, dan pada tahap ketiga persalinan, termasuk manajemen aktif dan pencegahan perdarahan. Ada data yang menunjukkan bahwa waktu paling berbahaya dalam hidup seseorang adalah saat melahirkan. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), kala dua

persalinan didefinisikan sebagai periode waktu antara dilatasi serviks penuh dan kelahiran bayi, saat wanita memiliki keinginan tak sadar untuk mengejan, sebagai akibat dari kontraksi rahim yang ekspulsif. Pada kebanyakan kasus, selama kala dua persalinan, meskipun sirkulasi uteroplasenta berkurang, terdapat cukup cadangan untuk mempertahankan oksigenasi fetus hingga kelahiran. Namun, ada potensi kondisi fetus dan maternal memburuk dengan cepat selama kala dua.

Kemunduran dapat terjadi pada kehamilan dengan faktor risiko yang diketahui, seperti preeklamsia atau hambatan pertumbuhan fetus, tetapi juga, terkadang tidak terduga, pada kehamilan yang tampaknya berisiko rendah. Dengan demikian, penilaian risiko antenatal dan kemajuan pada tahap pertama persalinan, seperti yang ditunjukkan oleh partograf normal, belum tentu dapat diandalkan untuk memprediksi hasil normal dan bidan harus tetap waspada dalam semua kasus selama tahap kedua. Komplikasi potensial penting yang timbul pada tahap kedua persalinan adalah hipoksia janin yang menyebabkan asfiksia saat lahir; kegagalan bagian presentasi untuk berputar atau turun dengan tepat; dan hipertensi ibu yang memburuk atau baru serta preeklamsia. Wanita dengan penyakit jantung yang sudah ada sebelumnya atau anemia berat mungkin berisiko mengalami gagal jantung selama tahap kedua karena tuntutan sirkulasi tambahan dari dorongan aktif. Dengan demikian, perawatan yang aman dan berkualitas tinggi pada tahap kedua persalinan sangat penting untuk mencegah lahir

mati dan komplikasi bayi baru lahir yang timbul akibat asfiksia, serta kematian ibu dan morbiditas akibat komplikasi seperti fistula vesikovaginal, cedera sfingter ani, sepsis, perdarahan, dan memburuknya penyakit hipertensi. Selama tahap kedua persalinan, bidan harus mematuhi 10 prinsip utama perawatan tahap kedua ini yaitu:

1. Terus memberikan informasi, dukungan, dan dorongan yang akurat dan jujur kepada wanita dan pendamping persalinan serta memastikan terkait keotonomian untuk membuat pilihan yang tepat (kecuali jika benar-benar tidak memiliki kapasitas untuk melakukannya).
2. Dengarkan jantung janin secara berkala (setiap 5 menit, atau setelah setiap kontraksi, mana yang lebih dulu terjadi) untuk mendeteksi jantung janin. Jika dianggap berisiko tinggi, pantau terus-menerus, menggunakan kardiotokografi, jika tersedia.
3. Pantau denyut nadi dan tekanan darah ibu dalam setiap kasus, dan lebih sering jika ada masalah hipertensi, preeklamsia, anemia, atau penyakit jantung yang sudah ada sebelumnya.
4. Tingkatkan kontraksi dengan infus oksitosin intravena selama tahap kedua—jika perlu, dan hanya jika aman untuk melakukannya—jika kontraksi menjadi jarang, asalkan denyut jantung janin tetap normal. Ini dapat menghindari perlunya persalinan per vaginam dengan bantuan (AVD) atau pemindahan ke fasilitas kesehatan.
5. Dorong dorongan aktif jika serviks melebar sepenuhnya dengan kurang dari 2/5 kepala teraba per abdomen dan ketika

keinginan untuk mengejan muncul (kecuali epidural) dengan dorongan untuk mengambil posisi apa pun untuk mengejan yang disukai oleh wanita kecuali berbaring telentang sepenuhnya.

6. Amati penurunan dan rotasi progresif bagian presentasi. Ini termasuk mengamati distensi progresif perineum dan melakukan pemeriksaan vagina bila diperlukan, terutama bila kemajuan persalinan tampak lambat.
7. Memfasilitasi kelahiran dengan komunikasi berkelanjutan dengan wanita dan dukungan perineum yang tepat serta kontrol bagian presentasi, untuk menghindari robekan perineum yang signifikan dan *obstetric anal sphincter injuries* (OASI).
8. Melakukan episiotomi hanya bila robekan signifikan (lebih dari derajat kedua) atau OASI dinilai mungkin terjadi, atau untuk mempercepat persalinan bila terjadi gawat janin (pembatasan, bukan penggunaan rutin).
9. Menggunakan vakum atau forsep untuk AVD bila diindikasikan untuk dugaan gangguan janin atau kepala janin tidak maju, dengan syarat tersedia tenaga profesional yang memiliki keterampilan yang sesuai.
10. Pertimbangkan kelahiran sesar tahap kedua jika AVD tidak memungkinkan dengan aman, biasanya karena kepala berada pada posisi yang tinggi. Pada kasus ini, tim yang hadir harus mengantisipasi dan bersiap untuk menghindari potensi komplikasi terkait. Penekanan kontraksi harus dipertimbangkan

saat mempersiapkan persalinan sesar, terutama jika keputusan tentang waktu persalinan mungkin tertunda.

C. PENOLONG PERSALINAN

Ini adalah tahap persalinan di mana kontribusi dari penolong persalinan yang berkualifikasi dan terampil paling penting dalam memastikan hasil yang aman, selain pengetahuan teknis. Saat mendampingi persalinan, waktu mengejan aktif harus diatur sehingga hanya dianjurkan saat serviks telah melebar sepenuhnya, saat bagian presentasi telah masuk ke panggul, dan wanita tersebut merasakan keinginan untuk mengejan (kecuali epidural digunakan). Penolong yang terampil juga memiliki peran untuk mendorong ibu agar mengadopsi posisi mengejan aktif yang nyaman dan bermanfaat secara mekanis —misalnya, jongkok atau duduk. Di banyak rumah sakit di negara-negara dengan sumber daya terbatas, berbaring telentang saat persalinan dianjurkan. Kecenderungan yang dapat diperburuk oleh kurangnya bantal yang tersedia atau penggunaan tempat tidur bersalin yang tidak fleksibel di mana bagian atas tidak dapat ditinggikan. Memastikan keselamatan dan kualitas asuhan kala dua persalinan, dan penyediaan 10 elemen kunci tersebut, memerlukan kehadiran bidan kedua yang terlatih untuk membantu—misalnya untuk mempertahankan auskultasi jantung janin dan dukungan bagi ibu saat bidan atau dokter kandungan mengenakan sarung tangan steril sebagai persiapan

untuk melahirkan. Jika komplikasi terjadi, bidan kedua dapat meminta bantuan dan memulai asuhan darurat, tanpa mengurangi asuhan berkelanjutan yang diberikan kepada ibu oleh bidan terampil.

Demi mencapai hal ini, fasilitas yang menyediakan asuhan maternitas perlu menyusun alokasi dan campuran keterampilan staf untuk mengenali persyaratan asuhan tambahan pada kala dua. Meskipun hal ini menantang dalam situasi di mana anggaran atau kekurangan staf terampil menjadi kendala utama (seperti yang juga dapat terjadi di lingkungan berpenghasilan tinggi), upaya serius untuk menyediakan perawatan yang efektif pada tahap kritis ini dapat mengurangi beban intervensi darurat untuk bayi yang mengalami asfiksia dan ibu dengan komplikasi yang dapat dicegah. Pertimbangan khusus diperlukan dalam situasi persalinan di mana hanya tersedia satu orang pendamping terampil, seperti persalinan di rumah atau pusat kesehatan kecil. Pada kasus ini, perencanaan persalinan perlu melibatkan kerabat, pendamping persalinan tradisional, atau staf nonklinik untuk membantu peran pendamping persalinan kedua. Pendamping tersebut perlu diberi pengarahan tentang peran yang dapat dilakukan dan pengaturan yang dibuat agar dapat diakses saat persalinan.

D. PEMANTAUAN KALA DUA

Pengamatan berikut direkomendasikan pada kala dua persalinan. Semua pengamatan harus dicatat pada partograf untuk menilai apakah peningkatan, intervensi, atau pemindahan asuhan mungkin diperlukan.

1. Dokumentasi frekuensi kontraksi setiap setengah jam
2. Tekanan darah setiap jam
3. Suhu tubuh yang terus dipantau setiap 4 jam
4. Frekuensi buang air kecil
5. Lakukan pemeriksaan vagina setiap jam pada tahap kedua yang aktif, atau sebagai respons terhadap keinginan wanita (setelah palpasi abdomen)
6. Lakukan auskultasi berkala terhadap denyut jantung janin segera setelah kontraksi selama minimal 1 menit, minimal setiap 5 menit. Palpasi denyut nadi wanita setiap 15 menit untuk membedakan kedua detak jantung.

Hal-hal tersebut adalah pengamatan minimum dan mengasumsikan ibu dan janin yang sehat (risiko rendah). Jika tekanan darah wanita meningkat, atau jika diduga terjadi gangguan pada janin, pemantauan pada kala dua harus lebih sering dilakukan. Peralatan yang berfungsi dengan baik dan perangkat yang menyederhanakan deteksi detak jantung janin harus tersedia. Penolong persalinan harus memiliki keterampilan untuk menginterpretasikan detak jantung janin dan mengambil tindakan yang tepat bila diperlukan. Sementara stetoskop Pinard tradisional yang memadai di ruang

bersalin, sering kali sulit digunakan dengan andal, terutama pada kala dua.

Ketersediaan luas perangkat *Doppler* genggam dengan baterai cadangan dan/atau teknologi pengisian ulang dengan penggulung harus menjadi bagian dari penyediaan peralatan standar untuk asuhan yang aman dan berkualitas tinggi pada kala dua. Oleh karena itu, perencana dan manajer layanan harus memprioritaskan pengadaan dan pemeliharaan rutin perangkat tersebut. Namun, pernyataan konsensus Delphi baru-baru ini tentang pemantauan janin menyimpulkan bahwa ada kesenjangan antara rekomendasi internasional dan apa yang secara fisik memungkinkan di banyak bangsal bersalin di lingkungan dengan sumber daya rendah. Penelitian tentang cara menerapkan konsensus tentang penilaian janin saat masuk dan penggunaan *Doppler* genggam selama persalinan dan melahirkan secara efektif sangat penting untuk mendukung staf dalam mencapai perawatan terbaik di lingkungan dengan sumber daya terbatas.

E. POSISI WANITA PADA KALA DUA

Perubahan posisi selama persalinan untuk meningkatkan kenyamanan ibu dan mendukung posisi janin yang optimal dapat didukung, selama posisi yang diadopsi memungkinkan pemantauan dan perawatan ibu dan janin yang tepat dan tidak dikontraindikasikan oleh komplikasi medis atau obstetrik ibu.

Penelitian yang mengkaji pengoptimalan posisi persalinan untuk mencapai persalinan spontan per vaginam dan untuk menghindari AVD cenderung mengkategorikan wanita menjadi penerima asuhan yang menggunakan epidural (dosis umumnya rendah) dan yang tidak. Penggunaan posisi tegak atau lateral apa pun pada tahap kedua persalinan, dibandingkan dengan posisi terlentang atau litotomi, dikaitkan dengan pengurangan AVD pada wanita yang tidak menggunakan epidural. Sebuah uji coba acak melibatkan 3236 wanita nulipara dengan epidural dosis rendah untuk menentukan apakah posisi tegak pada tahap kedua persalinan meningkatkan peluang kelahiran spontan per vaginam dibandingkan dengan berbaring. Persalinan spontan per vaginam terjadi secara signifikan lebih sedikit pada wanita dalam kelompok tegak dibandingkan dengan kelompok berbaring (35,2% vs 41,1%; rasio risiko yang disesuaikan 0,86, interval kepercayaan 95% 0,78–0,94). Ini menunjukkan peningkatan absolut sebesar 5,9% dalam peluang persalinan spontan per vaginam pada kelompok berbaring. Hasil ini menarik, terutama mengingat data yang tampaknya bertentangan mengenai posisi pada wanita tanpa epidural, dan jelas diperlukan penelitian lebih lanjut terkait hal ini. Saat ini, sarannya adalah wanita harus didukung untuk melahirkan dalam posisi pilihan sendiri. Oleh karena itu, semua fasilitas bersalin harus memiliki ruang, peralatan, dan penyedia layanan terampil yang memadai untuk memfasilitasi hal itu.

F. PENGGUNAAN OKSITOSIN PADA KALA DUA

Oksitosin harus digunakan dengan sangat hati-hati, karena jika tidak digunakan dengan tepat, obat ini berpotensi berbahaya bagi ibu dan janin. Pemberian oksitosin intramuskular sebelum persalinan benar-benar dikontraindikasikan. Oksitosin intravena dapat digunakan pada tahap kedua persalinan, dengan tujuan mengurangi kebutuhan untuk operasi caesar atau AVD, jika pola kontraksi dianggap tidak memadai dan jika presentasi, posisi, dan denyut jantung janin telah dipastikan normal. Sangat penting untuk melakukan penilaian menyeluruh dan lengkap terhadap situasi dan pemeriksaan wanita tersebut untuk menyingkirkan disproporsi sefalo-pelvik atau persalinan macet, sebelum memulai oksitosin.

Satu tinjauan menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan secara statistik dalam AVD antara wanita dalam persalinan spontan dengan analgesia epidural yang ditambah dengan oksitosin dan yang menerima plasebo. Para penulis memberikan komentar bahwa, karena terbatasnya jumlah wanita yang diikutsertakan dalam penelitian, penelitian lebih lanjut dalam bentuk uji coba terkontrol acak diperlukan. Oksitosin intravena hanya boleh diberikan sesuai dengan protokol fasilitas (yang menjelaskan indikasi, dosis, dan rute intravena) oleh penyedia layanan kesehatan terlatih, dengan kontraksi yang diraba dan dipantau secara teratur (tidak boleh lebih dari lima dalam 10 menit). Infus yang didasarkan pada penghitungan tetes dalam set pemberian intravena dapat mengakibatkan dosis oksitosin yang tidak akurat. Jika pompa infus

tidak tersedia, frekuensi dan kekuatan kontraksi yang dihasilkan harus diperhatikan dengan sangat hati-hati untuk menghindari hiperstimulasi. Jika asuhan satu lawan satu tidak memungkinkan, risiko ini mungkin lebih besar daripada manfaat potensial dan oksitosin harus digunakan dengan sangat hati-hati, jika memang digunakan.

G. INTERVENSI UNTUK PERSALINAN PER VAGINAM FISIOLOGIS

Berbagai intervensi telah terbukti meningkatkan angka kelahiran spontan pervaginam, termasuk hidrasi yang adekuat, posisi yang berbeda untuk melahirkan, asuhan yang penuh hormat, dan kehadiran pendamping persalinan. Dukungan berkelanjutan untuk wanita selama persalinan oleh bidan satu lawan satu, terutama ketika penyedia layanan bukan anggota staf, telah terbukti mengurangi kebutuhan untuk persalinan secara per vaginam dan data mengenai akses ke bidan doula menunjukkan bahwa peningkatan akses ke perawatan doula untuk wanita berisiko yang menginginkan dukungan doula intrapartum dapat memfasilitasi penurunan angka persalinan sesar 'non-indikasi'.

1. Persalinan Per Vaginam Dengan Bantuan (AVD)

Jika tujuan persalinan pervaginam fisiologis tidak tercapai meskipun telah dilakukan tindakan tersebut atau jika ditemukan kelainan pada denyut jantung janin, penggunaan AVD (dengan ekstraktor vakum atau forsep) dapat membantu memperpendek

kala dua persalinan dan mengurangi kebutuhan untuk operasi caesar kala dua dan harus dipertimbangkan. Sebelum melakukan AVD, penilaian menyeluruh terhadap situasi diperlukan, dan semua prasyarat dipertimbangkan. AVD hanya boleh dicoba oleh penyedia layanan kesehatan yang terlatih dan berkualifikasi untuk mengenali indikasi dan yang terampil dan diperlengkapi untuk melakukan AVD dengan aman. Pelatihan yang tepat dalam teknik dan pengambilan keputusan sangat penting untuk memastikan perawatan berkualitas tinggi dan aman bagi ibu dan bayi; pelatihan yang tidak memadai telah terbukti menjadi kontributor utama terhadap hasil yang buruk.

Bagi negara-negara yang mengharuskan penyedia layanan kesehatan selain dokter kandungan untuk melakukan AVD, pelatihan yang tepat dan undang-undang yang mendukung harus tersedia. Jika tidak ada undang-undang formal, harus ada dokumen tertulis yang memungkinkan penyedia layanan kesehatan untuk melakukan intervensi dan menyatakan keadaan yang memungkinkan hal ini dilakukan. Tujuan dari kebijakan ini adalah untuk memungkinkan penyedia layanan kesehatan menggunakan keterampilan tanpa takut akan kritik yang timbul dari kekhawatiran tentang ruang lingkup praktik profesional dan memastikan asuhan yang aman.

Pelatihan "langsung" dalam AVD serta aspek lain dari manajemen kala dua sangat penting. Rumah sakit dan fasilitas perlu menyediakan instrumen kebidanan yang tepat dan

memastikan bahwa penyedia layanan kesehatan terlatih dengan baik dan kompeten untuk menggunakannya. Mengenai pilihan instrumen untuk AVD, hal ini bergantung pada keseimbangan antara keadaan klinis dan pengalaman praktisi.

Sebuah tinjauan Cochrane telah menyertakan bukti dari 10 uji coba yang mengevaluasi manfaat relatif dari persalinan vakum dibandingkan dengan forsep. Secara keseluruhan, persalinan vakum tampaknya dikaitkan dengan berkurangnya trauma ibu dibandingkan dengan forsep, sementara tingkat kegagalan tampaknya berkurang dengan forsep. Namun, ketika melihat hasil setelah penggunaan vakum dan forsep, perlu dicatat bahwa terdapat kelangkaan uji coba acak di area ini dan oleh karena itu data perbandingan harus ditafsirkan dengan hati-hati. Instrumen apa pun yang digunakan, AVD seharusnya tidak berkaitan dengan kekuatan, tetapi tentang fleksi dan penyelarasan ulang. Pentingnya mengidentifikasi titik fleksi sangat penting. Ini tentu saja merupakan kunci keberhasilan persalinan vakum dan sering kali diabaikan, terutama oleh mereka yang menerima sedikit atau tidak sama sekali pelatihan.

Perangkat vakum genggam seperti Kiwi Omni Cup telah menjadi populer karena mudah digunakan, dengan petugas yang dapat mengendalikan isapan. Pilihan yang lebih murah dan dapat digunakan kembali saat ini sedang dikembangkan. Informasi sederhana berbasis risiko bagi perempuan dan penyedia layanan kesehatan mengenai vakum dan forsep

dirangkum dalam saran persetujuan dari *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*. Saat ini sedang menjalani pengujian oleh WHO dan mitra global adalah perangkat berbiaya rendah baru untuk AVD, perangkat Odon. Perangkat ini diaplikasikan menggunakan inserter sederhana dan meskipun mekanismenya belum sepenuhnya dipahami, tampaknya bekerja berdasarkan prinsip fleksi kepala, sehingga memudahkan persalinan. Odon telah dirancang agar mudah digunakan dengan pelatihan minimal di tempat dengan sumber daya terbatas. WHO menerapkan protokol studi tiga fase, tetapi hingga perangkat tersebut dievaluasi sepenuhnya, perangkat tersebut tidak dapat direkomendasikan untuk penggunaan rutin.

2. Dorongan Vagina

Persalinan sungsang vagina dilakukan ketika seorang wanita memilihnya, atau ketika keseimbangan risiko dianggap lebih baik daripada persalinan sesar, yang dapat terjadi ketika akses ke persalinan sesar terbatas. Semua bidan terampil harus terbiasa dengan diagnosis presentasi sungsang saat persalinan dan dengan manuver untuk persalinan sungsang vagina menggunakan simulasi, karena di banyak tempat, semakin kecil kemungkinan bidan akan melakukan persalinan sungsang vagina yang cukup untuk mempertahankan kompetensi tanpa pelatihan simulasi.

H. PEREDA NYERI PADA KALA DUA

Jika terjadi penundaan pada kala dua persalinan, atau jika wanita tersebut sangat tertekan, dukungan dan dorongan yang peka serta kemungkinan kebutuhan wanita tersebut akan analgesia/anestesi merupakan pertimbangan yang sangat penting. Pilihan pereda nyeri harus didiskusikan dengan wanita tersebut sebelum persalinan dimulai dan ditawarkan sesuai dengan keinginannya, protokol fasilitas, dan sumber daya yang tersedia. Wanita tersebut harus didorong untuk menyiapkan rencana perawatan dan dukungan yang dipersonalisasi, termasuk preferensi pereda nyeri, bersama dengan penyedia layanan kesehatannya. Kebutuhan akan pereda nyeri sangat bervariasi antara individu dan harus dinilai secara individual. Penyedia layanan kesehatan tidak boleh mendasarkan asumsi "mengatasi" pada perilaku nyeri yang terlihat.

Ada perdebatan mengenai analgesia epidural dan pengaruhnya pada kala dua persalinan. Studi menunjukkan bahwa ketidakmampuan untuk mempertahankan analgesia epidural yang optimal dikaitkan dengan peningkatan risiko hasil obstetrik kala dua yang merugikan. Analgesia epidural atau regional tidak tersedia secara konsisten, terutama di beberapa negara berpenghasilan rendah dan menengah, dan ketersediaan harus dipertimbangkan saat menawarkan pilihan. Anestesi lokal harus digunakan untuk infiltrasi perineum sebelum melakukan episiotomi, dan praktik memotong sayatan tanpa anestesi sekarang harus sudah tidak berlaku lagi. Untuk AVD, blok pudendal dapat digunakan.

Ada beberapa data yang saling bertentangan mengenai kebijakan episiotomi terbatas (episiotomi hanya bila perlu) versus kebijakan episiotomi rutin terkait hasil maternal dan fetal. Saat melakukan episiotomi, episiotomi mediolateral umumnya direkomendasikan, terutama untuk AVD, yang tampaknya melindungi terhadap OASI. Episiotomi mediolateral harus dilakukan pada sudut 60 derajat. Sebuah studi observasional besar dari Belanda yang melibatkan 28.732 persalinan per vaginam yang dibantu menyimpulkan bahwa episiotomi mediolateral bersifat protektif terhadap OASI baik pada ekstraksi vakum (9,4% vs 1,4%) maupun persalinan forcep (22,7% vs 2,6%). Episiotomi harus selalu dilakukan dengan analgesia yang adekuat, baik dengan anestesi yang sudah tersedia untuk persalinan, seperti epidural, atau dengan pemberian infiltrasi lokal.

BAGIAN 6

TAHAP LAHIRNYA PLASENTA (KALA III)

A. FISIOLOGI LAHIRNYA PLASENTA (KALA III)

Kala III persalinan adalah periode yang dimulai setelah bayi lahir dan berakhir pada saat seluruh plasenta sudah dilahirkan. Rata-rata lama Kala III berlangsung 15-30 menit, baik pada primipara maupun multipara. Tempat implantasi plasenta paling sering pada dinding depan dan belakang *corpus uteri*. Namun apabila implantasi terletak pada Segmen Bawah Rahim (SBR) keadaan ini disebut plasenta previa. Pada kala III ini otot uterus (*myometrium*) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina.

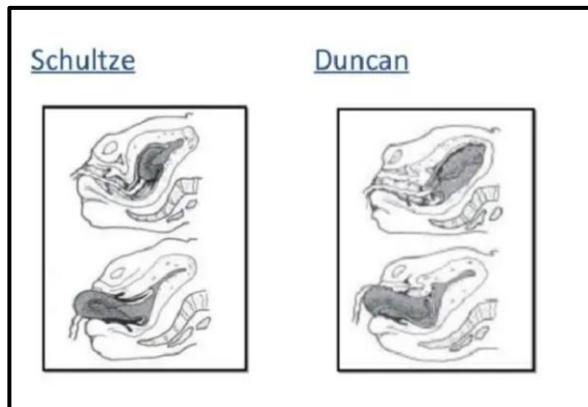
B. FASE LAHIRNYA PLASENTA (KALA III)

1. Pelepasan Plasenta

Setelah bayi lahir, terjadi kontraksi uterus, mengakibatkan volume rongga uterus berkurang, dinding uterus menebal. Pada

tempat implantasi plasenta juga terjadi penurunan luas area. Ukuran plasenta tidak berubah, sehingga menyebabkan plasenta terlipat, menebal dan akhirnya terlepas dari dinding uterus. Plasenta terlepas sedikit demi sedikit. Terjadi pengumpulan perdarahan diantara ruang plasenta dan *desidua basalis* yang *retro plasenter hematom*. Setelah plasenta terlepas plasenta akan menempati Segmen Bawah Rahim (SBR).

Cara lepasnya ada beberapa macam, meliputi:



Gambar 6.1. Mekanisme Pelepasan plasenta

- 1) Mekanisme *Schultze* : Pelepasan plasenta yang dimulai dari sentral / bagian tengah, sehingga terjadi bekuan retroplasenta. Tanda pelepasan dari tengah ini mengakibatkan perdarahan terjadi setelah plasenta lahir.
- 2) Mekanisme *Duncan* : Terjadi pelepasan plasenta dari pinggir atau bersamaan dari pinggir dan tengah, mekanisme ini mengakibatkan semburan darah terjadi sebelum plasenta lahir.

Tanda-tanda Pelepasan Plasenta, diantaranya:

- 1) Perubahan bentuk uterus. Bentuk uterus yang semula discoid menjadi globuler akibat dari kontraksi uterus ataupun uterus menjadi berbentuk bundar
- 2) Terjadi semburan darah tiba-tiba
- 3) Tali pusat memanjang atau tali pusat bertambah panjang
- 4) Perubahan posisi uterus. Uterus terdorong ke atas, karena plasenta dilepas ke Segmen Bawah Rahim (SBR). Setelah plasenta lepas dan menempati SBR, maka uterus muncul pada rongga abdomen.

Perasat untuk mengetahui lepasnya plasenta, diantaranya:

- 1) Perasat *Kustner*
Dengan meletakkan tangan disertai tekanan pada atas simfisis, tali pusat ditegangkan maka bila tali pusat masuk (artinya belum lepas) dan jika plasenta diam saja atau keluar (artinya sudah lepas)
- 2) Perasat *Klein*
Saat ada his Rahim kita dorong sedikit, bila tali pusat kembali (artinya belum lepas) dan jika diam atau turun (artinya sudah lepas)
- 3) Perasat *Strassman*
Tegangkan tali pusat dan ketuk fundus apabila tali pusat bergetar (artinya plasenta belum lepas dari insersinya) dan jika saat diketuk tali pusat tidak bergetar (artinya plasenta sudah lepas dari insersinya)

4) Perasat Manuaba

Tangan kiri memegang uterus pada SBR, sedangkan tangan kanan memegang serta mengencangkan tali pusat. Kedua tangan ditarik berlawanan. Bila tarikan terasa berat dan tali pusat tidak memanjang, berarti plasenta belum lepas. Namun bila tarikan terasa ringan dan tali pusat memanjang berarti plasenta sudah lepas.

5) *Crede*

Keempat jari-jari pada dinding rahim belakang, ibu jari di fundus depan tengah. Lalu pijat Rahim dan sedikit dorong ke bawah, tetapi jangan terlalu kuat. Lakukan sewaktu ada his, jangan Tarik tali pusat karena bias terjadi *inversio uteri*.

2. Pengeluaran Plasenta

Plasenta yang sudah lepas dan menempati Segmen Bawah Rahim (SBR), kemudian melalui serviks, vagina dan dikeluarkan ke introitus vagina.

Pengeluaran plasenta merupakan bagian dari manajemen aktif kala III.

C. MANAJEMEN AKTIF KALA III

Manajemen aktif Kala III adalah tahap persalinan yang dilakukan untuk mengeluarkan plasenta dan selaput ketuban, serta untuk mengontrol perdarahan.

Manajemen aktif Kala III bertujuan untuk membuat kontraksi uterus menjadi efektif, mempercepat keluarnya plasenta, mengurangi risiko perdarahan dan mengurangi risiko terjadinya atonia uteri.

Komponen manajemen aktif Kala III meliputi:

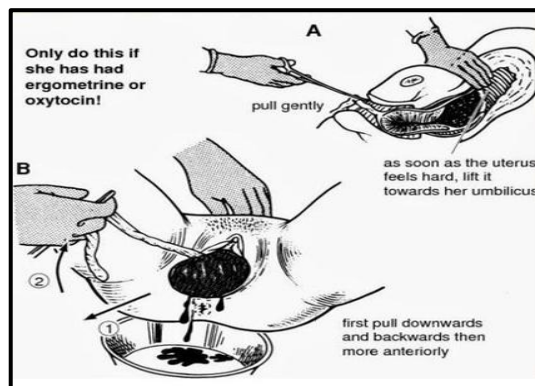
1. Pemberian Oksitosin 10 IU

- 1) Sebelum memberikan oksitosin, bidan harus melakukan pengkajian dengan melakukan palpasi pada abdomen untuk meyakinkan hanya ada bayi tunggal, tidak ada bayi kedua.
- 2) Selambat-lambatnya dalam waktu 2 menit setelah bayi lahir, segera suntikkan oksitosin 10 unit IM pada 1/3 paha bagian luar
- 3) Bila 15 menit plasenta belum lahir, maka berikan oksitosin kedua, evaluasi kandung kemih apakah penuh. Bila penuh lakukan kateterisasi.
- 4) Bila 30 menit belum lahir, maka berikan oksitosin ketiga sebanyak 10 mg dan rujuk pasien.

2. Penegangan tali pusat terkendali (PTT)

- 1) Berdiri disamping ibu
- 2) Klem dipindahkan 5-10 cm dari vulva
- 3) Tangan kiri diletakkan diatas perut memeriksa kontraksi uterus. Ketika menegangkan tali pusat, tahan terus.
- 4) Saat anda kontraksi uterus, tangan diatas perut melakukan gerakan dorsokranial dengan sedikit tekanan. Cegah agar tidak terjadi inversio uteri.
- 5) Ulangi lagi bila plasenta belum lepas

- 6) Pada saat plasenta sudah lepas, ibu dianjurkan sedikit meneran dan penolong sambil terus menegangkan tali pusat.
- 7) Bila plasenta sudah tampak lahir di vulva, lahirkan dengan 2 tangan. Perlu diperhatikan bahwa selaput plasenta mudah tertinggal sehingga untuk mencegah hal itu maka plasenta telangkupkan dan diputar dengan hati-hati searah dengan jarum jam.
- 8) Jika terjadi selaput robekan pada selaput ketuban saat melahirkan plasenta dengan hati-hati periksa vagina dan serviks dengan seksama.



Gambar 6.2. Penegangan Tali Pusat Terkendali

3. Masase fundus uteri

- 1) Tangan diletakkan diatas fundus uteri
- 2) Gerakan tangan dengan pelan, sedikit ditekan, memutar searah jarum jam. Ibu diminta bernafas untuk mengurangi ketegangan atau rasa sakit.

- 3) Kaji kontraksi uterus 1-2 menit, bimbing pasien dan keluarga untuk melakukan masase uterus.
- 4) Evaluasi kontraksi uterus setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan 30 menit pada jam ke-2



Gambar 6.3. Masase Fundus Uteri

Tindakan yang keliru dalam pelaksanaan manajemen aktif Kala III:

1. Melakukan masase fundus uteri pada saat plasenta belum lahir
2. Mengeluarkan plasenta, padahal plasenta belum semuanya lepas
3. Kurang kompeten dalam mengevaluasi pelepasan plasenta
4. Rutinitas kateterisasi
5. Tidak sabar menunggu saat terlepasnya plasenta

Kesalahan tindakan manajemen aktif kala III

1. Terjadi *inversion uteri* pada saat penegangan tali pusat terkendali terlalu kuat sehingga uterus tertarik keluar dan berbalik
2. Tali pusat terputus. Terlalu kuat dalam penarikan tali pusat sedangkan plasenta belum lepas.

3. Syok

D. PEMERIKSAAN PLASENTA

Pemeriksaan plasenta meliputi:

1. Selaput ketuban utuh atau tidak

Setelah plasenta lahir, periksa kelengkapan selaput ketuban untuk memastikan tidak ada bagian yang tertinggal di dalam uterus. Caranya dengan meletakkan plasenta di atas permukaan datar dan pertemukan disetiap tepi selaput ketuban. Sambal tangan kiri melakukan masase pada fundus uteri, pemeriksaan bagian maternal maupun bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukkan kedalam kantong plastik yang tersedia.

2. Plasenta: ukuran plasenta

- 1) Bagian maternal: jumlah kotiledon (20 rata-rata kotiledonnya)
- 2) Bagian fetal: utuh atau tidak

3. Tali pusat:

- 1) jumlah arteri dan vena, adakah arteri atau vena yang terputus untuk mendeteksi plasenta suksenturia.
- 2) Insersi tali pusat, apakah sentral, marginal
- 3) Panjang tali pusat
- 4) Bentuk tali pusat (besar, kecil atau terpilin-pilin)

E. PEMANTAUAN KALA III

1. Perdarahan

Jumlah darah diukur, disertai pembekuan darah atau tidak

2. Kontraksi Uterus

Pemantauan kontraksi pada kala III dilakukan selama melakukan manajemen aktif kala III (ketika PTT), sampai pada saat plasenta lahir. Pemantauan kontraksi dilanjutkan selama satu jam berikutnya dalam kala IV.

3. Robekan jalan lahir/ laserasi/ ruptur perineum

4. Tanda Vital

Tekanan darah bertambah tinggi dari sebelum persalinan, nadi bertambah cepat, temperature bertambah tinggi, respirasi berangsur normal, gastrointestinal (normal, pada awal persalinan mungkin muntah)

5. Personal Hygiene

Menjaga kebersihan tubuh pasien terutama di daerah genitalia sangat penting dilakukan untuk mengurangi kemungkinan kontaminasi terhadap luka robekan jalan lahir dan kemungkinan infeksi intra uterus.

Pemantauan terhadap kontraksi uterus, tanda perdarahan pervaginam dan tanda vital ibu yaitu 2-3 kali dalam 10 menit pertama, setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Pastikan kontraksi uterus, bila kontraksi uterus tidak begitu baik, lakukan masase uterus dan beri metil ergometrim 0,2 mg intramuscular.

Mengevaluasi jumlah perdarahan yang terjadi kemudian memeriksa tekanan darah dan nadi ibu, kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.

F. KEBUTUHAN IBU PADA KALA III

1. Dukungan mental dari bidan dan keluarga atau pendamping
2. Penghargaan terhadap proses pengeluaran janin yang telah dilalui
3. Penjelasan mengenai apa yang harus ia lakukan untuk membantu mempercepat kelahiran plasenta, yaitu saat meneran dan posisi apa yang mendukung untuk pelepasan plasenta
4. Bebas dari rasa risih akibat bagian bawah yang basah oleh darah dan air ketuban
5. Hidrasi

G. DETEKSI DINI PENYULIT PADA KALA III

1. Atonia Uteri

Atonia uteri adalah suatu kondisi kegagalan uterus dalam berkontraksi dengan baik setelah persalinan atau tidak adanya kontraksi uterus segera setelah plasenta lahir

Penyebab terjadinya atonia uteri, diantaranya:

- 1) Plasenta yang baru lepas sebagian

- 2) Tertinggalnya selaput ketuban atau kotiledon
- 3) Persalinan yang terlalu cepat (partus presipitatus)
- 4) Partus lama
- 5) Polihidramnion atau kehamilan kembar
- 6) Plasenta previa
- 7) Solutio plasenta
- 8) Persalinan buatan (SC, Forcep dan vakum ekstraksi)

Penatalaksanaan atonia uteri:

- 1) Infus 20 IU oksitosin dalam 1 liter RL dengan 40 tpm
- 2) Memastikan kandung kemih kosong, jika penuh maka lakukan kateterisasi
- 3) Pastikan plasenta lahir lengkap (jika terdapat tanda plasenta tidak lahir lengkap maka keluarkan sisa plasenta)
- 4) Jika perdarahan terus berlangsung dan tindakan diatas sudah dilakukan maka lakukan Kompresi Bimanual Interna (KBI)
- 5) Jika uterus tidak berkontraksi setelah 5 menit KBI maka lakukan Kompresi Bimanual eksterna (KBE)

2. Retensio Plasenta

Retensio plasenta adalah plasenta yang belum lepas setelah bayi lahir, melebihi waktu setengah jam (30 menit)

Faktor penyebab terjadinya retensio plasenta, diantaranya:

- 1) Sebab fungsional (his yang kurang kuat, tempat melekatnya yang kurang menguntungkan, ukuran plasenta terlalu kecil)
- 2) Sebab patologi anatomi (perlekatan plasenta yang abnormal: plasenta akreta, plasenta inkreta, plasenta perkreta)

Penanganan Retensio Plasenta:

- 1) Berikan infus oksitosin 20 IU dalam larutan RL I liter, dengan tetesan 60 tpm. Lanjutkan dengan 40 tpm hingga perdarahan berhenti
- 2) Lakukan PTT
- 3) Bila PTT tidak berhasil maka lakukan plasenta manual secara hati-hati

3. Sisa Plasenta

Sisa plasenta merupakan tertinggalnya bagian plasenta dalam uterus yang dapat menimbulkan perdarahan post partum primer atau perdarahan post partum sekunder. Potongan-potongan plasenta yang tertinggal tanpa diketahui.

Faktor penyebabnya diantaranya adalah:

- 1) Pengeluaran plasenta tidak hati-hati
- 2) Salah pimpinan kala III: terlalu terburu-buru untuk mempercepat lahirnya plasenta.

Penanganan Sisa Plasenta:

- 1) Raba bagian dalam uterus untuk mencari sisa plasenta. Eksplorasi manual uterus menggunakan teknik yang serupa dengan teknik yang digunakan untuk manual plasenta
- 2) Keluarkan sisa plasenta dengan tangan.

BAGIAN 7

TAHAP PEMULIHAN (KALA IV)

A. PENGERTIAN

Kala IV persalinan merupakan periode penting dalam proses persalinan, yaitu 1-2 jam pertama setelah lahirnya bayi dan plasenta. Kala IV juga dikenal sebagai tahap pemulihan, di mana ibu harus diawasi ketat untuk mendeteksi adanya komplikasi postpartum, seperti perdarahan, perubahan tekanan darah, dan kondisi lainnya

B. PERUBAHAN FISILOGI KALA IV

Pada saat persalinan Kala IV ibu akan mengalami perubahan-perubahan fisiologi, diantaranya:

1. Tanda vital

Pemantauan tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan), kontraksi uterus, kandung kemih, pengeluaran darah pada kala empat dilakukan setiap 15 menit pada jam pertama, dan setiap 30 menit pada jam kedua. Pemeriksaan suhu dilakukan 2 kali selama 2 jam, masing-masing setiap 1 jam.

2. Tekanan darah

Biasanya tidak berubah, akan tetapi tekanan darah berkemungkinan rendah setelah melahirkan karena adanya

pendarahan. Jika tekanan darah tinggi menandakan terjadinya preeklampsia postpartum. Tekanan darah normal < 140/90 mmHg. Jika tekanan darah ibu < 90/60 mmHg dan nadi > 100 kali permenit, hal ini terjadi karena adanya demam atau pendarahan pada ibu.

3. Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali permenit. Setelah melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat, tetapi jika melebihi 100 kali permenit itu adalah hal abnormal dan ini disebabkan oleh infeksi atau pendarahan postpartum yang tertunda.

4. Suhu

Suhu sedikit meningkat, tetapi dalam batas normal (di bawah 38°C). Jika dalam 24 jam post-partum suhu tubuh ibu pasca bersalin mencapai 38°C atau lebih, hal ini terjadi karena dehidrasi atau infeksi sebelum persalinan.

5. Pernapasan

Jika suhu tubuh dan denyut nadi normal, maka pernapasan akan normal. Pernapasan normal, teratur, dengan frekuensi 16-20 kali per menit, kecuali ada gangguan khusus pada sistem pernapasan.

6. Sistem gastrointestinal

Selama 2 jam pasca persalinan sering terjadi mual dan muntah, maka atasi dengan posisi tubuh setengah duduk atau duduk ditempat tidur. Perasaan haus pasti dirasakan oleh pasien, maka beri pasien minum agar tidak terjadi dehidrasi.

7. Sistem ginjal

Selama 2-4 jam pasca persalinan kandung kemih masih dalam keadaan hipotonik akibat adanya alostaksis sehingga mengakibatkan kandung kemih penuh dengan mengosongkan kandung kemih dapat mencegah uterus berubah posisi dan tidak terjadi atonia uteri.

8. Uterus

a. Kontraksi Uterus

Setelah plasenta lahir, uterus mulai berkontraksi secara intens untuk menutup pembuluh darah terbuka yang sebelumnya mengalirkan darah ke plasenta. Kontraksi ini dikenal sebagai retraksi dan berfungsi untuk:

- 1) Mengurangi ukuran rahim dengan cepat.
- 2) Mengurangi risiko perdarahan postpartum yang disebabkan oleh atonia uteri (kurangnya kontraksi uterus).
- 3) Memastikan bahwa perdarahan dari tempat implantasi plasenta dihentikan.

Kontraksi uterus pada periode ini dipicu oleh hormon oksitosin. Dalam studi oleh Cunningham et al. (2022), kontraksi ini disebut sebagai "afterpains" yang lebih kuat pada multipara (wanita yang sudah melahirkan lebih dari satu kali), karena respon uterus terhadap kontraksi menjadi lebih intens dengan setiap kelahiran.

b. Involusi Uterus

Involusi adalah proses di mana uterus kembali ke ukuran dan posisi semula sebelum kehamilan. Pada Kala IV, uterus mulai mengalami proses involusi ini secara bertahap. Beberapa perubahan yang terjadi selama involusi meliputi:

- 1) Penurunan ukuran uterus: Setelah melahirkan, uterus memiliki berat sekitar 1.000 gram. Namun, dalam 6 minggu, berat uterus menurun menjadi sekitar 50-100 gram.
- 2) Penurunan tinggi fundus uteri: awal Kala IV, fundus uteri (puncak rahim) berada di sekitar pusar. Dalam beberapa jam hingga hari, fundus akan turun sekitar 1 cm per hari, hingga akhirnya tidak teraba pada minggu kedua.
- 3) Degradasi jaringan: Selama involusi, jaringan otot uterus yang tidak lagi dibutuhkan mengalami autolisis, di mana protein yang membentuk serat otot uterus dipecah dan dikeluarkan melalui aliran darah dan limfatik.

c. Hemostatis (Penghentian Perdarahan)

Hemostasis pada Kala IV terutama dicapai melalui kontraksi uterus yang efektif, yang menyebabkan penyempitan pembuluh darah (kompresi mekanis) yang terbuka setelah pelepasan plasenta.

- 1) Koagulasi: Selama Kala IV, tubuh juga mengalami peningkatan aktivitas sistem koagulasi darah untuk mendukung hemostasis di lokasi perlekatan plasenta. Menurut Pritchard et al. (2018), kadar fibrinogen

meningkat selama kehamilan dan persalinan, membantu mempercepat proses pembekuan darah.

- 2) Mekanisme pembentukan trombin: Pada saat yang sama, proses pembentukan bekuan darah (trombus) terjadi di pembuluh darah terbuka yang tersisa setelah pelepasan plasenta, membantu mencegah perdarahan lebih lanjut. Kegagalan mekanisme ini dapat menyebabkan perdarahan postpartum, yang merupakan salah satu komplikasi paling serius selama Kala IV.

d. Perubahan Hormonal

Beberapa hormon utama yang terlibat adalah:

- 1) Oksitosin: memicu kontraksi uterus yang kuat dan teratur untuk membantu menghentikan perdarahan dan mempercepat proses involusi.
- 2) Prostaglandin: berperan dalam memperkuat kontraksi uterus dan memastikan penyempitan pembuluh darah yang terbuka. Peningkatan kadar prostaglandin setelah persalinan membantu involusi lebih cepat.
- 3) Penurunan hormon progesteron dan estrogen secara dramatis setelah keluarnya plasenta juga memicu proses involusi rahim dan perubahan metabolik lainnya di tubuh ibu.

Apabila bidan menetapkan bahwa tidak ada kontraksi merupakan indikasi atonia, maka segera lakukan pengkajian

dan penatalaksanaan yang tepat. Faktor-faktor yang perlu untuk dipertimbangkan adalah sebagai berikut:

- a. Konsistensi uterus: uterus harus berkontraksi efektif, teraba padat, dan keras
- b. Hal yang perlu diperhatikan terhadap kemungkinan terjadinya relaksasi uterus
 - 1) Riwayat atonia pada persalinan sebelumnya
 - 2) Status pasien sebagai grande multipara
 - 3) Distensi berlebihan pada uterus misalnya pada kehamilan kembar, polihidramnion, atau makrosomia
 - 4) Induksi persalinan
 - 5) Persalinan presipitatus
 - 6) Persalinan memanjang
- c. Kelengkapan plasenta dan membran saat inspeksi, misalnya bukti kemungkinan tertinggalnya fragmen plasenta atau selaput ketuban di dalam uterus
- d. Status kandung kemih
- e. Ketersediaan orang kedua untuk memantau konsistensi uterus dan aliran lokia, serta membantu untuk melakukan masase uterus
- f. Kemampuan pasangan ibu-bayi untuk memulai proses pemberian ASI.

9. Serviks

- a. Selama persalinan, serviks melembut (proses ripening) dan mengalami penipisan atau pemendekan (effacement). Pada kala IV, serviks mulai kembali ke konsistensi yang lebih keras.

Namun, tidak langsung kembali sepenuhnya pada fase ini. **Smith et al. (2020)** dalam jurnal *Reproductive Biology* menyatakan bahwa kontraksi yang terjadi akibat pengaruh hormon oksitosin membantu proses penutupan serviks pada tahap ini. Serviks secara bertahap akan kembali ke konsistensi yang lebih keras, namun tetap elastis hingga beberapa minggu setelah persalinan.

- b. Segera setelah kelahiran, serviks bersifat patulkus, terkulai dan tebal.
- c. Setelah persalinan *ostium uteri eksterna* (OUE) dapat dimasuki 2-3 jari tangan, serviks masih terbuka sekitar 2-3 cm dan akan menutup lebih lanjut dalam 1 minggu. Serviks baru benar-benar kembali ke bentuk semula setelah 6 minggu postpartum. (Cunningham et al, 2022)
- d. Selama persalinan, serviks mungkin mengalami trauma mikro atau robekan kecil akibat dilatasi yang maksimal. Pada kala IV, proses penyembuhan dimulai dengan pembentukan jaringan parut mikro dan pemulihan struktur serviks.
- e. Khan et al. (2021) dalam *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* menyatakan bahwa pada kala IV, sel-sel epitel serviks mengalami regenerasi, yang didorong oleh peningkatan sirkulasi darah ke area tersebut. Jaringan parut mikro terbentuk untuk memperbaiki trauma selama persalinan.

10. Vagina dan Perineum

Tonus vagina dipengaruhi oleh peregangan yang telah terjadi selama kala II persalinan

a. Vagina

Selama proses persalinan, vagina mengalami edema dan pembengkakan akibat trauma fisik dari kelahiran. Pada kala IV, pembengkakan mulai berkurang. Gibbs et al. (2022) dalam *Contemporary Obstetrics and Gynecology* menjelaskan bahwa kontraksi uterus yang berlanjut pada kala IV membantu mengurangi aliran darah yang berlebihan ke area vagina, yang berperan dalam pengurangan edema. Hormon estrogen yang berkurang setelah kelahiran menyebabkan penurunan produksi pelumas alami di vagina. Hal ini bisa membuat vagina lebih kering pada masa postpartum akan mempengaruhi libido. (Norwitz et al. 2021)

b. Perineum

Perineum adalah area antara vagina dan anus yang sering kali mengalami robekan atau dilakukan episiotomi selama persalinan. Pada kala IV, perineum mengalami fase pemulihan setelah trauma. Jika ada robekan derajat ringan hingga berat atau episiotomi, perineum memerlukan perawatan dan waktu penyembuhan.

Laserasi diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan:

- 1) Derajat pertama : laserasi mengenai mukosa dan kulit perineum, tidak perlu dijahit.
- 2) Derajat kedua : laserasi mengenai mukosa vagina, kulit dan jaringan perineum (perlu dijahit).
- 3) Derajat ketiga : laserasi mengenai mukosa vagina, kulit, jaringan perineum dan sfingter ani.
- 4) Derajat keempat: laserasi mengenai mukosa vagina, kulit, jaringan perineum dan sfingter ani yang meluas hingga ke rectum (rujuk segera)

(Wiknjosastro, 2018)

Shah et al. (2020) dalam jurnal *Journal of Obstetrics and Gynecology* menyatakan bahwa robekan perineum atau episiotomi memerlukan waktu penyembuhan sekitar 2-3 minggu untuk derajat ringan, robekan yang lebih dalam atau episiotomi memerlukan waktu hingga 6 minggu untuk pemulihan total.

C. PERUBAHAN PSIKOLOGI KALA IV

Memahami proses perubahan psikologi pada kala IV persalinan penting untuk memberikan dukungan optimal kepada ibu. Berikut merupakan perubahan psikologi yang terjadi pada kala IV persalinan:

1. Perasaan Lega dan Penurunan Kecemasan

Setelah melewati proses persalinan yang intens, banyak ibu merasakan perasaan lega karena bayi telah lahir dengan selamat. Adrenalin yang meningkat selama persalinan mulai menurun, menyebabkan relaksasi dan penurunan kecemasan. Penurunan hormon stres seperti kortisol juga berkontribusi pada stabilisasi mood. (Nelson, A.M., 2018)

2. Kelelahan Fisik dan Emosional

Persalinan adalah aktivitas yang sangat melelahkan secara fisik dan emosional. Kelelahan ini dapat menyebabkan ibu merasa lemah, lesu, dan mudah tersinggung. Kurangnya tidur dan kebutuhan untuk segera merawat bayi dapat memperburuk kondisi ini, mempengaruhi kemampuan ibu untuk beradaptasi dengan peran barunya.

3. Peningkatan Ikatan Emosional dengan Bayi (Bonding)

Proses bonding antara ibu dan bayi dipicu oleh pelepasan hormon oksitosin selama dan setelah persalinan. Kontak kulit ke kulit dan inisiasi menyusui dini memperkuat ikatan ini, meningkatkan perasaan kasih sayang dan tanggung jawab terhadap bayi. Bonding yang kuat penting untuk perkembangan emosional bayi dan kesejahteraan psikologis ibu.

4. Kecemasan Mengenai Kemampuan Mengasuh

Ibu baru sering merasa cemas tentang kemampuan mereka dalam merawat bayi, terutama jika kurang pengalaman atau dukungan. Pendidikan dan dukungan dari tenaga kesehatan dapat membantu mengurangi kecemasan ini. Setelah

melahirkan, terjadi penurunan drastis hormon estrogen dan progesteron, yang dapat menyebabkan fluktuasi suasana hati. Ibu mungkin mengalami perasaan sedih, cemas, atau mudah menangis tanpa alasan jelas, dikenal sebagai "baby blues." Kondisi ini biasanya sementara dan berlangsung beberapa hari hingga dua minggu. (Shorey, S., et al. 2018).

Beberapa faktor yang mempengaruhi perubahan psikologis pada ibu bersalin kala IV meliputi:

- a. Dukungan Sosial: Ibu yang mendapatkan dukungan emosional dan praktis dari keluarga, teman, atau petugas kesehatan cenderung lebih mudah menyesuaikan diri secara psikologis.
- b. Pengalaman Persalinan: Pengalaman persalinan yang traumatis atau tidak sesuai harapan dapat mempengaruhi kondisi mental ibu setelah melahirkan.
- c. Kondisi Fisik Pasca Persalinan: Pemulihan fisik, terutama jika terjadi komplikasi, dapat memperparah perasaan cemas atau tidak berdaya.
- d. Kesejahteraan Ekonomi: Stres finansial dapat menambah beban emosional pada ibu baru.

D. KEBUTUHAN KALA IV

Pada masa ini, kebutuhan ibu sangat penting untuk diidentifikasi dan ditangani secara tepat guna mencegah terjadinya kondisi yang mengancam nyawa, seperti atonia uteri atau retensi plasenta.

1. Pengawasan Terhadap Perdarahan Postpartum

Perdarahan postpartum merupakan komplikasi paling umum dan berbahaya pada kala IV persalinan. Menurut **WHO Guidelines on Maternal Health (2023)**, evaluasi rutin terhadap kontraksi uterus, jumlah perdarahan, dan kondisi fisik ibu selama periode ini sangat penting. Intervensi yang dianjurkan mencakup:

- a. Palpasi uterus untuk memastikan bahwa rahim berkontraksi secara efektif.
- b. Memantau jumlah perdarahan dan tanda-tanda vital seperti tekanan darah, nadi, dan suhu tubuh.
- c. Penggunaan uterotonik, seperti oksitosin, untuk memastikan kontraksi uterus tetap kuat dan teratur.

2. Manajemen Nyeri dan Ketidaknyamanan

Setelah melahirkan, ibu sering mengalami nyeri akibat kontraksi uterus yang disebut "afterpains", serta rasa sakit dari episiotomi atau robekan perineum. Menurut **American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2022)**, manajemen nyeri pada kala IV sangat penting untuk memberikan kenyamanan dan mendukung proses pemulihan. Penatalaksanaan nyeri dapat meliputi:

- a. Pemberian analgesik ringan (misalnya, ibuprofen atau parasetamol) yang aman untuk ibu menyusui.
- b. Terapi non-farmakologis seperti kompres hangat atau teknik relaksasi.

3. Pemantauan Tanda Vital dan Kondisi Umum

Pengawasan tanda vital ibu selama kala IV sangat krusial untuk mendeteksi adanya komplikasi. Sesuai dengan **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG, 2023)**, pemeriksaan berkala yang dianjurkan meliputi:

- a. Tekanan darah, nadi, dan suhu tubuh setiap 15 menit selama dua jam pertama setelah persalinan.
- b. Observasi kemungkinan adanya tanda-tanda preeklamsia postpartum, seperti peningkatan tekanan darah yang signifikan.

4. Dukungan Psikologis

Kelahiran bisa menjadi pengalaman yang melelahkan secara fisik dan mental, sehingga dukungan psikologis diperlukan untuk memastikan ibu merasa aman dan nyaman. **Journal of Midwifery and Women's Health (2023)** menekankan pentingnya keberadaan pendamping yang mendukung dalam memberikan informasi dan rasa tenang kepada ibu. Kebutuhan untuk:

- a. Memberikan kesempatan kepada ibu untuk beristirahat.
- b. Memberikan informasi mengenai perawatan diri dan bayi selama periode postpartum.

5. Inisiasi menyusui dini (IMD)

IMD dalam 1 jam pertama kelahiran sangat dianjurkan. Menurut **UNICEF and WHO (2022)**, hal ini tidak hanya penting untuk nutrisi bayi, tetapi juga membantu dalam pelepasan oksitosin pada ibu, yang merangsang kontraksi uterus dan mengurangi

risiko perdarahan postpartum. Kebutuhan ibu pada masa ini adalah:

- a. Bantuan dalam posisi menyusui yang nyaman.
- b. Edukasi mengenai tanda bayi siap menyusu dan teknik menyusui yang benar.

6. Mobilisasi dan Istirahat

Setelah observasi awal dan tidak ada komplikasi, mobilisasi dini dianjurkan untuk mencegah komplikasi seperti tromboplebitis. Namun, kebutuhan akan istirahat juga tidak kalah penting. **European Journal of Obstetrics & Gynecology (2023)** menggarisbawahi bahwa harus mendukung mobilisasi yang bertahap dan mengawasi tanda-tanda vital selama aktivitas.

7. Perawatan Luka Perineum atau Bedah Caesar

Jika ibu melahirkan melalui episiotomi atau operasi Caesar, pemantauan dan perawatan luka sangat penting. Berdasarkan **Cochrane Reviews (2023)**, perawatan ini mencakup:

- a. Observasi luka perineum
- b. Pemberian obat untuk mencegah infeksi dan mempercepat penyembuhan.
- c. Edukasi mengenai cara merawat luka di rumah.

E. PEMANTAUAN DAN EVALUASI KALA IV

Menurut Nurasih, Rukmawati, & Badriah (2014: 182), pemantauan dan evaluasi lanjut kala IV meliputi :

1. Vital Sign

Tekanan darah < 90/60 mmHg, jika denyut nadinya normal, tekanan darah seperti ini tidak akan terjadi masalah. Akan tetapi jika tekanan darah < 90/60 mmHg dan denyut nadinya 100 x/menit, ini mengidentifikasi adanya suatu masalah. Mungkin ibu mengalami demam atau terlalu banyak mengeluarkan darah. Jika suhu tubuh > 38°C, hal ini mungkin disebabkan oleh dehidrasi (persalinan yang lama dan tidak cukup minum) atau ada infeksi.

2. Tonus Uterus dan Ukuran Tinggi Uterus

Jika kontraksi uterus tidak baik maka uterus terasa lembek, lakukan masase uterus, bila perlu berikan injeksi oksitosin atau metargin. Pijat fundus setiap 15 menit selama satu jam pertama, setiap 30 menit selama jam berikutnya, dan kemudian, setiap jam sampai pasien siap untuk dipindahkan.

3. Perdarahan

Perdarahan yang normal setelah persalinan mungkin hanya akan sebanyak satu pembalut perempuan per jam, selama 6 jam pertama atau seperti darah haid yang banyak. Apakah ada laserasi pada vagina atau serviks, apakah uterus berkontraksi dengan baik, apakah kandung kemih kosong.

4. Kandung Kemih

Jika kandung kemih penuh, uterus tidak dapat berkontraksi dengan baik. Jika uterus naik di dalam abdomen dan tergeser kesamping ini biasanya merupakan pertanda bahwa kandung kencingnya penuh.

5. Lochea

- a. Lochea rubra: berisi darah segar, sel-sel desidua dan chorion. Terjadi selama 2 hari pasca persalinan.
- b. Lochea sanguinolenta: warna merah kekuningan berisi darah dan lendir. Terjadi pada hari ke 3-7 pasca persalinan.
- c. Lochea serosa: berwarna kuning dan cairan ini tidak berdarah lagi. Terjadi pada hari ke 7-14 pasca persalinan.
- d. Lochea alba: cairan putih, terjadi setelah 2 minggu pasca persalinan.

6. Pemantauan Keadaan Umum Ibu

- a. Setelah lahirnya placenta
 - 1) Lakukan pemijatan uterus untuk merangsang uterus berkontaksi
 - 2) Evaluasi tinggi fundus uterus dengan meletakkan jari tangan anda secara melintang antara pusat dan fundus uteri. Fundus uteri harus sejajar pusat atau lebih bawah
 - 3) Perkiraan kehilangan darah secara keseluruhan
 - 4) Evaluasi kondisi ibu secara umum
 - 5) Dokumentasi semua asuhan dan temuan selama kala IV persalinan di halaman belakang partograf segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan.

BAGIAN 8

ASPEK PSIKOLOGIS DALAM PERSALINAN

A. MASALAH PSIKOLOGIS DALAM PERSALINAN

Persalinan adalah proses fisiologis yang secara alami dihadapi tiap wanita yang hamil, namun juga dapat menimbulkan berbagai masalah psikologis. Selain mempengaruhi kesehatan fisik, persalinan membawa dampak signifikan terhadap kesehatan mental ibu. Kesehatan mental ibu selama persalinan sangat penting untuk diperhatikan karena dapat berdampak pada proses persalinan itu sendiri serta hubungan ibu dengan bayi yang baru lahir. Berbagai masalah psikologis seperti kecemasan, depresi, dan trauma sering kali muncul sebagai akibat dari pengalaman persalinan yang menantang. Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan mental ibu ini perlu dikenali untuk memberikan penanganan yang tepat dan mengurangi risiko gangguan psikologis.

1. Pengantar Masalah Psikologis pada Ibu Hamil dan Bersalin

Selama kehamilan, wanita mengalami banyak perubahan fisik dan mental yang mempengaruhi kesejahteraan psikologis masing-masing. Persalinan sebagai tahap akhir dari proses kehamilan sering kali dipenuhi dengan ketidakpastian dan ketakutan yang berlebihan. Perubahan hormonal yang berlangsung dalam badan ibu hamil juga mempengaruhi *mood* dan suasana hati. Banyak ibu yang merasa tertekan, cemas, atau

bahkan merasa tidak mampu menghadapi proses melahirkan. Tekanan psikologis tersebut apabila tidak diatasi secara bijaksana bisa berimplikasi negatif terhadap kesehatan ibu dan bayi.

Kecemasan dan stres selama kehamilan dapat mempengaruhi perkembangan janin serta meningkatkan risiko kelahiran prematur. Kesejahteraan emosional ibu selama kehamilan berperan penting dalam perkembangan janin, dan stres berlebihan telah dikaitkan dengan berbagai komplikasi kelahiran seperti kelahiran prematur. Selain itu tekanan sosial dan harapan budaya terhadap proses persalinan juga dapat meningkatkan ketegangan yang dirasakan oleh ibu (Jones & Smith, 2021).

Masalah psikologis selama kehamilan dan persalinan tidak hanya terbatas pada kecemasan atau stres. Ibu juga dapat mengalami gangguan tidur, depresi, serta perasaan tidak berdaya yang berkepanjangan. Identifikasi dini terhadap masalah psikologis ini sangat penting untuk memastikan bahwa ibu mendapatkan dukungan yang tepat selama proses melahirkan.

2. Kecemasan Menjelang Persalinan

Kecemasan menjelang persalinan adalah salah satu tantangan psikologis yang sangat lazim dihadapi ibu hamil. Rasa takut dan cemas biasanya disebabkan oleh ketidakpastian tentang proses persalinan itu sendiri serta kekhawatiran terhadap kesehatan bayi. Banyak ibu merasa cemas tentang kemampuan untuk mengatasi rasa sakit selama persalinan atau khawatir tentang kemungkinan komplikasi medis yang mungkin terjadi.

Kecemasan berlebihan sebelum melahirkan dapat mempengaruhi durasi persalinan dan meningkatkan kemungkinan intervensi medis. Ibu dengan tingkat kecemasan yang tinggi sebelum melahirkan cenderung mengalami persalinan yang lebih lama dan membutuhkan lebih banyak intervensi medis seperti induksi atau operasi sesar. Hal ini menegaskan pentingnya manajemen kecemasan pada ibu hamil untuk mendukung persalinan yang lebih lancar dan minim risiko (Roberts, Daniels, & Evans, 2022).

Beberapa metode dapat digunakan untuk membantu ibu hamil mengelola kecemasan menjelang persalinan seperti konseling prenatal, teknik relaksasi, dan dukungan sosial. Keterlibatan keluarga dan pasangan juga berperan penting dalam memberikan rasa aman dan tenang bagi ibu yang cemas menghadapi persalinan.

3. Depresi Pasca Melahirkan (*Postpartum Depression*)

Depresi pasca melahirkan ataupun *Postpartum Depression* merupakan kondisi yang dihadapi sebagian ibu sesudah melahirkan. Depresi ini sering kali tidak terdeteksi karena gejalanya mirip dengan kelelahan biasa atau perubahan suasana hati setelah melahirkan. Namun demikian depresi pasca melahirkan merupakan gangguan serius yang dapat mempengaruhi kemampuan ibu untuk merawat bayi serta hubungan ibu dengan bayinya.

Sekitar 15-20% ibu mengalami depresi pasca melahirkan dalam tiga bulan pertama setelah melahirkan. Depresi *postpartum*

dapat berdampak pada perkembangan bayi serta hubungan antara ibu dan bayi, dan intervensi awal sangat penting untuk mencegah dampak jangka panjang (Brown, Taylor, & Smith, 2023). Kondisi ini sering kali diabaikan sehingga penting untuk mengedukasi ibu tentang tanda-tanda depresi pasca melahirkan agar dapat segera mencari bantuan profesional.

Faktor-faktor penyebab *Postpartum Depression* meliputi perubahan hormonal, kurangnya dukungan sosial, serta tekanan fisik dan mental yang dialami selama proses persalinan. Pengobatan depresi pasca melahirkan umumnya melibatkan konseling psikologis, terapi obat, atau kombinasi keduanya.

4. Stres dan Trauma Persalinan

Trauma persalinan adalah pengalaman psikologis yang mengganggu yang diakibatkan oleh proses melahirkan yang menantang atau tidak sesuai harapan. Banyak ibu hamil yang merasa cemas atau takut sebelum melahirkan, namun ada juga yang mengalami trauma yang mendalam setelah melalui proses persalinan yang sulit atau penuh komplikasi.

Sekitar 20% ibu melaporkan pengalaman traumatis selama persalinan, dan sekitar 10% mengalami gejala gangguan stres pascatrauma (PTSD). Trauma persalinan dapat menyebabkan gangguan psikologis yang berkepanjangan, seperti PTSD yang dapat mempengaruhi kesejahteraan mental ibu dalam jangka panjang (L. Garcia, Martinez, & Stewart, 2020). Trauma persalinan dapat disebabkan oleh berbagai faktor termasuk

komplikasi medis, kurangnya kontrol selama persalinan, atau komunikasi yang buruk dengan tenaga medis.

Penanganan trauma persalinan biasanya melibatkan konseling psikologis serta dukungan dari tenaga medis untuk membantu ibu pulih dari pengalaman traumatis masing-masing. Dukungan emosional dari keluarga dan pasangan juga sangat penting dalam proses pemulihan.

5. Gangguan Disosiasi dan Ketakutan Berlebih (*Tokophobia*)

Tokophobia adalah rasa takut yang ekstrem terhadap proses persalinan yang dapat menyebabkan ibu menghindari atau menunda kehamilan. Meskipun rasa takut terhadap persalinan adalah hal yang wajar, pada beberapa kasus ketakutan ini menjadi begitu berlebihan sehingga mengganggu kehidupan sehari-hari dan kesehatan mental ibu. *Tokophobia* dapat dipicu oleh pengalaman melahirkan sebelumnya yang traumatis, cerita-cerita menakutkan dari orang lain, atau kekhawatiran berlebihan tentang rasa sakit dan komplikasi medis.

Sekitar 6-10% wanita mengalami *Tokophobia* yang dapat mempengaruhi keputusan untuk melahirkan secara alami atau memilih operasi sesar. *Tokophobia* sering kali menyebabkan ibu memilih persalinan melalui operasi sesar meskipun tidak ada indikasi medis demi menghindari ketakutan terhadap proses melahirkan. Mengatasi *Tokophobia* memerlukan pendekatan yang komprehensif termasuk konseling psikologis, dukungan

emosional, serta pendidikan tentang proses persalinan (Johnson & Lee, 2024).

Dengan memberikan edukasi yang tepat dan dukungan yang memadai, ibu yang mengalami *Tokophobia* bisa menyiapkan diri secara lebih terencana dalam menghadapi persalinan.

B. FAKTOR PENYEBAB MASALAH PSIKOLOGIS DALAM PERSALINAN

Pengalaman persalinan dapat mempengaruhi kesehatan psikologis ibu secara signifikan. Masalah psikologis yang dialami selama proses persalinan tidak hanya dipengaruhi oleh kondisi mental sebelumnya tetapi juga oleh berbagai faktor eksternal dan internal yang berperan penting dalam kesehatan mental ibu hamil. Pemahaman yang mendalam mengenai faktor-faktor penyebab masalah psikologis ini sangat penting untuk memastikan kesehatan mental ibu tetap terjaga selama kehamilan dan setelah melahirkan.

1. Perubahan Hormon dan Emosi Selama Kehamilan

Perubahan hormon selama kehamilan memiliki dampak yang signifikan terhadap kesehatan psikologis ibu. Hormon-hormon seperti estrogen dan progesteron berperan dalam perubahan suasana hati yang drastis yang sering kali menyebabkan kecemasan, ketakutan, dan perasaan tidak menentu. Hormon-hormon ini juga mempengaruhi fungsi neurotransmitter di otak yang berkaitan dengan emosi dan *mood*. Penurunan kadar

estrogen setelah persalinan juga terkait erat dengan munculnya depresi *postpartum*. Perubahan hormon tidak hanya menyebabkan perubahan fisik tetapi juga memicu respons emosional yang beragam.

Fluktuasi hormon selama dan setelah kehamilan dapat memperburuk kondisi kesehatan mental ibu, terutama pada ibu yang memiliki riwayat gangguan mental. Perubahan hormon yang signifikan selama trimester ketiga kehamilan dapat memicu perasaan cemas dan depresi pada beberapa ibu hamil. Ibu hamil yang memiliki tingkat kepekaan lebih tinggi terhadap perubahan hormonal lebih rentan mengalami masalah psikologis yang serius. Perubahan hormon yang drastis, terutama pada fase akhir kehamilan dapat memperburuk gejala kecemasan dan depresi pada ibu yang rentan. Adalah penting untuk memperhatikan fluktuasi hormon sebagai salah satu faktor risiko masalah psikologis selama kehamilan (Wauters, O'Malley, & Sharma, 2021).

Dukungan medis dan emosional yang adekuat sangat diperlukan untuk membantu ibu mengatasi perubahan hormon ini. Ibu hamil yang menerima dukungan penuh dari tenaga medis dan keluarga cenderung lebih mampu mengelola perubahan hormon dan suasana hati selama kehamilan dan persalinan.

2. Faktor Sosial dan Dukungan Lingkungan

Dukungan sosial dari keluarga, teman, dan lingkungan sangat berperan dalam kesehatan mental ibu hamil. Kurangnya

dukungan sosial dapat meningkatkan risiko depresi dan kecemasan selama kehamilan dan setelah persalinan. Dukungan sosial bukan hanya berupa bantuan fisik, tetapi juga dukungan emosional yang berfungsi sebagai penyangga terhadap tekanan psikologis yang dialami ibu.

Ibu yang menerima dukungan sosial yang kuat memiliki risiko lebih rendah mengalami masalah psikologis selama kehamilan dan setelah persalinan. Dukungan sosial yang baik, baik dari pasangan maupun dari lingkungan terdekat, mampu mengurangi gejala kecemasan dan depresi pasca persalinan (Hogg, McKenna, & Zwart, 2023). Hal ini menunjukkan pentingnya lingkungan yang mendukung dalam menjaga stabilitas emosional ibu selama proses kehamilan dan persalinan.

Dukungan sosial yang baik dapat datang dalam berbagai bentuk mulai dari bantuan langsung dalam mengurus keperluan rumah tangga hingga dukungan emosional dalam menghadapi kekhawatiran tentang persalinan. Ibu yang merasa didukung oleh pasangannya juga menunjukkan tingkat kecemasan yang lebih rendah yang berpengaruh positif terhadap kesehatan bayi dan ibu itu sendiri.

3. Pengalaman Persalinan Sebelumnya

Pengalaman persalinan sebelumnya dapat mempengaruhi kesehatan psikologis ibu hamil dalam persalinan berikutnya. Ibu yang pernah mengalami persalinan traumatis lebih rentan mengalami kecemasan dan stres saat menghadapi kehamilan

berikutnya. Trauma persalinan seperti persalinan yang lama atau komplikasi medis dapat meninggalkan dampak emosional yang mendalam pada ibu, yang dapat mengarah pada gangguan stres pasca-trauma (PTSD).

Pengalaman persalinan yang sulit atau traumatis dapat meninggalkan luka psikologis yang dalam yang mempengaruhi kondisi mental ibu saat menjalani kehamilan dan persalinan berikutnya. Ibu yang pernah mengalami persalinan traumatis perlu mendapatkan perhatian khusus untuk menghindari terjadinya kecemasan berlebih atau ketakutan saat menghadapi proses persalinan yang baru (Sørensen, Larsen, & Andersen, 2022).

Persiapan mental dan konseling sebelum kehamilan bisa membantu ibu mengatasi trauma yang mungkin dialami sebelumnya. Pendekatan psikologis seperti terapi kognitif dan sesi konseling dapat menjadi cara yang efektif untuk membantu ibu memproses pengalaman traumatis dan mengurangi risiko terjadinya gangguan mental pada persalinan berikutnya.

4. Kondisi Medis dan Komplikasi Persalinan

Kondisi medis yang dialami ibu hamil seperti preeklampsia atau diabetes gestasional dapat menambah beban psikologis yang dirasakan selama kehamilan. Komplikasi medis ini tidak hanya mempengaruhi kesehatan fisik ibu, tetapi juga menambah tekanan mental, karena ibu mungkin merasa cemas tentang kesehatan dirinya dan bayinya.

Komplikasi medis selama kehamilan meningkatkan risiko depresi prenatal dan *postpartum* terutama pada ibu yang mengalami ketidakpastian tentang kesehatan bayi yang bersangkutan. Keadaan medis yang memerlukan perawatan intensif atau pengawasan ketat sering kali menimbulkan kecemasan yang besar pada ibu, terutama jika komplikasi ini dapat membahayakan nyawa bayi (Thompson, Green, & Mitchell, 2020).

Perhatian dan pengawasan yang tepat dari tenaga medis diperlukan untuk memastikan bahwa ibu hamil merasa didukung dan yakin bahwa kondisi medis yang bersangkutan dikelola dengan baik. Tenaga kesehatan yang bersikap proaktif dalam memberikan informasi yang jelas dan memadai kepada ibu hamil dapat mengurangi tingkat kecemasan yang dirasakan terkait komplikasi medis.

5. Faktor Budaya dan Kepercayaan

Budaya dan kepercayaan memiliki pengaruh besar terhadap pandangan ibu tentang persalinan. Beberapa tradisi dan kepercayaan budaya mengajarkan bahwa persalinan adalah ujian atau tantangan yang harus dilalui dengan tabah yang sering kali dapat menambah tekanan psikologis pada ibu. Di sisi lain ada pula kepercayaan yang menekankan pentingnya persiapan mental dan fisik sebelum melahirkan yang dapat memberikan ketenangan bagi ibu.

Kepercayaan budaya dan norma-norma tradisional dapat memperkuat atau melemahkan kondisi psikologis ibu selama kehamilan dan persalinan. Faktor budaya sering kali mempengaruhi bagaimana seorang ibu memandang proses persalinan dan bagaimana ibu merespon tekanan yang muncul selama proses tersebut (Li, Chang, & Nguyen, 2023).

Pemahaman yang lebih baik tentang pengaruh budaya dan kepercayaan dalam proses persalinan dapat membantu tenaga medis memberikan dukungan yang lebih personal serta selaras terhadap nilai-nilai yang diyakini ibu hamil. Dengan menghargai kepercayaan dan tradisi yang diyakini ibu hamil dapat tercipta rasa aman dan dukungan psikologis yang lebih kuat.

C. PENANGANAN MASALAH PSIKOLOGIS DALAM PERSALINAN

Masalah psikologis yang dialami oleh ibu selama proses persalinan dapat memberikan dampak besar terhadap kesejahteraan mental ibu dan perkembangan bayi. Penanganan yang tepat sangat penting agar ibu dapat menghadapi tantangan emosional selama kehamilan dan persalinan. Berbagai pendekatan dapat dilakukan untuk mengelola kecemasan, stres, dan depresi yang muncul dalam masa persalinan. Selain dukungan medis, faktor psikologis juga memerlukan perhatian khusus melalui terapi dan intervensi berbasis psikologis. Faktor lingkungan, dukungan sosial, dan kesiapan

mental menjadi komponen penting dalam proses penyembuhan dan pemulihan psikologis setelah melahirkan.

1. Dukungan Psikologis dan Konseling Prenatal

Dukungan psikologis selama kehamilan menjadi komponen penting dalam membantu ibu hamil menghadapi berbagai perubahan emosional yang terjadi. Salah satu pendekatan yang sangat efektif yaitu dengan konseling prenatal. Konseling ini tidak hanya memberikan informasi tentang proses kehamilan dan persalinan, tetapi juga menyediakan ruang bagi ibu untuk mengekspresikan perasaan dan kekhawatiran. Perasaan cemas yang sering dialami ibu terutama yang menghadapi persalinan pertama kali dapat dikurangi secara signifikan melalui konseling yang tepat. Konseling prenatal dapat menurunkan tingkat kecemasan pada ibu hamil hingga 30%. Dukungan psikologis ini sangat penting dalam menjaga keseimbangan emosional ibu hamil yang secara langsung mempengaruhi kesehatan fisik dan mental selama persalinan (R. Garcia, 2021).

Konseling prenatal juga memberikan kesempatan bagi pasangan atau anggota keluarga lainnya untuk ikut serta dalam proses ini. Keterlibatan pasangan dapat membantu ibu merasa lebih didukung secara emosional yang dapat meningkatkan perasaan nyaman dan mengurangi kecemasan. Peran suami dalam mendampingi ibu hamil selama kehamilan dan persalinan menjadi sangat penting dalam menjaga kesehatan mental ibu. Ibu yang merasa mendapatkan dukungan emosional dari

pasangan atau keluarga terdekat memiliki risiko lebih rendah mengalami depresi pasca melahirkan. Dengan demikian konseling prenatal tidak hanya berfungsi sebagai bentuk edukasi, tetapi juga sebagai alat untuk membangun sistem dukungan emosional yang kuat bagi ibu hamil.

Konseling prenatal berperan dalam mempersiapkan ibu secara mental untuk menghadapi berbagai kemungkinan yang mungkin terjadi selama persalinan. Konselor atau bidan dapat memberikan informasi yang lebih mendalam tentang komplikasi yang mungkin muncul serta bagaimana cara menghadapi situasi darurat yang memerlukan intervensi medis. Hal ini membantu ibu merasa lebih siap dan yakin dalam menghadapi proses persalinan yang sering kali diiringi oleh ketidakpastian dan kekhawatiran. Pengetahuan yang lebih baik tentang persalinan juga berkontribusi dalam meningkatkan perasaan kendali pada ibu hamil sehingga dapat menghadapi proses melahirkan dengan lebih tenang dan percaya diri.

Selain konseling individual, ada juga kelompok dukungan yang dirancang khusus untuk ibu hamil. Kelompok ini memberikan ruang bagi ibu hamil untuk berbagi pengalaman serta berbagi dukungan satu dengan yang lain. Diskusi dalam kelompok ini dapat membantu mengurangi rasa takut terhadap persalinan dan memberikan dukungan sosial yang dibutuhkan. Ibu hamil yang tergabung dalam kelompok dukungan lebih sedikit mengalami kecemasan dan stres dibandingkan dengan yang tidak

memperoleh dukungan sosial secara mencukupi. Dalam hal ini dukungan psikologis secara komprehensif baik melalui konseling individu maupun kelompok menjadi sangat penting dalam membantu ibu hamil menghadapi tantangan emosional selama kehamilan dan persalinan.

2. Teknik Relaksasi dan Manajemen Stres

Selama proses kehamilan, banyak ibu mengalami stres dan kecemasan yang dapat berdampak pada kesehatan yang bersangkutan dan bayi yang dikandung. Oleh karena itu teknik relaksasi dan manajemen stres menjadi penting untuk membantu ibu mengatasi tekanan psikologis yang dialami. Teknik relaksasi seperti pernapasan dalam, meditasi, yoga prenatal, dan *hypnobirthing* telah terbukti efektif dalam mengurangi tingkat kecemasan pada ibu hamil. Pernapasan dalam membantu melambatkan detakan jantung serta mengurangi tekanan darah hingga memberi implikasi yang menenangkan bagi ibu. Yoga prenatal dapat mengurangi tingkat kecemasan pada ibu hamil hingga 40%. Yoga tidak hanya membantu meningkatkan fleksibilitas dan kekuatan fisik, tetapi juga membantu ibu merasa lebih terkoneksi dengan tubuh yang bersangkutan selama kehamilan (Nguyen, 2021).

Meditasi juga merupakan teknik relaksasi yang efektif dalam mengatasi stres. Meditasi mengajarkan ibu untuk fokus pada saat ini yang membantu mengatasi pikiran negatif dan kekhawatiran berlebihan terkait persalinan. Ibu yang rutin bermeditasi selama

kehamilan memiliki tingkat kecemasan yang lebih rendah dan lebih sedikit mengalami komplikasi selama persalinan. Teknik ini dapat diterapkan kapan saja baik selama kehamilan maupun saat persalinan berlangsung yang membantu ibu tetap tenang dan terkendali.

Hypnobirthing menjadi salah satu teknik yang semakin populer pada kalangan ibu hamil yang berharap menghadapi persalinan dengan lebih tenang dan nyaman. Teknik ini mengajarkan ibu untuk memasuki keadaan hipnosis yang ringan yang memungkinkan untuk fokus pada diri sendiri selama kontraksi. Dalam keadaan ini ibu dapat merasakan perasaan rileks yang lebih dalam yang membantu mengurangi rasa sakit selama persalinan. Ibu yang menggunakan *hypnobirthing* cenderung memiliki pengalaman persalinan yang lebih lancar dan lebih sedikit intervensi medis. Teknik ini memungkinkan ibu untuk merasa lebih terkendali dan mampu menghadapi tantangan persalinan dengan lebih baik.

Teknik manajemen stres lain seperti pijatan prenatal dapat membantu ibu hamil merasa lebih tenang. Pijatan ini dapat meredakan ketegangan otot, meningkatkan sirkulasi darah, dan membantu melepaskan hormon endorfin yang meningkatkan perasaan nyaman. Pijatan prenatal juga berfungsi untuk menurunkan hormon stres kortisol yang berperan dalam meningkatkan kesejahteraan psikologis ibu. Penggunaan teknik relaksasi ini tidak hanya bermanfaat selama kehamilan, tetapi

juga memberikan dampak positif pada persalinan yang memungkinkan ibu untuk menghadapi proses melahirkan dengan lebih percaya diri dan tenang.

3. Pengelolaan Depresi Pasca Melahirkan

Depresi pasca melahirkan ataupun *Postpartum Depression* merupakan kondisi yang serius dan dapat mempengaruhi ibu baru secara emosional dan fisik. Kondisi ini tidak hanya mempengaruhi ibu, tetapi juga bayi dan seluruh keluarga. Pengelolaan depresi *postpartum* memerlukan pendekatan multidimensional yang melibatkan dukungan keluarga, terapi psikologis, dan dalam beberapa kasus pengobatan medis. Salah satu pendekatan yang sudah dibuktikan efektif dalam mengatasi depresi *postpartum* adalah terapi kognitif-perilaku ataupun *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT). CBT bekerja dengan membantu ibu mengenali pola pikir negatif yang dapat memperburuk gejala depresi dan kemudian mengubahnya menjadi pola pikir yang lebih positif. CBT dapat mengurangi gejala depresi *postpartum* hingga 50% dalam jangka waktu 12 minggu (Gracia, 2022).

Pendekatan ini sangat efektif karena memberikan alat kepada ibu untuk mengelola perasaan negatif masing-masing dan membantu yang bersangkutan menemukan solusi yang praktis untuk masalah yang dihadapi. Terapi ini juga dapat dilakukan secara individu atau dalam kelompok tergantung pada preferensi dan kebutuhan ibu. Dalam beberapa kasus terapi kelompok bisa lebih

efektif karena memberikan ruang bagi ibu untuk berbagi pengalaman dan menemukan dukungan dari orang lain yang mengalami hal serupa.

Selain CBT, dukungan keluarga juga memainkan peran penting dalam pengelolaan depresi *postpartum*. Kehadiran suami atau pasangan yang mendukung secara emosional dapat membantu mengurangi perasaan terisolasi yang sering dialami oleh ibu baru. Ibu yang merasa didukung oleh pasangan cenderung mengalami tingkat depresi yang semakin kecil serta semakin cepat terpulihkan atas kondisi ini. Dukungan ini bisa berupa partisipasi aktif dalam merawat bayi, memberikan waktu istirahat yang cukup bagi ibu, serta menunjukkan kasih sayang dan pengertian dalam menghadapi perubahan suasana hati yang mungkin terjadi.

Dalam beberapa kasus yang lebih berat, penggunaan obat antidepresan mungkin diperlukan. Penggunaan obat ini harus diawasi oleh dokter terutama karena beberapa antidepresan dapat mempengaruhi produksi ASI dan kesehatan bayi. Kombinasi antara terapi psikologis dan obat-obatan sering kali menjadi pilihan terbaik bagi ibu yang mengalami gejala depresi yang lebih berat. Namun demikian adalah penting untuk dicatat bahwa pengobatan harus disesuaikan dengan kondisi individual ibu dan dipantau secara ketat oleh profesional kesehatan.

4. Pendekatan Terpadu dengan Tenaga Medis dan Dukun Bersalin

Kolaborasi antara tenaga medis dan dukun bersalin merupakan pendekatan yang semakin banyak digunakan dalam mendukung kesehatan ibu selama kehamilan dan persalinan. Pendekatan ini menggabungkan keahlian medis modern dengan pendekatan tradisional yang telah digunakan selama berabad-abad dalam komunitas tertentu. Dukun bersalin sering kali memiliki pemahaman mendalam tentang aspek budaya dan tradisi yang dapat memberikan kenyamanan psikologis bagi ibu selama persalinan. Sebaliknya tenaga medis profesional dapat memberikan intervensi yang diperlukan untuk memastikan keamanan ibu dan bayi. Ibu yang mendapatkan dukungan dari dukun bersalin serta tenaga medis merasa lebih tenang serta mempunyai tingkat kepuasan yang semakin tinggi pada proses persalinan yang bersangkutan (Jones, 2020).

Dukun bersalin sering kali memiliki kemampuan untuk memberikan dukungan emosional yang lebih personal kepada ibu terutama dalam situasi di mana tenaga medis mungkin tidak selalu dapat memberikan perhatian individu. Dukun bersalin juga sering kali lebih memahami kepercayaan dan nilai-nilai budaya ibu yang dapat membuat proses persalinan lebih nyaman. Misalnya dalam beberapa budaya ritual atau doa tertentu selama persalinan dapat memberikan ketenangan bagi ibu. Kehadiran dukun bersalin yang memahami dan menghormati nilai-nilai ini

dapat membantu mengurangi stres dan kecemasan yang mungkin dirasakan oleh ibu.

Tenaga medis seperti dokter dan bidan memainkan peran penting dalam memastikan bahwa persalinan berjalan dengan aman dan sesuai standar medis. Tenaga medis modern dilengkapi dengan pengetahuan dan teknologi untuk mengatasi komplikasi yang mungkin terjadi selama persalinan. Oleh karena itu kolaborasi antara dukun bersalin dan tenaga medis memberikan keseimbangan yang ideal antara pendekatan tradisional dan modern dalam perawatan kehamilan dan persalinan.

5. Pendidikan Persalinan dan Kesiapan Mental

Pendidikan persalinan menjadi salah satu langkah kunci dalam mempersiapkan ibu secara mental dan fisik menghadapi proses melahirkan. Program pendidikan persalinan dirancang untuk memberikan informasi lengkap tentang tahapan-tahapan persalinan, teknik mengatasi rasa sakit, serta komplikasi yang mungkin muncul. Ibu yang mengikuti kelas pendidikan persalinan cenderung merasa lebih percaya diri dan siap menghadapi persalinan karena mempunyai pengetahuan yang relatif memadai mengenai hal-hal yang diharapkan selama proses tersebut. Ibu yang mengikuti kelas pendidikan persalinan lebih sedikit mengalami kecemasan dan cenderung mengalami persalinan yang lebih positif (Robert, 2020).

Pendidikan persalinan biasanya mencakup informasi tentang berbagai teknik manajemen rasa sakit seperti pernapasan dalam, relaksasi, dan penggunaan alat bantu seperti bola persalinan. Selain itu kelas-kelas ini juga memberikan informasi tentang kemungkinan komplikasi dan tindakan medis yang mungkin diperlukan sehingga ibu dapat membuat keputusan yang lebih tepat selama persalinan. Kesiapan mental ini sangat penting untuk memastikan bahwa ibu merasa memiliki kontrol atas proses persalinan yang dapat mengurangi rasa takut dan stres yang mungkin muncul.

Pendidikan persalinan tidak hanya bermanfaat bagi ibu, tetapi juga bagi pasangan masing-masing. Kelas-kelas ini memberikan kesempatan bagi pasangan untuk memahami peran masing-masing selama persalinan dan bagaimana yang bersangkutan dapat mendukung ibu dengan lebih efektif. Ibu yang didukung oleh pasangan masing-masing selama persalinan lebih mungkin mengalami pengalaman yang positif dan memiliki hubungan yang lebih erat dengan bayi yang bersangkutan setelah lahir. Kelas-kelas ini juga memberikan alat bagi pasangan untuk menghadapi tantangan emosional dan fisik yang mungkin muncul selama persalinan serta membantu pasangan terutama ibu hamil merasa lebih siap dan percaya diri.

BAGIAN 9

DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN

A. PENGERTIAN DOKUMENTASI

Istilah "Dokumentasi" berasal dari bahasa Inggris, yaitu *document* yang berarti satu atau lebih lembar kertas resmi (*official*) dengan tulisan di atasnya. Dalam bahasa Indonesia, dokumen berarti semua warkat asli/catatan otentik yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum.

Dokumentasi dalam kebidanan adalah suatu bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki oleh bidan dalam melakukan catatan perawatan yang berguna untuk kepentingan klien, bidan dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab bidan. Dokumentasi dalam asuhan kebidanan merupakan suatu pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap keadaan atau kejadian yang dilihat dalam pelaksanaan asuhan kebidanan (proses asuhan kebidanan).

Dokumentasi yang baik dan bermutu adalah dokumentasi yang akurat : info yang benar tentang tentang klien dan perawatannya dan informasi yang benar-benar mencegah salah pengertian.

B. TUJUAN DAN FUNGSI DOKUMENTASI

Pendokumentasian penting dilakukan oleh bidan mengingat dokumentasi memiliki fungsi yang sangat penting. Fungsi pentingnya melakukan dokumentasi kebidanan meliputi dua hal berikut :

1. Untuk mempertanggungjawabkan tindakan yang telah dilakukan bidan
2. Sebagai bukti dari setiap tindakan bidan bila terjadi gugatan terhadapnya

Dokumentasi yang dikomunikasikan secara akurat dan lengkap memiliki tujuan dan fungsi sebagai berikut :

1. **Membantu koordinasi asuhan kebidanan yang diberikan oleh tim kesehatan**
2. **Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat**

Bidan diharuskan mencatat segala tindakan yang dilakukan terhadap pasien sebagai upaya untuk melindungi pasien terhadap kualitas pelayanan kebidanan yang diterima dan perlindungan terhadap keamanan bidan dalam melaksanakan tugasnya.

3. **Sebagai informasi statistik**

Data statistik dari dokumentasi kebidanan dapat membantu merencanakan kebutuhan di masa mendatang, baik SDM, sarana, prasarana, dan teknis.

4. **Sebagai sarana pendidikan**

Dokumentasi asuhan kebidanan yang dilaksanakan secara baik dan benar akan membantu para siswa kebidanan maupun siswa kesehatan lainnya dalam proses belajar mengajar.

5. Sebagai sumber data penelitian

Informasi yang ditulis dalam dokumentasi dapat digunakan sebagai sumber data penelitian.

6. Sebagai jaminan kualitas pelayanan kesehatan

Melalui dokumentasi yang dilakukan dengan baik dan benar, diharapkan asuhan kebidanan yang berkualitas dapat dicapai, karena jaminan kualitas merupakan bagian dari program pengembangan pelayanan kesehatan.

7. Sebagai sumber data asuhan kebidanan berkelanjutan

Dengan dokumentasi akan didapatkan data yang aktual dan konsisten mencakup seluruh asuhan kebidanan yang dilakukan.

8. Untuk menetapkan prosedur dan standar

Prosedur menentukan rangkaian kegiatan yang akan dilaksanakan, sedangkan standar menentukan aturan yang akan dianut dalam menjalankan prosedur tersebut.

9. Untuk mencatat

Dokumentasi akan diperlukan untuk memonitor kinerja peralatan, sistem, dan sumber daya manusia.

10. Untuk memberi instruksi

Dokumentasi yang baik akan membantu dalam pelatihan untuk tujuan penanganan instalasi baru atau untuk tujuan promosi.

C. PRINSIP PENDOKUMENTASIAN KEBIDANAN

Prinsip-prinsip pendokumentasian kebidanan harus memenuhi prinsip lengkap, teliti berdasarkan fakta, logis dan dapat dibaca.

1. Lengkap

Prinsip lengkap yang artinya harus memenuhi beberapa kriteria sebagai berikut :

- a. Mencatat semua pelayanan kesehatan yang diberikan
- b. Catatan kebidanan terdiri dari semua tahap proses kebidanan
- c. Mencatat tanggapan bidan/perawat
- d. Mencatat tanggapan pasien
- e. Mencatat alasan pasien dirawat
- f. Mencatat kunjungan dokter

2. Teliti

Prinsip teliti yang dimaksud adalah :

- a. Mencatat setiap ada perubahan rencana kebidanan
- b. Mencatat pelayanan kesehatan
- c. Mencatat pada lembar/bagan yang telah ditentukan
- d. Mencantumkan tanda-tangan/paraf bidan
- e. Setiap kesalahan dikoreksi dengan baik
- f. Catatan hasil pemeriksaan ada kesesuaian dengan hasil laboratorium/instruksi dokter

3. Berdasarkan fakta

Prinsip berdasarkan fakta mencakup hal berikut :

- a. Mencatat fakta daripada pendapat

- b. Mencatat informasi yang berhubungan dalam bagan/laboratorium
- c. Menggunakan bahasa aktif

4. Logis

Prinsip logis meliputi antara lain :

- a. Jelas dan logis
- b. Catatan secara kronologis
- c. Mencantumkan nama dan nomor register pada setiap lembar
- d. Penulisan dimulai dengan huruf besar
- e. Setiap penulisan data memiliki identitas dan waktu (jam, hari, tanggal, bulan, dan tahun)

5. Dapat dibaca

Prinsip dapat dibaca meliputi :

- a. Tulisan dapat dibaca
- b. Bebas dari catatan dan koreksi
- c. Menggunakan tinta
- d. Menggunakan singkatan/istilah yang lazim digunakan

D. PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN DENGAN SOAP

Pendokumentasian atau catatan manajemen kebidanan bisa diterapkan dengan metode SOAP, dimana metode ini merupakan metode pencatatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan singkat.

Prinsip dari metode SOAP ini merupakan proses pemikiran penatalaksanaan manajemen kebidanan.

1. S (Data Subyektif)

Data subyektif merupakan pendokumentasian yang diperoleh melalui anamnesa atau berhubungan dengan masalah yang dilihat berdasar sudut pandang klien. Ekspresi klien tentang keluhan dan kekhawatiran klien dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan langsung dengan diagnosa. Data subyektif nantinya digunakan untuk menguatkan diagnosis yang akan ditegakkan. Pada klien yang bisu (temu wicara), dibagian belakang huruf “S” diberi tanda huruf “O” atau “X”.

2. O (Data Obyektif)

Data obyektif merupakan data hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik pada klien, hasil pemeriksaan laboratorium. Catatan medik serta informasi dari keluarga atau orang lain bisa dimasukkan dalam data obyektif sebagai data penunjang. Data ini bisa memberikan bukti gejala klinis dan fakta yang berkaitan dengan diagnosa klien.

3. A (*Assesment*)

Langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subyektif dan obyektif. Karena kondisi klien yang setiap waktu dapat mengalami perubahan, maka akan ditemukan informasi baru baik data subyektif maupun obyektif, hal ini menyebabkan proses pengkajian data akan bersifat dinamis. Kondisi ini menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut

dalam rangka mengikuti perkembangan kesehatan klien. Analisis yang tepat dan akurat dalam mengikuti perkembangan klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan kondisi klien. Analisis data merupakan kegiatan melakukan interpretasi data yang sudah dikumpulkan meliputi diagnosa, masalah kebidanan dan kebutuhan.

4. P (Penatalaksanaan)

Langkah ini merupakan pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan kondisi klien. Pelaksanaan tindakan harus disetujui oleh klien, kecuali bila tindakan

5. Pengguna (User)

Begitu juga dengan pengguna atau orang yang akan mengelolah sistem aplikasi yang dibangun.

Contoh : *Programmer, Operator, Administrator database* dan lain-lain.

6. Aplikasi Pendukung (*Other Application*)

Aplikasi pendukung adalah komponen penting yang dapat menghubungkan antara sistem pada *database* dengan sistem luar, terintegrasi menjadi satu kesatuan sistem, untuk mempermudah digunakan oleh semua orang sesuai kebutuhan.

Contoh : Aplikasi berbasis *Website*, aplikasi berbasis *Mobile* dan lain-lain.

E. TINGKATAN APLIKASI BASIS DATA

Apabila kita merancang sebuah aplikasi database maka kita harus memahami terlebih dahulu tingkatan-tingkatan aplikasi *database*. Tingkatan *database* tersebut terbagi menjadi tiga yaitu :

1. Aplikasi *Database* berbasis *Stand Alone*

Aplikasi yang berbasis *Stand Alone* adalah aplikasi hanya berjalan pada suatu komputer dan hanya mampu diakses oleh satu orang dalam satu waktu. Database (*Back End*) beserta program aplikasinya (*Front End*) berada dalam satu komputer, dan pengguna mengaksesnya dalam waktu dan tempat yang sama.

2. Aplikasi *Database* berbasis *Multi User*

Aplikasi yang berbasis Multi User adalah program tersebut dapat digunakan oleh banyak pengguna dalam satu waktu dan dalam tempat yang berbeda. Konsep aplikasinya sederhana, dengan membuat sebuah aplikasi *Stand Alone*, kemudian *database*-nya kita *sharing* (bagi pakai) kepada komputer lain yang hendak mengakses *database* tersebut.

3. Aplikasi *Database* berbasis *Client-Server*

Aplikasi yang berbasis *Client-Server* adalah aplikasi yang membutuhkan aplikasi database yang bertindak sebagai *server* (pusat) data dan komputer yang dijadikan sebagai *client* (pengakses). Sehingga dalam aplikasi ini, kita harus menggunakan *database server* sebagai media penyimpanan datanya.

F. DASAR MENGGUNAKAN BASIS DATA

Di dalam pembuatan suatu basis data yang terdiri dari satu kesatuan yaitu *Database*, *Table*, *Column* dan *Record* dapat digambarkan sebagai berikut :

Kumpulan dari tabel pasti berada di dalam database, sehingga dari tabel dapat kita sebut sebagai database, sedangkan di dalam tabel kita akan menemukan struktur berikut :

DAFTAR PUSTAKA

- Ai Nurasih, Ani Rukmawati, Dewi Laelatul Badriah. (2012). *Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan*, Bandung: PT. Refika Aditama
- Arlenti, L. (2021). *Manajemen Pelayanan Kebidanan*. Jakarta:EGC.
- Bidan Delima Indonesia (2019). *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: Penerbit Bidan Delima
- Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L., & Jensen, M. D. (2015). *Maternity & Women's Health Care*. Elsevier.
- Brown, M., Taylor, L., & Smith, J. (2023). The impact of postpartum depression on mother-infant bonding: A longitudinal study. *Journal of Maternal Health*, 58(2), 45–61.
- Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial Pedoman Teknis Pelayanan Kesehatan Dasar. 2015. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Cochrane Database of Systematic Reviews. (2023). *Wound care after perineal trauma and caesarean section*. London: Cochrane Library.
- Cunningham, F. G., et al. (2014). *Williams Obstetrics (24th ed.)*. McGraw-Hill Education.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., & Dashe, J. S. (2022). *Williams Obstetrics (26th ed.)*. McGraw-Hill.
- Depkes RI. 2012. *Modul Pelatihan PONEB*. Jakarta: Depkes RI
- Enggar. 2022. *Dokumentasi Asuhan Kebidanan (Disesuaikan Kurikulum AIPKIND) Dilengkapi Panduan Penyusunan*

Laporan Tugas Akhir (LTA). Jawa Tengah : Eureka Media Aksara.

European Journal of Obstetrics & Gynecology. (2023). Guidelines for Postpartum Care: Mobilization and Recovery. Amsterdam: Elsevier.

Fitriahadi. (2019). Buku Ajar Asuhan Persalinan & Manajemen Nyeri Persalinan. Universitas Aisyiyah Yogyakarta.

Fitriyani, Dian. 2021. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan. Jakarta : Mahakarya Citra Utama.

Fraser, D. M., & Cooper, M. A. (2019). Myles Textbook for Midwives. Elsevier.

Garcia, L., Martinez, H., & Stewart, R. (2020). Birth trauma and PTSD in postpartum women: Prevalence and risk factors. *Journal of Women's Mental Health*, 33(4), 220–235.

Garcia, R. (2021). Social Support and Its Role in Reducing Maternal Anxiety During Pregnancy. *Maternal & Child Health Journal*, 25(5), 421–435.

Gibbs, R. S., Karlan, B. Y., Haney, A. F., & Nygaard, I. E. (2022). *Contemporary Obstetrics and Gynecology* (12th ed.). Elsevier.

Gracia. (2022). Cognitive-Behavioral Therapy for Postpartum Depression: A Systematic Review (2023). *Journal of Psychological Therapy*, 31(2), 143–160.

Handayani, Rini. 2017. Bahan Ajar Kebidanan Dokumentasi Kebidanan. Kemenkes RI

TENTANG PENULIS

- Harijanto, Novita. (2021). Panduan Klinis Persalinan Normal dan Penanganan Komplikasi. Nuha Medika: Yogyakarta.
- Hogg, A., McKenna, S., & Zwart, A. (2023). Social Support and Postpartum Mental Health: A Review. *Journal of Reproductive Mental Health*, 18(3), 245–258. <https://doi.org/10.12345/jrmh.2023.003>
- Hutchison J, Mahdy H, H. J. (2023). Stages of Labor. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; <https://www.ncbi>.
- Ilmu Bedah Kebidanan, PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta, 2010.
- Indah, Firdayanti, Nadyah. 2019. Manajemen Asuhan Kebidanan Intranatal Pada Ny N Dengan Usia Kehamilan Preterm Di RSUD Syekh Yusuf Gowa Tanggal 01 Juli 2018. *Jurnal Midwifery*. 1:1.
- Jaringan Nasional Pelatihan Klinik Kesehatan Reproduksi (JNPK-KR). Buku Acuan Asuhan Persalinan Normal. Jakarta: JNPK-KR, Maternal & Neonatal Care, Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2017
- Jaringan Nasional Pelatihan Klinik Kesehatan Reproduksi (JNPK-KR). 2020. Buku Acuan Asuhan Persalinan Normal. Jakarta : JNPK-KR, Maternal & Neonatal Care, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Jenny J.S. Sondakh. (2013). Asuhan Kebidanan Persalinan & Bayi Baru Lahir. Jakarta: Erlangga.

- JNPK-KR. (2014). *Asuhan Persalinan Normal: Asuhan Esensial, Pencegahan dan Penanggulangan Segera Komplikasi Persalinan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: EGC
- JNPK-KR. (2017). *Asuhan Persalinan Normal*. JNPK-KR.
- Johnson, T., & Lee, H. (2024). Tokophobia: Understanding extreme fear of childbirth and its implications. *Reproductive Psychology Journal*, 29(1), 95–110.
- Jones, A., & Smith, B. (2021). The effects of prenatal stress on fetal development: A review of recent studies. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 60(1), 10–22.
- Jones. (2020). Holistic Maternity Care: Integrating Traditional and Medical Practices. *Global Health Journal*, 45(2), 75–88.
- Journal of Midwifery and Women's Health*. (2023). Postpartum emotional support: Critical importance. New York: Wiley.
- Karyuni, Eni Meilya. 2019. *Buku Saku Manajemen Masalah Bayi Baru Lahir : Panduan Untuk Dokter, Perawat dan Bidan*, Alih Bahasa, Nike Budhi Subekti ; Editor Edisi Bahasa Indonesia, Pamilih Eko. Jakarta. EGC
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Pedoman Pelayanan Antenatal, Persalinan, dan Nifas di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI (2020). *Pedoman Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kendall-Tackett, K. (2007). *Depression in New Mothers: Causes, Consequences, and Treatment Alternatives*. Routledge.

- Khan, R., Patel, M., & Kumar, A. (2021). Cervical healing and tissue repair after vaginal birth: A comprehensive review. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 34(10), 1705-1712.
- Kunang A Dan Sulistianingsih A. 2023. *Asuhan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir Dengan Evidence Based Midwifery*. Purbalingga: Eureka Media Aksara.
- Kurniarum, A. (2016). *Modul Buku Ajar Cetak Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Pusdik SDM Kesehatan, KEMENKES.
- Li, W., Chang, Z., & Nguyen, T. (2023). Cultural Influences on Childbirth: A Cross-Cultural Perspective. *Maternal Health Journal*, 29(1), 128–140. <https://doi.org/10.12345/mhj.2023.002>
- Lothian J A. 2018. Transforming Maternity Care in the United States. 27 (3), 123–126.
- Mansjoer, Arif, et al. (2020). *Kapita Selekta Kedokteran*. Edisi Revisi 4. Media Aesculapius: Jakarta.
- Marmi, S. S. (2016). *Intranatal Care Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Nardina E A dkk. 2023. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Nelson, A. M. (2018). Transition to Motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 47(5), 660-670.
- Nguyen. (2021). Prenatal Yoga for Reducing Stress and Anxiety in Pregnant Women. *Journal of Prenatal Health*, 30(6), 567–582.

- Ningsih, D. A. (2017). Continuity Of Care Kebidanan Midwifery Continuity Of Care. *Jurnal Kebidanan*, IV(2), 67–77.
- Norwitz, E. R., & Schorge, J. O. (2021). *Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice* (8th ed.). Elsevier.
- Nurasiah A, Rukmawati A, Badriah D. (2014). *Asuhan Persalinan Normal bagi Bidan*. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2018). *Maternal Child Nursing Care*. Elsevier.
- Robert. (2020). Prenatal Education Programs and Their Impact on Birth Outcomes (2022. *International Journal of Childbirth Education*, 35(2), 215–231.
- Roberts, S., Daniels, P., & Evans, M. (2022). Anxiety and its effects on childbirth outcomes: A clinical review. *Journal of Obstetric Psychology*, 44(3), 110–125.
- Rohani, Reni Saswita, dan Marisah. 2011. *Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan*. JAKARTA : Salemba Medika., 2011
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2023). *Postpartum haemorrhage: Prevention and management*. London: RCOG.
- Saifuddin, A. B. (2014). *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saifuddin, A.B. (2009). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: YBP-SP.
- Saifuddin, Abdul Bari. (2021). *Buku Panduan Praktik Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Edisi Revisi. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo: Jakarta.

- Sandstrom A et al. 2017. Durations of second stage of labor and pushing, and adverse neonatal outcomes: a population-based cohort study. *Journal of Perinatology*, 37, 236–242.
- Sari, Wenny. 2022. *Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan. Pekalongan: Nasya Expanding Management.*
- Sarwono Prawirohardjo. 2020. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Maternal dan Neonatal. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.*
- Sasmita R E dkk. 2023. *Asuhan kebidanan ibu bersalin normal di PMB Ketra Delfi Wilayah Kerja Puskesmas Kampar. 2:1.*
- Sayuti. 2024. *Asuhan Persalinan. Bandung: Widina Media Utama.*
- Shorey, S., et al. (2018). Maternal parental self-efficacy in newborn care and postnatal depression: A correlational study. *Journal of Advanced Nursing*, 74(5), 1008-1018.
- Sitepu A B dkk. 2024. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Jakarta: Nuansa Fajar Cemerlang.*
- Smith, L., Johnson, P., & Brown, R. (2020). The role of oxytocin in postpartum uterine involution and cervical repair. *Reproductive Biology*, 25(4), 569-575.
- Sørensen, K., Larsen, A., & Andersen, J. (2022). Traumatic Childbirth Experiences and Mental Health Outcomes. *Birth Trauma Research Journal*, 24(4), 198–210. <https://doi.org/10.12345/btrj.2022.005>
- Sulistiyawati, A dan Nugraheny, E. (2013) *Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin. Jakarta: Salemba Medika.*

- Suparti S dan Fauziah A N. 2021. Determinan Kepatuhan Bidan Dalam Melaksanakan Standar Asuhan Persalinan Normal. *Jurnal Kebidanan Indonesia*. 12:2, 99-110.
- Thompson, P., Green, H., & Mitchell, R. (2020). Medical Complications and Maternal Mental Health: A Systematic Review. *Journal of Prenatal Care*, 14(2), 111–125. <https://doi.org/10.12345/jpc.2020.006>
- UNICEF & World Health Organization. (2022). The importance of early initiation of breastfeeding. New York: UNICEF.
- Varney Hellen, at all. 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Vol 1 Edisi 4*. Jakarta : EGC.
- Varney Hellen, at all. 2008. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Vol 1 Edisi 4*. Jakarta : EGC
- Varney, H., Kriebs, J. M., & Carolyn L. Gegor. (2004). *Varney's Midwifery : Fourth Edition (Vol. 13, Issue 1)*. Jones and Bartlett Publisher.
- Varney, H., Kriebs, J. M., & Gegor, C. L. (2017). *Varney's Midwifery*. Jones & Bartlett Learning.
- Varney, Helen. 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4*. Jakarta : EGC
- Wauters, R., O'Malley, M., & Sharma, S. (2021). Hormonal Changes and Maternal Mental Health During Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology Research*, 21(5), 345–360. <https://doi.org/10.12345/ogr.2021.010>
- Wiknjosastro, Hanifa. (2018). *Ilmu Kebidanan*. Cetakan ke-5. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.

- World Health Organization (WHO). (2013). *Postnatal Care of the Mother and Newborn*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization (WHO). (2018). *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors*. Geneva: WHO Press
- World Health Organization. (2023). *WHO recommendations on maternal and newborn health*. Geneva: WHO.
- Wright A et al. 2021. FIGO Good Clinical Practice Paper: Management of the second stage of labor. *Int J Gynecol Obstet*. 152:172–181.
- Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. (2020). *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo. Edisi Revisi*. PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo: Jakarta.
- Young C et al. 2023. Maternal And Perinatal Outcomes Of Prolonged Second Stage Of Labour: A Historical Cohort Study Of Over 51,000 Women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23:467.
- Yulizawati, dkk. 2019. *Asuhan kebidanan pada persalinan*. Sidoarjo: Indomedia Pustaka.

TENTANG PENULIS

Penulis Bagian 1



Nina Herlina

Seorang Bidan, Penulis, Peneliti dan Dosen dengan Jabatan “**Associate Professor**” dalam bidang Kesehatan Masyarakat, Metodologi Penelitian dan Ilmu Kebidanan pada Fakultas Ilmu Kesehatan dan Farmasi, Universitas Gunadarma. Lahir di Jakarta, 24 Desember 1980. Menamatkan Program Pascasarjana (Program Magister-S2) di Univ.Prof Dr.Hamka Jakarta dan Doktor- S3 dengan predikat CUMLAUDE di Fakultas Kedokteran Prodi Ilmu Kesehatan

Masyarakat Universitas Andalas Padang.Selain sebagai Dosen Nina juga aktif sebagai Asesor BKD, Evaluator Ristekdikti dan Tim Tekhnis di Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia (PPIBI) dan Dewan Pakar Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat(IAKMI), Berbagai penelitian yang telah dilakukan dan dipublikasi (Buku & Artikel) pada Jurnal internasional bereputasi (Scopus) & Jurnal Nasional terindeks Sinta. Seperti: Pengembangan Skrining Deteksi Resiko Kehamilan Berdasarkan Kriteria Keadaan dan Kondisi Ibu Hamil (2020), Design of Mobile Digital Healthcare Application For Pregnant Women Based on Android (2023), mendapatkan penelitian hibah Unggulan dari Ristekdikti (2020 s.d 2022); Panduan Rancangan Sistem Informasi Ibu hamil Berbasis Mobil App.Buku yang sudah ditulis yaitu Keselamatan Pasien pada Pelayanan Kebidanan (2020), Deteksi Resiko Kehamilan Berbasis Sisitem Inforrmasi Pada pelayanan Kebidanan (2022), dan English For basic Midwifery Practic (2022),Asuhan Kebidanan Antenatal (2023) dan Asuhan Kebidanan Postnatal (2023)



nin4_herlin4;



@nina herlina;



:Nina Herlina;



Scopus.ID:57217537682 ;



WoS.ID: -



ResearchGate:<https://www.researchgate.net/profile/Nina+herlina>



ORCID.ID: <https://orcid.org/0000-0002-1774-0553>

Penulis Bagian 2



Indah Fitri Agustina

seorang penulis, peneliti, pengusaha dan Dosen (Direktur Akademi Kebidanan Hampar Baiduri Kalianda Lampung). Lahir di Baturaja, 22 Agustus 1979. Anak kedua dari tiga bersaudara, pasangan H. Chaidar (Alm) dan Hj. Mardiah. Menamatkan pendidikan Dasar. Lanjutan Pertama dan Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) di Kota Baturaja Sumatera Selatan, Program DI Kebidanan di Muhammadiyah Cirebon, kemudian lanjut di DIII Kebidanan Cipto

Mangunkusomo Jakarta, DIV Kebidanan di Unpad Bandung dan Program Pascasarja (Program Magister-S2) Kesehatan Masyarakat di STIKES Mitra Lampung. Berbagai penelitian yang telah dilakukan dan dipublikasi pada Jurnal Nasional terindeks Sinta seperti: Virtual Reality (VR) Glasses for Oxytocin Relaxation Therapy to Increase Breast Milk Production of Postpartum Mothers (2021), Effectiveness of Perineum Massage in Pregnant Women Primigravida (Trimester III to Rubber of The Birth Road)(2022), Pengaruh Pemberian Buah Kurma Ajwa Terhadap Penurunan Morning Sickness Pada Ibu Hamil Trimester I (2023), E-Booklet Media ean increase teenager's knowledge about breast self-examination (2023) dll. Email Agustinafitriindah@gmail.com

Penulis Bagian 3



Erik Ekowati

seorang penulis, peneliti dan Dosen pada Departemen Ilmu Kebidanan, Universitas Gunadarma. Lahir di Blitar, 16 November 1982. Anak pertama dari dua bersaudara, pasangan Nandir dan Endang Rahayu Ningtiyas. Menamatkan pendidikan Dasar, lanjutan pertama dan menengah di Kota Blitar; Program Sarjana Pendidikan Bidan di Poltekkes Kemenkes Malang, dan Program Pascasarjana (Program Magister-S2) pada Universitas Brawijaya. Berbagai penelitian yang telah dilakukan dan dipublikasi (Buku & Artikel) pada Jurnal internasional bereputasi (Scopus) & Jurnal Nasional terindeks Sinta. Seperti: Baby Massage Video to Increase Knowledge, Motivation and Behavior of Postpartum Mothers yang publis di Journal of Drug Delivery and Therapeutics bulan Juli tahun 2022, Vol. 12(4), Hal. 68-7; Pengembangan Skrining Deteksi Resiko Kehamilan Berdasarkan Kriteria Keadaan dan Kondisi Ibu Hamil. Jurnal Ilmu Kesehatan, teridek sinta 2 pada bulan September 2021, Volume 6, No. 3, Hal. 439–446. Buku Ajar Deteksi Mandiri Resiko Kehamilan Berbasis Informasi Dalam Pelayanan Kebidanan Tahun 2021. Jakarta: Penapersada. Buku Referensi Keterampilan Tindakan Postnatal Tahun 2023. Jakarta: Green Pustaka Indonesia.



@erik_ekowati;



@Erik Ekowati;



Erik Ekowati;



Scopus.ID: 58639622600



Sinta ID: 6744588

E-mail:erikekowati82@staff.gunadarma.ac.id;

erikekowati82@gmail.com

Penulis Bagian 4



Bdn. Tuhu Perwitasari, S.SiT, M.Keb

Seorang Penulis dan Dosen Prodi kebidanan program sarjana dan pendidikan profesi bidan di Universitas Baiturrahim. Lahir di Sragen, 15 Maret 1986. Penulis merupakan anak kedua dari dua bersaudara dari pasangan bapak Supar dan Ibu Jemiem. Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di STIKes Mitra Husada Karanganyar, D4 Kebidanan di Universitas Ngudi Waluyo Ungaran, S2 Kebidanan di Universitas Andalas Padang dan menyelesaikan Profesi Bidan di Universitas Fort De Kock Bukit Tinggi.

Penulis Bagian 5



Johara, S.SiT., M.Tr.Keb

Seorang penulis dan dosen tetap Prodi S1 Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat (RSPAD) Gatot Soebroto di Jakarta Pusat. Bertempat lahir di Jeddah pada 23 September 1992. Pendidikan formal terakhir penulis adalah D-III Kebidanan di STIKes Mitra Ria Husada Jakarta (2012 - 2015), D-IV Bidan Pendidik di STIKes Mitra Ria Husada Jakarta (2015 - 2016) dan Magister Terapan Kebidanan di STIKes Dharma Husada Bandung (2017-2019). Adapun pendidikan informal penulis adalah Pelatihan *Basic Obstetric and Neonatal Life Support* (BONeLS) (2014), Pelatihan Asuhan Persalinan Normal (2015), Pelatihan *Preceptor Mentor* (2016), Pelatihan Bahasa Inggris *Speaking Programme* (2016), Pelatihan *Midwifery Update* (MU) (2022), Pelatihan *Complementary Therapies and Health Preneurship* (2024) dan Pelatihan Yoga Pre dan Post Natal (2024).

Riwayat Pekerjaan penulis adalah Tutor Bahasa Inggris *Holiday Programme* Elfast Kediri - Jawa Timur (2016), Dosen Sarjana Terapan Kebidanan dan Koordinator Evaluasi Kurikulum Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Ria Husada Jakarta (2019 - 2020), Dosen Prodi S1 Kebidanan dan Kepala Urusan Kemahasiswaan STIKes RSPAD Gatot Soebroto (2020 - 2022) serta Dosen Prodi S1 Kebidanan dan Kepala Urusan Pengabdian Masyarakat STIKes RSPAD Gatot Soebroto (2022 -sekarang). Adapun riwayat penelitian penulis adalah Deskripsi pengetahuan remaja tentang pendidikan seks di SMPN 182 Kalibata - Jakarta Selatan Periode Maret - April (2015), Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seksual pada remaja di SMAN 51 Jakarta Timur (2016), Pengaruh *e-counseling and assessment* dengan *social network* Edmodo terhadap perubahan perilaku seksual remaja di SMAN 51 Jakarta Timur (2018 - 2019), Pengalaman Perilaku Remaja Terkait Kesehatan Reproduksi pada Saat Covid-19 di SMK Raflesia Depok (2023) dan Pengaruh Edukasi Tanggap dalam Menghadapi Gempa Bumi Terhadap Persepsi Risiko dan Sikap Kesiapsiagaan Bencana Gempa Bumi di Yayasan Rumah Piatu Muslimin Jakarta Pusat Tahun 2024. Buku yang telah ditulis dan terbit berjudul : Efisiensi *E – Counseling and Assessment* Kesehatan Reproduksi Remaja (2024), Kesehatan Matra (2024), Buku Ajar Keperawatan Matra (2024) dan Asuhan Kebidanan Persalinan (2024). Penulis dapat dihubungi melalui surat elektronik johara.ahmad92@gmail.com.

Penulis Bagian 6



Titin Ratnaningsih, SST., MPH

Seorang Penulis dan Dosen Prodi Diploma III Kebidanan STIKes Satria Bhakti Nganjuk, Propinsi Jawa Timur. Lahir di Nganjuk tanggal 3 Juni 1984. Penulis merupakan anak ketiga dari tiga bersaudara dari pasangan bapak Sutikno dan Ibu Hariyani. Penulis memiliki seorang suami bernama AIPTU Ari Yudi Kusworo, SH., dan dua orang putra bernama Ghani Agung Nugraha dan Ramadhan Aryastya Kumara. Penulis bertempat tinggal di ds.

Ngumpul, Kec. Bagor, Kab. Nganjuk. Penulis menyelesaikan studi Diploma III Kebidanan di Poltekkes Malang Program Studi Diploma III Kebidanan Kediri (2003-2006). Melanjutkan studi Diploma IV Bidan Pendidik di Universitas Kadiri (2006-2007) dan Strata dua di Program Studi Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sebelas Maret Surakarta peminatan Kesehatan Ibu dan Anak (2014-2016).

Penulis Bagian 7



Cynthia Puspariny, S.ST, Bdn., M.Kes

Seorang penulis dan dosen Prodi S1 Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pringsewu. Lahir di Tanjung Karang, 25 September 1985. Penulis melakukan penelitian dan pengabdian yang berkaitan dengan Kesehatan Reproduksi, Pelayanan Keluarga Berencana (KB) dan Persalinan. Pendidikan kebidanan dan Kesehatan Masyarakat ditempuh di STIKes Estu Utomo Boyolali, Poltekkes Kemenkes Surakarta dan Universitas Malahayati

Lampung.

Penulis Bagian 8



Loso Judijanto, SSi, MM, MStats

adalah peneliti yang bekerja pada lembaga penelitian **IPOSS Jakarta**. Penulis dilahirkan di Magetan pada tanggal 19 Januari 1971. Penulis menamatkan pendidikan *Master of Statistics* di *the University of New South Wales, Sydney, Australia* pada tahun 1998 dengan dukungan beasiswa *ADCOS (Australian Development Cooperation Scholarship)* dari Australia. Sebelumnya penulis menyelesaikan Magister Manajemen di Universitas Indonesia pada tahun 1995 dengan dukungan beasiswa dari Bank Internasional Indonesia. Pendidikan sarjana diselesaikan di Institut Pertanian Bogor pada Jurusan Statistika – FMIPA pada tahun 1993 dengan dukungan beasiswa dari KPS-Pertamina. Penulis menamatkan Pendidikan dasar hingga SMA di Maospati, Sepanjang karirnya, Penulis pernah ditugaskan untuk menjadi anggota Dewan Komisaris dan/atau Komite Audit pada beberapa perusahaan/lembaga yang bergerak di berbagai sektor antara lain pengelolaan pelabuhan laut, telekomunikasi seluler, perbankan, pengembangan infrastruktur, sekuritas, pembiayaan infrastruktur, perkebunan, pertambangan batu bara, properti dan rekreasi, dan pengelolaan dana perkebunan. Penulis memiliki minat dalam riset di bidang kebijakan publik, ekonomi, keuangan, *human capital*, dan *corporate governance*. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail di: losojudijantobumn@gmail.com.

Penulis Bagian 9



Arie Maineny, SST.,M.Kes

seorang Penulis dan Dosen Prodi Diploma Tiga Kebidanan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Palu. Lahir di Palu, 30 April 1980. Penulis merupakan anak ketiga dari lima bersaudara dari pasangan bapak Praminto dan Ibu Sunarsih. ia menamatkan pendidikan Diploma IV Bidan Pendidik (D4) di Universitas Padjadjaran Bandung dan menyelesaikan program Pasca Sarjana (S2) di Universitas Hasanudin Makasar Fakultas Kesehatan

Masyarakat Peminatan Kesehatan Ibu dan Anak Kesehatan Reproduksi (KIA-Kespro).

Penerbit :

PT. Sonpedia Publishing Indonesia

Buku Gudang Ilmu, Membaca Solusi
Kebodohan, Menulis Cara Terbaik
Mengikat Ilmu. Everyday New Books

SONPEDIA.COM
PT. Sonpedia Publishing Indonesia

Redaksi :

Jl. Kenali Jaya No 166

Kota Jambi 36129

Tel +6282177858344

Email: sonpediapublishing@gmail.com

Website: www.sonpedia.com