



ASUHAN KEBIDANAN PADA PERSALINAN

Buku Pegangan Mahasiswa Kebidanan

Sulfianti ■ Indryani ■ Deasy Handayani Purba ■ Samsider Sitorus ■ Meda Yuliani
Hasliana Haslan ■ Ismawati ■ Marlynda Happy Nurmalita Sari
Pebri Warita Pulungan ■ Wahyuni ■ Julietta Hutabarat ■ Dina Dewi Anggraini
Agung Mahardika Venansius Purba ■ Fajaria Nur Aini



ASUHAN KEBIDANAN PADA PERSALINAN

Buku Pegangan Mahasiswa Kebidanan

UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

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

Pembatasan Perlindungan Pasal 26

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

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

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Asuhan Kebidanan pada Persalinan

Penulis:

Sulfianti, Indryani, Deasy Handayani Purba, Samsider Sitorus
Meda Yuliani, Hasliana Haslan, Ismawati
Marlynda Happy Nurmalita Sari, Pebri Warita Pulungan, Wahyuni
Julietta Hutabarat, Dina Dewi Anggraini
Agung Mahardika Venansius Purba, Fajaria Nur Aini

Penerbit Yayasan Kita Menulis

Asuhan Kebidanan pada Persalinan

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2020

Penulis:

Sulfianti, Indryani, Deasy Handayani Purba, Samsider Sitorus
Meda Yuliani, Hasliana Haslan, Ismawati
Marlynda Happy Nurmalita Sari, Pebri Warita Pulungan, Wahyuni
Julietta Hutabarat, Dina Dewi Anggraini
Agung Mahardika Venansius Purba, Fajaria Nur Aini

Editor: Janner Simarmata

Desain Sampul: Tim Kreatif Kita Menulis

Sampul: pexels.com

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0821-6453-7176

Sulfianti, dkk.

Asuhan Kebidanan pada Persalinan

Yayasan Kita Menulis, 2020

xiv; 224 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-6761-67-0

Cetakan 1, November 2020

- I. Asuhan Kebidanan pada Persalinan
- II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa
izin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah Azza Wajalla atas limpahan rahmat dan anugrah kesehatan dari-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan buku yang berjudul “Asuhan Kebidanan Pada Persalinan”. Buku ini berhasil tersusun atas kerjasama yang sangat baik dilakukan secara berkolaborasi sebagai perwujudan Tri Dharma Perguruan Tinggi beberapa Dosen dari berbagai Institusi.

Persalinan merupakan proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup di dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain. Persalinan normal yaitu proses lahirnya bayi dengan letak belakang kepala dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat, serta tidak melukai ibu dan bayi, yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam. Persalinan abnormal yaitu persalinan pervaginam dengan bantuan alat-alat melalui dinding perut operasi caesarea.

Sangat penting untuk diingat bahwa persalinan adalah proses yang normal serta merupakan kejadian yang sehat. Akan tetapi potensi komplikasi yang mengancam nyawa juga akan selalu mengintai, sehingga bidan harus mengamati dengan ketat baik bagi ibu maupun bayinya sepanjang kelahiran. Fokus utamanya adalah mencegah terjadinya komplikasi. Hal tersebut dapat menurunkan angka kematian Ibu dan Bayi.

Buku ini membahas mengenai Asuhan Kebidanan Pada Persalinan. Asuhan kebidanan pada ibu bersalin merupakan salah satu kompetensi utama Bidan, oleh karena itu Bidan diharapkan melaksanakan tugasnya secara profesional dan berkualitas dengan penguasaan ilmu pengetahuan dan keterampilan, tanggap terhadap masalah serta mampu memenuhi kebutuhan ibu dan bayi.

Dalam buku ini membahas tentang:

Bab 1 Konsep Dasar Persalinan

Bab 2 Manajemen Kebidanan dalam Persalinan

Bab 3 Komunikasi dalam Persalinan

Bab 4 Evidence Based dalam Persalinan

Bab 5 Faktor-Faktor yang Memengaruhi Persalinan

Bab 6 Perubahan Fisiologis dan Psikologis Ibu Dalam Masa Persalinan

Bab 7 Kebutuhan Dasar Ibu Pada Masa Bersalin Kala I, II, III dan IV

Bab 8 Asuhan Kebidanan pada Kala I, II, III dan IV Persalinan

Bab 9 Pengisian dan Implementasi dari Hasil Partograf

Bab 10 Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir Normal 1 Jam

Bab 11 Pertolongan Persalinan Normal

Bab 12 Etika dan Kewenangan Bidan dalam Asuhan Kebidanan Persalinan

Bab 13 Berpikir Kritis dalam Asuhan Persalinan

Bab 14 Problem Solving dalam Asuhan Persalinan

Dalam penyusunan buku ini kami (penulis) banyak mendapat bantuan serta informasi dari berbagai sumber. Kami juga mendapat banyak dukungan dan saran-saran dari berbagai pihak. Untuk itu kami ucapkan terimakasih kepada pihak-pihak yang telah membantu.

Akhir kata, penulis juga mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah berperan serta dalam penyusunan buku ini. Semoga Allah SWT senantiasa meridhai usaha kita dan mendapatkan pahala amal jariah Insya Allah, Aamiin.

Medan, Oktober 2020

Penulis

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel.....	xiii

Bab 1 Konsep Dasar Persalinan

1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Pengertian Persalinan	2
1.3 Jenis-Jenis Persalinan Menurut Lama Kehamilan dan Berat Janin	3
1.4 Sebab-Sebab Mulainya Persalinan	6
1.5 Tahapan Persalinan	8
1.6 Tanda Persalinan.....	9

Bab 2 Manajemen Kebidanan dalam Persalinan

2.1 Pendahuluan.....	13
2.2 Pengertian Manajemen Kebidanan	15
2.2.1 Proses Manajemen Kebidanan Menurut American collage of Nurse Midwifeves).....	15
2.2.2 Proses Manajemen Kebidanan Menurut Helen Varney	16
2.3 Pengertian Dokumentasi Kebidanan.....	19
2.3.1 Syarat dan Prinsip Dokumentasi Kebidanan	20
2.3.2 Format Pengkajian Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin	22
2.3.3 Pendokumentasian asuhan kebidanan ibu bersalin (SOAP).....	26

Bab 3 Komunikasi dalam Persalinan

3.1 Pendahuluan.....	29
3.2 Nilai dan Kesadaran Diri dalam Hubungan Klien Bidan	30
3.3 Membangun Hubungan	31
3.3.1 Positive Regard (Sikap Positif).....	31
3.3.2 Attending (Kehadiran)	31
3.3.3 Non-Judgement (Tidak menghakimi).....	32
3.3.4 Genuineness (Ketulusan)	32
3.4 Keterampilan Konseling di Kebidanan.....	33

3.5 Refleks yang Tepat : Menghindari yang Terbaik.....	33
3.6 Hubungan yang Sulit dan Percakapan yang Sulit	35
3.7 Menyampaikan Berita Buruk	39

Bab 4 Evidence Based dalam Persalinan

4.1 Pendahuluan.....	41
4.2 Pengertian Evidence Based practice	42
4.3 Evidence based dalam praktek persalinan	44
4.4 Evidence Based pada Kala II Persalinan	50

Bab 5 Faktor-Faktor yang Memengaruhi Persalinan

5.1 Pendahuluan.....	57
5.2 Faktor-Faktor Persalinan.....	58
5.2.1 Faktor Passage	58
5.2.2 Faktor Passanger.....	62
5.2.3 Faktor Power	64
5.2.4 Faktor Posisi.....	66
5.2.5 Faktor Psikologis	66
5.2.6 Faktor Penolong.....	67

Bab 6 Perubahan Fisiologis dan Psikologis Ibu Dalam Masa Persalinan

6.1 Pendahuluan.....	69
6.2 Perubahan Fisiologi Dalam Persalinan	70
6.2.1 Perubahan Fisiologis Kala I Persalinan	70
6.2.2 Perubahan Fisiologis Kala II Persalinan.....	77
6.2.3 Perubahan Fisiologis Kala III Persalinan	80
6.2.4 Perubahan Fisiologis Kala IV Persalinan.....	82
6.3 Perubahan Psikologis Dalam Persalinan	87
6.3.1 Perubahan Psikologi pada Kala I Persalinan.....	88
6.3.2 Perubahan Psikologi pada Kala II Persalinan	89
6.3.3 Perubahan Psikologi pada Kala III Persalinan	90
6.3.4 Perubahan Psikologi pada Kala IV Persalinan.....	90

Bab 7 Kebutuhan Dasar Ibu Pada Masa Bersalin Kala I, II, III dan IV

7.1 Pendahuluan.....	91
7.2 Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin.....	92
7.2.1 Pemenuhan Kebutuhan Fisik Pada Kala I, II, III dan IV	98
7.2.2 Pemenuhan Kebutuhan Psikologi Kala I, II dan III dan IV.....	103

Bab 8 Asuhan Kebidanan dada Kala I, II, III dan IV Persalinan	
8.1 Asuhan Kebidanan Pada Persalinan.....	105
Bab 9 Pengisian dan Implementasi dari Hasil Partograf	
9.1 Pendahuluan.....	115
9.2 Tujuan.....	117
9.3 Implementasi Partograf.....	117
Bab 10 Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir Normal 1 Jam	
10.1 Pendahuluan.....	127
10.2 Manajemen Asuhan Bayi Baru Lahir	128
10.2.1 Penilaian.....	128
10.2.2 Pencegahan Infeksi.....	129
10.2.3 Termoregulasi atau Perlindungan Termal	130
10.2.4 Perawatan Tali Pusat	131
10.2.5 Inisiasi Menyusu Dini (IMD).....	132
10.2.6 Pencegahan Perdarahan	134
10.2.7 Tindakan Pencegahan Infeksi.....	135
10.2.8 Pemberian Imunisasi Hepatitis B.....	135
10.2.9 Pemberian ASI Lanjutan.....	136
10.2.10 Pemeriksaan Fisik	136
10.2.11 Metode Kangguru	136
Bab 11 Pertolongan Persalinan Normal	
11.1 Pendahuluan.....	137
11.2 Pertolongan Persalinan Normal.....	138
11.2.1 Konsep Persalinan Normal	138
11.2.2 Asuhan Sayang Ibu dan Posisi Meneran	141
11.2.3 Mekanisme Persalinan Normal	145
11.2.4 Asuhan pada Persalinan Normal	147
Bab 12 Etika dan Kewenangan Bidan dalam Asuhan Kebidanan Persalinan	
12.1 Pengertian Bidan	159
12.2 Etika Bidan.....	159
12.3 Fungsi Etika dalam Pelayanan Kebidanan	160
12.4 Wewenang Bidan	161
12.5 Etika dan Kewenangan Bidan dalam Asuhan Kebidanan Persalinan ...	162
12.5.1 Episiotomi	163

12.5.2 Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II	164
12.5.3 Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan	165
12.5.4 Fasilitasi atau bimbingan inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan Promosi Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif.....	168
12.5.5 Pemberian Uterotonika pada Manajemen Aktif Kala III	169
12.5.6 Penyuluhan dan konseling	169

Bab 13 Berpikir Kritis dalam Asuhan Persalinan

13.1 Pendahuluan.....	173
13.2 Indikator Intelektual Bernalar	176
13.3 Penerapan Berpikir Kritis pada Asuhan Persalinan	178
13.3.1 Penerapan Berpikir Kritis pada Asuhan Persalinan Kala I.....	178
13.3.2 Penerapan Berpikir Kritis pada Asuhan Persalinan Kala II.....	182
13.3.3 Penerapan Berpikir Kritis pada Asuhan Persalinan Kala III	185
13.3.4 Penerapan Berpikir Kritis pada Asuhan Persalinan Kala IV	188

Bab 14 Problem Solving dalam Asuhan Persalinan

14.1 Pendahuluan.....	193
14.2 Definisi	194
14.3 Manajemen Kebidanan	194
14.3.1 Langkah-langkah Manajemen Kebidanan	195
14.3.2 Manajemen Kebidanan Persalinan	197

Daftar Pustaka	207
Biodata Penulis	217

Daftar Gambar

Gambar 2.1: Keterkaitan antara proses manajemen kebidanan dan pendokumentasian kebidanan	21
Gambar 5.1: Tulang Panggul	59
Gambar 5.2: Pelvis Mayor dan Pelvis Minor	60
Gambar 5.3: Tulang panggul (Os coxae, Os Sacrum, Os Coccygis).....	60
Gambar 5.4: Daerah dan Diameter kepala Janin	63
Gambar 6.1: Segmen Atas dan Segmen Bawah Rahim	72
Gambar 6.2: Perubahan Bentuk Uterus Selama Persalinan.....	73
Gambar 9.1: Penurunan kepala.....	120
Gambar 9.2: Paragraf lembar bagian depan	122
Gambar 9.3: Paragraf lembar bagian belakang	123
Gambar 9.4: Gambar pengisian Paragraf.....	125
Gambar 10.1: Bagan Alur Manajemen Baru Lahir.....	128
Gambar 10.2: Bagan Alur Manajemen Baru Lahir Normal	129
Gambar 10.3: Mekanisme Kehilangan Panas Pada Bayi	130
Gambar 11.1: Mekanisme Persalinan Normal	147

Daftar Tabel

Tabel 4.1: Kala II persalinan berdasarkan EBM	51
Tabel 5.1: Perbedaan his pendahuluan dan his persalinan	64
Tabel 9.1: Ilustrasi evaluasi pemeriksaan DJJ, his dan Nadi ibu.....	124

Bab 1

Konsep Dasar Persalinan

1.1 Pendahuluan

Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologi yang normal dalam kehidupan. Kelahiran seorang bayi juga merupakan peristiwa sosial bagi ibu dan keluarga. Peranan ibu adalah melahirkan bayinya, sedangkan peranan keluarga adalah memberikan bantuan dan dukungan pada ibu ketika terjadi proses persalinan. Dalam hal ini peranan petugas kesehatan tidak kalah penting dalam memberikan bantuan dan dukungan pada ibu agar seluruh rangkaian proses persalinan berlangsung dengan aman baik bagi ibu maupun bagi bayi yang dilahirkan (Sumarah & Wiyati, 2010). Fokus asuhan persalinan normal adalah persalinan bersih dan aman serta mencegah terjadinya komplikasi. Hal ini merupakan pergeseran paradigma dari menunggu terjadinya dan menangani komplikasi menjadi proaktif dalam persiapan persalinan dan pencegahan komplikasi. Hal ini terbukti mampu mengurangi kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir (IBI, 2016).

Tingginya komplikasi obstetri seperti perdarahan pasca persalinan, eklampsia, sepsis dan komplikasi keguguran menyebabkan tingginya kasus kesakitan dan kematian ibu di negara berkembang. Persalinan yang terjadi di Indonesia masih di tingkat pelayanan primer di mana tingkat keterampilan dan pengetahuan petugas kesehatan di fasilitas pelayanan tersebut masih belum memadai. Deteksi dini dan pencegahan komplikasi dapat menurunkan angka

kematian dan kesakitan ibu serta bayi baru lahir. Jika semua tenaga penolong persalinan dilatih agar mampu mencegah atau deteksi dini komplikasi yang mungkin terjadi; menerapkan asuhan persalinan secara tepat guna dan waktu, baik sebelum atau saat masalah terjadi; dan segera melakukan rujukan; maka para ibu dan bayi baru lahir akan terhindar dari ancaman kesakitan dan kematian. Tujuan asuhan persalinan adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal dengan asuhan kebidanan persalinan yang adekuat sesuai dengan tahapan persalinan sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Kurniarum, 2016).

1.2 Pengertian Persalinan

Persalinan menurut Sarwono (2001) adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dari janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses di mana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. Sedangkan menurut Mochtar (2008) bahwa persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan. Persalinan adalah proses di mana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari rahim ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai dengan penyulit (APN, 2008). Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Syarifuddin, 2002).

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup di luar uterus melalui vagina ke dunia luar. Persalinan normal atau persalinan spontan adalah bila bayi lahir dengan letak belakang kepala tanpa melalui alat-alat atau pertolongan istimewa serta tidak melukai ibu dan bayi, dan umumnya berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam (Wiknjastro, 2002). Definisi persalinan normal menurut WHO adalah persalinan yang dimulai secara spontan, berisiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan. Bayi dilahirkan secara spontan dalam presentasi belakang

kepala pada usia kehamilan antara 37 hingga 42 minggu lengkap. Setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam kondisi sehat.

Definisi persalinan normal menurut Helen Farrer (2001) adalah persalinan yang terjadi pada kehamilan aterm (bukan prematur atau postmatur), mempunyai onset yang spontan (tidak diinduksi), selesai setelah 4 jam dan sebelum 24 jam sejak saat awitannya (bukan partus presipitatus atau partus lama), mempunyai janin (tunggal) dengan presentasi vertex (puncak kepala) dan oksiput pada bagian anterior pelvis, terlaksana tanpa bantuan artificial (seperti forceps), tidak mencakup komplikasi (seperti perdarahan hebat), dan mencakup kelahiran plasenta yang normal.

Jadi, persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir kemudian berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks (Marmi, 2012).

1.3 Jenis-Jenis Persalinan Menurut Lama Kehamilan dan Berat Janin

Jenis persalinan di bagi dalam 2 kategori, yang pertama yaitu jenis persalinan berdasarkan bentuk terjadinya dan jenis persalinan menurut lama kehamilan dan berat janin (Eka Puspita Sari dan Kurnia Dwi Rimandini, 2014). Persalinan merupakan proses alami yang berlangsung secara alamiah, walau demikian tetap diperlukan pemantauan khusus karena setiap ibu memiliki kondisi kesehatan yang berbeda-beda sehingga mengurangi risiko kematian ibu dan janin pada saat persalinan. Menurut Mochtar (Annisa, 2011), jenis persalinan berdasarkan bentuk terjadinya dapat dikelompokkan ke dalam 4 cara, yaitu:

1. Persalinan spontan

Persalinan spontan adalah proses persalinan lewat vagina yang berlangsung tanpa menggunakan alat maupun obat tertentu, baik itu induksi, vakum, atau metode lainnya. Persalinan spontan benar-benar hanya mengandalkan tenaga dan usaha ibu untuk mendorong keluarnya bayi. Persalinan spontan dapat dilakukan dengan presentasi belakang kepala (kepala janin lahir terlebih dahulu) maupun presentasi bokong (sungsang).

2. Persalinan normal

Persalinan normal (eutotia) adalah proses kelahiran janin pada kehamilan cukup bulan (aterm, 37-42 minggu), pada janin letak memanjang presentasi belakang yang disusul dengan pengeluaran plasenta dan seluruh proses kelahiran ini berakhir dalam waktu kurang dari 24 tanpa tindakan pertolongan buatan dan tanpa komplikasi.

3. Persalinan anjuran (induksi)

Persalinan anjuran adalah persalinan yang baru dapat berlangsung setelah permulaannya dianjurkan dengan suatu perbuatan atau tindakan, misalnya dengan pemecahan ketuban atau dengan memberi suntikan oksitosin.

4. Persalinan tindakan

Persalinan tindakan adalah persalinan yang tidak dapat berjalan normal secara spontan atau tidak berjalan sendiri, oleh karena terdapat indikasi adanya penyulit persalinan sehingga persalinan dilakukan dengan memberikan tindakan menggunakan alat bantu (Eka, 2019).

Jenis persalinan menurut lama kehamilan dan berat janin:

1. Abortus

- a. Eastman: terputusnya kehamilan, fetus belum sanggup hidup diluar uterus, berat janin 400-1000 gram, umur kehamilan kurang dari 28 minggu;
- b. Jefcoat: pengeluaran hasil konsepsi kurang dari umur kehamilan 28 minggu, fetus belum viable by law
- c. Holmer: terputusnya kehamilan kurang dari umur kehamilan 16 minggu, proses plasentasi belum selesai

- d. Obstetri (Muchtari R, 1983): pengeluaran buah kehamilan sebelum kehamilan 22 minggu atau bayi dengan berat badan kurang dari 500 gram

Kesimpulannya:

Abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan, berat janin < 500 gram dan umur kehamilan < 20 minggu.

2. Persalinan immaturus

Pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu sampai 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500-999 gram.

3. Persalinan prematuritas

- a. Persalinan sebelum umur hamil 28 minggu sampai 36 minggu
- b. Berat janin kurang dari 1000-2499 gram.

4. Persalinan aterm

- a. Persalinan antara umur hamil 37 minggu sampai 42 minggu.
- b. Berat janin di atas 2500 gram.

5. Persalinan serotinus atau postmaturus atau post date

- a. Manuaba (1998): kehamilan yang melebihi waktu 42 jam sebelum terjadinya persalinan.
- b. Rustam. M, (1998): kehamilan serotinus adalah kehamilan yang berlangsung lebih dari 42 minggu dihitung berdasarkan rumus neagle dengan siklus haid rata-rata 28 hari.
- c. Sarwono, (1995): kehamilan serotinus adalah kehamilan yang melewati 294 hari atau lebih dari 42 minggu lengkap.
- d. Cunningham & Mac.Donald, (1995): kehamilan postterm merupakan kehamilan yang berlangsung selama 42 minggu atau lebih sejak awal periode haid yang diikuti oleh ovulasi 2 minggu kemudian. Meskipun kehamilan postterm ini mungkin mencakup 10 persen dari seluruh kehamilan, sebagian diantaranya mungkin tidak benar-benar postterm, tetapi lebih disebabkan oleh kekeliruan dalam memperkirakan usia gestasional.

Kesimpulan: persalinan postterm (serotinus) adalah persalinan melampaui umur kehamilan 42 minggu dan pada janin terdapat tanda-tanda post maturities.

6. Persalinan presipitatus

Persalinan berlangsung cepat kurang dari 3 jam.

1.4 Sebab-Sebab Mulainya Persalinan

Terjadinya persalinan belum diketahui dengan pasti, sehingga menimbulkan beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya persalinan. Perlu diketahui bahwa ada dua hormon yang dominan pada saat hamil, yaitu:

1. Estrogen
 - a. Meningkatkan sensitivitas otot rahim
 - b. Memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin dan rangsangan mekanik.
2. Progesteron
 - a. Menurunkan sensitivitas otot rahim
 - b. Menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin dan rangsangan mekanik.
 - c. Menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

Teori tentang penyebab persalinan:

1. Teori peregangan
 - a. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu.
 - b. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.
 - c. Contohnya, pada hamil ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu, sehingga menimbulkan proses persalinan.

2. Teori penurunan progesteron
 - a. Proses penebaran plasenta mulai umur kehamilan 28 minggu, di mana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu.
 - b. Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim menjadi lebih sensitif terhadap oksitosin.
 - c. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.
3. Teori oksitosin internal
 - a. Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior.
 - b. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks.
 - c. Menurunnya konsentrasi akibat tuanya kehamilan, maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dapat dimulai.
4. Teori prostaglandin
 - a. Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua.
 - b. Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan.
 - c. Prostaglandin dianggap dapat merupakan pemicu persalinan.
5. Teori hipotalamus-pituitari dan glandula suprarenalis
 - a. Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan anencephalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus.
 - b. Malpas pada tahun 1933 mengangkat otak kelinci percobaan, hasilnya kehamilan kelinci berlangsung lebih lama.
 - c. Dari hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan terdapat hubungan antara hypothalamus dengan mulainya persalinan.
 - d. Glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan (Johariyah & Wahyu, 2012).

1.5 Tahapan Persalinan

Menurut Prawirohardjo (1999) bahwa tahapan persalinan dibagi menjadi 4 kala, yaitu:

1. Kala I Persalinan

Dimulai sejak adanya his yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) yang menyebabkan pembukaan, sampai serviks membuka lengkap (10 cm). Kala I terdiri dari dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

a. Fase laten

- Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan pembukaan sampai pembukaan 3 cm.
- Pada umumnya berlangsung 8 jam

b. Fase aktif dibagi menjadi 3 fase, yaitu:

- Fase akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

- Fase dilatasi maksimal

Dalam waktu 2 jam pembukaan serviks berlangsung cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.

- Fase deselerasi

Pembukaan serviks menjadi lambat, dalam waktu 2 jam dari pembukaan 9 cm menjadi 10 cm.

Pada primipara, berlangsung selama 12 jam dan pada multipara sekitar 8 jam. Kecepatan pembukaan serviks 1 cm/jam (primipara) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).

2. Kala II (dua) Persalinan

Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi. Tanda pasti kala II (dua) ditentukan melalui pemeriksaan dalam yang hasilnya adalah:

- a. Pembukaan serviks telah lengkap (10 cm), atau
- b. Terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

Proses kala II berlangsung 2 jam pada primipara dan 1 jam pada multipara. Dalam kondisi yang normal pada kala II kepala janin sudah masuk dalam dasar panggul, maka pada saat his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflek menimbulkan rasa mengedan. Wanita merasa adanya tekanan pada rektum dan seperti akan buang air besar.

Kemudian perineum mulai menonjol dan melebar dengan membukanya anus. Labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak di vulva saat ada his. Jika dasar panggul sudah berelaksasi, kepala janin tidak masuk lagi diluar his. Dengan kekutan his dan mengedan maksimal kepala dilahirkan dengan suboksiput dibawah simpisis dan dahi, muka, dagu melewati perineum. Setelah his istirahat sebentar, maka his akan mulai lagi untuk mengeluarkan anggota badan bayi.

3. Kala III (tiga) persalinan

Persalinan kala III dimulai segera setelah bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta serta selaput ketuban yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan dari fundus uteri.

4. Kala IV (empat) Persalinan

Kala IV persalinan dimulai setelah lahirnya plasenta sampai 2 jam post partum (Nurasiah et al., 2012).

1.6 Tanda Persalinan

Menurut Manuaba 1998 bahwa gejala persalinan jika sudah dekat akan menyebabkan kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi semakin pendek, dengan terjadi pengeluaran tanda seperti lendir bercampur darah yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks, terkadang ketuban pecah dengan sendirinya, pada pemeriksa dalam didapat perlunakan serviks pendataran serviks dan terjadi pembukuan serviks.

1. Tanda-tanda permulaan persalinan

Sebelum terjadinya persalinan sebenarnya beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki "bulannya" atau "minggunya" atau "harinya" yang disebut kala pendahuluan. Ini memberikan tanda-tanda sebagai berikut: Lightening atau settling atau dropping yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida. Pada multipara tidak begitu kentara; perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri menurun; perasaan sering kencing atau susah kencing karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin; perasaan sakit diperut dan pinggang oleh adanya kontraksi kontraksi lemah dari uterus, kadang-kadang disebut "false labor pains"; serviks menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah bisa bercampur darah (bloody show) (Rukiyah et al., 2009).

2. Tanda-tanda timbulnya persalinan (inpartu)

Pada fase ini sudah memasuki tanda-tanda inpartu:

a. Terjadinya his persalinan

His adalah kontraksi rahim yang dapat diraba menimbulkan rasa nyeri diperut serta dapat menimbulkan pembukaan serviks kontraksi rahim yang dimulai pada 2 face maker yang letaknya di dekat cornu uteri. His yang menimbulkan pembukaan serviks dengan kecepatan tertentu disebut his efektif. His efektif mempunyai sifat adanya dominan kontraksi uterus pada fundus uteri (fundal dominance), kondisi berlangsung secara sinkron dan harmonis, adanya intensitas kotraksi yang maksimal diantara dua kontraksi, irama teratur dan frekuensiyang kian sering, lama his berkisar 45-60 detik. Pengaruh his ini dapat menimbulkan desakan di daerah uterus (meningkat) terjadi penurunan janin, terjadi penebalan pada dinding korpus uterus, terjadi peregangan dan penipisan pada isthmus uteri, serta terjadinya pembukaan pada kanalis servikalis.

His persalinan memiliki sifat sebagai berikut:

- Pinggang terasa sakit dan mulai menjalar ke depan.
- Teratur dengan interval yang makin pendek dan kekuatannya makin besar.
- Mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks.

- Penambahan aktivitas (seperti berjalan) maka his tersebut semakin meningkat.
- b. Keluarnya lendir bercampur darah (show)

Lendir ini berasal dari pembukaan kanalis servikalis. Sedangkan pengeluaran darahnya disebabkan oleh robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka.

- c. Terkadang disertai ketuban pecah

Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban menjelang persalinan. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun, apabila persalinan tidak tercapai, maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum atau sectio caesarea.

- d. Dilatasi dan effacement

Dilatasi adalah terbukanya kanalis servikalis secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. Effacement adalah pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang semula panjang 1-2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggal hanya ostium yang tipis seperti kertas (Sari & Rimandini, 2014). Untuk rasa sakit yang dirasakan oleh wanita pada saat menghadapi persalinan berbeda-beda tergantung dari rasa sakitnya, akan tetapi secara umum wanita yang akan mendekati persalinan akan merasakan:

Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur; keluar lendir bercampur darah (show) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks; pada pemeriksaan dalam serviks mendatar dan pembukaan telah ada; pengeluaran lendir dan darah; dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas, terjadi perdarahan kapiler pembuluh darah pecah. Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan berlangsung dalam waktu 24 jam (Rukiyah et al., 2009).

Bab 2

Manajemen Kebidanan dalam Persalinan

2.1 Pendahuluan

Organisasi kesehatan dunia atau WHO memperkirakan, bahwa 98% penyebab kematian maternal di negara berkembang masuk kategori “dapat dicegah” mengingat kematian ibu terbanyak pada saat persalinan, terdapat banyak faktor yang dapat menjadi penyebab dan dapat berpengaruh terhadap kematian ibu di Indonesia. Salah satu penyebab yaitu kita mengenal istilah 3T (tiga fase terlambat) dan 4 T (menghindari 4 terlalu), salah satu fase terlambat yang menjadi faktor penyebab Kematian pada ibu yaitu Terlambat mengambil keputusan, sehingga terlambat untuk mendapat penanganan (E. P. Sari & Rimandini, 2014).

Sesuai anjuran World health organization (WHO) yang menyarankan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan setiap tenaga kesehatan harus menggunakan pendekatan proses pengambilan keputusan klinis berdasarkan evidence based dalam praktiknya, Kemampuan dalam pengambilan keputusan klinis sangat tergantung pada pengalaman, pengetahuan dan latihan praktek ketiga faktor ini sangat berpengaruh terhadap pengambilan keputusan klinis yang dibuat sehingga menentukan tepat tidaknya tindakan petugas kesehatan

yang diberikan kepada klien, Pengambilan keputusan klinis sangat erat kaitannya dengan proses manajemen kebidanan karena proses dalam manajemen kebidanan seorang bidan dituntut untuk mampu membuat keputusan yang segera secara tepat dan cepat agar masalah yang dihadapi klien cepat teratasi (Yanti et al., 2015).

Pengambilan keputusan klinis yang benar dan tepat merupakan salah satu langkah pencegahan dalam menurunkan kasus AKI dan AKB, Keputusan klinis yang diambil dalam manajemen asuhan kebidanan, berdasarkan diagnosis/masalah yang dihadapi harus selalu dipikirkan masalah yang perlu diantisipasi dan tindakan yang harus segera dilakukan untuk mengatasi masalah yang mengancam ibu dan bayi. Tindakan bidan harus berdasarkan prioritas dan bersifat antisipatif segera, Pengambilan keputusan klinis dengan menggunakan manajemen asuhan kebidanan akan membantu bidan dalam menangani segala kasus yang sifatnya emergenc (R. N. Sari, 2012).

Manajemen kebidanan merupakan metode atau bentuk pendekatan yang digunakan bidan dalam memberikan asuhan kebidanan sehingga langkah-langkah dalam manajemen kebidanan merupakan alur pikir bidan dalam pemecahan masalah atau pengambilan keputusan klinis. Asuhan yang dilakukan harus dicatat secara benar, sederhana, jelas, dan logis. Dokumentasi ini perlu karena dapat digunakan sebagai bahan untuk mempertanggung jawabkan tindakan yang dilakukan, dan sebagai bahan untuk mempertanggung jawabkan tindakan yang dilakukan dan juga bila ada kejadian gugatan, maka dokumentasi kebidanan dapat membantu bidan sebagai tenaga kesehatan dan pelaksana asuhan kebidanan wajib mencatat dan melaporkan kegiatannya yang dokumentasinya harus tersimpan dengan baik (Sudarti & Fauziah, 2011).

Dokumentasi Asuhan ibu bersalin (intranatal) merupakan bentuk catatan dari asuhan kebidanan yang dilaksanakan pada ibu dalam masa bersalin, yakni pada kala I sampai kal IV meliputi pengkajian data, pembuatan diagnosis kebidanan, pengidentifikasian masalah terhadap tindakan segera dan melakukan kolaborasi dengan dokter atau tenaga kesehatan yang lain serta menyusun asuhan kebidanan dengan tepat dan rasional berdasarkan keputusan yang dibuat pada langkah sebelumnya (Rukiyah et al., 2014).

2.2 Pengertian Manajemen Kebidanan

1. Menurut IBI (50 tahun IBI). Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis, mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi
2. Menurut Depkes RI. Manajemen kebidanan adalah metode dan pendekatan pemecahan masalah ibu dan anak yang khusus dilakukan oleh bidan dalam memberikan asuhan kepada individu, keluarga, dan masyarakat.
3. Menurut Hellen varney. Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan - penemuan, keterampilan dalam rangkaian/tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien.
4. Menurut Titik Rahmawati Manajemen Asuhan kebidanan adalah pendekatan dan kerangka pikir yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengumpulan data, analisa data, diagnosa kebidanan, perencanaan, penatalaksanaan dan evaluasi.
5. Menurut Sudarti Manajemen Asuhan kebidanan merupakan metode atau bentuk pendekatan yang digunakan bidan dalam memberikan asuhan kebidanan sehingga langkah-langkah dalam manajemen kebidanan merupakan alur pikir bidan dalam pemecahan masalah atau pengambilan keputusan klinis. Asuhan yang dilakukan harus dicatat secara benar, sederhana, jelas dan logis (Mangkuji et al., 2012).

2.2.1 Proses Manajemen Kebidanan Menurut American collage of Nurse Midwifeves)

Proses manajemen kebidanan sesuai dengan standar yang dikeluarkan oleh *American collage of Nurse Midwifeves* (ACNM) tahun 1999 terdiri atas :

1. Mengumpulkan dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan secara sistematis melalui pengakajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengkaji riwayat kesehatan dan melakukan pemeriksaan fisik
2. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosa berdasarkan interpretasi data dasar
3. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien
4. Memberi informasi dan dukungan kepada klien sehingga mampu membuat keputusan dan bertanggung jawab terhadap kesehatannya
5. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien
6. Secara pribadi, bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individual
7. Melakukan konsultasi dan perencanaan, melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi, dan merujuk klien untuk mendapat asuhan selanjutnya
8. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi dalam situasi darurat jika terdapat penyimpangan dari keadaan normal
9. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.

2.2.2 Proses Manajemen Kebidanan Menurut Helen Varney

Menurut Varney (1997), proses penyelesaian masalah merupakan salah satu upaya yang dapat digunakan dalam manajemen kebidanan. Varney berpendapat bahwa dalam melakukan manajemen kebidanan, bidan harus memiliki kemampuan berpikir secara kritis untuk menegakan diagnosa atau masalah potensial kebidanan. Selain itu, diperlukan pula kemampuan kolaborasi atau kerja sama. Hal ini dapat digunakan sebagai dasar dalam perencanaan kebidanan selanjutnya. Dalam buku kebidanan yang ditulisnya pada tahun 1981, proses manajemen kebidanan diselesaikan melalui lima langkah, yaitu Pengkajian data asuhan kebidanan, penentuan diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan Evaluasi. Namun setelah

menggunakan lima langkah manajemen kebidanan tersebut Varney (1997) melihat ada beberapa hal penting yang harus disempurnakan. Kemudian dia menambahkan dua langkah lagi untuk menyempurnakan teori lima langkah yang telah dijelaskan sebelumnya. Tujuh langkah manajemen asuhan kebidanan menurut (Varney et al., 2007) sebagai berikut :

Langkah I : Pengumpulan data dasar

Langkah ini dilakukan dengan melakukan pengkajian melalui proses pengumpulan data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan pasien secara lengkap seperti riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan, peninjauan catatan terbaru atau catatan sebelumnya, data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi. Semua data dikumpulkan dari sumber yang berhubungan dengan kondisi pasien. Pengumpulan data dimulai saat klien masuk dan dilanjutkan secara terus menerus selama proses asuhan kebidanan berlangsung. Data dapat dikumpulkan dari berbagai sumber, baik sumber primer (pasien) maupun sumber sekunder (anggota keluarga atau tenaga kesehatan lain). Teknik pengumpulan data ada 3 yaitu observasi (melalui panca indera), wawancara (tanya jawab), dan pemeriksaan (memakai instrument). Data diklasifikasikan menjadi dua, yaitu data subjektif dan data objektif.

Bidan mengumpulkan data dasar dengan lengkap. Bila klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi, bidan akan melakukan konsultasi. Pada keadaan tertentu bisa terjadi langkah pertama overlap dengan langkah ke-5 dan 6 (atau menjadi bagian dari langkah-langkah tersebut), karena data yang diperlukan diambil dari hasil pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik lainnya. Kadang-kadang bidan perlu memulai manajemen dari langkah 4 untuk mendapatkan data dasar awal yang perlu disampaikan kepada dokter.

Langkah II: Interpretasi data dasar

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi data secara benar terhadap diagnosa atau masalah kebutuhan pasien. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditentukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Kata masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa, namun membutuhkan penanganan yang dituangkan ke dalam sebuah rencana asuhan terhadap klien.

Masalah adalah kesenjangan yang diharapkan dengan fakta/ kenyataan. Selain itu, sudah terpikirkan perencanaan yang dibutuhkan terhadap masalah. Sebagai contoh masalah yang menyertai diagnosa seperti diagnosa kemungkinan perempuan hamil tersebut masuk trimester III. Masalah yang kemungkinan dapat muncul adalah takut tidak termasuk ke dalam kategori “diagnosa nomenklatur” tetapi tetap akan menciptakan suatu masalah yang membutuhkan pengkajian lebih lanjut dan memerlukan suatu perencanaan untuk mengurangi rasa takut.

Langkah III : Identifikasi diagnosa atau masalah Potensial

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial yang lain berdasarkan beberapa masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi yang cukup dan apabila memungkinkan dilakukan proses pencegahan atau dalam kondisi tertentu pasien membutuhkan tindakan segera. Contoh diagnosa kebidanan: Kehamilan normal, partus normal, abortus dll. Pada langkah ini penting sekali untuk melakukan asuhan yang aman. Misal pada persalinan dengan bayi besar, bidan sebaiknya juga mengantisipasi dan bersiap –siap terhadap kemungkinan terjadinya distocia bahu sehingga perlu disiapkan kebutuhan untuk resusitasi.

Langkah IV : Identifikasi dan penetapan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Tahap ini dilakukan oleh bidan dengan melakukan identifikasi dan menetapkan beberapa kebutuhan setelah diagnosa dan masalah ditegakkan. Kegiatan bidan pada tahap ini adalah konsultasi, kolaborasi, dan melakukan rujukan. Beberapa data menunjukkan situasi *emergency* di mana bidan perlu bertindak segera demi keselamatan ibu dan bayi, dan beberapa sementara menunggu instruksi dokter, mungkin juga memerlukan konsultasi dengan tim kesehatan lain. Bidan mengevaluasi situasi setiap pasien untuk menentukan asuhan pasien yang paling tepat.

Langkah V : Perencanaan Asuhan secara Menyeluruh

Setelah beberapa kebutuhan pasien ditetapkan, diperlukan perencanaan menyeluruh terhadap masalah dan diagnosa yang ada. Dalam proses perencanaan asuhan secara menyeluruh juga dilakukan identifikasi beberapa data yang tidak lengkap agar pelaksanaan secara menyeluruh dapat teratasi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau masalah yang berkaitan, tetapi juga dari

kerangka pedoman antisipasi terhadap perempuan tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya. Setiap rencana asuhan harus disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu bidan dan klien agar dapat dilaksanakan asuhan kebidanan secara efektif, karena pada akhirnya perempuan itulah yang akan melaksanakan rencana itu atau tidak. Semua asuhan yang dikembangkan secara menyeluruh harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan atau tidak akan dilakukan oleh klien.

Langkah VI : Pelaksanaan Perencanaan

Tahap ini merupakan tahap pelaksanaan dari semua rencana sebelumnya, baik terhadap masalah pasien maupun diagnosa yang ditegakkan. Pelaksanaan ini dapat dilakukan oleh bidan secara mandiri maupun kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukannya sendiri tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Bidan bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh.

Langkah VII : Evaluasi

Merupakan tahap akhir dalam manajemen kebidanan, yaitu dengan melakukan evaluasi dari perencanaan maupun pelaksanaan yang dilakukan oleh bidan. Evaluasi sebagai bagian dari pelayanan secara komprehensif dan selalu berubah sesuai dengan kondisi atau kebutuhan klien. Evaluasi efektif dari asuhan yang telah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah telah terpenuhi sesuai dengan apa yang diidentifikasi dalam masalah dan diagnosa. Rencana tersebut bisa dianggap efektif jika memang efektif pelaksanaannya, ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif.

2.3 Pengertian Dokumentasi Kebidanan

Mengingat langkah-langkah manajemen asuhan kebidanan di atas merupakan suatu pola pikir, selanjutnya kita perlu melakukan pencatatan atau pendokumentasian. Proses pencatatan dan pendokumentasian ini disebut dokumentasi kebidanan (Mangkuji et al., 2012). Dokumentasi kebidanan merupakan hal yang harus diperhatikan oleh tenaga bidan dalam setiap kegiatan setelah melakukan asuhan yang diberikan kepada klien, selain sebagai

sistem pencatatan dan pelaporan, dokumentasi kebidanan juga digunakan sebagai informasi status kesehatan pasien pada semua kegiatan asuhan kebidanan yang dilakukan oleh bidan. Seorang bidan setelah melakukan asuhan yang diberikan pada klien misalkan ibu hamil, ibu bersalin, masa nifas, bayi baru lahir dari mulai informasi yang dikumpulkan baik secara subjektif, hasil pemeriksaan fisik dan data penunjang atau data objektif, serta diagnosa masalah dan kebutuhan yang telah ditegakkan oleh bidan di mana setelah itu bidan melakukan tindakan atau asuhan semua tercatat atau terdokumentasi dengan baik bisa lewat tulisan, foto-foto atau video jika hal ini memungkinkan sehingga bukti pencatatan atau dokumentasi ini dapat dipertanggungjawabkan keabsahannya secara otentik jika suatu saat ada tuntutan hukum (Rukiyah et al., 2014), dalam melakukan Dokumentasi asuhan kebidanan kita perlu mengetahui aturan atau prinsip umum dalam pembuatan dokumentasi kebidanan agar dapat terlaksana secara efektif dan efisien. Sebelum prinsip-prinsip tersebut diterapkan, ada beberapa persyaratan dokumentasi kebidanan yang perlu diketahui yaitu, kesederhanaan di mana penggunaan kata-kata yang sederhana dan mudah dimengerti dan dipahami, keakuratan, yaitu di mana data yang diperoleh benar-benar akurat dari data yang dikumpulkan digunakan kesabaran dalam membuat dokumentasi kebidanan ketepatan dalam pendokumentasian merupakan syarat mutlak untuk memperoleh ketepatan diperlukan ketelitian dan penggunaan seperti penilaian gambaran klinis pasien, hasil laboratorium, di mana setiap kesalahan dikoreksi dengan baik dan pada tanda bukti pancantuman ditandatangani oleh pihak-pihak yang berwenang, kejelasan dan keobjektifan dalam melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan (Alimul, 2008).

2.3.1 Syarat dan Prinsip Dokumentasi Kebidanan

Dokumentasikan secara lengkap tentang suatu masalah yang penting yang bersifat klinis, Dokumentasi ini bertujuan untuk menyampaikan informasi penting tentang pasien, Rekam medis dipergunakan dalam pendokumentasian asuhan kebidanan untuk memenuhi kewajiban profesional bidan dalam mengomunikasikan informasi penting, Lakukan penandatanganan dalam setiap pencatatan data, perlu dicantumkan nama bidan yang bertugas serta waktu pencatatan, Tulislah dengan jelas dan rapi, Gunakan singkatan resmi dalam pendokumentasian, Catat nama pasien disetiap halaman, hindari menerima instruksi verbal dari dokter melalui telepon kecuali dalam kondisi darurat, catat informasi secara lengkap tentang obat yang diberikan mencatat segala bentuk manajemen obat pada pasien adalah suatu hal yang harus

2.3.2 Format Pengkajian Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin

No Register :

Tanggal masuk:

Tgl & jam:

Nama Pengkaji:

A. Pengkajian

Data subjektif (DS)

1. Identitas Istri, Suami

Nama, Agama, Pekerjaan, Alamat, No Telpon

2. Alasan datang.....

3. Keluhan utama.....

4. Riwayat pernikahan.....

Pernikahan ke :.....Kali

Usia pertama menikah :.....Tahun

Lama menikah :..... Tahun

5. Riwayat menstruasi

Menarche :.....

Siklus :.....

Lamanya :.....

Banyaknya :.....

Disminorhea:.....

6. Riwayat kesehatan.....

7. Riwayat Kesehatan keluarga.....

8. Riwayat obstetri yang lalu

Kehamilan (Urutan kehamilan ke, Usia kehamilan...mg/ bln,periksa di...penyulit dan pengobatan yang diterima), Persalinan (Urutan persalinan, Jenis persalinan, Penolong, keadaan BBL, Penyulit persalinan), Anak (Urutan Anak, Jenis kelamin, BB & PB), Nifas (Pemberian Asi dan penyulit nifas).

9. Riwayat obstetri sekarang

Riwayat kehamilan sekarang : G..... P.....Ab.....
HPHT :.....
Gerakan janin :.....
Keluhan saat hamil :.....
ANC : Trimester I :.....
Trimester II :.....
Trimester III :.....
Imunisasi TT :.....
Obat yang dikonsumsi :.....

10. Riwayat KB

Kontrasepsi yang dipakai :.....
Lama pemakaian :.....
Keluhan :.....
Kontrasepsi yang lalu :.....
Lama pemakaian :.....
Alasan berhenti :.....

11. Pola Nutrisi

Makan :.....
Minum :.....

12. Pola Eliminasi

BAB :.....kali/hari

BAK :.....Kali/hari

13. Pola istirahat

Malam :..... Jam

Siang :.....Jam

14. Data psikososial dan Budaya.....

Data objektif

1. Pemeriksaan umum

a. Kesadaran

Komposmentis

Somnolent

Sopor

2. Pemeriksaan fisik

Kepala :.....

Mata :.....

Mulut:.....

Leher:.....

Payudara :.....

Abdomen :.....

Leopold I :.....

Leopold II :.....

Leopold III:.....

Leopold IV:.....

Djj:.....

Genetalia :

Ekstremitas :

3. Pemeriksaan dalam: tgl...jam.....

v/v

Pembukaan

Effisement

Ketuban

Hodge

Bagian terdahulu

Denominator

Moulage

Bagian kecil yang menyertai

bagian terdahulu

4. Pemeriksaan penunjang : tanggal.....

Urine :

Protein :

Reduksi :

Hb :

Goldar :

VDRL :

- B. IDENTIFIKASI DIAGNOSA MASALAH AKTUAL
- C. IDENTIFIKASI DIAGNOSA MASALAH POTENSIAL
- D. IDENTIFIKASI KEBUTUHAN SEGERA
- E. INTERVENSI
- F. IMPLEMENTASI
- G. EVALUASI

KALA II

- A. DATA SUBJEKTIF
- B. DATA OBJEKTIF
- C. ANALISA
- D. PENATALAKSANAAN

KALA III

- A. DATA SUBJEKTIF
- B. DATA OBJEKTIF
- C. ANALISA
- D. PENATALAKSANAAN

KALA IV

- A. DATA SUBJEKTIF
- B. DATA OBJEKTIF
- C. ANALISA
- D. PENATALAKSANAAN

2.3.3 Pendokumentasian Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin (SOAP)

Kala I**Data subjektif**

Kehamilan kedua dan tidak pernah keguguran

Data Objektif

GII, PI, A0, Ekspresi wajah tampak meringis saat ada kontraksi

Assesment

“Ny.....G....P.....dengan kala II”

Penatalaksanaan

Memantau kemajuan persalinan, Memberikan informed consent pada ibu dan keluarga untuk mengetahui tindakan yang akan dilakukan, Mengajarkan ibu tehnik relaksasi dengan cara menarik nafas panjang melalui hidung dan mengeluarkan melalui mulut, melakukan pemeriksaan dalam, memberikan intake makanan dan minuman, memberikan support pada ibu guna memberi semangat dalam menghadapi persalinan.

Kala II

Data Subyektif

Ibu merasakan perutnya semakin sakit dan ingin buang air besar .

Data Objektif

Adanya dorongan meneran Tekanan pada anus Perineum menonjol Vulva vagina membuka

Asessment

“Ny.....G....P.....dengan kala II”

Penatalaksanaan:

Memastikan adanya tanda pasti gejala kala II Persiapan penolong, Persiapan tempat persalinan, peralatan dan bahan, Persiapan tempat dan lingkungan untuk kelahiran bayi, Persiapan ibu dan keluarga, Pembersihan perineum, Pengosongan kandung kemih, Periksa dalam dan amniotomi, Pengaturan posisi ibu meneran Pencegahan laserasi/melakukan episiotomi, Pertolongan kelahiran bayi (melahirkan kepala, pemeriksaan tali pusat dileher, melahirkan bahu (cek tanda dan gejala distosia bahu), melahirkan seluruh tubuh bayi.

Kala III

Data Subjektif

Ibu dapat mengungkapkan perasaan lega setelah bayi dilahirkan, ibu merasakan perutnya masih sedikit mules.

Data Objektif

Perubahan bentuk dan tinggi fundus. Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus bulat penuh dan tinggi fundus biasanya dibawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah alpukat dan fundus berada diatas pusat (seringkali mengarah kesisi kanan), Tali pusat memanjang menjulur

keluar melalui vulva, Adanya semburan darah mendadak dan singkat, yang akan membantu mendorong plasenta keluar dibantu oleh gaya gravitasi.

Assesment

“Ny...P...dengan kala III”

Penatalaksanaan

Pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, Melakukan peregangan tali pusat terkendali (PTT), Melakukan masase fundus uteri

Kala IV

Data Subjektif

Ibu dapat mengungkapkan perasaan gembiranya setelah bayi dan plasenta lahir, ibu merasakan perutnya kadang merasa sedikit mules, bila ibu mengalami luka robek pada perineumnya ibu mengeluh merasa perih

Data Objektif

Keadaan umum ibu, mencakup dengan kesadaran, tekanan darah, pernafasan, suhu, dan nadi yang akan memberikan gambaran terhadap kondisi ibu baik atau bermasalah, Tinggi fundus uteri dan kontraksi, kandung kemih apakah penuh atau tidak, melakukan deteksi apakah perdarahan aktif atau tidak, melakukan estimasi jumlah kehilangan darah.

Assesment

“Ny.....P....dengan kala IV”

Penatalaksanaan

Pemantauan Persalinan kala IV, Tekanan darah, Nadi, suhu pernapasan, Tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan (Suprapti & Mansur, 2018).

Bab 3

Komunikasi dalam Persalinan

3.1 Pendahuluan

Mulai dari membangun hubungan saling percaya pada pertemuan pertama dengan klien hingga kelahiran dan kunjungan nifas, bidan akan menghadapi banyak situasi di mana mereka akan membutuhkan alat komunikasi yang efektif dalam perbendaharaan mereka dan keterampilan untuk memanfaatkannya. Bidan juga akan menggunakan keterampilan berkomunikasi ini dengan keluarga klien, kolega, profesional lain, pelajar, dan lainnya.

Akan ada saat-saat ketika komunikasi menjadi mendesak dan faktual dan saat-saat ketika akan hangat dan empatik karena bidan perlu menyampaikan segala sesuatu mulai dari kabar baik hingga kabar buruk. Setiap kali seorang bidan berkomunikasi, mereka harus melakukannya dari posisi memahami siapa audiens mereka, apa yang mereka inginkan / butuhkan, informasi apa yang perlu disampaikan, dan peran apa yang dimainkan oleh pikiran dan emosi mereka dalam komunikasi tersebut. Dibutuhkan banyak kesadaran diri dan latihan untuk menjadi komunikator yang efektif.

3.2 Nilai & Kesadaran Diri dalam Hubungan Klien Bidan

Untuk menjadi komunikator dan konselor yang efektif, bidan harus memahami nilai, keyakinan, dan karakteristik pribadi mereka sendiri dan bagaimana hal ini dapat memengaruhi pekerjaan mereka dengan klien. Nilai-nilai kita memberikan panduan bagi kita sebagai individu; menentukan apa yang kita yakini benar dan salah, dan baik dan buruk. Itu juga memengaruhi apa yang kita anggap berharga dan penting dalam hidup kita. Disadari atau tidak, nilai-nilai kita menginformasikan kita dalam kehidupan kita sehari-hari dan dalam hubungan klien / konseling dan klien / bidan (Eileen, 2020).

Penting bagi siapa pun yang bekerja dengan orang-orang dalam kapasitas konseling apa pun untuk menyadari nilai dan keyakinan mereka sendiri, dan menyadari respons emosional, fisik, dan mental mereka terhadap klien. Ini berarti meluangkan waktu untuk merefleksikan keyakinan Anda dan menilai pengaruhnya terhadap perasaan dan emosi Anda; yaitu memeriksa diri sendiri untuk menilai apa yang terjadi secara internal. Anda mungkin bertanya pada diri sendiri: Apakah saya merasakan emosi yang kuat saat mendengarkan? Apakah saya merasakan stres atau ketidaknyamanan di tubuh saya? Apakah ada kata-kata dan frasa yang terlintas di benak saya yang mencegah saya untuk dapat sepenuhnya memperhatikan apa yang dikatakan klien? Sebagai bidan, jika Anda merasa aktif secara emosional, Anda dapat menggunakan alat pengaturan diri untuk mengelola aktivasi. Alat pengaturan diri termasuk memperlambat nafas, meminum air, memfokuskan diri pada klien dan, jika perlu, meminta istirahat sejenak dalam pertemuan.

Dari kesadaran diri yang meningkat ini muncul kemampuan untuk menetapkan dan mempertahankan batasan profesional dan pribadi. Batasan ini memberikan keamanan emosional bagi bidan dan klien mereka saat mereka menavigasi pengalaman transformatif kelahiran bersama. Kesadaran akan nilai-nilai dan keyakinan pribadi juga memungkinkan konselor bekerja dengan cara yang tidak menghakimi dengan klien yang memiliki nilai-nilai yang berlawanan atau merujuk klien tersebut ke sumber alternatif yang lebih sesuai dengan nilai-nilai klien. Tidak ada standar yang menyatakan bahwa seorang konselor harus mengabaikan nilai-nilai dan keyakinannya sendiri sepenuhnya, tetapi praktik etika mengharuskan Anda untuk tidak memaksakan nilai-nilai

dan keyakinan pribadi Anda kepada orang yang Anda ajak konseling (Eileen, 2020).

Dalam banyak kasus, tidak adil mengharapkan bidan mengabaikan nilai-nilai dan keyakinan yang dianut dengan sangat kuat untuk melayani kebutuhan klien. Tidak ada rasa malu untuk mengakui pada diri sendiri bahwa akan sulit, jika bukan tidak mungkin, untuk bekerja dengan klien tertentu karena benturan mendasar atas nilai, kepercayaan, atau akibatnya, perilaku. Merujuk klien ke bidan lain akan menyelesaikan masalah sambil memastikan bahwa klien menerima layanan yang mereka butuhkan.

3.3 Membangun Hubungan

Bersamaan dengan kesadaran diri, membangun hubungan akan memfasilitasi komunikasi dan kemungkinan dukungan konseling saat bidan dan klien bekerja sama. Hubungan ini bersifat profesional, dengan batasan dan ekspektasi yang jelas, namun tetap dilandasi kehangatan dan saling menerima. Unsur-unsur penting dari hubungan membantu tercantum di bawah. Akronim PANG (Positive Regard-sikap positif, Attending-kehadiran, Non Judgement-tidak menghakimi, Genuineness-ketulusan) membantu mengingat elemen-elemen ini: (Eileen, 2020)

3.3.1 Positive Regard (Sikap Positif)

Untuk membina dan memelihara hubungan klinis yang sehat, penting bagi bidan untuk dapat menjaga sikap yang positif di lingkungan klien. Mereka perlu menggambarkan keyakinan pada kekuatan dan kemampuan klien. Bidan juga perlu penasaran tentang nilai-nilai dan keyakinan klien seputar kekuatan pribadi, kelahiran dan keluarga dan untuk mengakui dan menerima keyakinan dan nilai-nilai tersebut sebagai hal mendasar bagi perasaan klien. Jika bidan memiliki pemahaman yang kuat tentang nilai dan keyakinan mereka, kemungkinan besar bidan dapat melihat keyakinan kliennya secara positif.

3.3.2 Attending (Kehadiran)

Saat terlibat dalam percakapan klinis, bidan memiliki sejumlah alat untuk menunjukkan bahwa mereka terlibat dengan apa yang dikomunikasikan klien. Praktik-praktik tersebut meliputi: mengarahkan tubuh ke wajah klien, duduk

dengan sikap santai dan waspada, melakukan kontak mata secara teratur, menggunakan suara lanjutan, seperti "hmmm," dan "ya," dan menganggukkan kepala. Tindakan ini menunjukkan minat dan keterlibatan dalam percakapan dengan mengesampingkan semua yang lain. Menjaga tangan dan tubuh tetap diam dan tidak bermain-main dengan pena atau gelisah di kursi juga akan mengomunikasikan mendengarkan secara aktif. Sebagai hasil dari penggunaan alat-alat ini, klien akan merasa didengarkan dan tahu bahwa mereka adalah fokus percakapan selama periode waktu tersebut.

3.3.3 Non-Judgement (Tidak menghakimi)

Penting bahwa bidan menunjukkan sikap tidak menghakimi saat bertemu dengan klien. Hal ini berbeda dari sikap positif karena klien mungkin mengungkapkan materi yang mengganggu yang dapat menyebabkan bidan menjadi khawatir atau merasa 'menunda' oleh percakapan. Perasaan ini biasanya muncul saat klien mengungkapkan nilai-nilai atau keyakinan yang bertentangan dengan yang dianut bidan. Selama masa-masa tersebut, bidan perlu menggunakan kesadaran diri dan keterampilan pengaturan diri emosional untuk menjaga penghargaan positif terhadap klien. Sangat penting bagi bidan untuk menyadari nilai dan keyakinan yang tidak dapat mereka terima dan siap untuk merujuk klien ke bidan lain atau praktik jika sikap tidak menghakimi tidak dapat dipertahankan. Tidak ada yang salah dengan mengakui bahwa nilai klien sangat berbenturan dengan nilai seseorang. Mencoba bekerja di lingkungan itu tidak membantu baik klien maupun bidan.

3.3.4 Genuineness (Ketulusan)

Ketulusan adalah faktor fundamental dalam hubungan yang sehat. Ini sangat penting dalam hubungan di mana kepercayaan dan komunikasi yang berkelanjutan sangat penting untuk memastikan hasil yang positif - kelahiran yang sehat dalam kasus kebidanan. Bidan dapat menunjukkan ketulusan melalui nada suara, sikap yang hangat, kontak mata yang teratur, dan pertanyaan yang menunjukkan minat pada kesejahteraan klien.

3.4 Keterampilan Konseling di Kebidanan

Meskipun konseling secara luas dianggap sebagai format pengobatan untuk orang-orang dengan masalah kesehatan emosional atau mental, kebanyakan penyedia kesehatan menemukan diri mereka menawarkan semacam konseling bersama dengan layanan dalam praktik khusus mereka. Apakah seorang dokter bekerja dengan pasien untuk meningkatkan motivasi mereka untuk menurunkan berat badan, atau bidan mendukung keluarga melalui hasil persalinan yang merugikan, alat yang akan mereka gunakan tidak berbeda dengan yang digunakan oleh konselor yang mendukung klien melalui, misalnya, depresi. Ini lebih merupakan masalah tingkat intervensi.

Beberapa situasi di mana bidan akan dipanggil untuk mengikuti percakapan konseling dapat mencakup: kekhawatiran klien tentang manajemen nyeri, takut melahirkan, keinginan untuk mengubah kebiasaan untuk meningkatkan kesehatan mereka dan kesehatan janin, dan begitu seterusnya. Bidan harus memiliki pemahaman yang jelas tentang kapan mereka dapat membantu klien dan kapan klien harus dirujuk ke ahli kesehatan mental.

Meskipun bukan daftar yang lengkap, situasi berikut memerlukan rujukan (Eileen, 2020):

- Klien tidak berorientasi pada waktu atau tempat atau memiliki defisit kognitif yang signifikan
- Klien menyalahgunakan narkoba atau alkohol
- Ada laporan atau dugaan kekerasan dalam rumah tangga
- Klien mendeskripsikan depresi atau kecemasan yang tampaknya lebih besar dari rasa khawatir atau perasaan “sedih” normal
- Klien menunjukkan gejala Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)

Jika bidan khawatir klien menunjukkan gejala yang membingungkan atau sangat mengkhawatirkan, bidan harus merujuk klien ke profesional kesehatan mental untuk penilaian. Paling sering, yang terbaik adalah merujuk klien ke dokter keluarga mereka sendiri yang kemudian dapat membuat rujukan yang sesuai. Dalam banyak kasus, jika tidak ada kekhawatiran tentang kesehatan mental klien, bidan mungkin masih ingin merujuk klien dan keluarganya ke

layanan berbasis komunitas, seperti ahli gizi, lembaga layanan multikultural, atau terapis pijat.

British Association for Counseling, sekarang British Association for Counseling and Psychotherapy, yang merupakan asosiasi profesional pertama yang mengadopsi definisi konseling profesional. Pada tahun 1986 diterbitkan definisi sebagai berikut:

“Konseling adalah penggunaan hubungan yang terampil dan berprinsip untuk memfasilitasi pengetahuan diri, penerimaan dan pertumbuhan emosional, dan pengembangan sumber daya pribadi yang optimal. Tujuan keseluruhannya adalah untuk memberikan kesempatan untuk bekerja menuju kehidupan yang lebih memuaskan dan penuh akal. Hubungan konseling akan bervariasi sesuai dengan kebutuhan tetapi mungkin berkaitan dengan masalah perkembangan, menangani dan menyelesaikan masalah tertentu, membuat keputusan, mengatasi krisis, mengembangkan wawasan dan pengetahuan pribadi, mengatasi perasaan konflik batin atau meningkatkan hubungan dengan orang lain. Peran konselor adalah untuk memfasilitasi klien bekerja dengan cara yang menghormati nilai-nilai klien, sumber daya pribadi, dan kapasitas untuk menentukan nasib sendiri.” (BAC, 1986).

Definisi ini menunjukkan betapa mudahnya praktik konseling cocok dengan praktik kebidanan, tetapi seperti yang Anda lihat dari definisi tersebut, hanya ada sedikit ruang untuk menasihati klien di lingkungan konseling. Tentu saja, bidan akan menasihati klien tentang aspek medis kehamilan, seperti menjaga nutrisi yang memadai atau memberikan dukungan laktasi, tetapi mereka mungkin perlu mengalihkan fokus ke peran panduan saat mendukung klien untuk membuat keputusan tertentu, perubahan terkait perilaku, atau untuk memproses masalah emosional.

Model konseling saat ini berfokus pada apa yang disebut praktik yang berpusat pada orang. Intervensi didasarkan pada tujuan masing-masing klien dan diambil dari sumber daya internal dan eksternal setiap klien, bila memungkinkan. Bekerja dari tujuan klien meningkatkan rasa berharga dan pencapaian mereka dan mengurangi kemungkinan klien menolak perubahan karena mereka merasa sulit untuk melawan sesuatu yang telah mereka identifikasi sebagai hasil yang mereka inginkan. Membantu klien untuk mengakses sumber daya mereka sendiri memungkinkan klien untuk menjadi

lebih mandiri dan lebih mungkin untuk menggeneralisasi pengetahuan diri dan keterampilan baru mereka untuk masalah masa depan (Eileen, 2020).

3.5 Refleks yang Tepat : Menghindari yang Terbaik

Banyak orang dalam profesi berbasis perawatan percaya bahwa mereka tahu apa yang dibutuhkan klien. Meskipun hal ini diperlukan dalam situasi akut, seperti darurat medis, dalam pengaturan psiko-sosial, hal ini mencegah klien dan konselor untuk berpikir di luar kebiasaan ketika menentukan apa yang terbaik untuk klien. Karena tergesa-gesa untuk menyelamatkan klien dari kesusahan, mereka yang memiliki profesi berbasis perawatan juga berisiko mengabaikan kebutuhan klien sama sekali. Teori wawancara motivasi menyebutnya refleksi meluruskan. Itu berasal dari tempat kepedulian dan keinginan untuk mengurangi penderitaan, tetapi sering kali menyebabkan klien merasa disalahpahami, dikuasai, dan bahkan tidak terlihat. Dibutuhkan kesadaran diri dan pengendalian diri yang signifikan bersama dengan keyakinan yang kuat pada model konseling yang berpusat pada orang untuk menghindari terjebak dalam refleksi meluruskan.(Eileen, 2020).

Bidan harus mengesampingkan perasaan dan pikirannya tentang apa yang harus dilakukan klien dan mendengarkan dengan cermat apa yang dikatakan klien tentang pikiran, perasaan, dan kebutuhannya. Mendengarkan secara reflektif, empati, dan penggunaan pertanyaan yang cermat adalah semua alat yang dapat digunakan bidan untuk memberikan bimbingan dan dukungan bagi klien mereka. Seringkali, klien akan menyadari apa yang mereka perlu lakukan untuk menyelesaikan masalah hanya dengan membicarakannya dengan orang lain. Pendekatan ini adalah dasar dari konseling yang berpusat pada orang.

3.6 Hubungan yang Sulit dan Percakapan yang Sulit

Akan ada kalanya, meskipun bidan dan klien berusaha keras dalam berkomunikasi, hubungan dan / atau percakapan akan menjadi tegang. Mungkin klien mengalami kesulitan dalam membangun kepercayaan atau bidan dipengaruhi oleh perasaan yang muncul jika klien mengingatkan mereka tentang seseorang yang pernah memiliki pengalaman negatif dengannya di masa lalu. Mungkin gaya komunikasi mereka sangat berlawanan sehingga mereka tidak bisa terhubung. Ada kalanya bidan harus menyampaikan informasi yang sulit, menantang klien, atau menangani konflik yang sulit dengan anggota keluarga klien atau profesional lain. Langkah pertama dalam menghadapi percakapan yang sulit adalah memastikan bahwa Anda merasa kuat secara fisik dan emosional. Kebanyakan orang melakukan apa yang disebut mode 'fight or flight' ketika terlibat dalam interaksi intens dengan orang lain. Hal ini membuat sangat sulit untuk berpikir dan menanggapi dengan jelas dan bijaksana selama percakapan. (Eileen, 2020).

Mode pertarungan atau lari adalah naluri dasar manusia yang dikelola oleh struktur kecil di otak yang disebut amigdala. Saat amigdala merasakan semacam ancaman, amigdala mengirimkan sinyal kimiawi ke sistem saraf simpatis untuk mempersiapkan tubuh merespons ancaman tersebut. Penelitian baru menemukan bahwa manusia normal yang sehat akan melakukan salah satu dari lima hal berikut (Eileen, 2020):

1. Teman (yaitu mencari bantuan.)
2. Pertarungan
3. Melarikan diri
4. Membekukan
5. Flop (Jika ada beberapa ancaman tanpa resolusi dan orang tersebut gagal merespons.)

Kelima tanggapan ini dianggap sebagai cara otak untuk memastikan kelangsungan hidup. Tentu saja, percakapan yang sulit bukanlah ancaman bagi kelangsungan hidup seseorang. Namun, amigdala tidak membedakan jenis ancaman dengan baik. Ini akan menanggapi ancaman emosional dari interaksi

verbal yang menantang dengan cara yang sama, meskipun dengan intensitas yang lebih rendah, seperti halnya ancaman fisik.

Begitu pesan kimiawi dikirim sebagai respons terhadap ancaman, tubuh merespons secara otomatis melalui sistem simpatis. Detak jantung dan tekanan darah akan meningkat, pernapasan menjadi lebih cepat dan dangkal, dan sistem pencernaan akan mati. Perubahan ini memungkinkan tubuh untuk mengalihkan sumber daya yang dibutuhkan - darah dan oksigen - ke lengan dan kaki untuk memfasilitasi mode pertarungan, penerbangan, atau pembekuan. Orang tersebut mengalami perubahan fisik ini dalam perasaan pusing, berat di lengan dan kaki, detak jantung yang berdebar kencang, perasaan berat di perut, perasaan memerah dan panas, dan umumnya gelisah.

Pengiriman pesan kimiawi dan pengaturan proses ini terutama dikelola oleh hormon kortisol. Selain mengatur semua perubahan di otak dan tubuh, kortisol juga mematikan hipokampus. Ketika seseorang telah diancam, otaknya tidak 'ingin' orang tersebut meluangkan waktu untuk memikirkan apa yang harus dilakukan untuk mengatasi ancaman tersebut karena dalam waktu yang diperlukan untuk memikirkannya, ancaman tersebut bisa berakibat fatal. Penutupan hipokampus ini menyebabkan orang merasa bingung dan tidak mampu berpikir jernih. Setelah ancaman, orang-orang melaporkan bahwa mereka 'tidak bisa berpikir jernih', 'merasa seperti berada dalam kabut', 'tidak bisa berkonsentrasi atau mengatasi'. (Shin, 2006)). Ciri khas respons terhadap ancaman inilah yang membuat komunikasi dalam situasi berisiko secara emosional menjadi begitu sulit.

Ada cara untuk mencegah atau menghentikan rangkaian peristiwa fisiologis ini agar tidak terjadi. Untuk mematikan respons ancaman, seseorang harus mengaktifkan sistem parasimpatis. 'Sakelar' untuk sistem parasimpatis adalah pernapasan dalam dan lambat. Manusia memiliki cara alami untuk melakukan ini yang sebagian besar dari kita anggap remeh. Jika Anda mengingat kembali masa ketika Anda melihat sesuatu yang menakutkan, Anda mungkin ingat bahwa setelah ancaman itu hilang, Anda mungkin menarik napas dalam-dalam dan berkata, hancurkan sambil berkata "Wah!" ketika semuanya berakhir. Orang-orang yang menyaksikan hampir tabrakan sering berpaling satu sama lain, menarik napas dalam-dalam dan berseru, "Wow, apa kamu melihat itu?" sambil menghembuskan napas. (Lodrick, 2007). Ini adalah cara tubuh mengaktifkan sistem parasimpatis untuk mengatur ulang detak jantung dan detak pernapasan ke nilai normal.

Bidan dapat menggunakan napas untuk mempersiapkan percakapan yang sulit dengan meluangkan beberapa menit secara pribadi untuk mempersiapkan dengan mengambil dua tarikan napas dalam dan mengeluarkannya perlahan dan kemudian bernapas dalam hitungan satu-dua-tiga-empat saat menarik napas dan satu-dua-tiga empat saat menghembuskan napas. Latihan ini akan memanggil sistem parasimpatis, menenangkan jantung, paru-paru, dan otak, dan mengembalikan hipokampus 'online'. (Kevin, 2017)

Selama percakapan yang sulit atau menantang, bidan dapat mengatur pernapasan mereka, menarik napas dalam-dalam saat memperhatikan detak jantung meningkat dan berkonsentrasi untuk menjaga napas dalam dan rata. Ini adalah alat yang berguna yang dapat diajarkan bidan kepada klien mereka untuk digunakan dalam membantu mereka mengelola stres, nyeri, dan tekanan emosional.

Selain mengelola dampak fisiologis dari percakapan yang sulit, bidan dapat menggunakan sejumlah strategi dan alat untuk memastikan percakapan itu produktif. Alat penting adalah memastikan Anda memahami dengan tepat apa yang ingin Anda sampaikan. Jika ada waktu, pikirkan tentang tujuan komunikasi tersebut. Tuliskan beberapa poin yang perlu dibuat. Pastikan Anda memiliki fakta yang mungkin relevan. Jika Anda mengharapkan percakapan yang sangat sulit, cobalah untuk melatihnya dalam pikiran Anda. Sambil bernapas dengan teratur, visualisasikan percakapan tersebut. Bayangkan diri Anda sedang tenang dan membumi, mengatakan apa yang perlu Anda katakan dan mendengarkan orang lain. Seringkali, ketidaknyamanan dan ketakutan tentang percakapan yang sulit disebabkan oleh tidak mengetahui apa yang mungkin terjadi. Setelah melatih percakapan satu atau dua kali, otak tidak akan mengenali percakapan yang sebenarnya sebagai percakapan baru dan kemungkinan akan membuat tubuh lebih rileks dan terbuka. (Scott, 2016)

Alat penting untuk digunakan dalam percakapan yang menantang adalah dengan menggunakan pesan 'Saya' sebagai lawan memulai kalimat dengan "Kamu...". Misalnya, "Kamu salah". Bidan dapat memulai percakapan dengan "Saya khawatir tentang..." Pendekatan ini mengurangi kemungkinan pendengar akan merasa defensif dan memungkinkan mereka untuk mendengar kata-kata yang diucapkan. Ada kemungkinan lebih tinggi pendengar ingin terlibat lebih jauh dalam percakapan jika mereka tidak melawan pembicara.

Saat memberikan atau menerima umpan balik, otak kemungkinan akan memiliki reaksi ancaman yang serupa. Seperti percakapan sulit lainnya,

penting untuk menjaga napas dan menjaga hipokampus bekerja dengan baik. Ketika hipokampus bekerja dengan baik, dimungkinkan untuk mendengar umpan balik, membandingkannya dengan situasi umpan balik serupa lainnya dan tidak terbebani oleh emosi seseorang. Umpan balik yang baik harus selalu mencakup beberapa informasi positif, beberapa informasi realistis dan masuk akal tentang apa yang salah dan bagaimana hal itu dapat dilakukan dengan lebih baik. Umpan balik tidak boleh tentang karakteristik pribadi. Ini harus membahas perilaku spesifik yang dapat diubah penerima.

3.7 Menyampaikan Berita Buruk

Ada alat yang sangat spesifik untuk digunakan saat menyampaikan informasi sulit seperti kematian bayi. Penting untuk diingat bahwa banyak orang mengalami apa yang disebut memori flashbulb saat mereka menerima berita buruk. Sangat penting bagi bidan untuk memperhatikan bahasa yang digunakan, nada suara, bahasa tubuh, dan lokasi percakapan (Eileen, 2020).

Saat menyampaikan kabar buruk, yang terbaik adalah memilih lokasi yang nyaman mungkin, di mana ada kursi untuk diduduki dan cukup besar untuk menyertakan keluarga dan teman jika keadaan memungkinkan. Idealnya, ada tisu, pencahayaan lembut, dan ruangan di tempat yang tenang. Bidan harus menggunakan suara yang tenang dan lembut untuk menyampaikan informasi. Penting untuk menyatakan informasi dengan jelas dan sederhana sambil memberikan banyak waktu dan ruang emosional untuk reaksi yang kuat. Awalnya, mungkin ada ekspresi ketidakpercayaan, kemarahan, kesalahan, air mata, atau diam total. Tidak ada aturan tegas tentang bagaimana orang akan bereaksi terhadap berita yang sulit secara emosional. Bidan harus tetap tenang, menenangkan, dan siap menjawab pertanyaan jika klien sudah siap.

Dalam kebanyakan situasi, bidan hanya akan duduk dan menjadi saksi duka keluarga di saat-saat awal pertemuan sampai informasi terserap dan perasaan awal terungkap. Setelah itu, kemungkinan besar akan muncul banyak pertanyaan. Penting untuk menjawab pertanyaan dengan jelas dan sederhana, seperti saat menyampaikan berita pada awalnya. Jika bidan tidak memiliki informasi yang cukup, mereka dapat memberitahu klien bahwa mereka akan mendapatkan informasi secepat mungkin dan akan menghubungi mereka nanti.

Pada saat ini, sangat terbantu jika bidan dapat memberikan klien dan keluarganya informasi tentang dukungan masyarakat dan informasi medis apa pun yang mungkin dapat membantu, terutama dalam menangani kehilangan perinatal (Eileen, 2020).

Bab 4

Evidence Based dalam Persalinan

4.1 Pendahuluan

Dalam beberapa tahun terakhir atau tepatnya beberapa bulan terakhir kita sering mendengar tentang *evidence based*. *Evidence based* artinya berdasarkan bukti, tidak lagi berdasarkan pengalaman atau kebiasaan semata. Semua harus berdasarkan bukti dan bukti inipun tidak sekedar bukti. Tapi bukti ilmiah terkini yang bisa dipertanggungjawabkan. melalui paradigma baru ini maka pedekatan medik barulah dianggap *accountable* apabila didasarkan pada temuan terkini yang secara medik, ilmiah dan metodologi dapat diterima (Grove, S. K., Burns, N., & Gray, 2012).

Dengan kata lain *Evidence Based Midwifery* atau yang lebih dikenal dengan EBM adalah penggunaan mutakhir terbaik yang ada secara bersungguh sungguh, eksplisit dan bijaksana untuk pengambilan keputusan dalam penanganan pasien perseorangan (Sackett, 1997). *Evidenced Based Midwifery* (EBM) ini sangat penting peranannya pada dunia kebidanan karena dengan adanya EBM maka dapat mencegah tindakan – tindakan yang tidak diperlukan/tidak bermanfaat bahkan merugikan bagi pasien, terutama pada proses persalinan yang diharapkan berjalan dengan lancar dan aman sehingga

dapat menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi (Cunningham, 2014).

Saat ini, evidence based yang ada dalam asuhan kebidanan sudah di terapkan dan dilakukan sesuai dengan fakta yang terjadi, menyesuaikan dengan keadaan atau kondisi pasien dengan mengutamakan keselamatan dan kesehatan pasien dengan mengikuti prosedur yang sesuai dengan evidence based asuhan kebidanan, yang tentu saja berdasar kepada standar asuhan kebidanan dan pelayanan kebidanan. Dalam pengaplikasiannya, evidence base juga harus sesuai dengan prosedur dan pedoman yang bukti faktanya telah di teliti dan hasil penelitiannya telah diakui

4.2 Pengertian Evidence Based practice

Evidence based practice merupakan suatu strategi untuk mendapatkan knowledge atau pengetahuan terbaru berdasarkan evidence atau bukti yang jelas dan relevan untuk membuat keputusan klinis yang efektif dan meningkatkan skill dalam praktik klinis guna meningkatkan kualitas kesehatan pasien. Oleh karena itu berdasarkan definisi tersebut, Komponen utama dalam institusi pendidikan kesehatan yang bisa dijadikan prinsip adalah membuat keputusan berdasarkan evidence based.

Evidence atau bukti adalah kumpulan fakta yang diyakini kebenarannya. Evidence atau bukti dibagi menjadi 2 yaitu eksternal evidence dan internal evidence. Bukti eksternal didapatkan dari penelitian yang sangat ketat dan dengan proses atau metode penelitian ilmiah. Pertanyaan yang sangat penting dalam mengimplementasikan bukti eksternal yang didapatkan dari penelitian adalah apakah temuan atau hasil yang didapatkan di dalam penelitian tersebut dapat diimplementasikan kedalam dunia nyata atau dunia Praktik dan apakah seorang dokter atau klinisi akan mampu mencapai hasil yang sama dengan yang dihasilkan dalam penelitian tersebut. Berbeda dengan bukti eksternal bukti internal merupakan hasil dari insiatif Praktik seperti manajemen hasil dan proyek perbaikan kualitas (Grove, S. K., Burns, N., & Gray, 2012).

EBP dijelaskan bahwa *clinical expertise* yang merupakan komponen dari bukti internal adalah merupakan pengetahuan dan skill tenaga kesehatan yang profesional dan ahli dalam memberikan pelayanan. Hal atau kriteria yang paling menunjukkan seorang perawat ahli klinis atau *clinical expertise* adalah

pengalaman kerja yang sudah cukup lama, tingkat pendidikan, literatur klinis yang dimiliki serta pemahamannya terhadap research. Sedangkan patient preference adalah pilihan pasien, kebutuhan pasien harapan, nilai, hubungan atau ikatan, dan tingkat keyakinannya terhadap budaya. Melalui proses EBP, pasien dan keluarganya akan ikut aktif berperan dalam mengatur dan memilih pelayanan kesehatan yang akan diberikan. Kebutuhan pasien bisa dilakukan dalam bentuk tindakan pencegahan, health promotion, pengobatan penyakit kronis ataupun akut, serta proses rehabilitasi. Beberapa komponen dari EBP dan dijadikan alat yang akan menterjemahkan bukti kedalam Praktik dan berintegrasi dengan bukti internal untuk meningkatkan kualitas pelayanan (Sackett, 1997).

Berdasarkan (Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Long, L. E., & Fineout-Overholt, 2014) ada beberapa tahapan atau langkah dalam proses EBP. Tujuh langkah dalam *evidence based practice* (EBP) dimulai dengan semangat untuk melakukan penyelidikan atau pencarian (inquiry) personal. Budaya EBP dan lingkungan merupakan faktor yang sangat penting untuk tetap mempertahankan timbulnya pertanyaan-pertanyaan klinis yang kritis

Langkah-langkah dalam proses evidence based practice adalah sebagai berikut:

1. Menumbuhkan semangat penyelidikan (inquiry)
2. Mengajukan pertanyaan PICO (T) question
3. Mencari bukti-bukti terbaik
4. Melakukan penilaian (appraisal) terhadap bukti-bukti yang ditemukan
5. Mengintegrasikan bukti dengan keahlian klinis dan pilihan pasien untuk membuat keputusan klinis terbaik
6. Evaluasi hasil dari perubahan Praktik setelah penerapan EBP
7. Menyebarkan hasil (disseminate outcome (Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Long, L. E., & Fineout-Overholt, 2014)

4.3 Evidence Based dalam Praktik Persalinan

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin+uri) yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain.

Proses persalinan ini terdiri dari 4 kala yaitu :

Kala I Waktu untuk pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan lengkap yaitu 10 cm. Di mana kala I ini dibagi menjadi dua yaitu : Fase laten (di mana pembukaan serviks berlangsung lambat, sampai pembukaan 3 cm berlangsung dalam 7-8 jam). Fase aktif (berlangsung selama 6 jam) dan dibagi atas 3 subfase :

1. Periode akselerasiè Berlangsung 2 jam pembukaan menjadi 4 cm.
2. Periode dilatasi maksimalè Selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 jam.
3. Periode deselerasiè Berlangsung lambat dalam waktu 2 jam pembukaan jadi 10 cm atau lengkap.

Kala II Kala pengeluaran janin, waktu uterus dengan kekuatan his ditambah kekuatan mengedan mendorong janin keluar hingga lahir. Persalinan kala II dimulai saat pembukaan serviks lengkap (10cm) dan berakhir dengan keluarnya janin.

Tanda dan gejala kala II :

1. Ibu ingin mengeran (dorongan mengeran/doran)
2. Perineum menonjol (perjol)
3. Vulva membuka (vulka)
4. Tekanan anus (teknus)

Kala III Waktu pelepasan dan pengeluaran ari.

Kala IV (Mulai dari lahirnya uri sampai 1-2 jam) (Cunningham, 2014; Manuaba, 2009).

Salah satu tahapan dalam proses persalinan yang sangat penting adalah pada kala II persalinan. Di mana kala II persalinan ini dimulai pada saat pembukaan lengkap (pembukaan lengkap :10cm) sampai dengan lahirnya janin. Pada kala

II persalinan ini sering terjadi perlakuan yang terkadang dinilai tidak perlu bahkan membahayakan bagi ibu. Oleh karena itu beberapa peneliti mulai melakukan penelitian pada kala II persalinan yang dianggap membahayakan bagi ibu berdasarkan evidence based (Oxorn and Forte, 2010).

WHO menetapkan salah satu usaha yang sangat penting untuk dapat mencapai peningkatan pelayanan kebidanan yang menyeluruh dan bermutu yaitu dilaksanakannya Praktik berdasar pada evidence based. Di mana bukti secara ilmiah telah dibuktikan dan dapat digunakan sebagai dasar Praktik terbaru yang lebih aman dan diharapkan dapat mengendalikan asuhan kebidanan sehingga mampu memberikan pelayanan yang lebih bermutu dan menyeluruh dengan tujuan menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian perinatal (Rini and Kumala, 2017).

Evidence Based Midwifery (Practice) EBM didirikan oleh RCM dalam rangka untuk membantu mengembangkan kuat profesional dan ilmiah dasar untuk pertumbuhan tubuh bidan berorientasi akademis. dan telah lama berisi bukti yang telah menyumbang untuk kebidanan pengetahuan dan Praktik. Tujuan asuhan persalinan normal adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal. Dengan demikian penolong persalinan dapat memberikan asuhan yang mengacu pada upaya-upaya pencegahan yang dapat memberikan rasa nyaman dan aman bagi ibu dan bayi baru lahir selama persalinan, pasca persalinan dan masa nifas dini (Oxorn and Forte, 2010).

Ada lima aspek dasar atau lima benang dasar yang penting dan salin terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologis.

Lima benang merah tersebut adalah:

1. Membuat keputusan klinik adalah proses pemecahan masalah yang akan digunakan untuk merencanakan asuhan bagi ibu dan bayi baru lahir.
2. Asuhan sayang ibu dan bayi adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Salah satu prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa banyak ibu di Indonesia yang masih tidak mau meminta pertolongan tenaga penolong persalinan terlatih untuk memberikan asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Sebagian dari mereka memberi alasan bahwa penolong persalinan terlatih tidak benar-benar memperhatikan kebutuhan atau kebudayaan, tradisi dan keinginan pribadi para ibu dalam persalinan dan kelahiran bayinya. Alasan lain yang juga berpengaruh adalah bahwa sebagian besar fasilitas kesehatan memiliki peraturan dan prosedur kurang bersahabat dan menakutkan bagi ibu. Peraturan dan prosedur tersebut termasuk, tidak memperkenankan ibu untuk berjalan-jalan selama proses persalinan, tidak mengizinkan anggota keluarga menemani ibu, membatasi ibu hanya pada posisi tertentu selama persalinan dan kelahiran bayi dan memisahkan ibu dari bayi segera setelah bayi dilahirkan.

3. Pencegahan infeksiTindakan pencegahan infeksi dalam pelayanan asuhan kesehatan;1) Meminimalkan infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme2) Menurunkan risiko penularan penyakit yang mengancam jiwa seperti Hepatitis dan HIV / AIDS.
4. Pencatatan (rekam medis). Pencatatan adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Mengkaji ulang catatan memungkinkan untuk menganalisis data yang telah dikumpulkan dan dapat lebih efektif dalam merumuskan suatu diagnosis serta membuat rencana asuhan atau perawatan bagi ibu dan bayinya.
5. Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas kesehatan rujukan atau yang memiliki sarana lebih lengkap diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Meskipun sebagian besar ibu menjalani persalinan normal, namun sekitar 10-15% di antaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran sehingga perlu dirujuk ke fasilitas rujukan. Sangatlah sulit untuk menduga kapan penyulit akan terjadi, sehingga kesiapan untuk

merujuk ibu dan / atau bayinya ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu jika penyulit terjadi (Rini and Kumala, 2017).

EBM Pada Asuhan Persalinan Tingginya kasus kesakitan dan kematian ibu di banyak negara berkembang, terutama disebabkan oleh perdarahan pascapersalinan, eklamsia, sepsis dan komplikasi keguguran. Sebagian besar penyebab utama kesakitan dan kematian ibu tersebut sebenarnya dapat dicegah. Melalui upaya pencegahan yang efektif, beberapa negara berkembang dan hampir semua negara maju, berhasil menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu ke tingkat yang sangat rendah.

Asuhan Kesehatan Ibu selama dua dasawarsa terakhir terfokus pada:

1. Keluarga Berencana Membantu para ibu dan suaminya merencanakan kehamilan yang diinginkan
2. Asuhan Antenatal Terfokus Memantau perkembangan kehamilan, mengenali gejala dan tanda bahaya, menyiapkan persalinan dan kesediaan menghadapi komplikasi
3. Asuhan Pascakeguguran Menatalaksanakan gawat-darurat keguguran dan komplikasinya serta tanggap terhadap kebutuhan pelayanan kesehatan reproduksi lainnya
4. Persalinan yang Bersih dan Aman serta Pencegahan Komplikasi Kajian dan bukti ilmiah menunjukkan bahwa asuhan persalinan bersih, aman dan tepat waktu merupakan salah satu upaya efektif untuk mencegah terjadinya kesakitan dan kematian
5. Penatalaksanaan Komplikasi yang terjadi sebelum, selama dan setelah persalinan. Dalam upaya menurunkan kesakitan dan kematian ibu, perlu diantisipasi adanya keterbatasan kemampuan untuk menatalaksana komplikasi pada jenjang pelayanan tertentu. Kompetensi petugas, pengenalan jenis komplikasi, dan ketersediaan sarana pertolongan menjadi penentu bagi keberhasilan penatalaksanaan komplikasi yang umumnya akan selalu berbeda menurut derajat, keadaan dan tempat terjadinya Fokus asuhan persalinan normal adalah persalinan bersih dan aman serta mencegah terjadinya komplikasi. Hal ini merupakan pergeseran paradigma dari

menunggu terjadinya dan kemudian menangani komplikasi, menjadi pencegahan komplikasi. Persalinan bersih dan aman serta pencegahan komplikasi selama dan pascapersalinan terbukti mampu mengurangi kesakitan atau kematian ibu dan bayi baru lahir (Jayanti, 2019).

Beberapa contoh di bawah ini, menunjukkan adanya pergeseran paradigma tersebut diatas:

1. Mencegah Perdarahan Pasca persalinan yang disebabkan oleh Atonia Uteri Upaya pencegahan perdarahan pascapersalinan dimulai pada tahap yang paling dini. Setiap pertolongan persalinan harus menerapkan upaya pencegahan perdarahan pascapersalinan, diantaranya manipulasi minimal proses persalinan, penatalaksanaan aktif kala III, pengamatan melekat kontraksi uterus pascapersalinan. Upaya rujukan obstetrik dimulai dari pengenalan dini terhadap persalinan patologis dan dilakukan saat ibu masih dalam kondisi yang optimal.
2. Laserasi/episiotomi Dengan paradigma pencegahan, episiotomi tidak lagi dilakukan secara rutin karena dengan perasat khusus, penolong persalinan akan mengatur ekspulsi kepala, bahu, dan seluruh tubuh bayi untuk mencegah laserasi atau hanya terjadi robekan minimal pada perineum.
3. Retensio plasenta Penatalaksanaan aktif kala tiga dilakukan untuk mencegah perdarahan, mempercepat proses separasi dan melahirkan plasenta dengan pemberian uterotonika segera setelah bayi lahir dan melakukan penegangan tali pusat terkendali.
4. Partus Lama Untuk mencegah partus lama, asuhan persalinan normal mengandalkan penggunaan partograf untuk memantau kondisi ibu dan janin serta kemajuan proses persalinan. Dukungan suami atau kerabat, diharapkan dapat memberikan rasa tenang dan aman selama proses persalinan berlangsung. Pendampingan ini diharapkan dapat mendukung kelancaran proses persalinan, menjalin kebersamaan, berbagi tanggung jawab diantara penolong dan keluarga klien
5. Asfiksia Bayi Baru Lahir Pencegahan asfiksia pada bayi baru lahir dilakukan melalui upaya pengenalan/penanganan sedini mungkin,

misalnya dengan memantau secara baik dan teratur denyut jantung bayi selama proses persalinan, mengatur posisi tubuh untuk memberi rasa nyaman bagi ibu dan mencegah gangguan sirkulasi utero-plasenter terhadap bayi, teknik meneran dan bernapas yang menguntungkan bagi ibu dan bayi. Bila terjadi asfiksia, dilakukan upaya untuk menjaga agar tubuh bayi tetap hangat, menempatkan bayi dalam posisi yang tepat, penghisapan lendir secara benar, memberikan rangsangan taktil dan melakukan pernapasan buatan (bila perlu). Berbagai upaya tersebut dilakukan untuk mencegah asfiksia, memberikan pertolongan secara tepat dan adekuat bila terjadi asfiksia dan mencegah hipotermia (Sari, 2017).

6. Asuhan Sayang Ibu dan Bayi sebagai kebutuhan dasar persalinan Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Salah satu prinsip dasarnya adalah mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Perhatian dan dukungan kepada ibu selama proses persalinan akan mendapatkan rasa aman dan keluaran yang lebih baik. Juga mengurangi jumlah persalinan dengan tindakan (ekstraksi vakum, cunam dan seksio sesar) dan persalinan akan berlangsung lebih cepat (Oxorn and Forte, 2010).

Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan :

1. Memanggil ibu sesuai namanya, menghargai dan memperlakukannya sesuai martabatnya.
2. Menjelaskan asuhan dan perawatan yang akan diberikan pada ibu sebelum memulai asuhan tersebut.
3. Menjelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarganya.
4. Mengajak ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.
5. Mendengarkan dan menanggapi pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
6. Memberikan dukungan, membesarkan hatinya dan menenteramkan perasaan ibu beserta anggota keluarga yang lain.

7. Mengajarkan ibu untuk ditemani suaminya dan/atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya.
8. Mengajarkan suami dan anggota keluarga mengenai cara memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya.
9. Melakukan pencegahan infeksi yang baik secara konsisten.
10. Menghargai privasi ibu.
11. Mengajarkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi.
12. Mengajarkan ibu untuk minum cairan dan makan makanan ringan bila ia menginginkannya.
12. Menghargai dan membolehkan Praktik-Praktik tradisional yang tidak memberi pengaruh yang merugikan.
13. Menghindari tindakan berlebihan dan mungkin membahayakan (episiotomi, pencukuran, dan klisma).
14. Mengajarkan ibu untuk memeluk bayinya segera setelah lahir.
15. Membantu memulai pemberian ASI dalam 1 jam pertama setelah kelahiran bayi.
16. Menyiapkan rencana rujukan (bila perlu).
17. Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik, bahan-bahan, perlengkapan dan obat-obatan yang diperlukan (Djami and Birth, no date).

4.4 Evidence Based pada Kala II Persalinan

Kala II Kala pengeluaran janin, waktu uterus dengan kekuatan his ditambah kekuatan mengedan mendorong janin keluar hingga lahir. Persalinan kala II dimulai saat pembukaan serviks lengkap (10cm) dan berakhir dengan keluarnya janin. Tanda dan gejala kala II : a) Ibu ingin mengeran (dorongan mengeran/doran) b) Perineum menonjol (perjol) c) Vulva membuka (vulka) d) Tekanan anus (tekusus) e) Meningkatnya pengeluaran lendir dan darah f) Kepala telah turun di dasar panggul (Manuaba, 2009), (Cunningham, 2014).

Pada proses persalinan kala II ini ternyata ada beberapa hal yang dahulunya kita lakukan ternyata setelah di lakukan penelitian ternyata tidak bermanfaat atau bahkan dapat merugikan pasien. Adapun hal – hal yang tidak bermanfaat pada kala II persalinan berdasarkan EBM adalah :

Tabel 4.1: Kala II persalinan berdasarkan EBM

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

Semua tindakan tersebut di atas telah dilakukan penelitian sehingga dapat di kategorikan aman jika dilakukan pada saat ibu bersalin.

Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Di mana dengan asuhan sayang ibu ini kita dapat membantu ibu merasakan kenyamanan dan keamanan dalam menghadapi proses persalinan. Salah satu hal yang dapat membantu proses kelancaran persalinan adalah hadirnya seorang pendamping saat proses persalinan ini berlangsung. Karena berdasarkan penelitian keuntungan Pendamping hadirnya seorang pendamping pada proses persalinan adalah: persalinan dapat memberikan dukungan baik secara emosional maupun fisik, dukungan moral karena pada saat ini ibu sedang mengalami stress yang sangat berat tapi dengan kehadiran suami ibu dapat merasa sedikit rileks. Pendamping persalinan juga dapat ikut terlibat langsung dalam memberikan asuhan misalnya ikut membantu ibu dalam mengubah posisi sesuai dengan tingkat kenyamanannya masing – masing, membantu memberikan makan dan minum.

Pendamping persalinan juga dapat menjadi sumber pemberi semangat dan dorongan kepada ibu selama proses persalinan sampai dengan kelahiran bayi. Dengan adanya pendamping persalinan ibu merasa lebih aman dan nyaman, karena merasa lebih diperhatikan oleh orang yang mereka sayangi. Memperoleh dukungan emosional selama persalinan akan mengalami waktu persalinan yang lebih singkat, intervensi yang lebih sedikit, sehingga hasil persalinan akan lebih baik (Oxorn and Forte, 2010; Manuaba, 2009).

Pengaturan posisi persalinan pada persalinan kala II Pada saat proses persalinan akan berlangsung, ibu biasanya di anjurkan untuk mulai mengatur posisi telentang / litotomi. Tetapi berdasarkan penelitian yang telah dilakukan ternyata posisi telentang ini tidak boleh dilakukan lagi secara rutin. Bahwa posisi telentang pada proses persalinan, hal ini dikarenakan: pada proses persalinan dapat mengakibatkan berkurangnya aliran darah ibu. Posisi telentang dapat berbahaya bagi ibu dan janin, selain itu posisi telentang juga mengalami kontraksi lebih nyeri (Gabbe et al., 2016).

Posisi telentang/litotomi lama, trauma perineum yang lebih besar. Posisi juga dapat menyebabkan kesulitan penurunan bagian bawah janin. telentang bisa menyebabkan hipotensi karena bobot uterus dan isinya akan menekan aorta, vena kava inferior serta pembuluh-pembuluh lain dalam vena tersebut. Hipotensi ini bisa menyebabkan ibu pingsan dan seterusnya. Posisi litotomi bisa menyebabkan bisa mengarah ke anoreksia janin. kerusakan pada syaraf di kaki dan di punggung dan rasa sakit yang lebih banyak di daerah punggung pada masa post partum (nifas) (Rini and Kumala, 2017).

Adapun posisi yang dianjurkan pada proses persalinan antara lain posisi setengah duduk, berbaring miring, berlutut dan merangkak. Hal ini berdasarkan penelitian yang telah dilakukan. Karena posisi ini mempunyai kelebihan sebagai berikut :

- a. Posisi tegak dilaporkan mengalami lebih sedikit rasa tak nyaman dan nyeri.
- b. Posisi tegak dapat membantu proses persalinan kala II yang lebih seingkat.
- c. Posisi tegak membuat ibu lebih mudah mengeran, peluang lahir spontan lebih besar, dan robekan perineal dan vagina lebih sedikit.

- d. Pada posisi jongkok berdasarkan bukti radiologis dapat menyebabkan terjadinya peregangan bagian bawah simfisis pubis akibat berat badan sehingga mengakibatkan 28% terjadinya perluasan pintu panggul.
- e. Posisi tegak dalam persalinan memiliki hasil persalinan yang lebih baik dan bayi baru lahir memiliki nilai apgar yang lebih baik.
- f. Posisi berlutut dapat mengurangi rasa sakit, dan membantu bayi dalam mengadakan posisi rotasi yang diharapkan (ubun-ubun kecil depan) dan juga mengurangi keluhan haemoroid.
- g. Posisi jongkok atau berdiri memudahkan dalam pengosongan kandung kemih. Karena kandung kemih yang penuh memperlambat proses penurunan bagian bawah janin.
- h. Posisi berjalan, berdiri dan bersandar efektif dalam membantu stimulasi kontraksi uterus serta dapat memanfaatkan gaya gravitasi (Lutfiana, 2018; Jayanti, 2019).

Oleh karena itu sebaiknya sebelum bidan hendak menolong persalinan sebaiknya melakukan hal – hal sebagai berikut

- a. Menjelaskan kepada ibu bersalin dan pendamping tentang kekurangan dan kelebihan berbagai posisi pada saat persalinan.
- b. Memberikan kesempatan pada ibu memilih sendiri posisi yang dirasakan nyaman.
- c. Membicarakan tentang posisi-posisi pada ibu semasa kunjungan kehamilan.
- d. Memperagakan tehnik dan metode berbagai posisi kepada ibu sebelum memasuki kala II.
- e. Mendukung ibu tentang posisi yang dipilihnya.
- f. Mengajak semua petugas untuk meninggalkan posisi litotomi.
- g. Menyediakan meja bersalin/tempat tidur yang memberi kebebasan menggunakan berbagai posisi dan mudah dibersihkan. (Jayanti, 2019; Djami and Birth, no date).

Menahan nafas pada saat mengeran Pada saat proses persalinan sedang berlangsung bidan sering sekali menganjurkan pasien untuk menahan nafas pada saat akan mengeran dengan alasan agar tenaga ibu untuk mengeluarkan bayi lebih besar sehingga proses pengeluaran bayi pun enjadi lebih cepat.

Padahal berdasarkan penelitian tindakan untuk menahan nafas pada saat mengeran ini tidak dianjurkan:

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

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

- a. Episiotomi dapat menyebabkan perdarahan karena episiotomy yang dilakukan terlalu dini, yaitu pada saat kepala janin belum menekan perineum akan mengakibatkan perdarahan yang banyak bagi ibu. Ini merupakan “perdarahan yang tidak perlu”.
- b. Episiotomi dapat menjadi pemacu terjadinya infeksi pada ibu. Karena luka episiotomi dapat menjadi pemicu terjadinya infeksi, apalagi jika status gizi dan kesehatan ibu kurang baik.
- c. Episiotomi dapat menyebabkan rasa nyeri yang hebat pada ibu.
- d. Episiotomi dapat menyebabkan laserasi vagina yang dapat meluas menjadi derajat tiga dan empat.
- e. Luka episiotomi membutuhkan waktu sembuh yang lebih lama. Karena hal – hal di atas maka tindakan episiotomy tidak diperbolehkan lagi (Djami and Birth, no date)

Indikasi yang memperbolehkan tindakan episiotomi pada saat persalinan. Antara lain indikasinya adalah :

- a. Bayi berukuran besar Jika berat janin diperkirakan mencapai 4Kg, maka hal ini dapat menjadi indikasi dilakukannya episiotomy. Tapi asalkan pinggul ibu luas karena jika tidak maka sebaiknya ibu dianjurkan untuk melakukan SC saja untuk enghindari faktor risiko yang lainnya.

- b. Perineum sangat kaku Tidak semua persalinan anak pertama dibarengi dengan perineum yang kaku. Tetapi bila perineum sangat kaku dan proses persalinan berlangsung lama dan sulit maka perlu dilakukan episiotomi.
- c. Perineum pendek Jarak perineum yang sempit boleh menjadi pertimbangan untuk dilakukan episiotomi, Apalagi jika diperkirakan bayinya besar. Hal ini meningkatkan kemungkinan terjadinya cedera pada anus akibat robekan yang melebar ke bawah.
- d. Persalinan dengan alat bantu atau sungsang Episiotomi boleh dilakukan jika persalinan menggunakan alat bantu seperti forcep dan vakum. (Sari, 2017)

Hal ini bertujuan untuk membantu mempermudah melakukan tindakan. Jalan lahir semakin lebar sehingga memperkecil risiko terjadinya cedera akibat penggunaan alat bantu tersebut.

Bab 5

Faktor-Faktor yang Memengaruhi Persalinan

5.1 Pendahuluan

Proses kehamilan dan persalinan merupakan proses yang alamiah dan normal. Intervensi pada persalinan tidak diperlukan, kecuali pada kondisi-kondisi tertentu yang memerlukan intervensi, seperti pre-eklampsia, letak lintang, dan lain-lain. Nyeri yang dirasakan dan pengalaman yang dialami oleh wanita tersebut saat persalinan dapat berdampak, baik yang bersifat positif maupun negatif, dari kepuasan yang ibu bersalin rasakan terhadap pelayanan saat persalinan.

Melahirkan adalah fase dari suatu perjuangan seorang wanita dan proses persalinannya ini dapat berdampak jangka panjang. Persalinan merupakan hal yang sangat dinantikan oleh setiap pasangan, terutama seorang wanita. Persalinan adalah hal yang fisiologis, tetapi dalam prosesnya persalinan bisa mengalami patologis (ketidaknormalan). Hal ini yang dapat membawa efek jangka panjang seperti persalinan dengan bantuan alat, dapat meningkatkan depresi pascasalin, mengurangi kepercayaan diri wanita dalam kemampuannya menjalani peran sebagai seorang ibu atau mengganggu proses kelekatan (bonding attachment) yang dialami (Indrayani, 2012).

Proses persalinan pada setiap wanita itu berbeda, oleh karena itu perlu terus dilakukan asuhan persalinan secara komprehensif. Persalinan bisa berjalan normal mulai dari wanita tersebut datang ke kamar bersalin sampai melahirkan, ataupun pada proses persalinannya ada yang harus dilakukan intervensi. Hal ini merupakan proses yang alamiah, tetapi jika ada ada sesuatu diluar normal/ patologis segera harus dilakukan intervensi dalam persalian. Dalam persalinan ini terjadi sebab-sebanya persalinan dan dipengaruhi oleh berbagai hal dalam persalinan, mulai dari faktor ibu, janin, penolong persalinan, dll.

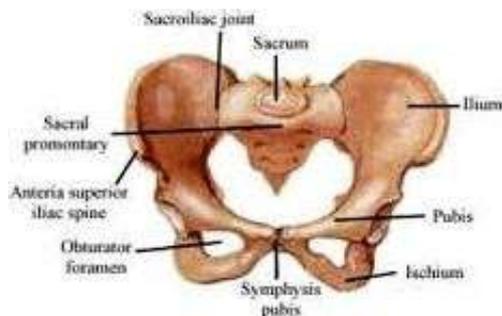
5.2 Faktor-Faktor Persalinan

Pada setiap persalinan harus diperhatikan faktor-faktor yang memengaruhinya. Faktor-faktor yang memengaruhinya atau yang menentukan diagnosis persalinan adalah passage (panggul ibu), power (kekuatan) termasuk kekuatan dari kontraksi uterus dan kekuatan mengejan ibu, passanger (buah kehamilan), psikologis (ibu yang akan melahirkan) dan penolong. Faktor-faktor tersebut harus diperhatikan karena ketidaksesuaian yang satu akan berdampak terhadap yang lain, terlebih bagi penolong persalinan harus memperhatikan kelima faktor tersebut, agar persalinan dapat terjadi sesuai yang diharapkan, berjalan dengan lancar tanpa ada komplikasi (Ari K, 2016).

5.2.1 Faktor Passage

Passage adalah jalan lahir. Jalan lahir dibagi atas bagian keras dan bagian lunak. Bagian keras meliputi tulang-tulang panggul dan bagian lunak yang meliputi uterus, otot dasar panggul dan perineum. Janin harus mampu menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku, oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai. (Bidan, 2017).

- a. Jalan Lahir Keras (Panggul / Pelvis)



Gambar 5.1: Tulang Panggul (Ari K, 2016)

Panggul merupakan salah satu jalan lahir keras yang memiliki fungsi lebih dominan daripada jalan lahir lunak. Pelvis terdiri dari 2 (dua) bagian ;

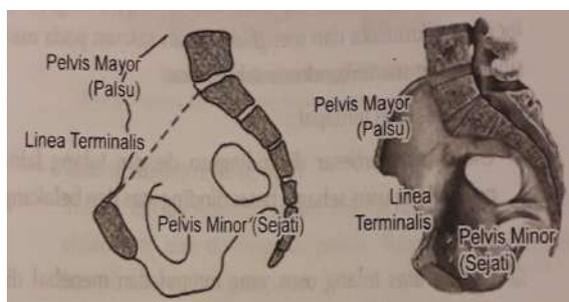
1. Bagian keras : dibentuk oleh tulang panggul
2. Bagian Lunak : dibentuk oleh otot-otot ligamentum. Bagian pelvis yang dibentuk oleh tulang panggul di bagi oleh linea terminalis menjadi 2 (dua) bagian, yaitu;

- Pelvis Mayor

Pelvis mayor ini mendukung isi perut dan sedikit bermakna secara obstetrik yang relevan dengan jalan lahir melalui perlviss

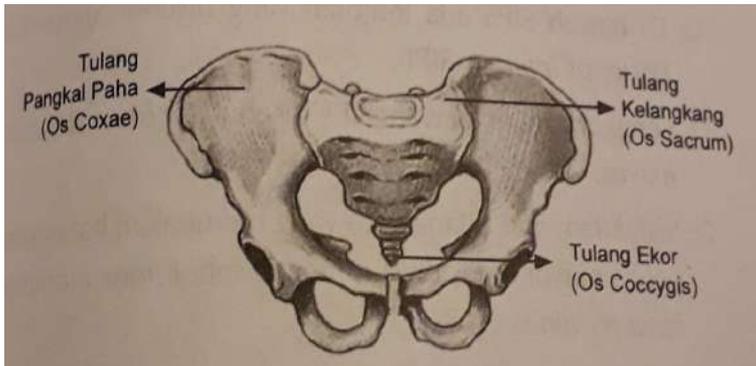
- Pelvis Minor

Menjadi wadah alat kandungan dan menentukan bentuk jalan lahir. Pelvis minor membentuk jalur tulang yang dilalui janin untuk dilahirkan per vagina.



Gambar 5.2: Pelvis Mayor dan Pelvis Minor (Indrayani, 2011)

- Pelvis Mayor terdiri dari 4 (empat) tulang, yaitu :
 1. Dua tulang pangkal paha (os coxae)
 2. Satu tulang kelangkang (os sacrum)
 3. Satu tulang ekor / tulang tungging (os coccygis)



Gambar 5.3: Tulang panggul (Os coxae, Os Sacrum, Os Coccygis)
(Indrayani,2011)

3. Jenis-jenis Panggul
 - a. Ginekoid

Merupakan jenis panggul paling ideal untuk wanita dengan bentuk pintu atas panggul (PAP) hampir bulat. Panjang diameter anteroposterior hampir sama dengan diameter transversa. Ditemukan pada 45% wanita.

- b. Android

Umumnya dimiliki oleh pria dengan bentuk PAP hampir segitiga. Panjang diameter anteroposterior sama dengan diameter transversa, tetapi lebih mendekati sakrum. Ditemukan pada 15 % wanita.

- c. Atropoid

Jenis panggul dengan bentuk Pintu atas panggul (PAP) agak lonjong seperti telur. Diameter anteroposterior lebih panjang dibanding diameter transversa. Ditemukan pada 35% wanita.

d. Platipeloid

Bentuk panggul menyempit pada arah muka belakang. Diameter anteroposterior jauh lebih kecil dibanding diameter transversa. Ditemukan pada 5% wanita (Bidan, 2017).

b. Jalan Lahir Lunak

Jalan lahir lunak terdiri ;

1. Serviks

Serviks akan 'matang' mendekati waktu persalinan. Selama masa hampir serviks dalam keadaan menutup, panjang, serta lunak, dan pada saat mendekati persalinan, serviks masih lunak, mengalami sedikit penipisan (effacemet), kemungkinan sedikit dilatasi. Evaluasi kematangan serviks akan tergantung pada individu wanita dan paritasnya. Adanya peningkatan intensitas Braxton Hicks mengakibatkan perubahan serviks terjadi. Pembukaan ini terjadi akibat kontraksi Braxton Hicks sebelum proses persalinan dimulai. Peristiwa awal pembukaan dan penipisan inilah yang merupakan ciri-ciri dari kematangan serviks.

2. Vagina

Vagina bersifat elastis dan berfungsi sebagai jalan lahir dalam persalinan normal

3. Otot Rahim

Otot rahim tersusun dari tiga lapis, yaitu longitudinal (memanjang), melingkar dan miring. Segera setelah persalinan, susunan otot rahim tersebut sedemikian rupa akan mengondisikan pembuluh darah menutup untuk menghindari terjadinya perdarahan dari tempat implantasi plasenta. Selain menyebabkan mulut rahim membuka secara pasif, kontraksi dominan yang terjadi pada bagian fundus (bagian atas rahim) pada kala I persalinan juga mendorong bagian terendah janin maju menuju jalan lahir sehingga ikut aktif dalam membuka mulut rahim (Jenny, 2013).

5.2.2 Faktor Passanger

Janin atau passanger bergerak sepanjang jalan lahir akibat interaksi beberapa faktor, di antaranya : ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin karena plasenta dan air ketuban juga harus melewati jalan lahir maka dianggap sebagai bagian dari passanger yang menyertai janin. Namun plasenta dan air ketuban jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal. mengatakan bahwa belajar adalah perubahan tingkah laku atau penampilan dengan serangkaian kegiatan. Berdasarkan pendapat ini, belajar dapat diartikan sebagai proses panjang yang dialami oleh manusia sejak manusia ada sampai manusia tiada. Konsep belajar ini biasanya dikenal sebagai belajar sepanjang hayat. Belajar tidak mengenal istilah waktu, kapan pun dan di mana pun belajar dapat dilakukan oleh manusia. Konsep belajar sepanjang hayat menjadikan seseorang tidak boleh putus semangat dalam belajar walaupun ada halangan datang dalam berbagai bentuk. Seperti yang terjadi ketika pemerintah menetapkan social distancing ketika terjadi bencana pandemi virus Corona yang tidak seharusnya dijadikan penghalang dalam belajar (Indrayani, 2012).

Pada presentasi kepala, tulang-tulang masih dibatasi fontanel dan sutura yang belum keras, tepi tulang dapat menyisip di antara tulang satu dengan tulang yang lainnya (disebut molase/moulage) sehingga ukuran kepala bayi menjadi lebih kecil (Bidan, 2017).

a. Bagian Janin dan Ukuran-ukurannya

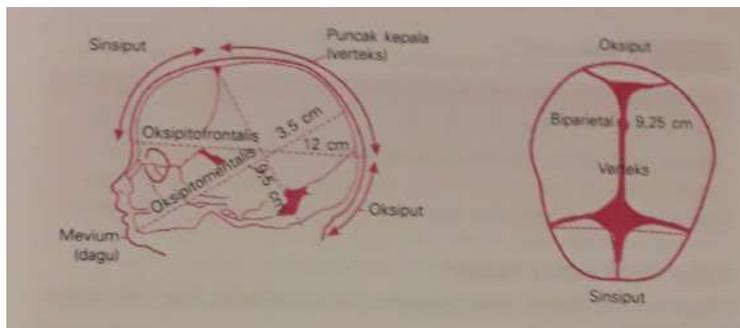
1. Tulang Tengkorak (Kranium)

- Bagian tengkorak : Os Frontalis, Os Parietalis, Os Temporalis, Os Oksipitalis
- Bagian Sutura : Sutura Frontalis, sutura sagitalis superior, sutura koronaria, sutura lamboidea
- Ubun-ubun (fontanel) : fontanel mayor, fontanel minor

2. Daerah-daerah pada Kepala

- Oksipiut : bagian kepala/ubun-ubun kecil
- Verteks : puncak kepala / antara ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar, Os parietalis
- Bregma : ubun-ubun besar

- Sinsiput : Depan Ubun-ubun besar, terdiri atas dahi (antara ubun-ubun besar sampai puncak hidung), di bawah puncak hidung dan pinggir orbita



Gambar 5.4: Daerah dan Diameter kepala Janin (Jenny, 2013)

- b. Postur Janin dalam Rahim
 1. Sikap (Habitus)

Menunjukkan hubungan bagian-bagian janin dengan sumbu janin, biasanya terhadap tulang punggungnya. Janin umumnya dalam sikap fleksi, dimana kepala, tulang punggung dan kaki dalam keadaan fleksi, serta lengan bersilang di dada.

2. Letak Janin

Letak janin adalah bagaimana sumbu panjang janin berada terhadap sumbu ibu, misalnya letak lintang dimana sumbu janin sejajar dengan sumbu panjang ibu, ini bisa letak kepala, atau letak sungsang.

3. Presentasi

Presentasi digunakan untuk menentukan bagian janin yang ada dibagian bawah rahim yang dapat dijumpai pada palpasi atau pemeriksaan dalam. Misalnya presentasi kepala, presentasi bokong, presentasi bahu dan lain-lain.

4. Posisi

Posisi merupakan indikator untuk menetapkan arah bagian terbawah janin apakah sebelah kanan, kiri depan atau belakang terhadap sumbu ibu. Misalnya pada letak belakang kepala (LBK) ubun-ubun kecil (UUK) kiri depan, UUK kanan belakang (Indrayani, 2013).

c. Kelainan-kelainan Janin

- a. Hidrosefalus
- b. Makrosomia
- c. Janin Kembar
- d. Kelainan Presentasi

d. Plasenta

Plasenta adalah produk kehamilan yang akan lahir mengiringi kelahiran janin, yang berbentuk bundar atau oval, ukuran diameter 15- 20 cm, tebal 2-3 cm, berat plasenta 500-600 gram. Letak plasenta yang normal: pada korpus uteri bagian depan atau bagian belakang agak ke arah fundus uteri. Bagian plasenta: permukaan maternal, permukaan fetal, selaput ketuban, tali pusat.

5.2.3 Faktor Power

Power atau kekuatan yang mendorong janin pada saat persalinan adalah his, kontraksi otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligamen. Kekuatan primer yang diperlukan dalam persalinan adalah his, sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah tenaga mengedan ibu. Power terdiri dari;

a. Kontraksi Uterus

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligamen.

Tabel 5.1: Perbedaan his pendahuluan dan his persalinan (Ari K, 2016)

His pendahuluan	His persalinan
Tidak teratur	Teratur
Tidak nyeri	Nyeri

Tidak pernah kuat	Tambah kuat sering
Tidak ada pengaruh pada serviks	Ada pengaruh pada serviks

His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan. Sifat his yang normal adalah :

1. Kontraksi rahim dimulai dari kornu
2. Fundal dominan, yaitu, kekuatan paling tinggi di fundus uteri
3. Otot rahim yang tidak berkontraksi tidak kembali ke panjang semula sehingga terjadi retraksi dan pembentukan segmen bawah rahim.
4. Pada saat his terjadi perubahan pada servik yaitu menipis dan membuka.

Hal-hal yang harus diobservasi pada his persalinan adalah frekuensi, amplitudo/intensitas, aktivitas his, durasi his, datangnya his terjadi sering, teratur/tidak dan masa relaksasi (Dwi A, 2012). His merupakan kontraksi otot-otot rahim dalam persalinan. Sifat his yang baik dan sempurna, yaitu : kontraksi yang simetris, fundus dominan (kekuatan paling tinggi berada di fundus uteri), kekuatannya seperti gerakan memeras rahim, setelah adanya kontraksi diikuti dengan adanya relaksasi dan pada setiap his menyebabkan terjadinya perubahan pada serviks, yaitu menipis dan membuka. (Kuswanti, 2013)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa his yang lemah memengaruhi lamanya waktu persalinan (Yulrina, 2016).

b. Tenaga Mengejan

Mengejan memberikan pengaruh yang kuat dalam proses persalinan. Waktu yang tepat bagi ibu untuk mengejan adalah sampai perineum teregang oleh kepala anak dan ibu merasakan adanya keinginan kuat untuk meneran. Kepala janin sudah masuk panggul (engage) bila pada perabaan per lima menunjukkan 1/5.

Beberapa pengaruh dari tenaga mengejan terhadap proses persalinan adalah sebagai berikut :

1. Refleks mengejan dapat mempercepat proses persalinan karena adanya pengeluaran oksitosin yang terjadi secara pulsatif. Oksitosin

yang dikeluarkan memiliki konsentrasi yang lebih tinggi dan frekuensi lebih sering sehingga kala II persalinan dapat berlangsung lebih cepat.

2. Tanpa tenaga ini, bayi tidak bisa lahir, misalnya pada penderita yang otot-otot perutnya lumpuh, persalinan yang harus dibantu forcep. Tenaga ini juga membantu untuk melahirkann plasenta setelah lepas dari dinding rahim.
3. Ketika memasuki kala II (kelahiran), ibu akan mulai mengedan. Dengan demikian ibu menambah kekuatan uterus yang sudah optimum tersebut dengan melakukan konyraksi diafragma dan otot-otot dinding abdomen.
4. Tekanan ini merupakan bantuan yang penting untuk kotrkasi uterus dalam kala II persalinan, tetai pada kala I hanya memberikan manfaat yang sedikit kecuali untuk ibu yang lelah (Jenny, 2013).

5.2.4 Faktor Posisi

Posisi ibu dalam persalinan memengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak memberikan sejumlah keuntungan. Mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberikan rasa nyaman dan melancarkan sirkulasi darah. Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, jongkok. Posisi tegak memungkinkan gaya gravitasi untuk penurunan bagian terendah janin. kontraksi uterus lebih kuat dan lebih efisien untuk membantu penipisan dan dilatasi serviks sehingga persalinan lebih cepat (Indrayani, 2012).

5.2.5 Faktor Psikologis

Kelahiran bayi merupakan peristiwa penting bagi kehidupan seorang ibu dan keluarganya. Banyak ibu mengalami psikis (kecemasan, keadaan emosional wanita) dalam menghadapi persalinan, hal ini perlu diperhatikan oleh seseorang yang akan menolong persalinan. Perasaan cemas, khawatir akan memengaruhi hormone stress yang akan mengakibatkan komplikasi persalinan. Tetapi sampai saat ini hampir tidak ada catatan yang menyebutkan mengenai hormone stress terhadap fungsi uteri, juga tidak ada catatan mengenai hubungan antara kecemasan ibu, pengaruh lingkungan, hormone stress dan komplikasi persalinan.

Namun demikian seseorang penolong persalinan harus memperhatikan keadaan psikologis ibu yang akan melahirkan karena keadaan psikologis mempunyai pengaruh terhadap persalinan dan kelahiran, serta dukungan psikologis dari orang-orang terdekat akan membantu memperlancar proses persalinan yang sedang berlangsung. Tindakan mengupayakan rasa nyaman dengan menciptakan suasana nyaman, memberikan sentuhan dan masase punggung (Ari K, 2016).

5.2.6 Faktor Penolong

Penolong persalinan adalah seseorang yang memiliki pengetahuan dan keterampilan tertentu untuk membantu ibu dalam menjalankan proses persalinan. Faktor penolong ini memegang peranan penting dalam membantu ibu bersalin karena memengaruhi kelangsungan hidup ibu dan bayi (Jenny, 2013).

Prinsip umum dari asuhan sayang ibu yang harus diikuti oleh bidan adalah:

- a. Rawat ibu dengan penuh hormat.
- b. Mendengarkan dengan penuh perhatian apa yang dikatakan ibu. Hormati pengetahuan dan pemahaman mengenai tubuhnya. Ingat bahwa mendengar sama pentingnya dengan memberikan nasihat.
- c. Menghargai hak-hak ibu dan memberikan asuhan yang bermutu serta sopan.
- d. Memberikan asuhan dengan memperhatikan privasi.
- e. Selalu menjelaskan apa yang akan dikerjakan sebelum anda melakukannya serta meminta izin dahulu.
- f. Selalu mendiskusikan temuan-temuan kepada ibu, serta kepada siapa saja yang ia inginkan untuk berbagi informasi ini.
- g. Selalu mendiskusikan rencana dan intervensi serta pilihan yang sesuai dan tersedia bersama ibu.
- h. Mengizinkan ibu untuk memilih siapa yang akan menemaninya selama persalinan, kelahiran dan pasca salin.
- i. Mengizinkan ibu menggunakan posisi apa saja yang diinginkan selama persalinan dan kelahiran.
- j. Menghindari penggunaan suatu tindakan medis yang tidak perlu (episiotomy, pencukuran dan enema).

- k. Memfasilitasi hubungan dini antara ibu dan bayi baru lahir (Bouding and attachment) (Ari K, 2016).

Bab 6

Perubahan Fisiologis dan Psikologis Ibu Dalam Masa Persalinan

6.1 Pendahuluan

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 plasenta (Varney et al., 2007). Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologis yang normal. Kelahiran seorang bayi merupakan peristiwa sosial yang ibu dan keluarga menantikannya selama 9 bulan. ketika persalinan dimulai, peranan ibu adalah melahirkan bayinya. Peran petugas kesehatan adalah memantau persalinan untuk mendeteksi dini adanya komplikasi di samping itu bersama keluarga memberikan bantuan dan dukungan pada ibu bersalin (Rukiyah et al., 2014).

Sejumlah perubahan fisiologis dan psikologis terjadi pada ibu selama persalinan. Sangat penting bagi Bidan untuk memahami perubahan perubahan ini agar dapat mengartikan tanda-tanda dan gejala persalinan normal dan abnormal. Tindakan pendukung dan penenang selama persalinan sangatlah

penting dalam kebidanan karena akan memberikan efek yang positif baik secara emosional maupun fisiologis terhadap ibu dan janin.

6.2 Perubahan Fisiologi Dalam Persalinan

Adaptasi fisiologis dan psikologis selama persalinan bersifat dramatis dan sering dianggap ringan. Waktu dan intensitas perubahan bervariasi antar berbagai sistem, tetapi semuanya dirancang guna memberi kesempatan kepada ibu untuk merawat janinnya dan mempersiapkan persalinan. Sebagian besar kaum wanita menganggap persalinan adalah peristiwa kodrati yang harus dilalui tetapi sebagian menganggap sebagai peristiwa khusus yang sangat menentukan kehidupan selanjutnya (Kurniarum, 2016).

6.2.1 Perubahan Fisiologis Kala I Persalinan

Manuaba (2010) mengatakan bahwa Kala I adalah kala pelepasan yang berlangsung antara pembukaan 0 sampai pembukaan lengkap. Lama kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sementara multigravida 8 jam. Secara klinis, partus dimulai apabila timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bersempu darah (blood show). Lendir yang bersempu darah ini berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka atau mendatar. Kanalis servikalis itu pecah karena pergeseran-pergeseran ketika serviks membuka.

Menurut Eka (2019) bahwa Kala I dibagi menjadi 2 fase, antara lain

1. Fase Laten : dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap, berlangsung lambat dari pembukaan 1-3 cm, lamanya 7-8 jam.
2. Fase Aktif : terjadi penurunan bagian bawah janin, frekuensi dan lama kontraksi uterus meningkat (kontraksi uterus dianggap adekuat bila terjadi 3 kali atau lebih dalam 10 menit lama 40 detik atau lebih). Fase aktif dibagi menjadi 3 tahap, di antaranya :
 - a. Periode akselerasi (pembukaan 3-4 cm, lama 2 jam)
 - b. Periode dilatasi maksimal (pembukaan 4-9 cm, lama 2 jam)

c. Periode deselerasi (pembukaan 9-10 cm, lama 2 jam)

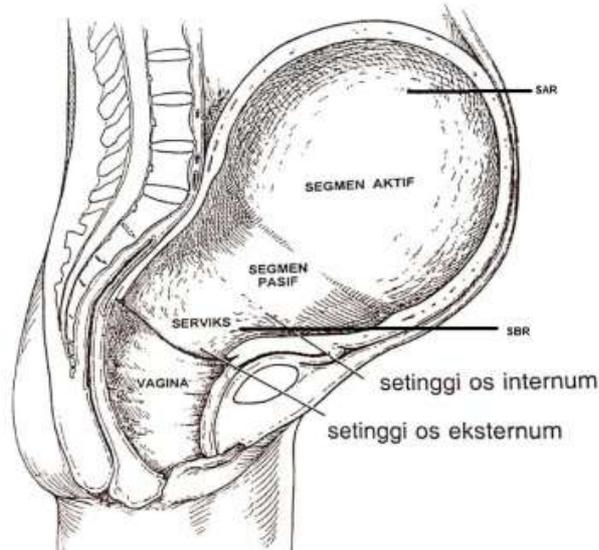
Adapun beberapa perubahan yang terjadi pada kala I persalinan antara lain:

1. Keadaan Segmen atas dan segmen bawah rahim pada persalinan

Selama persalinan uterus berubah bentuk menjadi dua bagian yang berbeda. Yaitu segmen atas dan segmen bawah. Dalam persalinan perbedaan antara segmen atas dan segmen bawah rahim lebih jelas lagi (Sari & Rimandini, 2014). Segmen atas rahim (SAR) terbentuk dari uterus bagian atas dengan sifat otot yang lebih tebal dan kontraktif, dan berkaitan dengan kontraksi dan retraksi. Pada bagian ini terdapat banyak otot serum dan memanjang. Segmen atas memegang peranan yang aktif karena berkontraksi dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan.

Segmen bawah rahim (SBR) terbentang di bagian bawah dari ishmus dan serviks, dengan panjang sekitar 8-10 cm, dengan sifat otot yang tipis dan elastis, bagian ini dipersiapkan untuk dilatasi dan distensi, pada bagian ini banyak otot yang melingkar dan memanjang (Marmi, 2013). Segmen bawah rahim memegang peran pasif dan makin tipis dengan majunya persalinan karena diregangkan. Sebagai akibat menipisnya segmen bawah uterus dan bersamaan dengan menebalnya segmen atas, batas antara keduanya ditandai oleh suatu lingkaran pada permukaan dalam uterus, yang disebut sebagai cincin retraksi fisiologik. Jadi secara singkat segmen atas berkontraksi, mengalami retraksi, menjadi tebal dan mendorong janin keluar, sebagai respon terhadap gaya dorong kontraksi pada segmen atas, sedangkan segmen bawah uterus dan serviks mengadakan relaksasi dan dilatasi yang menjadi saluran yang tipis dan terenggang yang akan dilalui janin (Sarwono, 2010).

Setelah kontraksi maka otot tersebut tidak berelaksasi kembali ke keadaan sebelum kontraksi tapi menjadi sedikit lebih pendek walaupun tonusnya seperti sebelum kontraksi. Kejadian ini disebut retraksi. Dengan retraksi ini maka rongga rahim mengecil dan anak berangsur didorong ke bawah dan tidak banyak naik lagi ke atas setelah his hilang. Akibat retraksi ini segmen atas semakin tebal dengan majunya persalinan apalagi setelah bayi lahir (Sari & Rimandini, 2014).

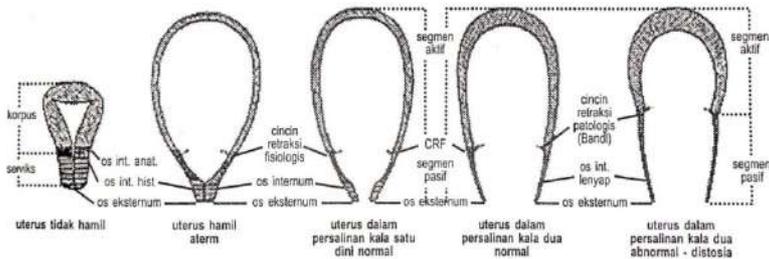


Gambar 6.1: Segmen Atas dan Segmen Bawah Rahim (Sarwono, 2010)

2. Perubahan bentuk uterus

Setiap kontraksi menghasilkan pemanjangan uterus berbentuk ovoid disertai pengeluaran diameter horizontal. Pengaruh perubahan bentuk ini ialah :

- a) Pengurangan diameter horizontal menimbulkan pelurusan kolumna vertebralis janin, dengan menekan kutub atasnya rapat-rapat terhadap fundus uteri, sementara kutub bawah didorong lebih jauh ke bawah dan menuju ke panggul dikenal sebagai tekanan sumbu janin.
- b) Dengan memanjangnya uterus, serabut longitudinal ditarik-tarik tegang dan karena segmen bawah dan serviks merupakan satu-satunya bagian uterus yang fleksibel, bagian ini ditarik ke atas pada kutub bawah janin. Efek ini merupakan faktor yang penting untuk dilatasi serviks pada otot-otot segmen bawah dan serviks.



Gambar 6.2: Perubahan Bentuk Uterus Selama Persalinan (Sarwono, 2010)

Ligament rotundum mengandung otot-otot polos dan kalau uterus berkontraksi, otot-otot lig. Rotundum ikut berkontraksi hingga lig. Rotundum memendek. Faal lig. Rotundum dalam persalinan rupa-rupanya:

- a) Pada tiap kontraksi, fundus yang tadinya bersandar pada tulang punggung berpindah keadaan mendesak dinding perut depan ke depan. Perubahan letak uterus waktu kontraksi penting karena dengan demikian sumbu rahim searah dengan sumbu jalan lahir.
- b) Dengan adanya kontraksi dari lig. Rotundum fundus uteri terlambat, sehingga waktu kontraksi, fundus tak dapat naik ke atas. Kalau fundus uteri dapat naik ke atas alat kontraksi, maka kontraksi tersebut tidak dapat mendorong anak ke bawah (Sari & Rimandini, 2014).

3. Perubahan pada serviks

Pada akhir kehamilan otot yang mengelilingi Ostium Uteri Internum (OUI) ditarik oleh SAR yang menyebabkan serviks menjadi pendek dan menjadi bagian dari SBR. Bentuk serviks menghilang karena kanalis servikalis membesar dan atas membentuk *Ostium Uteri Eksterna* (OUE) sebagai ujung dan bentuk yang sempit.

Penipisan dapat terjadi diakhir kehamilan atau dapat juga tidak terjadi hingga persalinan dimulai. Pada wanita nullipara, serviks biasanya tidak akan berdilatasi tinggi penipisan sempurna, sedangkan pada wanita multipara, penipisan dan dilatasi dapat terjadi secara bersamaan dan kanal kecil dapat teraba diawal persalinan. Hal ini seringkali disebut bidan sebagai 'os multips' (Marmi, 2013).

4. Perubahan pada vagina dan dasar panggul

Jalan lahir disokong secara fungsional di tutup oleh sejumlah lapisan jaringan yang bersama-sama membentuk dasar panggul. Struktur yang paling penting adalah m. levator ani dan fasia yang membungkus permukaan atas dan bawahnya, yang demi praktisnya dapat dianggap sebagai dasar panggul. Kelompok otot ini menutup ujung bawah rongga panggul sebagai sebuah diapragma sehingga memperlihatkan atas yang cekung dan bagian bawah yang cembung. Disisi lain, m. levator ani terdiri atas bagian pubokoksigeus dan iliokoksigeus. Bagian posterior dan lateral dasar panggul, yang tidak diisi oleh m. levator ani diisi oleh m. piriformis dan m. Koksigeus pada sisi lain.

Ketebalan m. levator ani bervariasi dari 3 – 5 mm meskipun tepi-tepinya yang melingkari rektum dan vagina agak tebal. Selama kehamilan, m. levator ini biasanya mengalami hipertropi. Pada pemeriksaan pervaginam tepi dalam otot ini dapat diraba sebagai tali tebal yang membentang ke belakang dari pubis dan melingkari vagina sekitar 2 m diatas himen. Sewaktu kontraksi, m levator ani menarik rahim dan vagina keatas sesuai arah simfisis pubis sehingga bekerja menutup vagina. Otot-otot perineum yang lebih superfisial terlalu halus untuk berfungsi lebih dari sekedar sebagai penyokong.

Pada kala satu persalinan selaput ketuban dan bagian terbawah janin memainkan peran penting untuk membuka bagian atas vagina. Namun, setelah ketuban pecah, perubahan-perubahan dasar panggul seluruhnya dihasilkan oleh tekanan yang diberikan oleh bagian bawah janin. Perubahan yang paling nyata terdiri atas peregangan serabut-serabut m. Levatores ani dan penipisan bagian tengah perineum yang berubah bentuk dari massa jaringan berbentuk baji setebal 5 cm menjadi (kalau tidak dilakukan efisiotomi) struktur membran tipis yang hampir transparan dengan tebal kurang dari 1 cm. Ketika perineum teregang maksimal, anus menjadi jelas membuka dan terlihat sebagai lubang berdiameter 2-3 cm dan disini dinding anterior rektum menonjol. Jumlah dan besar pembuluh darah yang luar biasa yang memelihara vagina dan dasar panggul menyebabkan kehilangan darah yang amat besar kalau jaringan ini robek (Sarwono, 2010).

5. Bloody show

Plak lendir serviks sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Plak ini menjadi sawar pelindung dan menutup jalan lahir selama kehamilan. *Bloody show* paling sering terlihat sebagai rabas lendir

bercampur darah yang lengket dan harus dibedakan dengan cermat dari perdarahan murni. Ketika melihat rabas tersebut, wanita sering kali berpikir bahwa ia “melihat tanda persalinan.” Kadang-kadang seluruh plak lendir dikeluarkan dalam bentuk massa. Plak yang keluar pada saat persalinan berlangsung dan terlihat pada vagina sering kali di sangka tali pusat yang lepas oleh tenaga obstetri yang belum berpengalaman. Padahal, umumnya, tali pusat dikeluarkan dalam satu sampai dua hari.

Bloody show merupakan tanda persalinan yang akan terjadi, biasanya, dalam 24 hingga 48 jam. Akan tetapi, *bloody show* bukan merupakan tanda persalinan yang bermakna jika pemeriksaan vagina sudah dilakukan 48 jam sebelumnya karena rabas lendir yang bercampur darah selama waktu tersebut mungkin akibat trauma kecil terhadap, atau perusakan plak lendir saat pemeriksaan tersebut dilakukan.

6. Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata sebesar 10-20 mmHg dan kenaikan sistolik rata-rata 5-10 mmHg. Di antara kontraksi-kontraksi uterus, tekanan darah akan turun seperti sebelum masuk persalinan dan akan naik lagi bila terjadi kontraksi. Arti penting dan kejadian ini adalah untuk memastikan tekanan darah yang sesungguhnya, sehingga diperlukan pengukuran di antara kontraksi. Jika seorang ibu dalam keadaan sangat takut atau khawatir, pertimbangkan kemungkinan rasa takutnyalah yang menyebabkan kenaikan tekanan darah dalam hal ini perlu dilakukan pemeriksaan lainnya untuk mengesampingkan preeclampsia. Oleh karena itu diperlukan asuhan yang mendukung yang dapat menimbulkan ibu rileks/atau santai.

Posisi tidur terlentang selama bersalin akan menyebabkan penekanan uterus terhadap pembuluh darah besar (aorta) yang akan menyebabkan sirkulasi darah baik untuk ibu maupun janin akan terganggu, ibu dapat terjadi hipertensi dan janin dapat asfiksia. Oleh karena itu posisi tidur ibu selama persalinan yang terbaik adalah menghindari posisi yang terlentang (Sumarah et al., 2008).

7. Metabolisme

Selama persalinan baik metabolisme karbohidrat aerobik maupun anaerobik akan naik secara perlahan. Kenaikan ini sebagian besar disebabkan karena oleh kecemasan serta kegiatan otot kerangka tubuh. Kegiatan metabolisme yang

meningkat tercermin dengan suhu badan, denyut nadi, pernafasan, kardiak *output* dan kehilangan cairan (Sumarah et al., 2008).

8. Suhu

Perubahan suhu sedikit meningkat selama persalinan dan tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Perubahan suhu dianggap normal bila peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5-1 C yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan (Rukiyah et al., 2014).

9. Denyut Jantung (frekuensi jantung)

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama puncak sampai frekuensi di antara kontraksi, dan peningkatan selama fase penurunan sehingga mencapai frekuensi lazim di antara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama puncak selama kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring bukan terlentang. Frekuensi denyut jantung nadi di antara kontraksi sedikit lebih tinggi dibandingkan selama periode menjelang persalinan hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan (Varney et al., 2007).

10. Perubahan pada ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Poliuria menjadi kurang jelas pada posisi terlentang karena posisi ini membuat aliran urin berkurang selama persalinan (Maemunah, 2008).

11. Perubahan Pada Saluran Cerna

Absorpsi lambung terhadap makanan dapat jauh lebih berkurang. Apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut seleksi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lembut sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Cairan tak dipengaruhi dan waktu yang dibutuhkan untuk pencernaan dilambung tetap seperti biasa. Lambung yang penuh dapat menimbulkan ketidaknyamanan dan penderitaan umum selama masa transisi oleh karena itu wanita harus dianjurkan untuk tidak makan porsi besar atau minum berlebihan, tetapi makan dan minum ketika keinginan timbul guna mempertahankan energi dan dihidrasi. Mual dan muntah

umum terjadi selama fase transisi yang menandai akhir fase pertama persalinan (Rukiyah et al., 2014).

12. Hematologi

Hb meningkat rata-rata 1,2 gr/100 ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal. Waktu koagulasi darah berkurang dan terdapat peningkatan fibrinogen plasma lebih lanjut selama persalinan (Varney et al., 2007).

13. Nyeri

Nyeri dalam persalinan dan kelahiran adalah bagian dari respon fisiologis yang normal terhadap beberapa faktor. Selama Kala I persalinan, nyeri yang terjadi pada kala I terutama disebabkan oleh dilatasi serviks dan distensi segmen uterus bawah. Pada awal kala I, fase laten kontraksi pendek dan lemah, 5 sampai 10 menit atau lebih dan berangsur selama 20 sampai 30 detik. Wanita mungkin tidak mengalami ketidaknyamanan yang bermakna dan mungkin dapat berjalan ke sekeliling secara nyaman di antara waktu kontraksi. Pada awal kala I, sensasi biasanya berlokasi di punggung bawah, tetapi seiring dengan waktu nyeri menjalar ke sekelilingnya seperti korset/ikat pinggang, sampai ke bagian anterior abdomen. Interval kontraksi makin memendek, setiap 3 sampai 5 menit menjadi lebih kuat dan lebih lama (Kurniarum, 2016).

6.2.2 Perubahan Fisiologis Kala II Persalinan

1. Kontraksi, dorongan otot-otot dinding uterus

Kontraksi uterus pada persalinan mempunyai sifat tersendiri. Kontraksi menimbulkan nyeri, merupakan satu-satunya kontraksi normal muskulus. Kontraksi ini dikendalikan oleh saraf intrensik, tidak disadari, tidak dapat diatur oleh ibu bersalin, baik frekuensi maupun lama kontraksi (Sumarah et al., 2008).

Sifat Khas :

- a. Rasa sakit dari fundus merata ke seluruh uterus sampai berlanjut ke punggung bawah.

- b. Penyebab rasa nyeri belum diketahui secara pasti. Beberapa dugaan penyebab antara lain :
- Pada saat kontraksi terjadi kekurangan O₂ miometrium
 - Penekanan gangglion saraf di serviks dan uterus bagian bawah
 - Peregangan serviks akibat dari pelebaran serviks.
 - Peregangan peritonium sebagai organ yang menyelimuti uterus

Pada waktu selang kotraksi/periode relaksasi di antara kontraksi memberikan dampak berfungsinya sistem-sistem dalam tubuh antara lain :

- a. Memberikan kesempatan pada jaringan otot – otot uteri untuk beristirahat agar tidak menurunkan fungsinya oleh karena kontraksi yang kuat secara terus-menerus.
- b. Memberikan kesempatan kepada ibu untuk istirahat, karena rasa sakit selama kontraksi.
- c. Menjaga kesehatan janin karena pada saat kontraksi uterus mengakibatkan kontraksi pembuluh darah plasenta sehingga bila secara terus menerus berkontraksi, maka akan menyebabkan hipoksia, anoksia, dan kematian janin.

Pada pemeriksaan kontraksi uterus tidak hanya meliputi : frekuensi, durasi/lama dan intensitas/ kuat-lemah, tetapi perlu diperhatikan juga pengaruh dari ketiga hal tersebut mulai dari kontraksi yang belum teratur hingga akhir persalinan. Misalnya pada awal persalinan, kontraksi uterus setiap 20-30 menit selama 20-25 detik, intensitas ringan lama kelamaan menjadi 2-3 menit, lama 60-90 detik, maka hal ini akan menghasilkan pengeluaran janin. Bila ibu bersalin mulai berkontraksi selama 5 menit selama 50-60 detik dengan intensitas cukup kuat maka dapat terjadi kontraksi tidak dapat teratur, frekuensi lebih sering, durasi lebih lama. Terkadang dapat terjadi disfungsi uteri, yaitu kemajuan proses persalinan yang meliputi dilatasi serviks/ pelebaran serviks, mekanisme penurunan kepala memakan waktu yang lama, tidak sesuai dengan harapan (Sari & Rimandini, 2014).

Kontraksi uterus bervariasi pada setiap bagian karena mempunyai pola gradien. Kontraksi yang kuat mulai dari fundus hingga berangsur-angsur berkurang dan tidak ada sama sekali kontraksi pada serviks. Hal ini memberikan efek pada uterus sehingga uterus terbagi menjadi 2 zona, yaitu

zona atas dan zona bawah uterus. Zona atas merupakan zona yang berfungsi mengeluarkan janin karena merupakan zona yang berkontraksi dan menebal dan sifatnya aktif. Zona ini terbentuk akibat mekanisme kontraksi otot. Pada saat relaksasi panjang otot-otot tidak bisa kembali ke ukuran semula, ukuran panjang otot selama masa relaksasi semakin memendek, dan setiap terjadi relaksasi ukuran panjang otot semakin memendek dan demikian seterusnya setiap kali terjadi relaksasi sehingga zona atas akan semakin menebal dan menjadi batas tertentu pada zona bawah semakin tipis dan luas.

Sedangkan zona bawah terdiri dari ismus dan serviks uteri. Pada saat persalinan ismus uteri disebut segmen bawah rahim. Zona ini sifatnya pasif tidak berkontraksi seperti zona atas. Zona bawah menjadi tipis dan membuka akibat dari sifat pasif dan berpengaruh dari kontraksi pada zona atas sehingga janin dapat melewatinya. Jika zona bawah itu berkontraksi seperti zona atas maka tidak dapat terjadi dilatasi/pembukaan serviks, hal ini dapat mempersulit proses persalinan.

2. Uterus

Uterus terbentuk dari pertemuan duktus muller kanan dan kiri di garis tengah sehingga otot rahim terbentuk dari 2 spiral yang saling beranyaman dan membentuk sudut disebelah kanan dan kiri sehingga pembuluh darah dapat tertutup dengan kuat saat terjadi kontraksi (Sari & Rimandini, 2014).

Keadaan Segmen atas Rahim (SAR) dan segmen Bawah Rahim (SBR). Dalam persalinan perbedaan SAR dan SBR akan tampak lebih jelas, dimana SAR dibentuk oleh korpus uteri dan bersifat memegang peranan aktif (berkontraksi) dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan, dengan kata lain SAR mengadakan suatu kontraksi menjadi tebal dan mendorong anak luar. Sedangkan SBR dibentuk oleh isthimus uteri yang sifatnya memegang peranan pasif dan makin tipis dengan majunya persalinan (disebabkan karena peregangan), dengan kata lain SBR dan serviks mengadakan relaksasi dan dilatasi (Marmi, 2013). Perubahan bentuk uterus menjadi oval yang disebabkan adanya pergerakan tubuh janin yang semula membungkuk menjadi tegap, sehingga uterus bertambah panjang 5-10 cm (Sari & Rimandini, 2014).

3. Pergeseran organ dasar panggul

Setelah pembukaan lengkap dan ketuban telah pecah terjadi perubahan, terutama pada dasar panggul yang diregangkan oleh bagian depan janin sehingga menjadi saluran yang dinding-dindingnya tipis karena suatu peregangan dan kepala sampai vulva, lubang vulva menghadap kedepan atas dan anus, menjadi terbuka, perenium menonjol dan tidak lama kemudian kepala janin tampak pada vulva (Rukiyah et al., 2014).

4. Ekspulsi janin

Setelah terjadi rotasi luar, bahu depan berfungsi sebagai hipomochlium untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian setelah kedua bahu lahir disusul lahirlah trochanter depan dan belakang sampai lahir janin seluruhnya. Gerakan kelahiran bahu depan, bahu belakang, badan seluruhnya (Sari & Rimandini, 2014).

5. Nyeri

Pada Kala II, nyeri yang terjadi disebabkan oleh distensi dan kemungkinan gangguan pada bagian bawah vagina dan perineum. Persepsi nyeri dipengaruhi oleh berbagai faktor. Mekanisme nyeri dan metode penurunan nyeri yang terjadi pada wanita yang bersalin beragam kejadiannya. Saat persalinan berkembang ke fase aktif, wanita seringkali memilih untuk tetap di tempat tidur, ambulasi mungkin tidak terasa nyaman lagi. Ia menjadi sangat terpengaruh dengan sensasi di dalam tubuhnya dan cenderung menarik diri dari lingkungan sekitar. Lama setiap kontraksi berkisar antara 30 – 90 detik, rata-rata sekitar 1 menit. Saat dilatasi serviks mencapai 8-9 cm, kontraksi mencapai intensitas puncak, dan wanita memasuki fase transisi. Pada fase transisi biasanya pendek, tetapi sering kali merupakan waktu yang paling sulit dan sangat nyeri bagi wanita karena frekuensi (setiap 2 sampai 3 menit) dan lama (seringkali berlangsung sampai 90 detik kontraksi). Wanita menjadi sensitif dan kehilangan kontrol. Biasanya ditandai dengan meningkatnya jumlah show akibat ruptur pembuluh darah kapiler di serviks dan segmen uterus bawah (Kurniarum, 2016).

6.2.3 Perubahan Fisiologis Kala III Persalinan

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit (Rukiyah et al., 2014). Pada kala III

persalinan, otot uterus (myometrium) berkontraksi mengikuti berkurangnya ukuran rongga uterus secara tiba-tiba setelah lahirnya bayi (Rukiyah et al., 2014).

Perubahan-perubahan yang terjadi selama kala III persalinan, antara lain:

1. Tanda Lepasnya Plasenta

Tanda-tanda pelepasan plasenta, yaitu :

- a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus, dimana setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya di bawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah pir atau alpukat dan fundus berada di atas pusat (seringkali mengarah ke sisi kanan).
- b) Tali pusat memanjang, dimana tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva (tanda ahfeld)
- c) Semburan darah tiba-tiba, dimana darah terkumpul di belakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (retroplacental pooling) dalam ruang di antara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungnya maka darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang keluar (Rukiyah et al., 2014).

Pada kala III, otot uterus (miometrium) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus yang menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan plasenta 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. Adapun metode pelepasan plasenta antara lain :

1) Metode Ekspulsi Schultze

Pelepasan ini dapat ditandai dari tengah (sentral) atau dari pinggir plasenta. Ditandai oleh makin panjang keluarnya tali pusat dari vagina tanpa adanya perdarahan per vaginam. Lebih besar kemungkinannya terjadi pada plasenta yang melekat di fundus.

2) Metode Ekspulsi Matthew – Duncan

Ditandai oleh adanya perdarahan dari vagina apabila plasenta mulai terlepas. Umumnya perdarahan tidak melebihi 400 ml. bila lebih ini hal yang patologis. Lebih besar kemungkinan pada implantasi lateral, apabila plasenta lahir, umumnya otot-otot uterus segera berkontraksi, pembuluh-pembuluh darah akan terjepit, dan perdarahan segera berhenti. Pada keadaan normal akan lahir spontan dalam waktu lebih kurang 6 menit setelah anak lahir lengkap (Sari & Rimandini, 2014).

2. Pelepasan Korioamnion

Sangat berkurangnya luas permukaan rongga uterus secara bersamaan menyebabkan selaput janin (amniokorion) dan desidua parietal menjadi berlipat-lipat sehingga menambah ketebalan lapisan tersebut. Selaput-selaput tersebut biasanya tetap insitu sampai pelepasan plasenta hampir lengkap. Kemudian selaput ini mengelupas sampai ke dinding uterus, sebagian karena tarikan oleh plasenta yang telah lepas, yang telah berada di segmen bawah uterus atau bagian atas vagina.

3. Fase pengeluaran Plasenta

Ketika bagian plasenta terlepas dari dinding uterus, pembuluh darah pada bagian uterus yang membawa darah dari dan menuju permukaan maternal plasenta menjadi ruptur dan timbul perdarahan di antara desidua dan permukaan maternal plasenta. Hal ini menyebabkan pelepasan plasenta lebih lanjut. Selain itu otot uterus akan melanjutkan kontraksi dan retraksi sehingga menyempurnakan pelepasan plasenta dari dinding uterus.

Plasenta akan terjatuh pada segmen bawah uterus dan kemudia terdorong ke bagian vagina dengan dorongan dari kontraksi dan retraksi. Pada saat ini uterus akan berkontraksi sangat kuat dan menjadi bulat keras dan dapat dipalpsi melalui dinding abdominal anterior, di antara otot – otot rektum abdominalis. Selain itu juga terjadi peninggian uteri 1-2 cm di atas pusat. Akhirnya plasenta keluar dari jalan lahir (Johariyah & Wahyu, 2012).

6.2.4 Perubahan Fisiologis Kala IV Persalinan

Kala IV berlangsung 1 jam pasca partum untuk dilakukan observasi, dimana dimulai terjadinya penyesuaian fisiologis dari tubuh ibu (Maryunani, 2010). Segera setelah kelahiran plasenta, sejumlah perubahan maternal terjadi pada

saat stress fisik dan emosional akibat persalinan dan kelahiran mereda dan ibu memasuki penyembuhan pascapartum dan bonding (ikatan). Pada periode ini bidan harus mengkaji setiap perubahan-perubahan yang terjadi pada ibu, seperti tanda-tanda vital, uterus, serviks, vagina dan perineum. Selama kala IV, bidan harus memantau ibu setiap 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam kedua setelah persalinan. Jika kondisi ibu kurang stabil maka ibu harus dipantau lebih sering.

1. Tanda-tanda Vital

Tekanan darah, nadi, dan pernapasan, harus menjadi stabil pada level pra persalinan selama jam pertama pasca partus, pemantauan tekanan darah, dan nadi yang rutin selama interval ini adalah satu sarana mendeteksi syok akibat kehilangan darah berlebihan (Sari & Rimandini, 2014). Pemantauan tanda vital ibu antara lain tekanan darah, denyut jantung, dan pernafasan dilakukan selama kala IV persalinan dimulai setelah kelahiran plasenta. Seterusnya kemudian dievaluasi lagi setiap 15 menit sekali hingga keadaan stabil seperti pada persalinan, atau jika ada indikasi perlu dimonitor lebih sering lagi. Suhu ibu diukur setidaknya sekali dalam kala IV persalinan dan dehidrasinya juga harus dievaluasi. Denyut nadi biasanya berkisar 60-70 kali per menit (Rukiyah et al., 2014). Suhu ibu berlanjut sedikit meningkat, tetapi biasanya dibawah 38,0 C (Sari & Rimandini, 2014).

2. Uterus

Setelah plasenta lahir, uterus dapat ditemukan ditengah-tengah abdomen kurang lebih dua pertiga sampai tiga perempat antara simpisis pubis dan umbilikus. Jika uterus ditemukan pada bagian tengah, di atas umbilikus, hal tersebut dapat menandakan adanya darah dan bekuan di dalam uterus, yang perlu ditekan dan dikeluarkan, uterus yang berada di atas umbilikus dan bergeser, paling umum ke kanan, cenderung menandakan kandung kemih penuh. Dalam hal ini kandung kemih harus dikosongkan, kandung kemih yang penuh mendorong mendorong uterus bergeser dari posisinya dan menghalanginya untuk berkontraksi sebagaimana mestinya, dengan demikian memungkinkan perdarahan yang lebih banyak. Uterus harusnya terasa keras (kaku) bila diraba. Uterus yang lembek, berayun menunjukkan bahwa uterus dalam keadaan tidak berkontraksi dengan baik, dengan kata lain mengalami atonia uteri. Atonia uterus merupakan penyebab utama dari perdarahan setelah bersalin (Rukiyah et al., 2014).

Faktor predisposisi atonia uteri di antaranya:

- 1) Regangan rahim berlebihan karena kehamilan gameli polihidramnion, atau anak terlalu besar
- 2) Kelelahan karena persalinan lama atau persalinan kasep.
- 3) Kehamilan grandemultipara
- 4) Ibu dengan keadaan umum yang jelek anemis atau menderita penyakit menahun
- 5) Mioma uteri yang mengganggu kontraksi rahim
- 6) Infeksi intra uterin (korioamnitis)
- 7) Ada riwayat atonia uteri sebelumnya
- 8) Tidak kelengkapan plasenta kemungkinan pragmen plasenta atau membran tertinggal di dalam uterus (Sari & Rimandini, 2014).

Pasca melahirkan perlu dilakukan pengamata seksama mengenai ada tidaknya kontraksi uterus yang diketahui dengan bagian perut ibu serta perlu diamati apakah tingginya fundus uterus telah turun dari pusat, karena ada kelahiran tinggi fundus akan berada 1-2 jari di bawah pusat dan terletak agak sebelah kanan sampai akhirnya hilang di hari ke-10 persalinan (Sumarah et al., 2008).

3. Serviks, vagina dan perineum

Segera setelah kelahiran, serviks bersifat patulous, terkulai dan tebal. Tepi anterior selama persalinan, atau setiap bagian serviks yang terperangkap akibat penurunan kepala janin selama periode yang memanjang, tercermin pada edema dan memar pada area tersebut. Perineum yang menjadi kendur dan tonus vagina juga tampil jaringan tersebut, dipengaruhi oleh peregangan yang terjadi selama kala II persalinan. Segera setelah bayi lahir tangan bisa masuk, tetapi setelah 2 jam introitus vagina hanya bisa dimasuki 2 atau 3 jari. Edema atau memar pada introitus atau pada area perineum sebaiknya dicatat (Marmi, 2013).

Terjadinya laserasi atau robekan perineum dan vagina dapat diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan. Robekan perineum hampir terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Apabila hanya kulit perineum dan mukosa vagina yang robek dinamakan robekan perineum tingkat I. pada robekan tingkat II dinding belakang vagina yang menghubungkan otot-otot diafragma urogenitalis pada garis tengah terluka. Sedangkan pada tingkat III atau robekan total muskulus spingter ani

eksternum ikut terputus dan kadang-kang dinding depan rectum ikut robek pula. Jarang sekali terjadi robekan yang dimulai pada dinding belakang vagina di atas introitus vagina dan anak dilahirkan melalui robekan itu, sedangkan perineum sebelah depan tetap utuh (robekan perineum sentral). Pada persalinan sulit, disamping robekan perineum yang dapat dilihat dapat pula terjadi kerusakan dan kerenggangan muskulus puborectalis kanan dan kiri serta hubungannya di garis tengah. Robekan perineum yang melebihi robekan tingkat I harus dijahit, hal ini dapat dilakukan sebelum plasenta lahir tetapi apabila ada kemungkinan plasenta harus dikeluarkan secara manual lebih baik tindakan itu ditunda sampai plasenta lahir (Sumarah et al., 2008).

4. Kandung kemih

Kandung kemih pada kala IV harus dikosongkan, jika penuh dapat menggeser uterus. Hipotonisitas kandung kemih dapat menyebabkan kehilangan keinginan untuk berkemih. Wanita sebaiknya selalu didorong untuk berkemih secara spontan sebelum kateterisasi dipertimbangkan, karena kateterisasi, selain tidak nyaman, menyebabkan peningkatan risiko infeksi. Wanita sebaiknya dibimbing ke kamar mandi dan didukung kebutuhannya. Tindakan ini merupakan metode yang paling nyaman dan efektif untuk meningkatkan berkemih. Anastesia epidural atau spinal yang tidak selesai efek menjalar analgesia pada akhir persalinan atau kehilangan darah berlebih dapat mencegah berkemih. Pada kasus seperti ini, menawarkan bedpan sangat tepat. Memberi ibu waktu yang cukup untuk mulai melakukan relaksasi dan berkemih sangat penting (Varney et al., 2007).

5. Sistem gastrointestinal

Mual dan muntah, jika ada selama persalinan, harus diatasi. Banyak ibu yang melaporkan haus dan lapar segera setelah melahirkan. Mual dan muntah ibu biasanya berhenti. Ibu menjadi haus dan lapar. Ibu bisa mengalami menggigil, yang diperkirakan berkaitan dengan selesainya perjuangan fisik ibu dalam persalinan (Maryunani, 2010).

6. Sistem Renal

Kandung kemih yang hipotonik disertai retensi urine bermakna dan pembesaran umum terjadi. Tekanan dan kompresi pada kandung kemih dan uretra selama persalinan dan kelahiran adalah penyebabnya. Mempertahankan kandung kemih harus tetap kosong, guna mencegah uterus berubah posisi dan

toni. Uterus yang berkontak dengan buruk meningkatkan perdarahan dan keparahan nyeri (Sari & Rimandini, 2014).

7. Sistem Kardiovaskuler

Selama kehamilan, volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat (diperlukan plasenta dan pembuluh darah uterus). Penarikan kembali estrogen menyebabkan diuresis yang terjadi secara cepat sehingga mengurangi volume plasma kembali pada proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2 – 4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini, pasien akan mengeluarkan banyak urine. Pada persalinan pervaginam, kehilangan darah sekitar 200-500 ml sedangkan pada persalinan SC pengeluarannya 2kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah dan kadar hematokrit.

Setelah persalinan, volume darah pasien relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menyebabkan beban pada jantung dan menimbulkan dekompensasi kordis pada pasien dengan pitum kardio. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan adanya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti kondisi awal.

8. Pengeluaran ASI

Dengan menurunnya hormon estrogen, progesteron, dan human plasenta lactogen hormon setelah plasenta lahir, prolaktin dapat berfungsi membentuk ASI dan mengeluarkannya ke dalam alveoli bahkan sampai duktus kelenjar ASI. Isapan langsung pada puting susu ibu menyebabkan refleksi yang dapat mengeluarkan oksitosin dari hipofisis sehingga mioepitel yang terdapat disekitar alveoli dan duktus kelenjar ASI berkontraksi dan mengeluarkan ASI ke dalam sinus yang disebut “let down refleksi”. Isapan langsung pada puting susu ibu menyebabkan refleksi yang dapat mengeluarkan oksitosin dari hipofisis, sehingga dapat menambah kekuatan kontraksi uterus.

9. Gemetar

Kadang dijumpai pasien pasca persalinan mengalami gemetar, hal ini normal sepanjang suhu kurang dari 38 derajat celsius dan tidak dijumpai tanda-tanda infeksi lain. Gemetar terjadi karena hilangnya ketegangan dan sejumlah energi selama melahirkan dan merupakan respon fisiologis terhadap penurunan volume intra abdominal, serta pergeseran hematologi (Eka, 2019).

6.3 Perubahan Psikologis Dalam Persalinan

Penyakit dan komplikasi obstetrik tidak semata-mata disebabkan oleh gangguan organik, beberapa di antaranya ditimbulkan atau diperberat oleh gangguan psikologi. Latar belakang timbulnya penyakit dan komplikasi dapat dijumpai dalam berbagai tingkat ketidakmatangan dalam perkembangan emosional dan psikoseksual dalam rangka kesanggupan seseorang dalam menyesuaikan diri dalam situasi tertentu yang sedang dihadapi, dalam hal ini khususnya kehamilan, persalinan, dan nifas. Karena rasa nyeri dalam persalinan sejak zaman dahulu sudah menjadi pokok pembicaraan di antara wanita maka banyak calon ibu menghadapi kehamilan dan kelahiran anaknya dengan perasaan takut dan cemas. Tidaklah mudah untuk menghilangkan rasa takut yang berakar dalam itu, akan tetapi Bidan dapat berbuat banyak dengan membantu para wanita yang dihinggapi perasaan takut dan cemas. Tidak perlu diragukan lagi bahwa sikap seorang wanita terhadap kehamilan dan persalinannya memengaruhi kelancaran persalinan.

Ketakutan merupakan faktor utama yang menyebabkan rasa nyeri dalam persalinan yang sebaiknya normal tanpa rasa nyeri yang berarti. Ketakutan mempunyai pengaruh yang tidak baik pula terhadap his dan lancarnya pembukaan. Fenomena psikologis yang menyertai proses persalinan bermacam-macam. Setiap wanita biasanya memiliki disposisi kepribadian yang definitif dan mewarnai persalinan bayinya. Semua yang terjadi saat persalinan secara langsung memengaruhi psikologis dalam kelahiran. Perasaan dan sikap seorang wanita dalam melahirkan sangat bervariasi dan dipengaruhi oleh banyak faktor di antaranya perbedaan struktur sosial, budaya dan agama serta kesiapan ibu dalam menghadapi persalinan, pengalaman masa lalu, support sistem dan lingkungan. Partisipasi dan keterlibatan aktif seorang ibu selama persalinan merupakan persiapan alami dalam menerima seorang bayi. Mereka menganggap sebuah persalinan adalah pengalaman yang penuh dengan perasaan yang melibatkan seluruh anggota keluarga, biasanya anggota keluarga ikut dalam penyuluhan pra persalinan dan ikut mengambil keputusan dalam perencanaan tindakan persalinan. Anggota keluarga merasakan kegembiraan ketika melihat kelahiran seorang bayi yang sebelumnya merasa cemas dan khawatir akan kemampuan sang ibu dalam menanggulangi rasa sakit dalam proses persalinan (Johariyah & Wahyu, 2012).

6.3.1 Perubahan Psikologi pada Kala I Persalinan

Beberapa keadaan bisa terjadi pada ibu selama proses persalinan, terutama bagi ibu yang pertama kali melahirkan. Kondisi psikologis yang sering terjadi selama persalinan kala I :

1. Fase Laten

Ibu bisa bergairah atau cemas. Mereka biasanya menghendaki ketegasan mengenai apa yang sedang terjadi pada tubuh mereka maupun mencari keyakinan dan hubungan dengan Bidannya. Pada primigravida dalam kegembiraannya dan tidak ada pengalaman mengenai persalinan, kadang salah sangka tentang kemajuan persalinannya, mereka membutuhkan penerimaan atas kegembiraan dan kekuatan mereka.

2. Fase aktif

Pada persalinan Stadium dini, ibu masih tetap makan dan minum atau tertawa dan ngobrol dengan riang di antara kontraksi. Begitu persalinan maju, ibu tidak punya keinginan lagi untuk makan atau mengobrol, dan ia menjadi pendiam dan bertindak lebih di dasari naluri. Ketika persalinan semakin kuat, ibu menjadi kurang mobilitas memegang sesuatu saat kontraksi, berdiri mengangkang dan menggerakkan pinggulnya. Ketika persalinan semakin maju, ia akan menutup matanya dan pernapasannya berat dan lebih terkontrol. Stadium transisi (akhir kala I persalinan) dianggap sebagai yang paling nyeri dan tentu paling menyakitkan bagi ibu. Hormon stress dalam persalinan berada pada puncaknya, memiliki efek fisiologis positif pada persalinan, dan ibu akan mengalami letupan energi yang diperlukan untuk mendorong bayi keluar.

Mengatasi tingkat kecemasan ibu dan keluarga bisa dilakukan seperti menganjurkan untuk jalan-jalan, pergi ke kamar mandi, mengubah posisi, atau mencoba memusatkan pada pernapasannya serta melakukan pemantauan baik dan janin. Terjadinya perubahan psikologis disebabkan oleh perubahan hormonal tubuh yang menyebabkan ketidaknyamanan pada si ibu. Hormon oksitosin yang meningkat merangsang kontraksi rahim dan membuat ibu kesakitan. Pada saat ini ibu sangat sensitif dan ingin diperhatikan oleh anggota keluarganya atau orang terdekat (Nurasiah et al., 2012).

6.3.2 Perubahan Psikologi pada Kala II Persalinan

Beberapa perubahan psikologis yang terjadi pada masa Kala II persalinan:

1. Banyak wanita normal bisa merasakan kegairahan dan kegembiraan di saat-saat merasakan kesakitan-kesakitan pertama menjelang kelahiran bayinya. Perasaan positif ini berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi suatu “realitas kewanitaan” sejati : yaitu munculnya rasa bangga melahirkan anaknya. Khususnya rasa lega itu berlangsung ketika proses persalinan mulai, mereka seolah-olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap suatu “keadaan yang belum pasti” ibu kini benar-benar akan terjadi secara konkret.
2. Seorang wanita dalam proses kelahiran bayinya merasa tidak sabar mengikuti irama naluria, dan mau mengatur sendiri, biasanya mereka menolak nasihat-nasihat dari luar. Sikap-sikap yang berlebihan ini pada hakekatnya merupakan ekspresi dari mekanisme melawan ketakutan. Jika rasa sakit yang dialami pertama-tama menjelang kelahiran ini disertai banyak ketegangan batin dan rasa cemas atau ketakutan yang berlebihan, atau disertai kecenderungan-kecenderungan yang sangat kuat untuk lebih aktif dan mau mengatur sendiri proses kelahiran bayinya, maka:

“Proses kelahiran bayi bisa menimpang dari yang normal dan spontan.”

“Prosesnya akan sangat terganggu dan merupakan kelahiran yang abnormal.”

Sebaliknya juga jika wanita yang bersangkutan bersikap sangat pasif/menyerah dan keras kepala, tidak bersedia memberikan partisipasi sama sekali, maka sikap ini bisa memperlambat proses pembukaan dan pendataran serviks, juga mengakibatkan his menjadi sangat lemah bahkan berhenti secara total dan proses kelahiran itu menjadi sangat terhambat dan harus diakhiri tindakan.

3. Wanita mungkin menjadi takut dan khawatir jika dia berada pada lingkungan yang baru / asing, diberi obat, lingkungan RS yang tidak menyenangkan, tidak mempunyai otonomi sendiri, kehilangan

identitas dan kurang perhatian. Beberapa wanita menganggap persalinan lebih tidak realistis sehingga mereka merasa gagal dan kecewa.

4. Pada multigravida sering khawatir/cemas terhadap anak-anaknya yang tinggal dirumah, dalam hal ini bidan bisa berbuat banyak untuk menghilangkan kecemasan ini (Johariyah & Wahyu, 2012).

6.3.3 Perubahan Psikologi pada Kala III Persalinan

Pada bulan-bulan terakhir menjelang persalinan, perubahan emosi ibu semakin berubah-ubah dan terkadang menjadi tak terkontrol. Perubahan emosi ini bermula dari adanya perasaan khawatir, cemas, takut, bimbang, dan ragu jang-jangan kondisi kehamilannya saat ini lebih buruk lagi saat menjelang persalinan atau kekhawatiran dan kecemasan akibat ketidakmampuannya dalam menjalankan tugas sebagai ibu pasca kelahiran bayinya.

Setelah proses kelahiran, perubahan psikologis yang didapat yaitu

1. Ibu ingin melihat, menyentuh dan memeluk bayinya.
2. Rasa gembira, lega dan bangga akan dirinya. Ibu juga akan merasa sangat lelah
3. Memusatkan diri dan kerap bertanya apakah vaginanya perlu dijahit
4. Menaruh perhatian terhadap plasenta

6.3.4 Perubahan Psikologi pada Kala IV Persalinan

Beberapa perubahan psikologis ibu yang terjadi pada kala IV, antara lain :

1. Perasaan lelah, karena segenap energi psikis dan kemampuan jasmaninya dikonsentrasikan pada aktivitas melahirkan
2. Dirasakan emosi-emosi kebahagiaan dan kenikmatan karena terlepas dari ketakutan, kecemasan dan kesakitan. Meskipun sebenarnya rasa sakit masih ada.
3. Rasa ingin tahu yang kuat akan bayinya.
4. Timbul reaksi-reaksi afeksional yang pertama terhadap bayinya : rasa bangga sebagai wanita, istri, dan ibu. Timbul perasaan terharu, sayang dan syukur pada maha kuasa dan sebagainya (Eka, 2019).

Bab 7

Kebutuhan Dasar Ibu Pada Masa Bersalin Kala I, II, III dan IV

7.1 Pendahuluan

Persalinan adalah proses yang fisiologis dan merupakan kejadian yang menakutkan bagi seorang ibu dan keluarga. Penatalaksanaan yang terampil dan handal dari bidan serta dukungan yang terus menerus dengan menghasilkan persalinan yang sehat dan memuaskan dapat memberikan pengalaman yang menyenangkan. Bidan sebagai pemberi asuhan pada ibu bersalin harus menguasai berbagai kebutuhan dasar ibu bersalin, karena persalinan yang aman dan nyaman hanya akan tercipta jika jika seluruh kebutuhan dasar ibu bersalin terpenuhi (Nurasiah et al., 2012).

Selama Proses persalinan, pasien sangat membutuhkan pemenuhan kebutuhan dasar, yang dimaksud dengan kebutuhan dasar adalah kebutuhan yang sangat penting dan mutlak untuk dipenuhi selama proses persalinan (Ina & Fitria, 2014). Tindakan pendukung dan penenang selama persalinan sangatlah penting dalam kebidanan. Hal ini dapat memberikan efek yang positif baik

secara emosional ataupun fisiologis terhadap ibu dan janin serta menjadi kebutuhan bagi ibu bersalin (Nurul, 2014).

Hasil penelitian Odent dalam Simpkin (2004) jika wanita dibiarkan melahirkan “dengan cara sebagaimana mamalia”, maka persalinannya itu cenderung berlangsung tanpa kesulitan. Secara alamia mamalia akan mencari tempat yang privasi, nyaman, dan menyenangkan, tenang dengan pencahayaan yang kurang ketika mereka akan melahirkan. Persalinan adalah saat yang menegangkan dan menggugah emosi ibu dan keluarganya, bahkan dapat menjadi saat yang menyakitkan dan menakutkan bagi ibu. Untuk meringankan kondisi tersebut, pastikan bahwa setiap ibu akan mendapatkan asuhan sayang ibu selama persalinan dan kelahiran (Marmi, 2012).

7.2 Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

Asuhan yang mendukung selama persalinan sangat penting dalam proses persalinan. Tindakan ini mempunyai efek positif baik secara emosional maupun secara fisiologis, sehingga persalinan dapat berlangsung secara aman.

Menurut Lesser dan Keane, ada lima kebutuhan dasar ibu bersalin:

1. Asuhan Fisik dan Psikologis

Asuhan fisik dan psikologis bertujuan untuk memberikan rasa aman dan nyaman serta menghindari ibu dari infeksi. Asuhan fisik dan psikologi meliputi:

a. Personal Hygiene

Membilas kemaluan dengan air bersih setelah BAK, dan menggunakan sabun setelah BAB. Menjaga vagina dalam kondisi tetap bersih sangat penting karena pengeluaran air ketuban, lendir darah menimbulkan perasaan yang tidak nyaman untuk ibu. Sehingga ibu dianjurkan untuk mandi agar lebih segar dan bertenaga

b. Berendam

Bisa berendam di bak mandi untuk menimbulkan rasa rileks dan mengurangi nyeri selama persalinan.

c. Perawatan Mulut

Ibu yang sedang dalam proses persalinan biasanya mempunyai nafas yang bau, kering, pecah-pecah, tenggorokan kering terutama jika dalam persalinan tidak makan dan minum. Sehingga menggosok gigi dan berkumur-kumur merupakan kebutuhan bagi ibu bersalin. Jika mulut ibu kering dan pecah-pecah dapat diolesi dengan gliserin, pelembab bibir dan cairan oral.

d. Memberikan Informasi dan Penjelasan Sebanyak-banyaknya yang Ibu Inginkan

Informasi dan penjelasan, dapat mengurangi ketakutan atau kecemasan akibat ketidaktahuan. Pengurangan rasa takut dapat menurunkan nyeri akibat ketegangan dari rasa sakit tersebut.

e. Memberikan Asuhan dalam Persalinan dan Kelahiran Hingga Ibu Merasa Aman dan Percaya Diri

Pemberian asuhan atau tindakan bidan secara profesional/berkualitas baik dari aspek tindakan, komunikasi, tempat dan lingkungan tempat bersalin, merupakan tindakan yang diharapkan oleh semua ibu bersalin, sehingga mereka merasa percaya dan bisa mengurangi kecemasan.

f. Memberikan Dukungan Empati Selama Persalinan dan Kelahiran

Setiap ibu bersalin merespon secara berbeda-beda dan mempunyai kebutuhan yang berbeda. Tanyakan padanya apabila ada tindakan yang dapat membantu atau diharapkannya. (Menurut Hodnet (2002) dalam Chapman (2003) Bidan yang memberikan dukungan berkualitas menyadari bahwa secara pribadi mereka adalah suatu bentuk analgesi terbaik dan sedikit kemungkinannya klien memerlukan peredaan nyeri farmakologis atau epidural.

g. Mengupayakan Komunikasi yang baik antara penolong, ibu dan pendampingnya

Bicara kepada ibu bersalin dengan nada dan cara yang dapat dimengerti olehnya selama persalinan.

2. Kehadiran Seorang Pendamping Secara Terus Menerus

Dalam Cochrane database, suatu kajian ulang sistematis dari 14 percobaan yang melibatkan 5000 wanita memperlihatkan bahwa kehadiran seorang pendamping secara terus menerus selama persalinan dan kelahiran akan menghasilkan:

- a. Kelahiran dengan bantuan vakum dan forceps semakin sedikit atau semakin kecil
- b. Sectio caesarea untuk membantu kelahiran menjadi berkurang
- c. Skor apgar <7 lebih sedikit
- d. Lamanya persalinan semakin pendek
- e. Kepuasan ibu semakin besar dalam pengalaman melahirkan mereka

Menurut Hodnet (2002) dalam Chapman (2003), keuntungan dukungan yang berkesinambungan dapat menjadikan pengalaman ibu:

- a. Persalinan yang lebih baik dari yang diharapkan
- b. Pengalaman keseluruhan yang lebih positif
- c. Ibu lebih mungkin menyusui sendiri pada 6 minggu
- d. Depresi lebih kecil pada 6 minggu
- e. Lebih sedikit kesulitan memelihara bayi.

3. Pengurangan Rasa Sakit

Nurasia Ai, (2014) Metode pengurangan rasa sakit diberikan secara terus menerus dalam bentuk dukungan dalam persalinan yang dilakukan terus menerus, mempunyai beberapa keuntungan, yaitu:

- a. Sederhana
- b. Efektif
- c. Biaya rendah
- d. Risiko rendah
- e. Membantu kemauan persalinan
- f. Hasil kelahiran bertambah baik
- g. Bersifat sayang ibu.

Sensasi nyeri dipengaruhi oleh keadaan iskemia dinding korpus uteri yang menjadi stimulasi serabut saraf dipleksus hipogatrikus yang diteruskan kesistem saraf pusat. Perebangan vagina, jaringan lunak dalam rongga panggul dan peritoneum dapat menimbulkan rangsangan nyeri. Keadaan mental pasien seperti pasien bersalin yang sering ketakutan, cemas atau ansietas atau eksitasi turut berkontribusi dalam menstimulasi nyeri pada ibu akibat peningkatan prostaglandin sebagai respons terhadap stres (Nurul, 2014).

Sifat his dalam setiap fase

1. Kala I

Kala I Awal (Fase Laten)

Timbul setiap 10 menit dengan amplitudo 40 mmHg yang berlangsung selama 20-30 detik. Serviks terbuka sampai 3 cm. Frekuensi dan amplitudo meningkat.

Kala I Lanjut (Fase Aktif)

Terjadi peningkatan rasa nyeri, amplitudo semakin kuat sampai 60mmHg, frekuensi 2-4 kali/10 menit selama 60-90 detik. Serviks terbuka sampai lengkap (10cm).

2. Kala II

Amplitudo 60 mmHg, frekuensi 3-4 kali/10 menit. Refleks mengejan terjadi juga akibat stimulasi dari tekanan bagian terbawah janin (pada persalinan normal kepala) yang menekan anus dan rektum. Selama kala tersebut, ibu memerlukan tambahan tenaga meneran, disertai kontraksi otot dinding abdomen serta diafragma untuk mengeluarkan bayi.

3. Kala III

Amplitudo 60-80 mmHg, frekuensi kontraksi berkurang, aktivitas uterus menurun, plasenta dapat lepas spontan dari aktivitas uterus tersebut, tetapi dapat juga tetapmenempel atau retensio dan memerlukan tindakan aktif atau manual aid. Meskipun sudah dilami oleh sebagian besar wanita, rasa nyeri saat melahirkan bersifat unik dan berbeda pada setiap individu. Rasa nyeri tersebut memiliki karakteristik tertentu yang sama atau bersifat umum. Pengendalian rasa nyeri berhubungan dengan keputusan untuk mengimplementasikan atau memberikan pengendalian nyeri tersebut (Nurul, 2014).

Rasa nyeri pada persalinan yang dialami oleh wanita pada saat persalinan disebabkan oleh kontraksi uterus, dilatasi serviks, dan distensi perineum. Pada akhir kala I dan II, peregangan vagina dan dasar panggul terjadi untuk mengakomodasi bagian terendah janin. Adapun tindakan pendukung yang dapat diberikan untuk mengurangi rasa nyeri tersebut adalah sebagai berikut:

a. Pengaturan Posisi

Faktor penting saat wanita berada dalam persalinan adalah bukan saat ia akhirnya melahirkan, tetapi tetap mampu bergerak dengan gelisah selama persalinan. Mobilisasi membantu ibu untuk tetap merasa terkendali. Membiarkan ibu bersalin untuk memilih posisi persalinan memiliki banyak keuntungan seperti pengurangan rasa tidak nyaman, trauma perineum, lebih mudah meneran, dan posisi juga merupakan salah satu dasar yang memengaruhi keutuhan perineum. Oleh karena itu, ibu bersalin harus diperbolehkan mengambil posisi pilihan mereka sendiri saat persalinan.

Posisi yang diterapkan saat persalinan harus menghindari hipoksia pada janin, menciptakan pola kontraksi yang efisien, meningkatkan diameter pelvis, memudahkan pengamatan janin, memberikan paparan perineum yang baik, menyediakan daerah yang bersih untuk melahirkan, dan merasa nyaman. Pengaturan posisi melibatkan juga penempatan bantal. Wanita bersalin memerlukan bantal di bawah untuk meningkatkan relaksasi, mengurangi tekanan otot, dan mengeliminasi titik-titik tekanan.

Hal-hal berikut dapat juga mengurangi rasa nyeri pada ibu seperti:

1. Anjurkan ibu untuk mencoba posisi yang nyaman bagi dirinya
2. Ibu boleh berjalan, berdiri, duduk atau jongkok, berbaring miring atau meringkang
3. Hindari menempatkan ibu pada posisi telentang atau supine karena dapat terjadi supine hypotension syndrome.

b. Relaksasi dan latihan pernafasan

Terdapat tiga latihan relaksasi yang meliputi:

1. Relaksasi progresif, dengan cara mengeraskan sekelompok otot (tangan, lengan, kaki, muka) dengan sengaja sekeras mungkin kemudian relaks selembut mungkin.

2. Relaksasi terkontrol, dengan cara mengeraskan sekelompok otot dan sekelompok otot lain relax pada bagian sisi yang berlawanan, sepertintangan kiri dikuatkan, lengan kanan relax
3. Bernafas dalam, yaitu relax sewaktu his dengan meminta ibu untuk menarik napas panjang, menahan napas sebentar, kemudian melepaskannya dengan cara meniupkannya. Akan tetapi cara tersebut tidak lagi dianjurkan. Saat ini, ibu dianjurkan untuk bernafas seperti biasa dan meneran pada saat ibu merasakan dorongan.

c. Usapan Punggung atau Abdominal

Apabila berkenan, lakukan pijatan atau massase di punggung ibu atau mengusap perut ibu dengan lembut. Hal itu dapat memberikan dukungan dan kenyamanan pada ibu bersalin sehingga rasa sakitnya dapat berkurang.

d. Pengosongan Kandung Kemih

Sarankan ibu untk sesering mungkin berkemih. Kandung kemih yang penuh dapat menyebabkan nyeri pada bagian abdominal dan menyebablan bagian terendah dari janin sulit turun.

4. Penerimaan Atas Sikap dan Perilaku

Penerimaan akan tingkah lakunya dan sikap juga kepercayaanya apapun yang dia lakukan merupakan hal terbaik yang mampu dilakukan pada saat itu. Biarkan sikap dan tingkah lakunya, pada beberapa ibu mungkin berteriak pada puncak kontraksi dan ada pula yang berusaha untuk diam dan ada juga yang menangis. Tugas bidan adalah memberikan dukungan sebagai wujud penerimaan terhadap sikap ibu bersalin tersebut (Ina & Fitria, 2014). Setiap sikap, tingkah laku, dan kepercayaan ibu perlu diterima dan apapun yang ibu lakukan merupakan hal terbaik yang mampu ia lakukan pada saat itu. Biarkan sikap dan tingkah laku ibu seperti berteriak pada puncak kontraksi, diam atau menangis, sebab itulah yang hanya ibu dapat lakukan. Hal yang harus dilakukan bidan hanya menyemangati ibu, bukan memarahinya (Nurul, 2014).

5. Informasi dan Kepastian tentang Hasil Persalinan yang Aman

Hak setiap ibu untuk mendapatkan informasi yang jelas terhadap kemajuan persalinan yang sedang dihadapi. Dan bidan wajib menjelaskan semua

informasi tentang ibu maupun janin jika keluarga/pasien memintanya (Nurasiah et al., 2012).

Setiap ibu bersalin ingin mengetahui apa yang terjadi pada tubuhnya:

- a. Penjelasan tentang proses dan perkembangan persalinan
- b. Penjelasan semua hasil pemeriksaan
- c. Pengurangan rasa takut akan menurunkan nyeri
- d. Penjelasan prosedur

7.2.1 Pemenuhan Kebutuhan Fisik Pada Kala I, II, III dan IV

(Marni, 2012) mengatakan bahwa Persalinan adalah saat yang menegangkan dan menggugah emosi ibu dan keluarganya, bahkan dapat menjadi saat yang menyakitkan dan menakutkan bagi ibu. Untuk meringankan kondisi tersebut, pastikan bahwa setiap ibu akan mendapatkan asuhan sayang ibu selama persalinan dan kelahiran. Kebutuhan dasar pada ibu bersalin di kala I, II, dan III itu berbeda-beda dan sebagai tenaga kesehatan kita dapat memberikan asuhan secara tepat agar kebutuhan-kebutuhan ibu di kala I, II dan III dapat terpenuhi. Pemenuhan kebutuhan fisik dan psikologis pada ibu dan keluarga pada kala I, II dan III sebagai berikut:

Kala I

Kala I merupakan waktu dimulainya persalinan, keadaan ini di mulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm).

Kebutuhan-kebutuhan yang harus terpenuhi di kala I antara lain:

1. Mengatur Aktivitas dan Posisi Ibu

Di saat mulainya persalinan sambil menunggu pembukaan lengkap. Ibu masih dapat diperbolehkan melakukan aktivitas, namun harus sesuai dengan kesanggupan ibu agar ibu tidak terasa jenuh dan rasa kecemasan yang dihadapi oleh ibu saat menjelang persalinan dapat berkurang. Di dalam kala I ini ibu dapat mencoba berbagai posisi yang nyaman selama persalinan dan kelahiran. Peran suami disini adalah untuk membantu ibu berganti posisi yang nyaman agar ibu merasa ada orang yang menemani disaat proses menjelang persalinan di sini ibu diperbolehkan berjalan, berdiri, duduk, jongkok, berbaring miring atau merangkak. Posisi tegak seperti berjalan, berdiri atau jongkok dapat

membantu turunnya kepala bayi dan seringkali mempersingkat waktu persalinan. Untuk itu kita sebagai tenaga kesehatan didasarkan agar membantu ibu untuk sesering mungkin berganti posisi selama persalinan. Perlu diingat bahwa jangan menganjurkan ibu untuk mengambil posisi terlentang sebab jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus, janin, cairan ketuban, dan plasenta akan menekan vena cava inferior. Hal ini akan menyebabkan turunnya aliran darah dari sirkulasi ibu ke plasenta. Kondisi seperti ini akan menyebabkan hipoksia (kekurangan oksigen pada janin). Posisi terlentang juga akan memperlambat proses persalinan (Enkin, et.al. 2002).

2. Membimbing Ibu untuk Rileks Sewaktu Ada His

His merupakan kontraksi pada uterus yang mana his ini termasuk tanda-tanda persalinan yang mempunyai sifat intermiten, terasa sakit, terkoordinasi, dan simetris serta terkadang dapat menimbulkan rasa sakit, maka ibu di sarankan menarik nafas panjang dan kemudian anjurkan ibu untuk menahan nafas sebentar, kemudian dilepaskan dengan cara meniup sewaktu ada his.

3. Menjaga Kebersihan Ibu

Saat persalinan akan berlangsung anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin selama persalinan. Disini ibu harus berkemih paling sedikit setiap dua jam atau lebih atau jika ibu terasa ingin berkemih selain itu tenaga kesehatan perlu memeriksa kandung kemih pada saat memeriksa denyut jantung janin (saat palpasi dilakukan) tepat di atas simpisis pubis untuk mengetahui apakah kandung kemih penuh atau tidak. Jika ibu tidak dapat berkemih di kamar mandi, maka ibu dapat diberikan penampung urin.

Kandung kemih yang penuh akan mengakibatkan:

- a. Memperlambat turunnya bagian terbawah janin dan memungkinkan menyebabkan partus macet.
- b. Menyebabkan ibu tidak nyaman.
- c. Meningkatkan risiko perdarahan pasca persalinan yang disebabkan atonia uteri.
- d. Mengganggu penatalaksanaan distosia bahu
- e. Meningkatkan risiko infeksi saluran kemih pasca persalinan

Di saat persalinan berlangsung tenaga kesehatan (bidan) tidak dianjurkan untuk melakukan kateterisasi kandung kemih secara rutin kateterisasi ini hanya

dilakukan pada kandung kemih yang penuh dan ibu tidak dapat berkemih sendiri. Kateterisasi ini akan menimbulkan beberapa masalah seperti menimbulkan rasa sakit, menimbulkan risiko infeksi dan perlukaan saluran kemih ibu.

4. Pemberian Cairan dan Nutrisi

Tindakan kita sebagai tenaga kesehatan yaitu memastikan untuk dapat asupan (makanan ringan dan minum air selama persalinan dan kelahiran bayi karena fase aktif ibu hanya ingin mengkomsumsi cairan. Maka bidan menganjurkan anggota keluarga untuk menawarkan ibu minum sesering mungkin dan makan ringan selama persalinan karena makanan ringan dan cairan yang cukup selama persalinan berlangsung akan memberikan lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi ini bila terjadi akan memperlambat kontraksi atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur.

Kala II

Kala II persalinan akan mengakibatkan suhu tubuh ibu meningkat dan saat ibu mengejan selama kontraksi dapat membuat ibu menjadi kelelahan. Disini bidan harus dapat memenuhi kebutuhan selama kala II, di antaranya:

1. Menjaga Kandung Kemih Tetap Kosong

Menganjurkan ibu untuk berkemih sesering mungkin setiap 2 jam atau bila ibu merasa kandung kemih sudah penuh. Kandung kemih dapat menghalangi penurunan kepala janin ke dalam rongga panggul. Jika ibu tidak dapat berjalan ke kamar mandi bantulah agar ibu dapat berkemih dengan wadah penampung urine. Di sini bidan tidak dianjurkan untuk melakukan kateterisasi kandung kemih secara rutin sebelum atau sesudah kelahiran bayi ataupun plasenta. Kateterisasi kandung kemih hanya dilakukan bila terjadi retensi urin dan ibu tidak mampu berkemih sendiri atau perlukan pada saluran kemih ibu.

2. Menjaga Kebersihan Ibu

Di sini ibu tetap dijaga kebersihan dirinya agar terhindar dari infeksi. Apabila ada lendir darah atau cairan ketuban segera dibersihkan untuk menjaga alat genitalia ibu.

3. Pemberian Cairan

Menganjurkan ibu untuk minum selama kala II persalinan. Ini dianjurkan karena selama ibu bersalin ibu mudah mengalami dehidrasi selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Dengan cukupnya asupan cairan, ini dapat mencegah ibu mengalami dehidrasi

4. Mengatur Posisi Ibu

Di dalam memimpin mengejan, Bantu ibu memperoleh posisi yang paling nyaman. Ibu dapat berganti posisi secara teratur selama kala dua persalinan. Karena perpindahan posisi yang sering kali mempercepat kemajuan persalinan. Di sini ibu akan menemukan posisi yang efektif untuk meneran. Biasanya posisi duduk atau setengah duduk dipilih ibu bersalin karena nyaman bagi ibu dan ibu bisa beristirahat dengan mudah diantara kontraksi jika merasa lelah dan keuntungan lain posisi ini yaitu dapat memudahkan melahirkan kepala bayi. Ada 4 posisi yang sering digunakan dalam persalinan, diantaranya: jangkok, menungging Tidur miring, dan Setengah duduk.

Posisi jangkok atau berdiri dapat membantu mempercepat kemajuan persalinan rasa nyeri yang hebat. Sedangkan posisi merangkak atau berbaring miring kiri dipilih ibu karena ibu merasa nyaman dan lebih efektif baginya untuk meneran. Posisi ini baik dipilih jika ada masalah bagi bayi yang akan berputar ke posisi occiput anterior. Posisi merangkak atau berbaring miring kiri ini juga baik dipilih ibu yang mengalami nyeri punggung pada saat persalinan. Posisi ini juga membantu mencegah laserasi.

Adapun cara-cara meneran yang baik bagi ibu diantaranya:

- a. Menganjurkan ibu untuk meneran sesuai dorongan alamiah selama kontraksi.
- b. Jangan anjurkan ibu untuk menahan nafas pada saat meneran.
- c. Menganjurkan ibu untuk berhenti meneran dan beristirahat diantara kontraksi.
- d. Jika ibu berbaring miring atau setengah duduk ibu mungkin merasa lebih mudah untuk meneran, jika ia menarik lutut ke arah dada dan menempelkan dagu ke dada.
- e. Menganjurkan ibu untuk tidak mengangkat pantat saat meneran.

- f. Tenaga kesehatan (bidan) tidak dianjurkan untuk melakukan dorongan pada fundus untuk membantu kelahiran bayi karena dorongan pada fundus dapat meningkatkan distosia bahu dan ruptur uteri.

Kala III

Kala III merupakan kala pengeluaran uri atau pengeluaran plasenta. Kala III ini merupakan kelanjutan Kala I (kala pembukaan) dan kala II (kala pengeluaran bayi). Untuk itu pada kala III ini berbagai aspek yang akan dihadapi bercermin pada apa yang telah dikerjakan pada tahap-tahap sebelumnya. Adapun pemenuhan kebutuhan pada ibu di kala III di antaranya:

1. Menjaga Kebersihan

Disini ibu harus tetap dijaga kebersihan pada daerah vulva karena untuk menghindari infeksi. Untuk menghindari infeksi dan bersarangnya bakteri pada daerah vulva dan preneum. Cara pembersihan perineum dan vulva yaitu dengan menggunakan air matang (disinfeksi tingkat tinggi) dan dengan menggunakan kapas atau kassa yang bersih. Usapkan dari atas ke bawah mulai dari bagian anterior vulva ke arah rectum untuk mencegah kontaminasi tinja, kemudian menganjurkan ibu untuk mengganti pembalut kurang lebih dalam sehari tiga kali ataupun bila saat ibu BAK dirasa pembalut sudah basah (tidak mungkin untuk dipakai lagi). Jangan lupa menganjurkan ibu untuk mengeringkan bagian perineum dan vulva.

2. Pemberian Cairan Dan Nutrisi

Memberikan asupan nutrisi (makanan ringan dan minuman) setelah persalinan, karena ibu telah banyak mengeluarkan tenaga selama kelahiran bayi. Dengan pemenuhan asupan nutrisi ini diharapkan agar ibu tidak kehilangan energy.

3. Kebutuhan Istirahat

Setelah janin dan plasenta lahir kemudian ibu sudah dibersihkan ibu dianjurkan untuk istirahat setelah pengeluaran tenaga yang banyak pada saat persalinan. Di sini pola istirahat ibu dapat membantu mengembalikan alat-alat reproduksi dan meminimalisasikan trauma pada saat persalinan.

Kala IV

Kala IV persalinan adalah waktu atau kala di dalam suatu proses persalinan yang dimulai dari setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (Affandi 2005). Kala IV persalinan adalah kala pada dua jam pertama persalinan (Saifuddin, dkk, 2004). Secara umum kala IV adalah 0 menit sampai 2 jam setelah persalinan plasenta berlangsung. Ini merupakan masa kritis bagi ibu, karena kebanyakan wanita melahirkan kehilangan darah atau mengalami suatu keadaan yang menyebabkan kematian pada kala ini. Bidan harus memantau seluruh keadaan dan kebutuhan ibu sampai masa kritis telah melewati.

7.2.2 Pemenuhan Kebutuhan Psikologi Kala I, II dan III dan IV

Untuk mengurangi rasa sakit terhadap ibu di kala I, II, dan III yaitu dengan cara psikologis dengan mengurangi perhatian ibu yang penuh terhadap rasa sakit (Marmi, 2012).

Adapun usaha-usaha yang dilakukannya yaitu dengan cara :

Sugesti

Sugestis adalah memberi pengaruh pada ibu dengan pemikiran yang diterima secara logis. Menurut psikologis social individu yang keadaan psikisnya labil akan lebih mudah dipengaruhi dan mudah mendapat sugesti. Demikian juga pada wanita yang keadaan psikisnya kurang stabil, lebih-lebih dalam masa persalinan, mudah sekali menerima pengaruh atau menerima sugesti. Kesempatan ini harus digunakan untuk memberikan sugesti yang bersifat positif. Misalnya ketika hamil, pada waktu memeriksa dikatakan bahwa kehamilan normal, persalinan nanti akan berjalan normal pula, pada waktu persalinan pun juga diberi sugesti bahwa persalinannya akan berlangsung dengan baik seperti ibu-ibu yang lain yang tidak mengalami kesulitan walaupun telah beberapa kali melahirkan. Keramahtamahan dan sikap yang menyenangkan akan menambah besarnya sugesti yang telah diberikan.

Mengalihkan perhatian

Perasaan sakit akan bertambah bila perhatian dikhususkan pada rasa sakit itu. Misalnya ibu merasa sakit, penolong memperhatikan terus menerus, menaruh belas kasihan yang spontan akan menambah rasa sakit. Perasaan sakit itu dapat

dikurangi dengan mengurangi perhatian terhadap ibu. Usaha yang dilakukan misalnya mengajak bercerita, sedikit bersenda gurau, kalau ibu masih kuat berilah buku bacaan yang menarik. Walaupun perhatian terhadap rasa sakit ibu di kurangi oleh bidan, tetapi mereka harus tetap waspada mengamati keadaan ibu, perkembangan perasalinan.

Kepercayaan

Dusahakan agar ibu memiliki kepercayaan pada dirinya sendiri bahwa ia mampu melahirkan anak normal seperti wanita-wanita lainnya, percaya bahwa persalinan yang dihadapi akan lancar pula seperti wanita yang lainnya. Disamping itu ibu harus mempunyai kepercayaan pada bidan atau orang yang menolongnya, percaya bahwa penolong mempunyai pengetahuan dasar yang cukup, mempunyai pengalaman yang banyak, mempunyai kecepatan, keterampilan dalam menolong persalinan, maka dengan demikian ibu akan merasa aman.

Bab 8

Asuhan Kebidanan pada Kala I, II, III dan IV Persalinan

8.1 Asuhan Kebidanan Pada Persalinan

Persalinan adalah proses alamiah yang dialami seorang wanita pada akhir proses kehamilannya. Fisiologi ibu dalam persalinan akan terjadi perubahan dan dipengaruhi oleh banyak faktor. Persalinan normal adalah proses keluarnya janin, plasenta dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir dengan tenaga ibu sendiri tanpa bantuan alat yang dapat melukai ibu dan bayi dengan proses usia kehamilan cukup bulan (37 minggu) tanpa penyulit. Berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi dan kekuatan teratur. Ibu bersalin mengeluarkan banyak energi dan mengalami perubahan fisiologis maupun psikologis. Tahapan persalinan normal terdiri dari 4 kala yaitu, kala I (kala pembukaan), kala II (kala pengeluaran), kala III (pelepasan plasenta), dan kala IV (kala pengawasan atau observasi dan pemulihan).

Asuhan persalinan ini menggunakan dokumentasi SOAP yaitu subjektif, objektif, analisa dan penatalaksanaan. Persalinan terbagi menjadi 4 kala yaitu kala I, kala II, kala III dan kala IV dengan penjelasan sebagai berikut :

1. Asuhan Kebidanan Persalinan Kala I

Tanda-tanda persalinan kala I yaitu adanya kontraksi uterus, keluarnya lendir bercampur darah. Kala I persalinan (proses menunggu) mulai ketika tercapainya kontraksi uterus dengan frekuensi, intensitas dan durasi yang cukup untuk menghasilkan pendataran dan dilatasi serviks yang progresif. Kala I persalinan selesai ketika serviks telah membuka lengkap (10 cm) sehingga memungkinkan kepala janin lewat.

a. Subjektif

Pengkajian dilakukan untuk mengumpulkan informasi berupa riwayat kesehatan, kehamilan, persalinan dan untuk mengetahui adanya tanda gejala penyulit atau kondisi kegawatdaruratan sehingga dapat menentukan diagnosis dan melakukan tindakan yang tepat. Data subjektif merupakan pengumpulan data berdasarkan anamnesis atau wawancara baik langsung maupun tidak langsung dengan ibu bersalin. Anamnesis bertujuan untuk mengumpulkan informasi tentang riwayat kesehatan, kehamilan dan persalinan serta riwayat medis lainnya untuk menentukan diagnosis dan mengembangkan rencana asuhan yang sesuai.

Pada data subjektif, keluhan yang dirasakan ibu adalah rasa kenceng-kenceng saat kontraksi dan nyeri pada bagian pinggang yang menjalar sampai perut bagian bawah, keluar lendir darah.

b. Objektif

Data objektif didapatkan dengan cara menilai keadaan umum ibu, menilai kesadaran, melakukan pemeriksaan TTV (TD, nadi, suhu, pernafasan), melakukan pemeriksaan fisik untuk mengetahui kondisi ibu, melakukan pemeriksaan abdomen atau pemeriksaan Leopold untuk mengetahui TFU, kondisi bayi dan DJJ, pemantauan kontraksi uterus (his), pemeriksaan obstetri dilakukan dengan pemeriksaan dalam (VT) untuk mengetahui kemajuan persalinan. Hal ini didukung juga oleh pendapat Rukiah, dkk (2012) data objektif menggambarkan hasil analisa dan fisik klien, hasil laboratorium, dan test diagnostic lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung assesment. Tanda gejala objektif yang diperoleh dan hasil pemeriksaan (tekanan darah, nadi, suhu tubuh, edema/ pembengkakan pada muka jari tangan, kaki, dan pretibia tungkai bawah, warna pucat pada mulut, ada tidaknya bekas operasi section secaria, pengukuran tinggi fundus uteri (TFU),

gerakan janin, kontraksi uterus, pemeriksaan leopold I-IV, penurunan kepala janin, mendengarkan DJJ (detak jantung janin), Genetalia luar : luka, cairan, lendir darah, perdarahan, cairan ketuban; Genetalia dalam : penipisan serviks, dilatasi, penurunan kepala janin, membran/ selaput ketuban dan pemeriksaan penunjang). Pemeriksaan dengan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

Pemeriksaan abdomen dilakukan untuk menentukan TFU, posisi punggung janin, memantau kontraksi uterus, memantau DJJ (Denyut Jantung Janin), menentukan presentasi dan menentukan penurunan bagian terendah janin. Pada saat melakukan VT yang dilakukan yaitu mengetahui keadaan vagina, porsio, pembukaan serviks, penurunan kepala, UUK, kapasitas panggul, ketuban pecah tidaknya dan kapasitas panggul. Kala I fase terdiri dari fase laten yaitu dimulai dari awal kontraksi hingga pembukaan mendekati 4 cm, kontraksi mulai teratur tetapi lamanya di antara 20-30 detik, tidak terlalu mules. Fase aktif dengan tanda-tanda kontraksi diatas 3 kali dalam 10 menit, lamanya 40 detik atau lebih dan mules, pembukaan 4 cm hingga lengkap, penurunan bagian bawah janin, waktu pembukaan serviks sampai pembukaan lengkap 10 cm.

c. Analisa

Masalah atau diagnosa diperoleh dari data subjektif dan objektif yang sudah dikumpulkan. Analisa data subjektif dan data objektif dapat ditentukan diagnosa kebidanan yaitu Ny. . . . umur . . . tahun G . . . P . . . A0 hamil . . . minggu, janin tunggal/ gemeli, hidup/ mati intra uteri, presentasi kepala, inpartu kala I fase laten/ aktif.

d. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan dalam kala I antara lain relaksasi saat kenceng-kenceng yaitu dengan tarik nafas panjang dan keluarkan dari mulut atau bisa dengan mendengarkan musik dan massase punggung, mengenali tanda dan gejala kala II (ibu merasakan dorongan kuat untuk mengejan, perineum menonjol, tekanan pada anus, vulva dan sfingter ani membuka), menyiapkan pertolongan persalinan (kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial), melakukan pengawasan 10 kala I (keadaan umum/ 4 jam, TD/ 4 jam, suhu/ 4 jam, nadi/ 30 menit, pernafasan/ 30 menit, kontraksi/ 30 menit, DJJ /30 menit, bandling /4 jam, perdarahan pervaginam/ 4 jam, tanda dan gejala kala II), memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin, mengisi partograf pada kala I aktif.

Menganjurkan suami untuk mendampingi ibu saat proses persalinan. Hasil penelitian Anggraini, dkk (2014) menyatakan bahwa dukungan suami dalam proses persalinan dapat mengurangi rada nyeri persalinan, semakin baik dukungan yang diberikan saat proses persalinan maka rasa nyeri yang dirasakan ibu semakin menurun. Hal ini sama dengan penelitian Darwati (2018) ada pengaruh dukungan suami terhadap pengurangan nyeri kala I. Hasil dari penelitian ini menunjukkan ibu yang diberi dukungan selama persalinan mendapatkan rasa aman dan nyaman dari keluaran yang lebih baik. Hasil penelitian Rahman Abdul, dkk (2017) cara mengatasi penurunan persalinan selama kala I yaitu dengan terapi kompres hangat dan message effleurage.

Menurut penelitian Isnanto dan Pinzon (2018) musik terapi dan masase punggung sama- sama memiliki pengaruh yang baik dalam menurunkan nyeri saat persalinan pada ibu nulipara khususnya saat memasuki kala I fase aktif persalinan. Penelitian dilakukan dalam dua kelompok yang sama-sama dilakukan intervensi sesuai dengan standar prosedur, hanya dibedakan kelompok pertama (kelompok intervensi) yang diberikan musik pada selama 30 menit pertama diperdengarkan musik pada awal fase laten dan pada awal fase aktif kala I. Musik yang dapat digunakan (untuk mengurangi kecemasan) yaitu tempo yang lambat, nada tidak terlalu tinggi/terlalu rendah, volume yang rendah dan berirama, musik dengan arrangement yang sederhana, dan melodi yang stabil.

2. Asuhan Kebidanan Persalinan Kala II

Kala II (kala proses pengeluaran janin) dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Pada fase ini janin keluar membutuhkan waktu maksimal 2 jam. Pada ibu primigravida, janin keluar membutuhkan waktu sekitar 1 jam dan ibu multigravida, janin keluar membutuhkan membutuhkan waktu sekitar 2 jam.

a. Subjektif

Data subjektif yang mendukung dalam persalinan kala II yaitu ibu merasakan seperti ingin BAB dan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan/vaginanya, takut dan khawatir menjelang persalinan sehingga meminta suami/ anggota keluarga untuk menemaninya selama proses melahirkan. Menurut penelitian Janiarli dan Rahmawati (2018) dukungan psikologi dan perhatian akan memberi dampak terhadap pola kehidupan sosial, keharmonisan, penghargaan,

pengorbanan, kasih sayang dan empati pada wanita hamil dan dari aspek teknis, dapat mengurangi aspek sumber daya misalnya : tenaga ahli, cara penyelesaian persalinan normal, akselerasi, kendali nyeri dan asuhan neonatal.

Bersalin dengan posisi merangkak lebih banyak keuntungan dibandingkan dengan posisi telentang yaitu mengurangi nyeri punggung saat persalinan, dapat membantu perbaikan posisi oksiput yang melintang untuk berputar menjadi posisi oksiput anterior dan dapat mengurangi terjadinya laserasi perineum serta membantu penurunan kepala janin lebih dalam ke dasar panggul. Menurut Gupta dkk, wanita yang melahirkan dengan posisi terlentang lebih merasakan kesakitan, sedangkan dalam posisi tegak kesakitan yang dirasakan lebih ringan.

b. Objekif

Data objektif didapat dari hasil pemeriksaan, yaitu keadaan umum ibu tanda-tanda vital, denyut jantung janin, penurunan bagian terendah janin, hasil pemeriksaan dalam didapat persio sudah tidak teraba, pembukaan lengkap, di hodge 4 atau di dasar panggul. Selain itu terdapat tanda kala dua yaitu tekanan pada anus, perineum menonjol, anus dan vulva membuka. Selain itu data objektif dalam persalinan kala II antara lain kontraksi lebih dari 40 detik (adekuat), pemeriksaan VT 10 cm (lengkap), adanya dorongan yang kuat, perineum menonjol, vulva dan anus membuka dan meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

c. Analisa

Dari data subjektif dan data objektif yang telah di dapatkan yaitu bahwa ibu mengatakan ingin meneran dan adanya dorongan yang kuat, perineum menonjol, vulva dan anus membuka, kontraksi semakin kuat, intensitasnya lebih dari 40 detik (interval 2-3 menit), peningkatan pengeluaran lendir darah. Dari data subjektif dan data objektif dapat ditentukan diagnosa kebidanan yaitu Ny....umur ...tahun G.. P.. A... hamil... minggu janin tunggal/ gemeli, hidup/ mati intrauteri, presentasi kepala, inpartu kala II.

d. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan pada kala II sesuai 60 langkah APN di antaranya dengan memberitahu ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap sehingga dapat menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses

pimpinan meneran (keluarga dapat membantu menyiapkan posisi meneran dengan posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan ibu), mempersiapkan pertolongan kelahiran bayi (meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi jika kepala sudah membuka vulva 5-6 cm, meletakkan kain bersih 1/3 bawah bokong ibu, menolong lahirnya kepala, bahu, badan tungka) dan melakukan penanganan bayi baru lahir (penilaian selintas apakah bayi menangis, bergerak aktif, bernafas/ megap-megap, pemotongan dan pengikatan tali pusat), memastikan tidak ada janin kedua dan menyuntikkan oksitoksin 10 IU di 1/3 paha atas bagian distal lateral serta di aspirasi terlebih dahulu.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Handayani dan Triwahyuni (2016) bahwa posisi meneran antara posisi bukan setengah duduk (miring, telentang, lithotomi) dan setengah duduk sama banyaknya. Kejadian ruptur perineum lebih banyak terjadi pada ibu dengan posisi persalinan bukan setengah duduk (miring, telentang dan lithotomi). Posisi Meneran mempunyai hubungan yang signifikan dengan Ruptur Perineum.

3. Asuhan Kebidanan Persalinan Kala III

Kala III (ekspulsi plasenta) dimulai segera setelah janin lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban janin.

a. Subjektif

Data subjektif yang dikaji berupa kebutuhan biologis (mis., apakah ibu merasa haus) dan kondisi psikologis (mis., perasaan dan penerimaan ibu terhadap bayinya), serta ibu merasakan mules atau tidak (ada tidaknya kontraksi uterus yang dirasakan ibu terkait pelepasan plasenta). Biasanya pengkajian subjektif pada kala III yaitu ibu mengatakan perutnya masih mulas, ibu merasa lelah dan lega bayinya telah lahir, ibu menaruh perhatian karena plasenta belum lahir.

b. Objektif

Data objektif kala III yaitu tanda-tanda pelepasan plasenta meliputi adanya perubahan bentuk uterus menjadi globuler, tali pusat mulai memanjang, dan adanya semburan darah secara tiba-tiba.

c. Analisa

Analisa yang dapat ditegakkan yaitu data subjektif dan objektif yang telah diperoleh bahwa ibu sudah melahirkan bayinya dengan normal sehingga dari data subjektif dan data objektif dapat ditentukan diagnosa kebidanan yaitu Ny...P... A... umur ... tahun inpartu kala III.

d. Penatalaksanaan

Memastikan tidak ada janin kedua, memberitahu ibu bahwa akan disuntik, menyuntikkan oksitoksin 10 IU di 1/3 paha atas bagian distal lateral serta di aspirasi terlebih dahulu, meletakkan bayi diatas dada ibu untuk melakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dengan cara kontak langsung pada kulit ibu. Manfaat dilakukan IMD bagi bayi yaitu menstabilkan pernapasan dan suhu tubuh bayi, menjaga kolonisasi kuman yang aman untuk mencegah infeksi nosokomial, mendorong ketrampilan bayi untuk menyusu lebih cepat dan efektif. Manfaat untuk ibu sendiri yaitu merangsang kontraksi uterus dan menurunkan risiko perdarahan pasca persalinan, merangsang pengeluaran kolostrum dan meningkatkan produksi ASI (Air Susu Ibu). Selanjutnya dilakukan tindakan manajemen aktif kala III meliputi mengeluarkan plasenta (melakukan penegangan dengan dorongan dorso kranial dan meminta ibu meneran sambil menarik tali pusat sejajar lantai kemudian ke atas mengikuti poros jalan lahir, beri dosis ulang oksitoksin 10 UI jika plasenta tidak lepas setelah penegangan tali pusat (PTT) yang dilakukan selama 15 menit dan mengulangi PTT selama 15 menit, rujuk apabila 30 menit plasenta tidak lahir, memberi rangsangan taktil atau masase uterus segera setelah plasenta lahir, menilai perdarahan (memeriksa keutuhan plasenta, evaluasi adanya laserasi jalan lahir).

Penelitian Rahmadhayanti dan Kamtini (2018) menjelaskan pengaruh pemberian rangsangan puting susu terhadap lama kala III pada ibu bersalin, bahwa lamanya kala III yang diberikan rangsangan puting susu berlangsung lebih cepat yaitu rata-rata selama 5,25 menit sedangkan lamanya kala III yang tidak diberikan rangsangan puting susu berlangsung rata-rata 7,5 menit.

Menurut Muara Lubis (2008) didapatkan hasil bahwa terdapat peningkatan kadar hemoglobin dan hematokrit dari bayi yang dilakukan penjepitan tali pusat selama 2 menit dibandingkan dengan bayi yang dilakukan penjepitan tali pusat segera mendapat transfusi darah sebanyak 80 ml dalam 1 menit pertama dan 100 ml pada 3 menit pertama kelahiran. Volume ini akan mensuplai 40-50

mg/kg BB dan akan memberikan ekstra zat besi terhadap 75 mg/kg zat besi yang telah dimiliki bayi aterm, sehingga akan mencapai 115-120 mg/kg serta dapat mencegah defisiensi besi pada satu tahun pertama kehidupan dan juga meningkatkan kadar hemoglobin dan hematokrit dari bayi yang dilakukan penundaan penjepitan tali pusat selama 2 menit. Hasil ini juga didukung oleh penelitian Ultee, dkk (2010) bahwa keuntungan penundaan penjepitan tali pusat di antaranya meningkatkan respon adaptasi kardiopulmo bayi, meningkatkan tekanan darah bayi, meningkatkan aliran sel darah merah dan transport oksigen, dan mencegah terjadinya anemia defisiensi besi. Transfusi plasenta yang berhubungan dengan penundaan pengikatan tali pusat dapat menyediakan zat besi (iron) tambahan bagi penyimpanan cadangan zat besi (iron) pada bayi dan dapat mengurangi insiden anemia defisiensi besi pada bayi baru lahir.

Menurut penelitian Hety (2014) pelaksanaan IMD pada ibu bersalin, Pendidikan seseorang memengaruhi cara pandang terhadap diri dan lingkungannya. Sehingga akan berbeda sikap orang yang berpendidikan tinggi dan yang berpendidikan rendah. Dengan tingginya pendidikan yang ditempuh diharapkan tingkat pengetahuan seseorang bertambah sehingga memudahkan dalam menerima atau mengadopsi perilaku yang positif. IMD memiliki manfaat bagi bayi membantu stabilisasi pernafasan, pengendalian suhu bayi, menjaga kolonisasi kuman yang aman untuk bayi dan mencegah infeksi nosokomial. Bagi ibu IMD dapat mengoptimalkan pengeluaran hormon oksitosin, prolaktin, dan secara psikologis dapat menguatkan ikatan bati antara ibu dan bayi.

4. Asuhan Kebidanan Persalinan Kala IV

Kala IV (pemantauan pasca persalinan) dilakukan setiap 15 menit pada satu jam pertama setelah melahirkan, dan 30 menit pada satu jam berikutnya. Dengan mengisi pemantauan dalam partograf.

a. Subjektif

Pengkajian data subjektif yang didapat pada kala IV persalinan yaitu ibu mengatakan sedikit lemas, lelah, dan tidak nyaman, ibu mengatakan darah yang keluar banyak seperti hari pertama haid, ari-ari sudah lahir dan merasa bahagia dengan kelahiran bayi. Bidan harus melakukan pengkajian secara lengkap dan teliti, terutama mengenai kontraksi yang berkaitan dengan

kemungkinan terjadinya perdarahan, perdarahan dianggap normal apabila tidak melebihi 400 sampai 500.

b. Objektif

Pengkajian data objektif kala IV berisi plasenta sudah lahir, keadaan umum ibu baik, tanda – tanda vital dalam batas normal, memeriksa keadaan kontraksi uterus, uterus terletak di tengah abdomen kurang lebih antara simfisis pubis sampai umbilicus (2-3 jari dibawah pusat), melihat keadaan serviks, vagina, dan perineum untuk melihat luka laserasi selama jam pertama pasca persalinan. Jumlah darah yang keluar saat persalianan normalnya antara 100 – 300 cc.

c. Analisa

Analisa didapatkan berdasarkan data subjektif dan objektif bahwa ibu mengatakan ari-ari sudah lahir, ibu tampak lelah dan lemas sehingga dari data tersebut dapat dirumuskan diagnosa kebidanan yaitu Ny.... Umur ... tahun P.. A... inpartu kala IV.

d. Penatalaksanaan

Asuhan yang diberikan meliputi evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum, melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan, memastikan uterus berkontraksi dengan baik, melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam. Penatalaksanaan kala IV dimulai dari plasenta lahir yaitu memastikan uterus berkontraksi dengan baik, melakukan pengawasan 2 jam post partum (setiap 15 menit pada jam pertama dan 20-30 menit jam kedua), mengajari ibu cara melakukan masase uterus, evaluasi jumlah kehilangan darah, membersihkan semua peralatan, membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah, membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT, memastikan ibu merasa nyaman dan beritahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum, dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%, membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5%, mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan mendokumentasikan tindakan serta melengkapi partograf.

Memberikan pemijatan ringan pada punggung ibu bertujuan untuk mengurangi pengeluaran darah kala IV persalinan. Hasil penelitian Ariani Y, dkk (2015) menunjukkan bahwa dengan pemijatan ringan pada punggung

dapat mengurangi pengeluaran darah pada kala IV persalinan normal hal ini didukung dengan adanya peningkatan oksitosin dan hormon kortisol yang akan menjadikan ibu merasa relaks dan kelelahan setelah melahirkan akan hilang. Hormon oksitosin penghubung saraf antar otak dan sistem perifer yang apabila hormon oksitosin menuju hipofisis posterior dan berhenti ke payudara serta uterus maka terjadi kontraksi otot-otot ligamen dan menimbulkan pengurangan perdarahan kala IV.

Bab 9

Pengisian dan Implementasi dari Hasil Partograf

9.1 Pendahuluan

Untuk menjamin kelangsungan hidup ibu dan bayi, bidan harus menerapkan Asuhan Persalinan Normal (APN) sebagai dasar dalam melakukan pertolongan persalinan. Sebagai usaha mencegah terjadinya partus lama, APN mengandalkan penggunaan partograf sebagai salah satu praktik pencegahan dan deteksi dini. Partograf merupakan lembar berupa grafik yang digunakan untuk melakukan pemantauan persalinan (Depkes, 2004). Menurut WHO (1994) pengenalan partograf sebagai protokol dalam manajemen persalinan terbukti dapat mengurangi persalinan lama dari 6,4% menjadi 3,4%. Kegawatan bedah sesaria turun dari 9,9% menjadi 8,3%, lahir mati intrapartum – dari 0,5% menjadi (0,3%), kejadian bedah sesaria turun dari 6,2% menjadi 4,5%. WHO sangat merekomendasikan penggunaan partograf dalam ruang bersalin.

Menurut Mochtar (2010), dengan menggunakan partograf jika diperlukan dapat dengan tepat merujuk pasien ke tempat pelayanan dengan fasilitas yang lebih lengkap. Sementara menurut Sumapraja (1999) partograf adalah catatan grafik mengenai kemajuan persalinan untuk memantau keadaan ibu dan janin,

untuk menentukan adanya persalinan abnormal yang menjadi petunjuk untuk tindakan bedah kebidanan dan menemukan Disproporsi Kepala Panggul (DKP) jauh sebelum persalinan menjadi macet.

Penelitian partograf WHO dilakukan multisentral di Indonesia (4 rumah sakit), Thailand (2 rumah sakit), dan Malaysia (2 rumah sakit) selama 15 bulan (Januari 1990 - Maret 1991), menghasilkan modul/ form partograf yang sekarang banyak di pakai di mana-mana. Penelitian ini bermaksud mengevaluasi penggunaan partograf dalam manajemen dan hasil persalinan, bahwa dengan menggunakan partograf dapat mengurangi agumentasi dengan oksitosin hingga 54 %, mengurangi lama proses persalinan yaitu persalinan yang lebih dari 18 jam serta mengurangi postpartum sepsis hingga 59%.

Tenaga kesehatan khususnya bidan diharapkan mampu menerapkan partograf dengan tujuan angka kematian maternal dan perinatal dapat diturunkan secara bermakna sehingga mampu menunjang sistem kesehatan menuju tingkat kesejahteraan masyarakat. Namun pada kenyataannya, kepatuhan petugas tenaga kesehatan maupun penolong persalinan dalam penggunaan partograf masih kurang. Survey menyatakan bahwa kualitas pelayanan persalinan masih rendah khususnya dalam pemanfaatan partograf dalam persalinan, berdasarkan Kajian Kualitas Kesehatan Ibu dan Bayi yang dilakukan oleh kementerian kesehatan, WHO pada tahun 2012 fasilitas pelayanan kesehatan yang menggunakan partograf dalam pertolongan persalinan masih rendah, yaitu 25 % rumah sakit, 45 % di Puskesmas dan 54% di klinik bersalin. Dengan rendahnya penggunaan partograf pada bidan dan pentingnya efektifitas waktu pencatatan partograf maka, aplikasi partograf ini menjadi solusi dalam pencatatan partograf (Depkes, 2008).

Saat ini telah dibentuk suatu platform partograf digital, yaitu aplikasi berbasis sistem operasi android yang digunakan sebagai alat pemantau kemajuan persalinan yang mengacu kepada partograf WHO (World Health Organization) Wahyuni, 2018). Namun pada bab ini akan dijelaskan secara rinci cara pengisian dan implementasi partograph dalam praktek sehari-hari.

9.2 Tujuan

Melalui proses pembelajaran materi pada bab ini, petugas kesehatan diharapkan mampu untuk:

- Menilai penurunan bagian terbawah janin melalui pemeriksaan perlimaan suprasimfisis.
- Mencatatkan dan memantau kemajuan dilatasi serviks.
- Menilai dan memantau perkembangan kontraksi uterus selama fase aktif kala I persalinan.
- Menilai dan memantau kondisi ibu selama fase aktif kala I persalinan
- Menilai dan memantau kondisi janin selama fase aktif kala I persalinan
- Menilai asupan dan luaran ibu selama fase aktif kala I persalinan

Partograf merupakan alat yang efektif untuk mengetahui kemajuan persalianan dan mengidentifikasi kapan intervensi diperlukan. Mempengaruhi keputusan klinis dan berhubungan dengan luaran persaliann yang lebih baik. Mengurangi kejadian persalianan lama, ruptur uteri, persalinan macet yang memerlukan augmentasi oksitosin, mengurangi angka operasi sesar, angka kejadianstillbirth dan perdarahan postpartum. Merupakan alat yang dapat digunakan sebagai komunikasi saat melakukan rujukan.

Partograf harus digunakan pada semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan. Selama persalinan dan kelahiran bayi di semua tempat (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dll). Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya (spesialis obstetri, bidan, dokter umum, residen dan mahasiswa kedokteran).

9.3 Implementasi Partograf

Komponen partograph pada dasarnya dibagi 3 bagian utama, yaitu:

- Komponen menilai kondisi janin
- Komponen untuk menilai kemajuan persalinan

- Komponen untuk menilai kondisi Ibu.

Partograf WHO sudah dimodifikasi agar lebih sederhana dan lebih mudah digunakan. Fase laten dihilangkan dan pengisian partograph dimulai pada fase aktif Ketika pembukaan serviks sudah mencapai 4 cm. Sebuah contoh partograph disertakan disini (Gambar 9.1). Partograf tersebut diperbesar ukuran seharusnya sebelum digunakan dan mencatat hal-hal berikut di dalam partograph, meliputi data:

- a. Informasi Pasien, bidan mengisi nama pasien, gravida, para, nomor registrasi dirumah sakit, tanggal dan jam masuk serta jam berapa ketuban pecah.
 - Nomor Registrasi merupakan nomor pasien dimana ibu dirawat. Masing-masing tempat pelayanan Kesehatan mempunyai nomor registrasi yang berbeda-beda. Hal ini digunakan untuk memudahkan petugas kesehatan dalam memasukkan data ke dalam rekam medik serta memudahkan pencarian kartu atau status pasien saat kunjungan ulang.
 - Nama ibu. Nama digunakan untuk mengidentifikasi atau membedakan antara pasien satu dengan lainnya supaya tidak terjadi kekeliruan.
 - Usia pasien. Menentukan apakah ibu termasuk dalam risiko tinggi atau tidak. Usia di bawah 16 tahun atau lebih dari 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 16 tahun meningkatkan insiden pre eklampsia. Usia di atas 35 tahun meningkatkan risiko hipertensi kronik (pre eklampsia dan eklampsia), diabetes gestasional kehamilan ektopik, persalinan yang lama pada nullipara, seksio sesaria, kelahiran premature, IUGR (intrauterine growth restriction), abnormalitas kromosomal, dan kematian janin
- b. Status Graviditas/ Paritas. Diperlukan penjelasan tentang jumlah gravida dan para pada ibu untuk mengidentifikasi masalah potensial pada kelahiran kali ini dan pascaapartum. Paritas akan mempengaruhi lama persalinan serta kemungkinan komplikasi. Pada multipara lama persalinan lebih pendek dibanding primi para. Pada

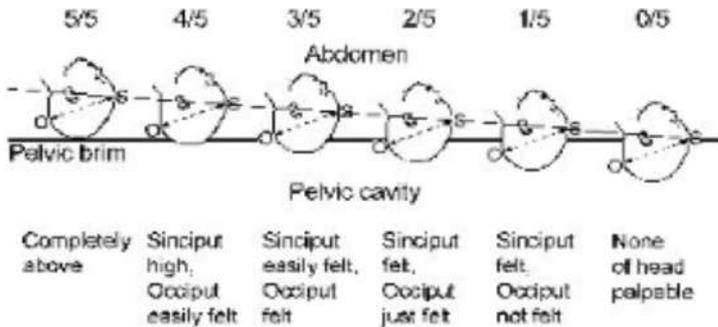
- multipara ukuran fundus uteri lebih besar dengan kontraksi lebih kuat dan dasar panggul yang lebih relaks sehingga bayi lebih mudah melalui jalan lahir, dengan demikian mengurangi lama persalinan.
- c. Denyut Jantung Janin, mencatat setiap setengah jam.
- d. Cairan Ketuban, mencatat warna air ketuban setiap kali pemeriksaan dalam, sesuai dengan hasil pemeriksaan dalam, diberi simbol:
- U untuk selaput ketuban utuh
 - J untuk selaput ketuban pecah, cairan ketuban jernih
 - M untuk cairan ketuban yang bercampur meconium
 - D untuk cairan ketuban yang bercampur darah
 - K untuk cairan pada pemeriksaan cairan kering.
- e. Molase atau penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri terhadap bagian keras (tulang) panggul ibu. Semakin besar derajat penyusupan atau tumpang tindih antar tulang kepala semakin menunjukkan risiko disproporsi kepala-panggul (CPD). Ketidakmampuan untuk berakomodasi atau disproporsi ditunjukkan melalui derajat penyusupan atau tumpang tindih (moulase) yang berat sehingga tulang kepala yang saling menyusup sulit untuk dipisahkan. Apabila ada dugaan disproporsi kepala-panggul maka penting untuk memantau kondisi janin serta kemajuan persalinan. Lakukan tindakan pertolongan awal yang sesuai dan rujuk ibu dengan dugaan proporsi kepala-panggul (CPD) ke fasilitas kesehatan rujukan menilai penyusupan sutura sagitalis pada saat pemeriksaan dalam, diberi lambang.
- Lambang 0 bila sutura sagitalis terpisah dan dapat di palpasi.
 - Lambang 1 bila sutura sagitalis beradu
 - Lambang 2 bila sutura sagitalis tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan dengan jari telunjuk.
 - Lambang 3 bila sutura sagitalis tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan dengan jari telunjuk.

- f. Pembukaan Serviks dinilai pada saat melakukan pemeriksaan dalam dan diberi tanda (X). Syarat memulai pengisian partograph pada saat pembukaan serviks (dilatasi serviks) diatas 4 cm.

Garis Waspada berarti garis dimulai pada saat pembukaan serviks 4 cm hingga titik pembukaan lengkap yang diperkirakan dengan laju 1 cm per jam.

Garis Bertindak berarti Paralel dan 4 jam sebelah kanan garis waspada

- g. Penurunan dinilai melalui palpasi abdomen, dinilai mengacu pada bagian kepala (dibagi menjadi 5 bagian) yang dapat dipalpasi diatas simfisis pubis; dicatat dengan lambang lingkaran (O) setiap melakukan pemeriksaan dalam. Nilai 0/5, sinsiput (S) berada pada tingkat simfisis pubis.



Gambar 9.1: Penurunan kepala (Rury, 2019)

- h. Waktu, menyatakan berapa lama penanganan sejak pasien diterima pertama kali oleh petugas kesehatan. Mencatat jam sesungguhnya sesuai waktu pemeriksaan evaluasi pemeriksaan dalam dan fisik sebagai evaluasi kemajuan persalinan.
- i. Kontraksi, melakukan pemeriksaan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya. Lama kontraksi dibagi dalam hitungan detik: < 20 detik, 20-40 detik, dan > 40 detik.
- j. Oksitosin, mencatat jumlah oksitosin pervolum cairan infus serta jumlah tetes permenit.

- k. Obat-obatan lain yang diberikan dan cairan IV Mencatat semua pemberian obat-obatan tambahan dan atau cairan IV dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya.
- l. Nadi, mengukur nadi ibu memberi tanda dengan titik besar Nilai dan catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan atau lebih sering jika dicurigai adanya penyulit. Tulis dengan menggunakan tanda titik (•) pada kolom waktu yang sama. Indikasi untuk melakukan tindakan dan atau rujukan segera selama kala satu apabila menemui kasus tanda dan gejala syok, yang ditandai:
 - Nadi cepat lemah (lebih dari 110x/ menit)
 - Tekanan darah menurun (sistolik kurang dari 90 mmHg).
 - Pucat
 - Berkeringat atau kulit lembab, dingin.
 - Napas cepat, bingung atau tidak sadar.
 - Produksi urin sedikit (kurang dari 30 ml/jam).
- m. Tekanan darah, melakukan pemeriksaan tekanan darah ibu. Memberi tanda panah ke atas untuk nilai sistolik dan tanda panah ke bawah untuk nilai diastolik.
- n. Suhu tubuh, mengukur suhu tubuh ibu.
- o. Pemeriksaan Urin meliputi protein, aseton, volume urin.

Mencatat setiap ibu berkemih.

Jika pada kemajuan persalinan ada temuan yang melintas kearah kanan dari garis waspada, petugas kesehatan harus segera melakukan Tindakan atau mempersiapkan rujukan yang tepat. Bila perlu dirujuk, siapkan dan sertakan dokumentasi tertulis semua asuhan/ perawatan yang telah diberikan dan semua hasil penilaian (termasuk partograf) untuk dibawa ke fasilitas rujukan. Petugas harus membawa peralatan dan obat-obatan yang diperlukan. Jika ibu datang tetapi tidak siap atau kurang memahami bahwa kondisinya memerlukan upaya rujukan maka lakukan konseling terhadap ibu dan keluarganya tentang perlunya memiliki rencana rujukan (Depkes, 2008).

PARTOGRAF

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

Denyut Jantung Janin (/menit)

200	
190	
180	
170	
160	
150	
140	
130	
120	
110	
100	
90	
80	

Air ketuban Penyusupan

10	
9	
8	
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	
0	

WASPADA **BERTINDAK**

Perubahan serviks (cm) bei tanda x
 Turunnya kepala bei tanda o

Sentimeter (Cm)

10	
9	
8	
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	
0	

Waktu (jam)

5	
4	
3	
2	
1	
0	

Kontraksi tiap 0 Menit

5	
4	
3	
2	
1	
0	

Oksitosin U/L tetes/menit

5	
4	
3	
2	
1	
0	

Obat dan Cairan IV

• Nadi

180	
170	
160	
150	
140	
130	
120	
110	
100	
90	
80	
70	
60	

Tekanan darah

Suhu °C

180	
170	
160	
150	
140	
130	
120	
110	
100	
90	
80	
70	
60	

Urin — Protein _____
 — Aseton _____
 — Volume _____

http://www.nipponjournal.com

Gambar 9.2: Parograf lembar bagian depan (WHO, 2002)

Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran bayi, serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak kala I hingga kala IV dan bayi baru lahir.

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :
2. Nama bidan :
3. Tempat Persalinan :
 Rumah Ibu Puskesmas
 Polindes Rumah Sakit
 Klinik Swasta Lainnya :
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan : rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat rujukan :
8. Pendamping pada saat merujuk :
 Bidan Teman
 Suami Dukan
 Keluarga Tidak ada

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Y / T
10. Masalah lain, sebutkan :
11. Penatalaksanaan masalah Tab :
12. Hasilnya :

KALA II

13. Episiotomi :
 Ya, indikasi
 Tidak
14. Pendamping pada saat persalinan
 Suami Teman Tidak ada
 Keluarga Dukan
15. Gawat Janin :
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
16. Distosia bahu :
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
17. Masalah lain, sebutkan :
18. Penatalaksanaan masalah tersebut :
19. Hasilnya :

KALA III

20. Lama kala III menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 Tidak, alasan
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 Ya, alasan
23. Penguangan tali pusat terkendali ?
 Ya,
24. Tidak, alasan

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

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

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

24. Masase fundus uteri ?
 Ya,
25. Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (intact) Ya / Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 a.
 b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 Ya, tindakan :
 a.
 b.
 c.
27. Laserasi :
 Ya, dimana
28. Tidak
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
 Tindakan :
 Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 Tidak dijahit, alasan
29. Atoni uteri :
 Ya, tindakan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
30. Jumlah perdarahan : ml
31. Masalah lain, sebutkan
32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badan gram
35. Panjang cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
38. Bayi lahir :
 Normal, tindakan :
 mengeringkan
 menghangatkan
 rangsang taktil
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 Asfiksia ringan/pucat/biru/lemas, tindakan :
 mengeringkan bebaskan jalan napas
 rangsang taktil menghangatkan
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 lain - lain sebutkan
39. Cacat bawaan, sebutkan :
 Hipotermi, tindakan :
 a.
 b.
 c.
39. Pemberian ASI
 Ya, waktu : jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan
40. Masalah lain,sebutkan :
- Hasilnya :

Gambar 9.3: Parograf lembar bagian belakang (WHO, 2002)

Adapun ilustrasi kasus cara mengisi partograph.

Ny.M., 23 tahun, G1P0A0 hamil 38 minggu, datang ke puskesmas pada tanggal 20 Maret 2020 pukul 13.00. dengan keluhan mulas-mulas dan mau melahirkan yang dirasakan sejak pukul 05.00, kontraksi teratur, gerakan janin aktif, belum keluar air-air, lendir darah (-). Pada pemeriksaan status fisik, tekanan darah 120/80, nadi 90x/menit, nafas 24x/menit, suhu 36,8. Tidak ada edema pada tungkai. Pada pemeriksaan status obstetric didapatkan TFU 34 cm, punggung kiri, janin tunggal presentasi kepala 4/5, Denyut jantung janin 148x/menit, His 2x/10/25". Pada pemeriksaan dalam didapatkan porsio lunak, arah anterior, pembukaan 3 cm, tidak ada molase, ketuban utuh. Pemeriksaan laboratorium Hb 11,2 gr/dl, urinalisis proteinurea (-) dan aseton (-). Jumlah urine 200 cc. Observasi denyut jantung janin kontraski dan denyut jantung ibu dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 9.1: Ilustrasi evaluasi pemeriksaan DJJ, his dan Nadi ibu

Waktu	Denyut Jantung Janin	His	Denyut Jantung Ibu	Penjelasan
13.30	146 dpm	2x/10/25	88 x/m	
14.00	150 dpm	3x/10/35	86 x/m	
14.30	150 dpm	3x/10/35	87 x/m	
15.00	148 dpm	3x/10/35	88 x/m	
15.30	146 dpm	4x/10/30	88 x/m	Ditemukan Ketuban sudah pecah TD 120/80 mmHg. Pemeriksaan luar penurunan kepala 3/5 Vt: porsio lunak, anterior, pembukaan 6 cm, ketuban (-) warna jernih, kepala HII-III, molase (-) diuresis 100 cc, proteinurea (-).
16.00	150 dpm	4x/10/30	86 x/m	
16.30	155 dpm	4x/10/45	90 x/m	
17.00	148 dpm	4x/10/45	90 x/m	Temperatur 36.8urin150cc

Bab 10

Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir Normal 1 Jam

10.1 Pendahuluan

85% - 90 % proses persalinan merupakan hal yang normal, namun gangguan yang terjadi dalam masa kehamilan dan dalam proses persalinan akan memengaruhi kesehatan bayi yang dilahirkan. Penatalaksanaan suatu persalinan dikatakan berhasil apabila ibu dan bayi yang dilahirkan berada dalam kondisi yang optimal karena peristiwa kelahiran merupakan waktu dinamik yang berpusat pada kebutuhan segera bayi baru lahir, di mana bagian esensial yang dapat diberikan adalah pertolongan dengan segera, aman dan bersih. Oleh karena itu, salah satu yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan adalah pertanggung jawaban terhadap perawatan segera dan kewaspadaan akan kebutuhan emosional. Pada 24 jam pertama kehidupan risiko terbesar kematian Bayi Baru Lahir (BBL) mungkin dialami, sehingga asuhan BBL yang diberikan pada satu jam pertama sangat dibutuhkan untuk mencegah hal yang tidak diinginkan, misalnya: kelainan dan komplikasi. Asuhan yang dimaksud berupa: penilaian segera setelah kelahiran bayi, pencegahan infeksi, perlindungan termal, perawat tali pusat, inisiasi menyusui dini, pencegahan perdarahan, pencegahan infeksi mata, pemberian imunisasi Hepatitis B, pemberian ASI selanjutnya, pemeriksaan BBL dan metode kangguru.

10.2 Manajemen Asuhan Bayi Baru Lahir

10.2.1 Penilaian

Letakkan bayi diatas kain bersih dan kering yang sudah disiapkan pada perut ibu bagian atas segera setelah lahir. Jika tali pusat bayi pendek letakkan di antara kedua kaki ibu dengan memastikan bahwa keadaan tempat tersebut bersih dan kering, lakukan tiga hal penilaian awal :

1. Apakah bayi bernafas atau menangis (dalam keadaan kuat atau kesulitan ?)
2. Apakah bayi bergerak dengan aktif ?
3. Apakah berwarna kemerahan atau sianosis

“Lakukan tindakan resusitasi pada bayi baru lahir, jika bayi mengalami kesulitan bernafas”



Gambar 10.1: Bagan Alur Manajemen Baru Lahir



Gambar 10.2: Bagan Alur Manajemen Baru Lahir Normal (Kemenkes RI, 2010)

10.2.2 Pencegahan Infeksi

- 1) Sebelum dan setelah bersentuhan dengan bayi cuci tangan dengan seksama
- 2) Pada saat menangani bayi yang belum dimandikan gunakan sarung tangan bersih
- 3) Klem, gunting, penghisap lendir DeLee dan benang tali pastikan telah di desinfeksi tingkat tinggi atau steril
- 4) Keadaan bersih harus dipastikan untuk semua pakaian, handuk, selimut dan kain yang digunakan bayi termasuk timbangan, pita

pengukur, thermometer ataupun stetoskop (JNPK-KR/POGI, APN, (2007)).

10.2.3 Termoregulasi atau Perlindungan Termal

1) Proses Kehilangan Panas

a. Konduksi

Benda padat yang kontak dengan kulit bayi dapat menyebabkan proses kehilangan panas. Hal ini jarang terjadi, kecuali pada kondisi bayi yang diletakkan pada alas yang dingin.

b. Konveksi

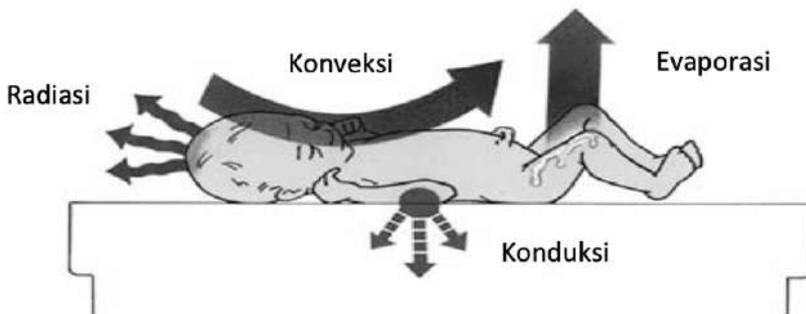
Aliran udara disekitar bayi dapat menyebabkan kehilangan panas, oleh sebab itu suhu udara ruangan bersalin minimal 20°C dan tidak berangin.

c. Evaporasi

Penguapan air pada kulit bayi yang basah dapat menyebabkan kehilangan panas, oleh sebab itu proses pengeringan yang segera perlu dilakukan .

d. Radiasi

Benda padat yang tidak berkontak secara langsung dan berada di dekat kulit bayi juga dapat menyebabkan kehilangan panas. Suhu bayi pada saat lahir lebih tinggi dari suhu ibu ($0,5 - 1^{\circ}\text{C}$) dan dapat mengalami penurunan hingga $35 - 35,5^{\circ}\text{C}$ dalam kurun waktu 15 – 30 menit.



Gambar 10.3: Mekanisme Kehilangan Panas Pada Bayi

- 2) Upaya Pencegahan Kehilangan Panas
 - a. Keringkan bayi dengan seksama dengan cara menyeka tubuh bayi serta melaksanakan rangsangan taktil sebagai salah satu upaya membantu bayi dalam memulai pernapasannya.
 - b. Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih yang hangat, jangan lupa mengganti handuk atau kain yang telah basah oleh cairan ketuban dengan kain yang baru.
 - c. Selimuti bagian kepala bayi karena kepala merupakan permukaan yang relative luas dan sumber kehilangan panas jika tidak tertutup.
 - d. Anjurkan ibu memeluk dan menyusui bayi, karena pelukan ibu pada tubuh bayi dapat menjaga kehangatan tubuh bayi.

Pemberian ASI harus dimulai dalam waktu satu (1) jam pertama kelahiran, tunda proses penimbangan dan mandi sedikitnya enam jam setelah lahir (Jamil Siti Nurhasiah, 2017).

10.2.4 Perawatan Tali Pusat

- 1) Pemotongan dan Pengikatan Tali Pusat
 - a) Laksanakan pengkleman, pemotongan dan pengikatan tali pusat setelah dua menit bayi lahir dengan prosesenyuntikan oksitosin yang dilakukan sebelum pemotongan tali pusat.
 - b) Penjepitan pertama 3 cm dari dinding perut atau pangkal pusat bayi menggunakan klem logam Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT), tekan tali pusat dengan dua jari dan dorong isi tali pusat ke arah ibu supaya darah tidak terpancar. Untuk penjepitan ke dua dilakukan ke arah ibu dengan jarak 2 cm dari tempat jepitan pertama.
 - c) Pegang tali pusat di antara kedua klem dengan satu tangan yang dijadikan landasan sebagai cara untuk melindungi bayi dan tangan yang lain memotong tali pusat di antara kedua klem menggunakan gunting DTT atau yang steril.
 - d) Tali pusat diikat dengan benang DTT pada satu sisi kemudian benang tersebut dilingkarkan kembali, ikat dengan simpul kunci untuk sisi lainnya.

- e) Klem logam penjepit tali pusat dilepaskan dan dimasukkan ke dalam larutan klorin 0,5%.
 - f) Bayi ditengkurapkan diatas dada ibu untuk pelaksanaan upaya Inisiasi Menyusu Dini.
- 2) Yang Harus Diingat Dalam Perawatan Tali Pusat
- a) Sebelum dan sesudah melakukan perawatan tali pusat cucilah tangan.
 - b) Puntung tali pusat tidak dibungkus atau dioles cairan atau bahan apapun, jelaskan kepada ibu dan keluarga.
 - c) Apabila terdapat tanda infeksi pengolesan alkohol atau povidon yodium masih diperkenankan, namun tidak di kompreskan karena akan menyebabkan tali pusat basah atau lembab.
 - d) Sebelum meninggalkan bayi beri nasihat pada ibu dan keluarga :
 - 1) Lipatan popok berada di bawah puntung tali pusat.
 - 2) Sampai sisa tali pusat mengering dan terlepas sendiri luka tali pusat harus dijaga untuk tetap kering dan tidak bersih
 - 3) Bersihkan dengan hati-hati menggunakan air DTT dan sabun, segera keringkan menggunakan kain bersih jika puntung tali pusat kotor.
 - 4) Kemerahan pada kulit sekitar tali pusat, tampak nanah atau berbau merupakan tanda infeksi pada tali pusat. Jika ditemui tanda tersebut diatas, nasihati ibu untuk membawa bayinya ke fasilitas kesehatan (Rivanica R, 2017).

10.2.5 Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Merupakan proses bayi mulai menyusu sendiri segera setelah lahir dan membiarkan kontak antara kulit bayi dan kulit ibu setidaknya setelah satu jam. Dalam proses ini bayi mencari payudara dengan cara merangkak dengan sendirinya (the berst crawl). Sedinini mungkin proses IMD harus dimulai. Minta suami dan keluarga untuk memberi dukungan dan siap untuk membantu selama proses. Perlu diingat bayi baru lahir yang dipisahkan dari ibunya akan mengalami proses peningkatan hormon stress sekitar 50% dan akan menjadi faktor pemicu turunnya sistem kekebalan tubuh.

- 1) Hal yang perlu diperhatikan
 - a) Jika bayi tidak memerlukan proses resusitasi setelah lahir, letakkan diatas perut ibu, jika sectio letakkan diatas dada, keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali kedua tangan. Bau yang sama antara cairan amnion yang melekat pada tangan bayi dan puting susu akan membawa bayi mencari puting. Jadi, agar bau tersebut tetap ada, jangan bersihkan dada ibu. Perlu diingat, proses pengeringan tubuh bayi tidak perlu sampai menghilangkan verniks yang berfungsi sebagai penahan panas.
 - b) Setelah tali pusat dipotong dan diikat, tengkurapkan bayi diatas perut ibu dengan kepala bayi menghadap ke arah kepala ibunya.
 - c) Jika suhu ruangan bersalin dingin, beri bayi selimut dan pakaikan topi.
 - d) Bayi yang tidak mengalami sedasi mengikuti suatu pola perilaku prefeeding yang dapat diprediksi. Jika dibiarkan tengkurap diatas perut ibu untuk beberapa waktu, bayi akan diam namun tetap waspada melihat sekitarnya (pengamatan Windstrom, Righard dan Alade).
 - e) Bayi akan mulai bergerak dengan menendang, menggerakkan kaki, bahu dan lengannya setelah 12-44 menit. Uterus akan terbantu berkontraksi melalui stimulasi ini. Meski kemampuan bayi untuk melihat terbatas, bayi akan dapat melihat areola mammae yang berwarna lebih gelap serta bergerak ke arah sana. Stimulasi yang menyerupai proses pemijatan pada payudara ibu juga dilaksanakan bayi dengan cara membenturkan kepala ke dada ibu.
 - f) Bayi kemudian mencapai puting dengan mengandalkan indera penciuman dan dipandu oleh bau pada kedua tangannya. Bayi akan mengangkat kepala, mulai mengulum puting, dan mulai menyusu. Hal tersebut dapat tercapai antara 27 - 71 menit.
 - g) Proses menyusu untuk pertama kalinya berlangsung sebentar (sekitar 15 menit) pada saat bayi siap untuk menyusu, bayi akan

mengkoordinasikan gerakan menghisap, menelan dan bernapas. Dalam 2-2,5 jam berikutnya, keinginan bayi untuk menyusu tidak akan ada.

- h) Tindakan asuhan lainnya baru akan di laksanakan setelah usai tindakan inisiasi menyusu dini ini, misal : proses penimbangan, pemeriksaan antropometri, penyuntikkan vitamin K1 dan pengoleskan salep pada mata.
 - i) Paling kurang 6 jam setelah bayi lahir atau pada hari berikutnya dilaksanakan proses memandikan pada bayi.
 - j) Rawat gabung (rooming in) dilaksanakan agar bayi tetap berada dalam jangkauan ibu supaya dapat disusukan sesuai keinginan.
- 2) Manfaat Inisiasi Menyusu Dini Bagi Bayi
- a) Membantu stabilisasi pernapasan.
 - b) Dibanding inkubator dapat mengendalikn suhu tubuh agar lebih baik.
 - c) Mencegah infeksi nosokomial dan dapat menjaga kolonisasi kuman yang aman untuk bayi
 - d) Insiden ikterus bayi baru lahir dapat menurun karena pengeluaran mekonium lebih cepat sehingga kadar bilirubin bayi juga lebih cepat normal.
 - e) Menjadikan bayi lebih tenang karena kontak kulit ke kulit yang dilaksanakan, sehingga pola tidur menjadi lebih baik (Prawirohardjo, 2013).

10.2.6 Pencegahan Perdarahan

Setelah proses IMD dan bayi selesai menyusu, semua bayi baru lahir diberi vitamin K1 (phytomenandione) injeksi 1 mg intra muskuler untuk mencegah perdarahan akibat defisiensi vitamin K1 yang mungkin dialami sebagian BBL

Cara penyuntikkannya dalah :

- 1) Gunakan spuit 1 ml sekali pakai yang steril (semprit tuberculin), jika menggunakan sediaan 10 mg/mL masukkan vit. K1 ke dalam semprit sebanyak 0,15 ml.

- 2) Suntik secara intramuskular dipaha kiri bagian anteorolateral (sepertiga tengah), sebanyak 0,1 ml (1 mg dosis tunggal). Jika menggunakan sediaan 2 mg/mL, masukkan vit. K1 ke dalam semprit sebanyak 0,75 ml dan suntikkan sebanyak 0,5 ml (1 mg dosis tunggal) (Purwoastuti E, 2015).

10.2.7 Tindakan Pencegahan Infeksi

Untuk pencegahan infeksi mata berikan salep atau tetes mata yang mengandung Tetrasiklin 1% atau antibiotika lain sebagai pencegahan penyakit mata karena klamidia (penyakit menular seksual) setelah proses IMD dan bayi selesai menyusui. Pencegahan infeksi mata ini akan kurang efektif jika diberikan >1 jam setelah kelahiran.

Prosedur pemberian salep atau tetes mata antibiotik :

- 1) Cuci tangan dengan menggunakan sabun dan air bersih yang mengalir, kemudian keringkan.
- 2) Berikan penjelasan kepada keluarga tindakan yang akan diberikan dan tujuan pemberian obat.
- 3) Salep mata diberikan dalam satu garis lurus mulai dari bagian mata yang paling dekat dengan hidung menuju kebagian luar mata bayi.
- 4) Ujung tabung salep mata atau pipet tetes jangan menyentuh mata bayi.
- 5) Minta keluarga untuk tidak menghapus salep atau tetes mata (Prawiharhardjo S, 2015).

10.2.8 Pemberian Imunisasi Hepatitis B

Imunisasi hepatitis B pertama kali diberikan 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1, pada saat bayi berumur 2 jam. Manfaat pemberian imunisasi ini adalah untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi, terutama penularan ibu ke bayi. Bagi bayi yang lahir difasilitas kesehatan, anjuran pemberian vaksin BCG pencegah tuberculosis atau TBC dan vaksin OVP (polio tetes) dilakukan sebelum bayi pulang. Jangan lupa melakukan pencatatan dan anjurkan ibu untuk selalu membawa bayi untuk jadwal imunisasi berikutnya (Purwoastuti, 2016).

10.2.9 Pemberian ASI Lanjutan

Proses pengeluaran hormon prolaktin akan berfungsi melalui rangsangan hisapan bayi pada puting ibu yang akan diteruskan oleh serabut saraf ke hipofise anterior. Semakin sering bayi menghisap dan perlekatan saat menyusui akan semakin banyak hormon prolaktin dan ASI (Sondakh, 2016).

10.2.10 Pemeriksaan Fisik

Pada saat berada dikamar bersalin pemeriksaan pertama pada bayi baru lahir harus dilakukan. Pemeriksaan dilakukan dalam keadaan telanjang di bawah lampu yang terang dengan tangan dan alat yang bersih dan hangat. Di samping hal ini, riwayat keluarga, kehamilan sekarang, sebelumnya dan persalinan perlu diketahui sebagai landasan data yang didapat dari pemeriksaan fisik yang dilakukan (Tando, 2016).

10.2.11 Metode Kangguru

Perawatan Metode Kangguru (PMK) atau Kangaroo Mother Care (KMC) merupakan perawatan bayi berat badan lahir rendah atau premature, di mana ibu menggunakan suhu tubuhnya untuk menghangatkan bayi melalui kontak secara langsung kulit atau *skin to skin contact*. Pemberian ASI juga terbukti meningkat dengan metode perawatan ini dan terbukti mempermudah lama dan pemberian (Indrayani, 2016).

Bab 11

Pertolongan Persalinan Normal

11.1 Pendahuluan

Peran bidan sangat penting khususnya dalam menurunkan AKI dan AKB dalam proses melahirkan yang hingga saat ini masih tinggi. Bidan diharapkan mampu mendukung usaha peningkatan derajat kesehatan masyarakat, yakni melalui peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, terutama dalam perannya mendukung pemeliharaan kesehatan kaum ibu saat mengandung hingga membantu proses kelahiran (Hidayat and Sujiyatini, 2017). Kelahiran merupakan suatu keajaiban dari Tuhan yang dapat terjadi setiap waktu. Pemilihan fasilitas dan tenaga profesional dilakukan oleh ibu dan keluarga dengan harapan ibu dan anak dapat lahir normal dan sehat. Pelayanan di fasilitas kesehatan, sering sekali petugas melakukan intervensi terhadap berbagai kasus termasuk kasus dalam kondisi normal. Berdasarkan Evidence Based, intervensi yg tidak perlu ternyata membahayakan ibu dan bayinya. Untuk ini Bidan sebagai provider diharapkan dapat kembali kepada konsep fisiologis persalinan normal (Lewis, 2015).

Konsep persalinan normal dapat mengurangi rujukan karena dimulai sesuai waktunya, tanpa ada pemberian obat tertentu. Selama proses persalinan berlangsung, ibu difasilitasi melahirkan dengan posisi sesuai dengan keinginannya dan mendapat dukungan yang terus menerus (Macdonald, 2011).

11.2 Pertolongan Persalinan Normal

11.2.1 Konsep Persalinan Normal

1. Pengertian Persalinan Normal

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Hidayat and Sujiyatini, 2017). Persalinan normal adalah serangkaian proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar (Kuswanti and Melina, 2017). Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan (37-42 minggu) dan dapat hidup di luar uterus melalui vagina secara spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Yulizawati et al., 2019).

2. Sebab-Sebab Persalinan

Banyak faktor yang memegang peranan penting sebab-sebab mulainya persalinan, di antaranya yaitu:

a. Teori penurunan hormon

Satu sampai dua minggu sebelum persalinan terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Villi korionales mengalami perubahan-perubahan, sehingga kadar estrogen dan progesterone menurun. Progesteron mengakibatkan relaksasi otot-otot rahim, sedangkan estrogen meningkatkan kerentanan otot-otot rahim. Selama kehamilan terjadi penurunan kadar estrogen dan progesteron, tetapi akhir kehamilan terjadi penurunan kadar progesteron sehingga timbul his (Kuswanti and Melina, 2017).

b. Teori distensi rahim

Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus sehingga menimbulkan kontraksi. Hal ini merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenter sehingga plasenta mengalami degenerasi. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang sampai

batas tertentu. Apabila batas tersebut sudah terlewati, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai (Yulizawati et al., 2019).

c. Teori iritasi mekanik

Di belakang serviks terletak ganglion servikalis, bila ganglion ini ditekan oleh kepala janin maka akan timbul kontraksi uterus (Yulizawati et al., 2019).

d. Teori plasenta menjadi tua

Akibat plasenta menjadi tua menyebabkan turunnya kadar progesteron yang mengakibatkan ketegangan pada pembuluh darah, hal ini menimbulkan kontraksi rahim (Kuswanti and Melina, 2017).

e. Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua menjadi sebab permulaan persalinan karena menyebabkan kontraksi pada miometrium pada setiap umur kehamilan (Kuswanti and Melina, 2017). Diperkirakan terjadinya penurunan progesteron dapat memicu interleukin-1 untuk dapat melakukan “hidrolisis gliserofosfolipid”, sehingga terjadi pelepasan dari asam arakidonat menjadi prostaglandin, PGE2 dan PGF2 alfa. Terbukti pula bahwa saat mulainya persalinan, terdapat penimbunan dalam jumlah besar asam arakidonat dan prostaglandin dalam cairan amnion. Di samping itu, terjadi pembentukan prostasiklin dalam miometrium, desidua, dan korion leave (Yulizawati et al., 2019).

3. Tujuan Persalinan Normal

Tujuan persalinan normal adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui upaya yang terintegrasi dan lengkap, tetapi dengan intervensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan (optimal). Melalui pendekatan ini maka setiap intervensi yang diaplikasikan dalam Asuhan Persalinan Normal (APN) harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan (Yulizawati et al., 2019).

4. Empat Fase (Kala) Persalinan Normal

a. Kala 1

Fase ini disebut juga kala pembukaan. Pada tahap ini terjadi pematangan dan pembukaan mulut Rahim hingga cukup untuk jalan keluar janin. Pada kala 1, terdapat dua fase yaitu : 1. Fase Laten ; pembukaan sampai mencapai 3 cm, berlangsung sekitar 8 jam. 2. Fase Aktif ; pembukaan dari 3cm sampai lengkap (10 cm), berlangsung sekitar 6 jam. Pada tahap ini ibu akan merasakan kontraksi yang terjadi setiap 10 menit selama 20-30 detik. Frekuensi kontraksi makin meningkat hingga 2-4 kali tiap 10 menit, dengan durasi 60-90 detik. Kontraksi terjadi bersamaan dengan keluarnya darah, lendir, serta pecah ketuban secara spontan. Cairan ketuban yang keluar sebelum pembukaan 5 cm kerap dikatakan sebagai ketuban pecah dini (Hidayat and Sujiyatini, 2017).

b. Kala 2

Pada fase ini janin mulai keluar dari dalam kandungan yang membutuhkan waktu sekitar 2 jam. Fase dimulai saat serviks sudah membuka selebar 10 cm hingga bayi lahir lengkap. Pada kala 2, ketuban sudah pecah atau baru pecah spontan, dengan kontraksi yang lebih sering terjadi yaitu 3-4 kali tiap 10 menit (Hidayat and Sujiyatini, 2017). Refleks mengejan juga terjadi akibat rangsangan dari bagian terbawah janin yang menekan perineum dan anus. Tambahan tenaga mengejan dan kontraksi otot-otot dinding abdomen serta diafragma, membantu ibu mengeluarkan janin dari dalam rahim.

c. Kala 3

Tahap ini disebut juga kala uri, yaitu saat plasenta ikut keluar dari dalam Rahim. Fase ini dimulai saat bayi lahir lengkap dan diakhiri keluarnya plasenta. Pada tahap ini biasanya kontraksi bertambah kuat, namun frekuensi dan aktivitas Rahim terus menurun. Plasenta bisa lepas spontan atau tetap menempel dan membutuhkan bantuan tambahan (Hidayat and Sujiyatini, 2017).

d. Kala 4

Tahap ini merupakan masa 2 jam usai persalinan yang bertujuan untuk mengobservasi persalinan. Pada kala ini plasenta telah berhasil dikeluarkan dan tidak boleh ada perdarahan dari vagina atau organ. Luka pada perineum

ibu harus dirawat dengan baik dan tidak boleh ada gumpalan darah (Hidayat and Sujiyatini, 2017).

11.2.2 Asuhan Sayang Ibu dan Posisi Meneran

1. Asuhan Sayang Ibu

Asuhan sayang ibu dan bayi adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan, dan keinginan ibu. Membayangkan asuhan sayang ibu adalah dengan menanyakan pada diri kita sendiri “apakah asuhan yang seperti ini yang saya inginkan untuk keluarga saya yang sedang hamil”. Salah satu prinsip asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama persalinan (Kuswanti and Melina, 2017).

Beberapa contoh penerapan asuhan sayang ibu saat persalinan adalah:

- Panggil ibu sesuai nama dan hargai privacy ibu
- Jelaskan asuhan yang akan diberikan sebelum memulai asuhan dan proses persalinan kepada ibu dan keluarga
- Anjurkan ibu untuk ditemani keluarga/suaminya serta bagaimana cara memperhatikan dan mendukung ibu pada saat persalinan
- Lakukan praktik Pencegahan Infeksi (PI) yang baik (Hidayat and Sujiyatini, 2017)

Patient Safety pada Persalinan

- a. Mempelajari Proses Persalinan Seperti jaman saat bersekolah yaitu belajar untuk menghadapi ujian adalah hal yang penting untuk menuntun kemudahan mengerjakan ujian tersebut. Persiapan utama agar melahirkan secara normal yang harus dilakukan para ibu adalah mempelajari proses persalinan yang akan dilewati. Banyak ibu justru menghindari mempelajari hal ini karena takut menjadi gentar melakukan persalinan secara normal, namun dokter kandungan mengatakan ibu yang mengerti mengenai proses persalinan biasanya akan lebih aktif dalam proses melahirkan dan akan memberi hasil akhir yang lebih memuaskan. Mengambil kelas untuk ibu melahirkan

- atau membaca buku panduan mengenai proses persalinan normal merupakan langkah konkrit yang dapat dilakukan.
- b. Pemilihan tenaga kesehatan seperti bidan dan atau dokter sebagai penolong persalinan merupakan persiapan melahirkan normal yang penting. Ketika Anda melahirkan, penolong persalinan akan berperan sebagai orang yang memimpin persalinan, sehingga pilihlah penolong yang dapat bekerjasama dalam memberikan asuhan Kebidanan pada saat menghadapi proses persalinan dan yang akan memeriksa atau merawat anak Anda setelah persalinan.
 - c. Bergurulah dengan Ibu yang Telah Melalui proses Persalinan karena Pengalaman adalah guru yang terbaik. Bagi perempuan yang belum pernah melahirkan tentunya belum memiliki pengalaman yang dapat dijadikan panduan. Maka, mempelajari pengalaman orang lain merupakan persiapan melahirkan normal yang penting. Selain menjadi panduan dalam proses melahirkan, ibu yang berpengalaman juga dapat membantu dalam mendiskusikan masa setelah melahirkan seperti cara merawat bayi, stressnya menghadapi keadaan baru dan cara menyusui. Pastikan Anda memilih ibu yang jujur dan tidak banyak mengeluh atau melebih-lebihkan pengalamannya.
 - d. 4. Persiapkan Tubuh; Persiapan melahirkan secara normal yang tak kalah penting adalah menjaga kesehatan tubuh dengan cara makan makanan yang bergizi dan seimbang serta memperhatikan kebutuhan istirahat yaitu jangan sampai kurang tidur. Menjaga kebersihan tubuh khususnya vagina juga merupakan hal yang penting untuk mendapatkan perhatian menjelang proses persalinan (Kuswanti and Melina, 2017).

2. Posisi Meneran

Dalam memimpin mendedan dapat dipilih posisi sebagai berikut:

a. Posisi berbaring miring

Posisi ini mengharuskan ibu berbaring miring ke kiri atau ke kanan. Salah satu kaki diangkat sedangkan kaki lainnya dalam keadaan lurus. Posisi ini

umumnya dilakukan bila posisi kepala bayi belum tepat (ubun-ubun berada di belakang atau disamping).

Keuntungan posisi berbaring miring yaitu:

- Peredaran darah balik ibu berjalan lancar sehingga pengiriman Oksigen dalam darah dari ibu ke janin melalui plasenta tidak terganggu
- Kontraksi uterus lebih efektif
- Memudahkan bidan dalam memberikan pertolongan persalinan
- Karena tidak terlalu menekan, proses pembukaan akan langsung secara perlahan-lahan sehingga persalinan berlangsung lebih nyaman.

Kerugian posisi berbaring yaitu:

- Memerlukan bantuan untuk memegang paha kanan ibu (Kuswanti and Melina, 2017).

b. Jongkok

Posisi ini dapat membantu mempercepat kemajuan persalinan kala dua dan mengurangi rasa nyeri yang hebat (Hidayat and Sujiyatini, 2017).

Keuntungan posisi jongkok antara lain:

- Memperluas rongga panggul, diameter transversa bertambah 1 cm dan diameter anteroposterior bertambah 2 cm.
- Proses persalinan lebih mudah
- Posisi ini menggunakan gaya gravitasi untuk membantu turunnya bayi
- Mengurangi trauma pada perineum

Kerugian posisi jongkok antara lain:

- Memungkinkan timbul cedera pada kepala bayi, karena tubuh bayi yang berada di jalan lahir bisa meluncur dengan cepat. Untuk

menghindari cedera, biasanya berjongkok di atas bantalan empuk yang berguna menahan kepala.

c. Merangkak

Pada posisi ini ibu merebahkan badan dengan posisi merangkak, kedua tangan menyanggah tubuh dan kedua kaki ditekuk sambil dibuka. Keuntungan posisi merangkak adalah

- Posisi merangkak seringkali merupakan posisi paling baik bagi ibu yang mengalami nyeri punggung saat persalinan
- Mengurangi rasa sakit
- Mengurangi keluhan hemoroid (Hidayat and Sujiyatini, 2017)

d. Semi duduk

Pada posisi ini, ibu duduk dengan punggung bersandar pada bantal, kaki ditekuk dan paha dibuka ke arah samping. Posisi ini cukup dapat membuat ibu merasa nyaman. Keuntungan posisi semi duduk yaitu memudahkan melahirkan kepala bayi. Kekurangan posisi ini adalah titik berat berada pada tulang sacrum, sehingga tulang koksigis akan terdorong ke depan dan akan menyebabkan rongga menjadi lebih sempit.

e. Duduk

Pada posisi ini, duduklah di atas tempat tidur dengan disangga beberapa bantal atau bersandar pada tubuh pasangan. Kedua kaki ditekuk dan dibuka, tangan memegang lutus dan tangan pasangan membantu memegang perut ibu. Keuntungan posisi ini adalah

- Posisi ini memanfaatkan gaya gravitasi untuk membantu turunnya bayi
- Memberi kesempatan untuk istirahat antara dua kontraksi
- Memudahkan melahirkan kepala bayi (Hidayat and Sujiyatini, 2017).

11.2.3 Mekanisme Persalinan Normal

1. Engagement

Engagement adalah peristiwa ketika diameter biparetal (Jarak antara dua parietal) melewati pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang atau oblik di dalam jalan lahir dan sedikit fleksi. Engagement pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan sedangkan pada multigravida dapat terjadi pada awal persalinan. Masuknya kepala akan mengalami kesulitan bila saat masuk ke dalam panggul dengan sutura sagitalis dalam antero posterior. Jika kepala masuk kedalam pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang di jalan lahir, tulang parietal kanan dan kiri sama tinggi, maka keadaan ini disebut sinklitismus. Kepala pada saat melewati pintu atas panggul dapat juga dalam keadaan di mana sutura sagitalis lebih dekat ke promontorium atau ke simfisis maka hal ini disebut asinklitismus (Yulizawati et al., 2019).

2. Descent

Penurunan kepala janin sangat tergantung pada arsitektur pelvis dengan hubungan ukuran kepala dan ukuran pelvis sehingga penurunan kepala berlangsung lambat. Kepala turun ke dalam rongga panggul akibat tekanan langsung his dari daerah fundus ke daerah bokong, tekanan dari cairan amnion, kontraksi otot dinding perut dan diafragma (mengejan), dan badan janin terjadi ekstensi dan menegang (Hidayat and Sujiyatini, 2017).

3. Flexion

Fleksi di sebabkan karena anak di dorong maju dan ada tekanan pada PAP, serviks, dinding panggul atau dasar panggul. Pada fleksi ukuran kepala yang melalui jalan lahir kecil, karena diameter fronto occipito (puncak kepala) digantikan diameter sub occipito bregmatika (belakang kepala) (Hidayat and Sujiyatini, 2017).

4. Internal Rotation

Rotasi interna atau putar paksi dalam selalu disertai turunnya kepala, putaran ubun-ubun kecil ke arah depan (ke bawah simfisis pubis), membawa kepala melewati distansia interspinarum dengan diameter biparietalis. Perputaran kepala dari samping ke depan atau ke arah posterior disebabkan his selaku

tenaga/gaya pemutaran, ada dasar panggul beserta otot-otot dasar panggul selaku tahanan. Bila tidak terjadi putaran paksi dalam umumnya kepala tidak turun dan persalinan diakhiri dengan tindakan vakum ekstraksi (Hidayat and Sujiyatini, 2017).

Sebab-sebab adanya putar paksi dalam yaitu bagian terendah kepala adalah bagian belakang kepala pada letak fleksi dan bagian belakang kepala mencari tahanan yang paling sedikit yang disebelah depan yaitu hiatus genitalis (Yulizawati et al., 2019).

5. Extension

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya. Pada kepala bekerja dua kekuatan, yang satu mendesaknya ke bawah dan satunya disebabkan tahanan dasar panggul yang menolaknya ke atas. Setelah suboksiput tertahan pada pinggir bawah symphysis akan maju karena kekuatan tersebut di atas bagian yang berhadapan dengan suboksiput, maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi. Suboksiput yang menjadi pusat pemutaran disebut *hypomochlion* (Yulizawati et al., 2019).

6. External Rotation (Restitution)

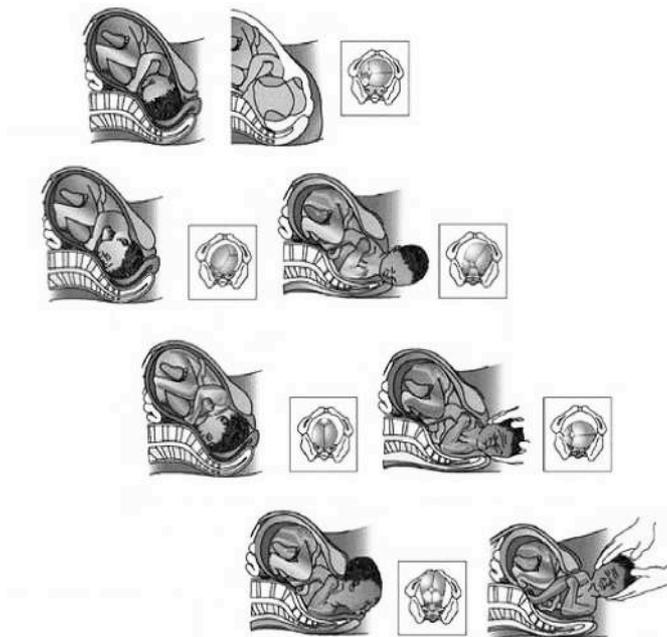
Setelah seluruh kepala sudah lahir terjadi putaran kepala ke posisi pada saat engagement. Dengan demikian bahun depan dan belakang dilahirkan lebih dahulu dan diikuti dada, perut, bokong, dan seluruh tungkai.

- a. Setelah kepala lahir, selanjutnya memutar kembali ke arah punggung untuk menghilangkan torsi pada leher (putaran restitusi)
- b. Selanjutnya putaran dilanjutkan sampai belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadikum sepihak
- c. Putaran paksi luar disebabkan ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari PAP
- d. Setelah putaran paksi luar, bahu depan di bawah simfisis menjadi hipomoklion kelahiran bahu belakang

e. Bahu depan menyusul lahir. Dan diikuti seluruh badan anak (Hidayat and Sujiyatini, 2017).

7. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan di bawah simfisis menjadi hipomoklion kelahiran bahu belakang, bahu depan menyusul lahir, diikuti seluruh badan anak: badan (toraks, abdomen) dan lengan, pinggul/trokanter depan dan belakang, tungkai dan kaki (Hidayat and Sujiyatini, 2017).



Gambar 11.1: Mekanisme Persalinan Normal (Yulizawati et al., 2019).

11.2.4 Asuhan pada Persalinan Normal

Asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan (Hidayat and Sujiyatini, 2017). Pengkajian dilakukan dengan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan, dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, yaitu meliputi data subjektif dan data objektif (Kurniarum, 2016).

Data Subektif

- 1) Identitas
 - a) Nama: Untuk mengenal ibu dan suami.
 - b) Umur: Semakin tua usia seorang ibu akan berpengaruh terhadap kekuatan mengejan selama proses persalinan. Usia di bawah 20 tahun dan diatas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 20 tahun meningkatkan insiden preeklampsia dan usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes melitus tipe II, hipertensi kronis, persalinan yang lama pada nulipara, seksio sesaria, persalinan preterm, IUGR, anomali kromosom dan kematian janin.
 - c) Suku/Bangsa: Asal daerah dan bangsa seorang ibu berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan dan adat istiadat yang dianut.
 - d) Agama: Untuk mengetahui keyakinan ibu sehingga dapat membimbing dan mengarahkan ibu untuk berdoa sesuai dengan keyakinannya.
 - e) Pendidikan: Untuk mengetahui tingkat intelektual ibu sehingga tenaga kesehatan dapat melakukan komunikasi termasuk dalam hal pemberian konseling sesuai dengan pendidikan terakhirnya.
 - f) Pekerjaan: Status ekonomi seseorang dapat memengaruhi pencapaian status gizinya. Hal ini dikaitkan dengan berat janin saat lahir. Jika tingkat sosial ekonominya rendah, kemungkinan bayi lahir dengan berat badan rendah.
 - g) Alamat: Bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan follow up terhadap perkembangan ibu.

- 2) Keluhan Utama: Rasa sakit pada perut dan pinggang akibat kontraksi yang datang lebih kuat, sering dan teratur, keluarnya lendir darah dan keluarnya air ketuban dari jalan lahir merupakan tanda dan gejala persalinan yang akan dikeluarkan oleh ibu menjelang akan bersalin.

- 3) Pola Nutrisi: Bertujuan untuk mengkaji cadangan energi dan status cairan ibu serta dapat memberikan informasi pada ahli anestesi jika pembedahan diperlukan.
- 4) Pola Eliminasi: Saat persalinan akan berlangsung, menganjurkan ibu untuk buang air kecil secara rutin dan mandiri, paling sedikit setiap 2 jam.
- 5) Pola Istirahat: Pada wanita dengan usia 18-40 tahun kebutuhan tidur dalam sehari adalah sekitar 8-9 jam (Kurniarum, 2016).

Data Objektif

- 1) Pemeriksaan Umum
 - a) Keadaan Umum: Baik
 - b) Kesadaran: Bertujuan untuk menilai status kesadaran ibu. Compositis adalah status kesadaran di mana ibu mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respons yang cukup terhadap stimulus yang diberikan.
 - c) Keadaan Emosional: Stabil.
 - d) Berat Badan: Bertujuan untuk menghitung penambahan berat badan ibu.
 - e) Tanda-tanda Vital: Secara garis besar, pada saat persalinan tanda-tanda vital ibu mengalami peningkatan karena terjadi peningkatan metabolisme selama persalinan. Tekanan darah meningkat selama kontraksi yaitu peningkatan tekanan sistolik 10-20 mmHg dan diastolik 5-10 mmHg dan saat di antara waktu kontraksi tekanan darah akan kembali ke tingkat sebelum persalinan. Rasa nyeri, takut dan khawatir dapat semakin meningkatkan tekanan darah. Peningkatan suhu normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5° C sampai 1° C. Frekuensi denyut nadi di antara waktu kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan. Sedikit peningkatan frekuensi nadi dianggap normal. Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan.

2) Pemeriksaan Fisik

- a) Muka: Muncul bintik-bintik dengan ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher (Chloasma Gravidarum) akibat Melanocyte Stimulating Hormon. Selain itu, penilaian pada muka juga ditujukan untuk melihat ada tidaknya pembengkakan pada daerah wajah serta mengkaji kesimetrisan bentuk wajah.
- b) Mata: Pemeriksaan sklera bertujuan untuk menilai warna, yang dalam keadaan normal berwarna putih. Sedangkan pemeriksaan konjungtiva dilakukan untuk mengkaji munculnya anemia. Konjungtiva yang normal berwarna merah muda. Selain itu, perlu dilakukan pengkajian terhadap pandangan mata yang kabur terhadap suatu benda untuk mendeteksi kemungkinan terjadinya pre-eklampsia.
- c) Payudara: Akibat pengaruh hormon kehamilan payudara menjadi lunak, membesar, vena-vena di bawah kulit akan lebih terlihat, puting payudara membesar, kehitaman dan tegak, areola meluas dan kehitaman serta muncul stretchmark pada permukaan kulit payudara. Selain itu, menilai kesimetrisan payudara, mendeteksi kemungkinan adanya benjolan dan mengecek pengeluaran ASI.
- d) Ekstremitas: Tidak ada edema, tidak ada varises dan refleks patella menunjukkan respons positif.

3) Pemeriksaan Khusus

a) Obstetri

Abdomen

Inspeksi : Muncul garis-garis pada permukaan kulit perut (Striae Gravidarum) dan garis pertengahan pada perut (Linea Gravidarum) akibat Melanocyte Stimulating Hormon.

Palpasi : Leopold 1, pemeriksa menghadap ke arah muka ibu hamil, menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin yang terdapat pada fundus.

Leopold 2, menentukan batas samping rahim kanan dan kiri, menentukan letak punggung janin dan pada letak lintang, menentukan letak kepala janin.

Leopold 3, menentukan bagian terbawah janin dan menentukan apakah bagian terbawah tersebut sudah masuk ke pintu atas panggul atau masih dapat digerakkan.

Leopold 4, pemeriksa menghadap ke arah kaki ibu hamil dan menentukan bagian terbawah janin dan berapa jauh bagian terbawah janin masuk ke pintu atas panggul. Tafsiran Tanggal Persalinan: Bertujuan untuk mengetahui apakah persalinannya cukup bulan, prematur, atau postmatur. Tafsiran Berat Janin: berat janin dapat ditentukan dengan rumus Lohson, yaitu:

Jika kepala janin belum masuk ke pintu atas panggul

$$\text{Berat janin} = (\text{TFU} - 12) \times 155 \text{ gram}$$

Jika kepala janin telah masuk ke pintu atas panggul

$$\text{Berat janin} = (\text{TFU} - 11) \times 155 \text{ gram}$$

Auskultasi: Denyut jantung janin normal adalah antara 120-160 x/menit.

Bagian Terendah: Pada akhir trimester III menjelang persalinan, presentasi normal janin adalah presentasi kepala dengan letak memanjang dan sikap janin fleksi.

Kontraksi: Durasi kontraksi uterus sangat bervariasi, tergantung pada kala persalinan ibu tersebut. Kontraksi pada awal persalinan mungkin hanya berlangsung 15 sampai 20 detik sedangkan pada persalinan kala I fase aktif berlangsung dari 45 sampai 90 detik dengan durasi rata-rata 60 detik. Informasi mengenai kontraksi ini membantu untuk membedakan antara kontraksi persalinan sejati dan persalinan palsu.

b) Gynekologi

Ano – Genetalia

Inspeksi: Pengaruh hormon estrogen dan progesteron menyebabkan pelebaran pembuluh darah sehingga terjadi varises pada sekitar genetalia. Namun tidak semua ibu hamil akan mengalami varises pada daerah tersebut. Pada keadaan normal, tidak terdapat hemoroid pada anus serta pembengkakan pada kelenjar bartolini dan kelenjar skene. Pengeluaran pervaginam seperti bloody show dan air ketuban juga harus dikaji untuk memastikan adanya tanda dan gejala persalinan.

Vaginal Toucher: Pemeriksaan vaginal toucher bertujuan untuk mengkaji penipisan dan pembukaan serviks, bagian terendah, dan status ketuban. Jika janin dalam presentasi kepala, moulding, kaput suksedaneum dan posisi janin perlu dikaji dengan pemeriksaan dalam untuk memastikan adaptasi janin dengan panggul ibu. Pembukaan serviks pada fase laten berlangsung selama 7-8 jam. Sedangkan pada fase aktif dibagi menjadi 3 fase yaitu fase akselerasi, fase dilatasi maksimal dan fase deselerasi yang masing-masing fase berlangsung selama 2 jam.

Kesan Panggul: Bertujuan untuk mengkaji keadegan panggul ibu selama proses persalinan. Panggul paling baik untuk perempuan adalah jenis ginekoid dengan bentuk pintu atas panggul hampir bulat sehingga membantu kelancaran proses persalinan.

4) Pemeriksaan Penunjang

- a) Hemoglobin: Selama persalinan, kadar hemoglobin mengalami peningkatan 1,2gr/100 ml dan akan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum jika tidak kehilangan darah yang abnormal.
- b) Cardiotocography (CTG): Bertujuan untuk mengkaji kesejahteraan janin.
- c) USG: Pada akhir trimester III menjelang persalinan, pemeriksaan USG dimaksudkan untuk memastikan presentasi janin, kecukupan air ketuban, tafsiran berat janin, denyut jantung janin dan mendeteksi adanya komplikasi.
- d) Protein Urine dan glukosa urine: Urine negative untuk protein dan glukosa (Kurniarum, 2016).

Diagnosa/Masalah Kebidanan

Perumusan diagnosa persalinan disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan, seperti G2P1A0 usia 22 tahun usia kehamilan 39 minggu inpartu kala I fase aktif dan janin tunggal hidup. Perumusan masalah disesuaikan dengan kondisi ibu. Rasa takut, cemas, khawatir dan rasa nyeri merupakan permasalahan yang dapat muncul pada proses persalinan. Kebutuhan ibu bersalin adalah pemenuhan kebutuhan fisiologis (makan, minum, oksigenasi, eliminasi, istirahat dan tidur), kebutuhan pengurangan rasa nyeri, support person (pendampingan dari orang dekat), penerimaan sikap dan tingkah laku serta

pemberian informasi tentang keamanan dan kesejahteraan ibu dan janin (Kurniarum, 2016).

Intervensi

Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi ibu, tindakan segera, tindakanantisipasi dan asuhan secara komprehensif. Penilaian dan intervensi yang akan dilakukan saat persalinan adalah sebagai berikut:

a. Kala I

- 1) Lakukan pengawasan menggunakan partograf, meliputi ukur tanda-tanda vital ibu, hitung denyut jantung janin, hitung kontraksi uterus, lakukan pemeriksaan dalam, serta catat produksi urine, aseton dan protein.
- 2) Penuhi kebutuhan cairan dan nutrisi ibu.
- 3) Atur aktivitas dan posisi ibu yang nyaman.
- 4) Fasilitasi ibu untuk buang air kecil.
- 5) Hadirkan pendamping ibu seperti suami maupun anggota keluarga selama proses persalinan.
- 6) Ajari ibu tentang teknik relaksasi yang benar.
- 7) Berikan sentuhan, pijatan, counterpressure, pelvic rocking, kompres hangat dingin pada pinggang, berendam dalam air hangat maupun wangi-wangian serta ajari ibu tentang teknik relaksasi dengan cara menarik napas panjang secara berkesinambungan untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh ibu.
- 8) Informasikan tentang perkembangan dan kemajuan persalinan pada ibu maupun keluarga.

b. Kala II

- 1) Anjurkan ibu untuk memilih posisi yang nyaman saat bersalin.
- 2) Ajari ibu cara meneran yang benar.
- 3) Lakukan pertolongan kelahiran bayi sesuai dengan standar asuhan persalinan normal.

c. Kala III

Lakukan pertolongan kelahiran plasenta sesuai dengan manajemen aktif kala III yang tercantum dalam asuhan persalinan normal.

d. Kala IV

- 1) Lakukan penjahitan luka jika ada luka pada jalan lahir.
- 2) Fasilitasi ibu untuk memperoleh kebersihan diri, istirahat dan nutrisi.
- 3) Lakukan observasi kala IV sesuai dengan standar asuhan persalinan normal (Kurniarum, 2016).

TAHAPAN LANGKAH ASUHAN PERSALINAN NORMA (Pusdiknakes, WHO, JNPK-KR (2017)).

1. Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala dua
2. Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin dan memasukkan 1 buah alat suntik sekali pakai 3 cc ke dalam wadah partus set.
3. Memakai celemek plastic
4. Memastikan lengan/tangan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun di air mengalir
5. Memakai sarung tangan DTT pada tangan kanan yang di gunakan untuk periksa dalam
6. Mengambil alat suntik sekali pakai dengan tangan kanan, isi dengan oksitosin dan letakkan kembali kedalam wadah partus set. Bila ketuban belum pecah, pinggirkan $\frac{1}{2}$ koche pada partus set
7. Membersihkan vulva dan perineum menggunakan kapas DTT (basah) dengan gerakan dari vulva ke perineum (bila daerah perineum dan sekitarnya kotor karena kotoran ibu yang keluar, bersihkan daerah tersebut dari kotoran)
8. Melakukan pemeriksaan dalam dan pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah
9. Menceleupkan tangan kanan yang bersarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%

10. Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai pastikan DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit)
11. Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his, bila ia sudah merasa ingin meneran
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran, (pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setelah duduk dan pastikan ia merasa nyaman)
13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran
14. Saat kepala janin terlihat di vulva dengan diameter 5-6 cm, memasang handuk bersih untuk mengeringkan janin pada perut ibu
15. Mengambil kain bersih, melipat 1/3 bagian dan meletakkannya dibawah bokong ibu
16. Membuka tutup partus set
17. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan
18. Saat sub-occiput tampak dibawah simfisis, tangan kanan melindungi perineum dengan dialas lipatan kain di bawah bokong, sementara tangan kiri menahan puncak kepala agar tidak terjadi defleksi yang terlalu cepat saat kepala lahir (minta ibu untuk tidak meneran dengan nafas pendek-pendek). Bila didapatkan mekonium pada air ketuban, segera setelah kepala lahir lakukan penghisapan pada mulut dan hidung janin menggunakan penghisap lendir De Lee
19. Menggunakan kasa/kain bersih untuk membersihkan muka janin dari lendir dan darah
20. Memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin
21. Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan
22. Setelah janin menghadap paha ibu, tempatkan kedua telapak tangan biparietal kepala janin, tarik secara hati-hati ke arah bawah sampai bahu anterior/depan lahir, kemudian tarik secara hati-hati ke atas sampai bahu posterior/belakang lahir. Bila terdapat lipatan tali pusat yang terlalu erat hingga menghambat putaran paksi luar atau lahirnya

- bahu, minta ibu berhenti meneran, dengan perlindungan tangan kiri, pasang klem di dua tempat pada tali pusat dan potong tali pusat di antara dua klem tersebut.
23. Setelah bahu lahir, tangan kanan menyangga kepala, leher dan bahu janin bagian posterior dengan posisi ibu jari pada leher (bagian bawah kepala) dan ke empat jari pada bahu dan dada/punggung janin, sementara tangan kiri memegang lengan dan bahu janin bagian anterior saat badan dan lengan lahir
 24. Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri pinggang ke arah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan jari telunjuk tangan kiri di antara kedua lutut janin)
 25. Setelah seluruh badan bayi lahir pegang bayi bertumpu pada lengan kanan sedemikian rupa sehingga bayi menghadap ke arah penolong. Nilai bayi, kemudian letakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala lebih rendah dari badan (bila tali pusat terlalu pendek, letakkan bayi di tempat yang memungkinkan)
 26. Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian tali pusat
 27. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari umbilicus bayi. Melakukan urutan tali pusat ke arah ibu dan memasang klem di antara kedua 2 cm dari klem pertama.
 28. Memegang tali pusat di antara 2 klem menggunakan tangan kiri, dengan perlindungan jari-jari tangan kiri, memotong tali pusat di antara kedua klem. Bila bayi tidak bernafas spontan lihat penanganan khusus bayi baru lahir
 29. Mengganti pembungkus bayi dengan kain kering dan bersih, membungkus bayi hingga kepala
 30. Memberikan bayi pada ibu untuk disusui bila ibu menghendaki.
 31. Memeriksa fundus uteri untuk memastikan kehamilan tunggal
 32. Memberi tahu ibu akan disuntik
 33. Menyutikan Oksitosin 10 unit secara intra muskuler pada bagian luar paha kanan 1/3 atas setelah melakukan aspirasi terlebih dahulu untuk memastikan bahwa ujung jarum tidak mengenai pembuluh darah

34. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
35. Meletakkan tangan kiri di atas simpisis menahan bagian bawah uterus, sementara tangan kanan memegang tali pusat menggunakan klem atau kain kasa dengan jarak antara 5-10 cm dari vulva
36. Saat kontraksi, memegang tali pusat dengan tangan kanan sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati ke arah dorso kranial. Bila uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu atau keluarga untuk melakukan stimulasi putting susu
37. Jika dengan peregangan tali pusat terkendali tali pusat terlihat bertambah panjang dan terasa adanya pelepasan plasenta, minta ibu untuk meneran sedikit sementara tangan kanan menarik tali pusat ke arah bawah kemudian ke atas sesuai dengan kurva jalan lahir hingga plasenta tampak pada vulva.
38. Setelah plasenta tampak di vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. Bila perlu (terasa ada tahanan), pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban.
39. Segera setelah plasenta lahir, melakukan masase pada fundus uteri dengan menggosok fundus secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras)
40. Sambil tangan kiri melakukan masase pada fundus uteri, periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan memasukkan ke dalam kantong plastik yang tersedia
41. Memeriksa apakah ada robekan pada introitus vagina dan perineum yang menimbulkan perdarahan aktif. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan
42. Periksa kembali kontraksi uterus dan tanda adanya perdarahan pervaginam, pastikan kontraksi uterus baik
43. Membersihkan sarung tangan dari lendir dan darah di dalam larutan klorin 0,5 %, kemudian bilas tangan yang masih mengenakan sarung

- tangan dengan air yang sudah di desinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya
44. Mengikat tali pusat kurang lebih 1 cm dari umbilicus dengan simpul mati
 45. Mengikat balik tali pusat dengan simpul mati untuk kedua kalinya
 46. Melepaskan klem pada tali pusat dan memasukkannya dalam wadah berisi larutan klorin 0,5%
 47. Membungkus kembali bayi
 48. Berikan bayi pada ibu untuk disusui
 49. Lanjutkan pemantauan terhadap kontraksi uterus, tanda perdarahan pervaginam dan tanda vital ibu.
 50. Mengajarkan ibu/keluarga untuk memeriksa uterus yang memiliki kontraksi baik dan mengajarkan masase uterus apabila kontraksi uterus tidak baik.
 51. Mengevaluasi jumlah perdarahan yang terjadi
 52. Memeriksa nadi ibu
 53. Merendam semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 %
 54. Membuang barang-barang yang terkontaminasi ke tempat sampah yang di sediakan
 55. Membersihkan ibu dari sisa air ketuban, lendir dan darah dan menggantinya dengan pakaiannya dengan pakaian bersih/kering
 56. Memastikan ibu merasa nyaman dan memberitahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum
 57. Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%
 58. Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%
 59. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir
 60. Melengkapi partograf dan memeriksa tekanan darah.

Bab 12

Etika dan Kewenangan Bidan dalam Asuhan Kebidanan Persalinan

12.1 Pengertian Bidan

Bidan adalah seorang perempuan yang telah mengikuti dan menyelesaikan pendidikan yang diakui oleh pemerintah dan telah lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang berlaku, dicatat (registrasi), diberi izin secara sah untuk menjalankan praktik sesuai kebutuhan peraturan perundang-undangan (Megasari, et al. 2019).

12.2 Etika Bidan

Etika berasal dari bahasa Yunani kuno yaitu kata “Ethos” dalam bentuk tunggal yang mempunyai arti kebiasaan-kebiasaan, tingkah laku manusia, adat-istiadat, akhlak, watak, perasaan, sikap dan cara berpikir. Arti terakhir

inilah yang menjadi latar belakang asal usul kata-kata ini, “Etika” yang berarti ilmu tentang apa yang biasa dilakukan atau ilmu tentang adat kebiasaan.

Faktor-faktor yang melandasi etika (sumber etika) adalah sebagai berikut ini:

1. Nilai-nilai atau value.
2. Norma.
3. Sosial budaya yang dibangun oleh konstruksi sosial dan dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.
4. Religius:
 - a. Agama mempunyai hubungan erat dengan moral.
 - b. Agama merupakan motivasi terkuat perilaku moral atau etik.
 - c. Agama merupakan salah satu sumber nilai etis yang paling penting.
 - d. Setiap agama mengandung ajaran moral yang menjadi pegangan bagi perilaku para anggotanya (Farelya, G., dan Nurrobikha, 2012).
5. Kebijakan atau policy maker, siapa yang menjadi stake holder, dan bagaimana kebijakan yang dibuat sangat berpengaruh atau mewarnai etika (Wahyuningsih, 2005).

12.3 Fungsi Etika dalam Pelayanan Kebidanan

Fungsi etika dalam pelayanan kebidanan adalah sebagai berikut:

1. Menjaga otonomi dari setiap individu khususnya bidan dan klien.
2. Menjaga kita untuk melakukan tindakan kebaikan dan mencegah tindakan yang merugikan atau membahayakan orang lain.
3. Menjaga privacy setiap individu.
4. Mengatur manusia untuk berbuat adil dan bijaksana sesuai dengan porsinya.
5. Dengan etika kita mengetahui apakah suatu tindakan dapat diterima atau apa alasannya.

6. Mengarahkan pola pikir seseorang dalam bertindak atau dalam menganalisis suatu masalah.
7. Menghasilkan tindakan yang benar.
8. Mendapatkan informasi tentang hal yang sebenarnya.
9. Memberikan petunjuk terhadap tingkah laku atau perilaku manusia antara baik, buruk, benar, atau salah.
10. Berhubungan dengan pengaturan hal-hal yang bersifat abstrak.
11. Memfasilitasi proses pemecahan masalah etik.
12. Mengatur hal-hal yang bersifat praktik.
13. Mengatur tata cara pergaulan baik didalam tata tertib masyarakat maupun tata cara didalam organisasi profesi.
14. Mengatur sikap, tindak tanduk orang dalam menjalankan tugas profesinya.

12.4 Wewenang Bidan

Dalam menjalankan praktik profesionalnya wewenang bidan diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan. Pemberian kewenangan lebih luas kepada bidan dimaksudkan untuk mendekatkan pelayanan kegawatan obstetri dan neonatal kepada setiap ibu hamil, ibu bersalin, nifas, dan bayi baru lahir agar penanganan dini atau pertolongan pertama sebelum rujukan dapat dilakukan secara cepat dan tepat waktu. Disamping itu, bidan sebagai tenaga professional memikul tanggung jawab atas pelayanan yang diberikan dan berupaya secara optimal dengan mengutamakan keselamatan klien, bidan harus dapat mempertahankan tanggung jawabnya apabila terjadi gugatan terhadap tindakan yang dilakukannya (Riyanti, 2018).

Secara lebih rinci, kewenangan yang dimiliki bidan dapat meliputi sebagai berikut:

1. Kewenangan normal, yaitu pada:
 - a. Pelayanan kesehatan ibu.
 - b. Pelayanan kesehatan anak.

- c. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.
2. Kewenangan dalam menjalankan program Pemerintah.
3. Kewenangan bidan yang menjalankan praktik di daerah yang tidak memiliki dokter (Ristica dan Juliarti, 2014).

12.5 Etika dan Kewenangan Bidan dalam Asuhan Kebidanan Persalinan

Berdasarkan pada penjelasan sebelumnya, pada bagian ini akan dijelaskan lebih khusus tentang etika dan kewenangan normal bidan dalam asuhan kebidanan persalinan normal. Kewenangan normal adalah kewenangan yang dimiliki oleh seluruh bidan. Salah satu ruang lingkup kewenangan bidan adalah pelayanan persalinan normal. Dalam pemberian asuhan kebidanan persalinan tidak terlepas dari etika dan wewenang yang harus dilakukan oleh bidan.

Etika bidan dalam asuhan kebidanan persalinan adalah ilmu yang biasa dilakukan atau dapat diartikan tindakan apa yang dilakukan dalam pemberian asuhan kebidanan persalinan yang bertujuan untuk menjaga otonomi bidan dan klien, untuk melakukan tindakan kebaikan dan mencegah tindakan yang merugikan atau membahayakan, menjaga privacy klien, memutuskan, mengarahkan pola pikir bidan dalam bertindak atau dalam menganalisis suatu masalah, menghasilkan tindakan yang benar, mengatur hal-hal yang bersifat praktik, dan mengatur sikap, tindak tanduk dalam menjalankan tugas profesi.

Dalam pemberian asuhan kebidanan pada persalinan normal, wewenang yang dimiliki oleh bidan adalah sebagai berikut:

1. Episiotomi.
2. Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II.
3. Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan rujukan.
4. Fasilitasi atau bimbingan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan promosi Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif.
5. Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala III.

6. Penyuluhan dan konseling (Ristica dan Juliarti, 2014).

12.5.1 Episiotomi

Episiotomi adalah insisi yang dibuat pada vagina dan perineum untuk memperlebar bagian lunak jalan lahir sekaligus memperpendek jalan lahir. Dengan demikian persalinan dapat lebih cepat dan lancar.

Tujuan dari dilakukannya episiotomi adalah:

1. Mengurangi tekanan terhadap kepala bayi sehingga mengurangi terjadinya asfiksia akibat kekurangan O₂.
2. Mengurangi hambatan persalinan oleh perineum, jika elastisitasnya tidak mendukung persalinan.
3. Dapat mempercepat kala pengeluaran kepala sehingga mengurangi kemungkinan asfiksia.
4. Memperluas dan memperpendek jalan lahir lunak sehingga persalinan dapat dipercepat.

Dari tindakan episiotomi yang dilakukan, terdapat beberapa keuntungan yaitu terjadinya perlukaan teratur sehingga memudahkan untuk menjahit kembali, dan luas insisi episiotomi dapat diatur sesuai dengan kebutuhan. Sedangkan kerugian dari tindakan episiotomi yaitu mungkin tidak diperlukan karena elastisitas perineum baik, dan pada primigravida sebagian besar spontan yang tidak teratur sehingga melakukan adaptasinya lebih sulit saat menjahitnya. Indikasi melakukan episiotomi pada primigravida adalah antara 0-95%, sedangkan pada multigravida lebih kecil karena jaringan perineum sudah semakin elastis.

Dalam beberapa kasus, perlu ditetapkan indikasi untuk melakukan episiotomi sebagai berikut:

1. Hampir pada semua primigravida inpartu, jika dijumpai crowning kepala tidak seimbang dengan elastisitas perineum.
2. Pada semua persalinan letak sungsang yang dilakukan per vagina untuk memudahkan persalinan kepala bayi yang lebih besar.
3. Pada semua persalinan prematur yang dilakukan per vaginam sehingga tekanan pada kepala semakin berkurang dan persalinan semakin cepat berlangsung.

4. Pada tindakan operasi per vagina obstetri.
5. Pada distosia yang disebabkan oleh kurangnya elastisitas perineum (Manuaba, 2007).

Episiotomi diuraikan berdasarkan kedalaman relatif insisi. Berikut merupakan jenis dari episiotomi yaitu:

1. Derajat 1: hanya menyayat kulit.
2. Derajat 2: menyayat kulit dan jaringan di bawahnya yang disebut dengan fasia.
3. Derajat 3: menyayat kulit, jaringan di bawahnya dan spingter rekti, otot yang mengelilingi anus.
4. Derajat 4: menyayat ketiga lapisan yang dijelaskan di atas dan mukosa rektal (Curtis, 2000).

Semua jaringan yang terpotong memerlukan kecermatan adaptasi sehingga tidak akan menimbulkan keluhan sekunder dan komplikasi. Saat yang tepat untuk melakukan episiotomi adalah sebagai berikut:

1. Kepala bayi telah crowning sekitar 5 cm.
2. Perineum lebih tipis akibat dorongan kepala atau bagian terendah janin.
3. Dilakukan pada saat puncak His sehingga tambahan rasa nyeri tidak akan terlalu dirasakan.
4. Pada umumnya tidak memerlukan anesthesia lokal (Manuaba, 2007).

12.5.2 Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II

Metode penjahitan robekan jalan lahir berbeda-beda. Ada yang masih menjahit satu-satu (interrupted suturing, yaitu setiap satu jahitan disimpul dan digunting sebelum lanjut pada jahitan berikutnya). Namun saat ini mayoritas penolong persalinan sudah menggunakan metode jahit jelujur (continuous suturing, yaitu simpul jahitan hanya dibuat saat memulai dan selesai menjahit). Penjahitan pada robekan jalan lahir dibagi menjadi 4 (empat) tingkat/grade, yaitu sebagai berikut:

1. Tingkat I: robekan hanya mencapai mukosa vagina, namun tidak mencapai otot.

2. Tingkat II: robekan mencapai otot-otot sekitar vagina, namun tidak mencapai otot sekitar anus.
3. Tingkat III: robekan mencapai otot sekitar anus, namun tidak tembus ke anus.
4. Tingkat IV: robekan hingga tembus ke anus.

Semakin tinggi tingkatnya, perbaikannya semakin sulit dan semakin membutuhkan waktu. Untuk tingkat III dan IV idealnya perbaikan dikerjakan oleh dokter karena tingkat kesulitannya yang tinggi (Purnama, 2014).

12.5.3 Penanganan Kegawat-Daruratan, Dilanjutkan dengan Perujukan

Sebagai seorang bidan harus mampu menganalisis kasus kegawatdaruratan yang bermutu tinggi dengan cara mengidentifikasi dan menguraikan jenis kegawatdaruratan yang terjadi. Kegawatdaruratan adalah kejadian yang tidak diduga atau terjadi secara tiba-tiba, seringkali merupakan kejadian yang berbahaya (Dorlan, 2011). Mengenal kasus kegawatdaruratan secara dini sangat penting agar pertolongan yang cepat dan tepat dapat diberikan, tetapi hal tersebut tidak selalu mudah untuk dilakukan. Semua tergantung pada pengetahuan, kemampuan daya pikir, analisis, serta pengalaman. Kesalahan ataupun kelambatan dalam menentukan kasus, dapat berakibat fatal. Prinsip menerima setiap kasus yang dihadapi harus dianggap gawatdarurat atau setidak-tidaknya dianggap berpotensi darurat.

Secara umum terdapat berbagai kasus yang masuk dalam kategori kegawatdaruratan maternal masa persalinan kala I dan II, dan manifestasi klinik kasus kegawatdaruratan tersebut berbeda-beda dalam rentang yang cukup luas. Dari berbagai kasus yang ada, kegawatdaruratan maternal masa persalinan kala I dan II tentang kasus yang sering dan atau mungkin terjadi yaitu:

1. Emboli air ketuban

Emboli air ketuban merupakan sindrom di mana cairan ketuban memasuki sirkulasi daerah maternal, tiba-tiba terjadi gangguan pernafasan yang akut dan shock. Sebanyak 25% wanita yang menderita keadaan ini meninggal dalam waktu 1 jam. Kondisi ini jarang terjadi dengan perbandingan 1 : 8000 sampai

1: 30.000, dan sampai saat ini mortalitas maternal dalam waktu 30 menit mencapai angka 85% (Setyarini dan Suprapti, 2016).

2. Distosia bahu

Distosia bahu adalah tersangkutnya bahu janin dan tidak dapat dilahirkan setelah kepala janin dilahirkan. Distosia bahu adalah kondisi darurat oleh karena bila tidak segera ditangani akan menyebabkan kematian janin dan terdapat ancaman terjadinya cedera syaraf daerah leher akibat regangan berlebihan atau terjadinya robekan.

3. Persalinan dengan kelainan letak sungsang

Persalinan letak sungsang adalah persalinan pada bayi dengan bokong (sungsang) di mana bayi letaknya sesuai dengan sumbu badan ibu, kepala berada pada fundus uteri, sedangkan bokong merupakan bagian terbawah di daerah pintu atas panggul atau simfisis. Pada letak kepala, kepala merupakan bagian terbesar lahir terlebih dahulu, sedangkan pada persalinan letak sungsang justru kepala yang merupakan bagian terbesar bayi akan lahir terakhir (Setyarini dan Suprapti, 2016).

4. Partus lama

Partus lama adalah fase laten lebih dari 8 jam. Persalinan telah berlangsung 12 jam atau lebih, bayi belum lahir. Dilatasi serviks di kanan garis waspada pada persalinan aktif (Saifuddin AB, 2002). Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primigravida, dan lebih dari 18 jam pada multigravida (Mochtar, 1998).

5. Preeklamsia

Preeklamsia adalah peningkatan tekanan darah yang baru timbul setelah usia kehamilan mencapai 20 minggu, disertai dengan penambahan berat badan ibu yang cepat akibat tubuh membengkak dan pada pemeriksaan laboratorium dijumpai protein di dalam urin (Fadlun, 2013). Secara umum terdapat berbagai kasus yang masuk dalam kategori kegawatdaruratan maternal masa persalinan kala III dan IV, dan manifestasi klinik kasus kegawatdaruratan tersebut berbeda-beda dalam rentang yang cukup luas. Dari berbagai kasus yang ada, kagawatdaruratan maternal masa persalinan kala III dan IV tentang kasus yang sering dan atau mungkin terjadi yaitu:

1. Atonia uteri

Atonia uteri terjadi jika miometrium tidak berkontraksi. Dalam hal ini uterus menjadi lunak dan pembuluh darah pada daerah bekas perlekatan plasenta menjadi terbuka lebar. Atonia uteri didefinisikan sebagai suatu kondisi kegagalan berkontraksi dengan baik setelah persalinan atau setelah plasenta lahir (Saifuddin, 2002). Pada kondisi normal setelah plasenta lahir, otot-otot rahim akan berkontraksi secara sinergis. Otot-otot tersebut saling bekerja sama untuk menghentikan perdarahan yang berasal dari tempat implantasi plasenta. Namun sebaliknya pada kondisi tertentu otot-otot rahim tersebut tidak mampu untuk berkontraksi ataupun kalau ada kontraksi kurang kuat. Kondisi demikian akan menyebabkan perdarahan yang terjadi dari tempat implantasi plasenta tidak akan berhenti dan akibatnya akan sangat membahayakan ibu.

2. Retensio plasenta

Retensio plasenta merupakan sisa plasenta dan ketuban yang masih tertinggal dalam rongga rahim. Hal ini dapat menimbulkan perdarahan postpartum dini atau perdarahan postpartum lambat (6-10 hari) pasca postpartum.

3. Robekan jalan lahir

Serviks mengalami laterasi pada lebih dari separuh pelahiran pervagina, sebagian besar berukuran kurang dari 0,5 cm. Robekan yang dalam dapat meluas ke sepertiga atas vagina. Cedera terjadi setelah pelahiran yang dilakukan pada serviks yang belum membuka penuh. Robekan dibawah 2 cm dianggap normal dan biasanya cepat sembuh dan jarang menimbulkan kesulitan.

4. Perdarahan kala IV (primer)

Perdarahan kala IV (atau disebut juga dengan perdarahan postpartum primer) adalah perdarahan sejak kelahiran sampai 24 jam postpartum, atau kehilangan darah secara abnormal, rata-rata kehilangan darah selama persalinan pervagina.

Penyebab dari perdarahan kala IV (primer) ini adalah sebagai berikut:

- a. Atonia uteri
- b. Retensio plasenta
- c. Laserasi luas pada vagina dan perineum

5. Syok obstetrik

Syok merupakan kegagalan sistem sirkulasi untuk mempertahankan perfusi yang adekuat ke organ-organ vital atau suatu kondisi yang mengancam jiwa dan membutuhkan tindakan segera dan intensif (Setyarini dan Suprapti, 2016). Seluruh kasus kegawatdaruratan dilanjutkan dengan rujukan. Rujukan adalah penyelenggaraan pelayanan yang melaksanakan pelimpahan tanggungjawab timbal balik terhadap suatu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal dalam arti dari unit berkemampuan kurang kepada unit yang lebih mampu, atau secara horizontal dalam arti antar unit-unit yang setingkat kemampuannya. Rujukan kegawatdaruratan maternal mengacu pada prinsip utama kecepatan dan ketepatan Tindakan, efisien, efektif dan sesuai kemampuan serta kewenangan fasilitas pelayanan (Zaenab, 2017).

12.5.4 Fasilitasi atau bimbingan inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan Promosi Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif

Inisiasi Menyusu Dini (IMD) atau *early initiation* atau permulaan menyusu dini adalah bayi mulai menyusu sendiri segera setelah lahir. Sebenarnya bayi mempunyai kemampuan untuk menyusu sendiri. Asalkan dibiarkan kontak kulit bayi dengan kulit ibunya, setidaknya selama satu jam segera setelah lahir. Cara bayi melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) ini dinamakan *the breast crawl* atau merangkak mencari payudara. Dengan diawali IMD, maka ini merupakan langkah awal untuk menyukseskan pemberian ASI Eksklusif (Roesli, 2008).

Beberapa manfaat dilakukannya IMD adalah sebagai berikut:

1. Menurunkan terjadinya perdarahan pada ibu, sehingga dapat pula menurunkan angka kematian ibu. Ketika bayi diletakkan di dada ibunya, bayi berada tepat di atas rahim ibu. Hal itu membantu menekan plasenta dan mengecilkan rahim. Dengan begitu, perdarahan ibu akan berhenti karena adanya kontraksi rahim.
2. Rasa kasih sayang meningkat karena adanya kontak langsung keduanya (kulit dengan kulit).
3. Ambang nyeri akan meningkat sehingga tidak gampang sakit (Yuliarti, 2010).

ASI eksklusif atau lebih tepatnya pemberian ASI secara eksklusif adalah bayi hanya diberi ASI saja, tanpa tambahan cairan lain seperti susu formula, jeruk, madu, susu, air the, air putih, dan tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, papaya, bubur susu, biskuit, bubur nasi, dan tim. Pemberian ASI secara eksklusif ini dianjurkan jangka waktu setidaknya 4 bulan, tetapi bila mungkin sampai 6 bulan. Manfaat ASI akan sangat meningkat bila bayi hanya diberi ASI saja selama 6 bulan pertama kehidupannya.

Manfaat dari ASI diberikan secara eksklusif adalah sebagai berikut:

1. Merupakan maka terbaik pada bayi usia 0-6 bulan.
2. ASI meningkatkan daya tahan tubuh bayi.
3. ASI meningkatkan kecerdasan bayi.
4. Menyusui akan meningkatkan jalinan kasih sayang.
5. Ibu akan lebih sehat dan menarik (Roesli, 2000).

12.5.5 Pemberian Uterotonika pada Manajemen Aktif Kala III

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta serta selaput ketuban. Berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Disebut juga dengan kala uri atau kala pengeluaran plasenta. Peregangan Tali pusat Terkendali (PTT) dilanjutkan dengan pemberian oksitosin untuk kontraksi uterus dan mengurangi perdarahan. Dosis pemberian oksitosin ini adalah 10 unit diberikan secara intramuskuler (IM) pada sepertiga atas paha bagian luar (aspektus lateralis).

Dan dengan disertai tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu sebagai berikut:

1. Perubahan ukuran dan bentuk uterus.
2. Uterus menjadi bundar dan terdorong ke atas karena plasenta sudah terlepas dari segmen bawah rahim.
3. Tali pusat memanjang.
4. Semburan darah tiba-tiba (Kurniarum, 2016).

12.5.6 Penyuluhan dan konseling

Pemberian penyuluhan dan konseling pada asuhan persalinan merupakan pemberian bantuan pada ibu yang akan melahirkan dengan kegiatan

bimbingan proses persalinan. Tujuan dari kegiatan ini adalah untuk kesejahteraan ibu dan proses persalinan dapat berjalan dengan semestinya. Bidan berperan sebagai konselor kebidanan, perlu memberikan penyuluhan dan bimbingan dalam pendampingan persalinan yang dapat mendukung ibu sehingga perasaan takut dapat dikurangi serta ibu dapat mempertahankan kontrol emosinya dengan baik.

Langkah pemberian penyuluhan dan konseling dalam asuhan persalinan adalah sebagai berikut:

1. Menjalin hubungan yang mengenaikan (*rapport*) dengan klien. Bidan menerima klien apa adanya dan memberikan dorongan verbal yang positif.
2. Kehadiran merupakan bentuk tindakan aktif keterampilan yang meliputi mengatasi semua kekacauan atau kebingungan, memberikan perhatian total pada klien. Bidan dalam memberikan pendampingan klien bersalin difokuskan secara fisik dan psikologis.
3. Mendengarkan. Bidan selalu mendengarkan dan memperhatikan keluhan klien.
4. Sentuhan dalam pendampingan klien yang bersalin. Sentuhan bidan terhadap klien akan memberikan rasa nyaman dan dapat membantu relaksasi. Misalnya ketika muncul his klien merasa kesakitan, bidan memberikan sentuhan dan usapan pada bagian lumbalis klien. Hal tersebut akan memberi rasa nyaman pada klien.
5. Memberikan informasi tentang kemajuan persalinan. Hal ini diupayakan untuk memberi rasa percaya diri bahwa klien dapat menyelesaikan persalinan. Misalnya bidan menggunakan kata-kata yang dapat memberikan gambaran kemajuan persalinan, “Bu sekarang jalan lahirnya sudah mulai membuka, setelah pembukaan mencapai 10 cm nanti ibu boleh meneran kalau merasa sakit dan ingin buang air besar”.
6. Memandu persalinan dengan memberikan instruksi khusus tentang cara bernapas, relaksasi, dan posisi postur tubuh. Misalnya bidan meminta klien ketika ada his untuk meneran, “Bu kalau perut terasa kencang, ibu bisa berpegangan pada suami atau pada saya lalu ibu

meneran seperti buang air besar”. Ketika his hilang, bidan mengatakan, “Silahkan ibu bernapas panjang dan rileks”.

7. Mengadakan kontak fisik dengan klien dengan cara menggosok punggung, memeluk, menyeka keringat, dan membersihkan wajah klien.
8. Memberikan pujian kepada klien atas usaha yang telah dilakukan. Misalnya bidan mengatakan, “Ibu pintar sekali menerannya, sebentar lagi putranya akan lahir”.
9. Memberikan ucapan selamat pada klien atas kelahiran putranya dan menyatakan ikut berbahagia.

Ketika memberikan penyuluhan dan konseling dalam asuhan persalinan, bidan yang berperan sebagai konselor harus bersikap sebagai orang tua dan orang dewasa karena bidan harus memberikan pertimbangan, dan memberikan nasihat (Uripni, et al. 2003).

Bab 13

Berpikir Kritis dalam Asuhan Persalinan

13.1 Pendahuluan

Pengertian berpikir kritis beragam. Berpikir kritis merupakan suatu seni bernalar yang memengaruhi kecerdasan individu, dengan pengertian lain, individu yang memiliki keahlian berpikir kritis yang tinggi, akan memiliki kecerdasan yang tinggi juga, dibandingkan individu yang kurang memiliki keahlian bernalar (Paul, 2005). Berpikir kritis merupakan pengujian yang logis pada ide-ide, pendapat, prinsip, kepercayaan, kesimpulan, tindakan, masalah, dan pemikiran (Elsie L. Bandman, 1988). Berpikir kritis merupakan satu metode pembuktian yang menekankan pemikiran terhadap suatu peristiwa atau bukti yang aktual serta menafsirkannya dan menilai peristiwa-peristiwa tersebut demi memperoleh satu kesimpulan terhadap suatu sudut pandang atau pemikiran baru (Sander, 1992).

Berpikir kritis merupakan suatu proses, yang mana individu dipaksa agar mengintervensikan dan menilik fakta demi menghasilkan suatu evaluasi serta ketentuan berlandaskan keahlian, mengimplementasikan sains dan pelajaran dari hal-hal yang dialami individu tersebut (Patricia A. Potter, 2007). Berpikir kritis merupakan suatu proses, dengan sarasanya ialah menghasilkan

ketetapan yang rasional terhadap sesuatu yang dipahami atau dikerjakan. (Ennis, 1996). Berpikir kritis merupakan suatu bentuk berpikir di tahap yang lebih luhur, sebab ketika membuat ketetapan atau menciptakan pandangan akhir merupakan suatu kendali aktif, antara lain rasional, reflektif, bertanggung jawab, dan keahlian berpikir.

Proses berpikir demikian dilaksanakan selama proses kegiatan seiring peran serta kita dalam pengalaman aktual dan mengimplementasikan ilmu yang kita kuasai, kita akan semakin cakap dalam menghasilkan ide, asumsi, serta menghasilkan kesimpulan yang sah. Segala proses tadi merupakan suatu metode berpikir serta menggali ilmu. Pengertian berpikir kritis bervariasi tapi umumnya berpikir kritis adalah suatu metode berpikir kognitif yang menyatukan keahlian intelek dan keahlian bernalar demi memahami beragam disiplin pengetahuan dalam kehidupan, menyebabkan wujud keterampilan berpikir yang diperlukan juga akan tidak sama bagi setiap ranah ilmu. Berpikiri kritis adalah rancangan dasar yang tersusun dari konsep bernalar yang berkaitan dengan proses belajar serta kritis itu sendiri sebagai perspektif, namun juga mengkaji perihal elemen berpikir kritis dalam kebidanan yang padanya diajarkan standar, sikap, serta karakteristik berpikir kritis, analisis, perdebatan kritis, penentuan ketetapan, serta daya cipta dalam berpikir kritis.

Demi memaksimalkan proses berpikir kritis, paling tidak harus mengerti komponen berpikir kritis. Komponen berpikir kritis terdiri dari pengalaman, sikap dalam berpikir kritis, kompetensi, pengetahuan dasar, standar/karakteristik berpikir kritis. Keterampilan kognitif yang diperlukan untuk berpikir dengan kualitas tinggi menuntut oposisi, tantangan, berpikir ulang, dukungan, evaluasi diri, serta disiplin intelektual. Berpikir kritis merupakan proses perkembangan pelik, yang berlandaskan dengan pikiran logis serta saksama membentuk pemikir kritis merupakan denominator umum bagi pengetahuan yang menjadi sampel bagi gagasan yang disiplin serta independen.

Berpikir kritis merupakan pemberdayaan keterampilan atau garis haluan kognitif dalam menetapkan tujuan. Proses demikian dilewati usai menetapkan tujuan, mempertimbangkan, serta merujuk langsung pada sasaran, adalah wujud berpikir yang wajib diperdalam dalam rangka menghimpun dan merumuskan beragam kesimpulan, menyelesaikan masalah, dan menentukan ketetapan ketika memakai segala keterampilan tersebut dengan efektif dalam konteks serta jenis yang sesuai. Berpikir kritis adalah kegiatan menilai-memenungkan kesimpulan yang hendak dikutip bilamana menetapkan

berbagai factor penguat dalam menentukan keputusan. Berpikir kritis sering disebut *directed thinking*, karena berpikir langsung menuju sasaran yang akan dicapai.

Pandangan serupa diutarakan *Angelo* (ANGELO, 1995) berpikir kritis merupakan pengaplikasian akal sehat, aktivitas berpikir yang luhur, yang mencakup aktivitas menilik, membuat sintesis, dan menilai kembali. Segala aktivitas demikian berlandaskan hasil pengamatan, pemikiran, pemenuhan, pengalaman, serta komunikasi, yang kemudian mengarahkan dalam penentuan sikap dan tindakan (Walker, 2001).

Ciri-ciri berpikir kritis :

1. Mampu menghasilkan kesimpulan serta pemecahan masalah yang tepat sasaran, jelas, serta sesuai dengan kondisi yang dihadapi.
2. Berpikiran terbuka secara terencana serta memiliki asumsi, implikasi, serta konsekuensi yang rasional
3. Berkomunikasi dengan efektif untuk menjawab suatu persoalan yang pelik. Berpikir kritis adalah cara agar membentuk karakter yang terarah, terkendali, disiplin, dan korektif pada dirinya sendiri. Hal demikian dengan sendirinya memerlukan keahlian komunikasi yang efektif serta cara mengatasi masalah dan komitmen dalam mengganti paradig *egosentris* serta *sosiosentris* individu. Ketika suatu individu mulai berpikir kritis, beberapa poin yang sebaiknya kita fokuskan disini, yaitu:
 - Memulai berpikir “apa dan kenapa”, kemudian mencari haluan yang sesuai dengan jawaban dari pertanyaan tadi.
 - Tujuan atas pertanyaan “apa dan kenapa”.
 - Informasi yang detail dalam menjawab pertanyaan tadi.
 - Kriteria standar yang ditentukan bagi jawaban atas pertanyaan tadi.
 - Kejelasan terhadap jawaban persoalan/pertanyaan.
 - Akibat yang dapat terjadi atas pilihan yang kita putuskan.

Menilik kembali hasil pertimbangan kita demi memperoleh hasil terbaik.

13.2 Indikator Intelektual Bernalar

Berikut merupakan kriteria yang boleh kita tetapkan sebagai dasar dalam proses berpikir kritis, antara lain (Elder and Paul, 2007): tingkat akurasi (accuracy), relevansi (relevance), kejelasan (clarity), logika berpikir yang dipakai (logic), keluasan (breadth), kedalaman berpikir (depth), kejujuran (honesty), tingkat kepresisian (precision), keutuhan informasi (information) serta bagaimana penerapan solusi yang dikemukakan (implication).

Faktor-faktor tersebut kemudian wajib memakai elemen-elemen pembentuk kerangka berpikir suatu pendapat atau gagasan (Elder and Paul, 2007), yaitu :

1. Definisi tujuan
2. Pertanyaan suatu masalah atas ide/gagasan
3. Perspektif dari ide/gagasan
4. Informasi yang timbul dari ide/gagasan
5. Interpretasi serta kesimpulan yang dapat timbul
6. Konsep pemikiran terhadap ide/gagasan tersebut
7. Implikasi dan konsekuensi
8. Asumsi yang dipakai untuk memunculkan ide/gagasan tersebut.

Landasan di atas perlu dikuasai dalam melatih kemampuan berpikir kritis individu. Jadi berpikir kritis ialah tentang bagaimana menyeimbangkan aspek-aspek pemikiran yang disebutkan sebelumnya menjadi hal yang holistik serta memiliki dasar atau nilai ilmiah yang kokoh. Namun, kita perlu mempertimbangkan aspek alamiah pada diri manusia sebab buah pemikiran individu tidak terlepas dari hal-hal yang individu tersebut pikirkan. Manusia cenderung berpikir demi dirinya sendiri yang disebut egosentris. Selama proses berpikir, sikap egosentris merupakan hal yang sebaiknya dihindari, terutama bila berada dalam suatu tim yang menuntut kerjasama. Egosentris menutup pemikiran individu, sehingga sulit menerima inovasi yang hadir.

Wade (Wade, 1995) mengidentifikasi delapan karakteristik berpikir kritis, antara lain:

1. Aktivitas menghimpun pertanyaan,
2. Memusatkan permasalahan,
3. Menguji data yang didapat,
4. Menganalisis setiap gagasan serta bias,

5. Menghindari pemikiran yang terlalu emosional,
6. Menghindari penyederhanaan yang berlebihan,
7. Mempertimbangkan beragam interpretasi, serta
8. Mentolerir ambiguitas

Beyer (1995) menjelaskan karakteristik lain yang berkaitan dengan berpikir kritis, antara lain :

1. Watak (disposisi). Individu yang memiliki keahlian berpikir kritis memiliki sikap skeptis, sangat terbuka, menjunjung tinggi kejujuran, menghargai setiap fakta dan gagasan, menghargai kejelasan serta ketelitian, menerima perubahan bila diyakini atas gagasan yang baik.
2. Kriteria (criteria). Bila kita hendak mengimplementasikan standarisasi maka sebaiknya berlandaskan kepada relevansi, sumber yang kredibel, tidak bias, bebas dari kekeliruan nalar, teliti, fakta-fakta yang akurat, konsistensi logika, penilikan yang matang.
3. Argument (argument). Argument merupakan pernyataan atau proposisi yang didasarkan pada data. Keahlian berpikir kritis mencakup aktivitas pengenalan, penilikan, dan penghimpunan argument.
4. Pertimbangan atau penilikan (reasoning). Merupakan keahlian dalam merangkum kesimpulan terhadap satu atau beberapa premis. Metodenya mencakup aktivitas menguji keterkaitan antara pertanyaan dan data.
5. Sudut pandang (point of view). Merupakan cara melihat atau menerjemahkan hal-hal di dunia, yang kemudian menentukan konstruksi makna. Individu yang berpikiran kritis melihat suatu peristiwa dengan beragam sudut pandang.
6. Prosedur pengaplikasian kriteria (procedures for applying criteria). Prosedur demikian mencakup perumusan masalah, penentuan kebijakan yang akan digunakan, serta pengidentifikasian perkiraan-perkiraan.

Kemudian, Ennis (1985) merumuskan 12 indikator berpikir kritis yang diklasifikasikan dalam lima besar kegiatan, antara lain:

1. Menyediakan penjelasan sederhana, yang berupa; memusatkan pertanyaan, menelaah pertanyaan serta bertanya, dan memberi jawaban terhadap suatu keterangan atau pernyataan.
2. Mengembangkan keterampilan dasar, yaitu mempertimbangkan apakah data dapat dipercaya atau tidak serta memperhatikan dan menelaah laporan observasi.
3. Memberikan kesimpulan, yang terdiri dari kegiatan mendeduksi atau menelaah hasil deduksi, menginduksi atau menelaah hasil induksi, serta menyusun dan menetapkan nilai penelaahan.
4. Menyediakan penjelasan lebih lanjut, yang terdiri dari; mengidentifikasi istilah-istilah serta pengertian pertimbangan dan dimensi, juga mengidentifikasi asumsi.
5. Menyusun strategi dan metode, yang terdiri dari; menetapkan kegiatan serta berhubungan dengan orang lain.

Indikator di atas pada penerapannya boleh dihimpun dalam suatu kegiatan atau terpisah dengan beberapa indikator saja.

13.3 Penerapan Berpikir Kritis pada Asuhan Persalinan

13.3.1 Penerapan Berpikir Kritis pada Asuhan Persalinan Kala I

Ketika melaksanakan asuhan persalinan kala I, salah satunya adalah memonitor kemajuan persalinan dengan memakai partograf, lalu perawat mendapati bahwa tidak terjadi kemajuan persalinan serta grafik pembukaan servix hampir melewati garis waspada.

Saat ini perawat berpikir kritis.

1. Mendefinisikan tujuan

Agar menemukan penyebab atas tidak majunya persalinan.

2. Menghimpun pertanyaan atau membuat kerangka masalah

- Apakah penyebab kejadian persalinan tidak maju pada ibu tersebut?
- Bagaimana kekuatan mengejan ibu?
- Apakah ada kelainan jalan lahir?
- Apa ada kelainan letak janin?

3. Mengidentifikasi asumsi, dan bagaimana asumsi tersebut membentuk sudut pandang

Persalinan tidak maju disebabkan kelainan jalan lahir (passage), yaitu ukuran panggul pasien yang sempit.

4. Mengidentifikasi berbagai sudut pandang

Subyektif ibu : interaksi verbal, sikap tubuh serta cara istirahat, kemampuan pemahaman khususnya dalam menerima pengalaman persalinan, tingkat energi (lelah, kurang istirahat), reaksi ibu terhadap kontraksi rahim, latar belakang budaya

5. Mengidentifikasi informasi (data)

Hasil pemeriksaan ditemukan, kekuatan mengejan ibu baik, tidak ada kelainan presentasi dan posisi janin, tidak ada kelainan ukuran badan maupun kepala janin, namun ada kesempitan pada pintu bawah panggul.

6. Mengidentifikasi konsep dan gagasan

Pemahaman anatomi jalan lahir dan janin, pemahaman perubahan fisiologi pada persalinan kala I, pemahaman pemeriksaan fisik ibu dan janin, pemanfaatan partograf untuk menilai kemajuan persalinan dan menentukan diagnosis.

Penyebab persalinan lama disebabkan:

- Kelainan presentasi dan posisi janin
- Kelainan his
- Kelainan jalan lahir
- Kelainan janin

7. Menyimpulkan dan memberi pengertian dari data

Kemajuan persalinan berjalan lama disebabkan adanya kelainan jalan lahir, yaitu pintu bawah panggul yang sempit.

8. Implikasi dan konsekuensi

Tindakan selanjutnya yang dilakukan perawat ialah merujuk ke RS, direncanakan dilaksanakan persalinan secara sectio caesarea.

Contoh kasus yang lain:

Seorang ibu dengan kehamilan aterm datang ke klinik dengan keluhan nyeri pada perut. Sebagai seorang perawat, maka wajib berpikir kritis dahulu sebelum melaksanakan suatu tindakan dalam menentukan diagnosis yang sesuai. Menelaah segala informasi yang ditemukan pada pasien serta menetapkan tindakan yang paling tepat menurut evidence based.

Elemen berpikir kritis antara lain;

1. Mendefinisikan tujuan

Agar menetapkan ibu benar dalam kondisi inpartu kala I

2. Menghimpun pertanyaan atau membuat kerangka masalah

- Mulai kapan nyeri perut terasa?
- Kapan-kapan nyeri perut terasa? Seberapa sering?
- Lokasi nyeri pada perut ibu?
- Hal Apa yang membedakan his palsu dengan his yang adekuat?

3. Mengidentifikasi asumsi, dan bagaimana asumsi tersebut membentuk sudut pandang

Ibu sudah mengalami his yang adekuat. Diduga kontraksi uterus mulai dari fundus, terus menyebar depan dan ke bawah perut. Berakhir dengan masa yang terpanjang dan terkuat pada fundus uteri.

4. Mengidentifikasi berbagai sudut pandang

Subyektif ibu : interaksi verbal (rasa mulas pada perut), sikap tubuh serta cara istirahat, kemampuan pemahaman khususnya dalam menerima pengalaman persalinan, tingkat energi (lelah, kurang istirahat), reaksi ibu terhadap kontraksi rahim, latar belakang budaya

5. Mengidentifikasi informasi (data)

Diajukan pertanyaan pada pasien, ditemukan bahwa ibu merasakan nyeri pada perut yang menjalar menuju perut bagian bawah semenjak pukul 01.00 malam. Nyeri yang dirasakan semakin sering dan ketika subuh nyeri yang dirasakan 2 kali dalam 10 menit, dengan durasi 20 detik.

6. Mengidentifikasi konsep dan gagasan

Proses persalinan bervariasi pada setiap ibu, tapi terdapat tanda-tanda yang bias digunakan dalam memperkirakan kapan saat persalinan tiba. Salah satu tandanya ialah perasaan mulas yang dirasakan ibu, tapi rasa mulas dapat berupa his palsu maupun his adekuat. Persalinan terlaksana jika didapati his yang adekuat.

Ciri-ciri his palsu antara lain;

- Tidak menyebabkan nyeri di perut bagian bawah dan lipatan paha, kontraksi tidak teratur.
- Lama kontraksi singkat serta tidak cukup kuat, bila dilakukan aktivitas berjalan, kontraksi biasanya menghilang.
- Kontraksi tidak bertambah kuat sering berjalannya waktu.
- Tidak didapati pengaruh kontraksi terhadap pembukaan mulut Rahim

Ciri-ciri his yang adekuat, antara lain;

- Kontraksi teratur, makin lama makin sering, menyebabkan nyeri pada perut bagian bawah
- Minimal 3 kali dalam 10 menit, lama lebih dari 20 detik

- Kontraksi menyebabkan dilatasi serviks
7. Menyimpulkan dan memberi pengertian dari data sesuai konsep dan data yang didapat, ciri-ciri kontraksi tersebut merupakan his yang adekuat.
 8. Implikasi dan konsekuensi

Karena ibu sudah mengalami his yang adekuat, perawat dapat melaksanakan tindakan selanjutnya, termasuk pemeriksaan dalam untuk menilai pembukaan.

13.3.2 Penerapan Berpikir Kritis pada Asuhan Persalinan Kala II

Elemen berpikir kritis, antara lain;

1. Mendefinisikan tujuan

Agar menetapkan bahwa ibu benar telah berada dalam kala II

2. Menghimpun pertanyaan atau membuat kerangka masalah
 - Apa dijumpai perasaan ingin meneran bersamaan dengan kontraksi?
 - Apa sudah didapati peningkatan tekanan pada rectum dan atau vagina pasien?
 - Apa perineum sudah menonjol?
 - Apa sudah dijumpai pembukaan pada vulva-vagina dan sfingter ani?
 - Apa ada peningkatan pengeluaran lendir bercampur dengan darah?
 - Apa pembukaan serviks sudah lengkap?
 - Apa terlihat bagian kepala bayi melalui introitus vagina?
3. Mengidentifikasi asumsi, dan bagaimana asumsi tersebut membentuk sudut pandang

Ibu sudah memasuki kala II persalinan, berdasarkan gejala yang dirasakan ibu dan tanda yang terlihat.

4. Mengidentifikasi berbagai sudut pandang

Subyektif ibu : interaksi verbal, sikap tubuh serta cara istirahat, kemampuan pemahaman khususnya dalam menerima pengalaman persalinan, tingkat energi (lelah, kurang istirahat), reaksi ibu terhadap kontraksi rahim, latar belakang budaya

5. Mengidentifikasi informasi (data)

Setelah dilaksanakan pemeriksaan inspeksi, ditemukan adanya tekanan pada rectum dan/atau vagina, perineum pasien menonjol, vulva-vagina serta sfingter ani sudah terbuka, serta didapati peningkatan pengeluaran lendir campur darah. Usai perawat melaksanakan pemeriksaan dalam, ditemukan pembukaan serviks sudah lengkap.

6. Mengidentifikasi konsep dan gagasan

Kala dua persalinan diawali saat pembukaan serviks telah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua disebut sebagai kala pengeluaran janin.

Gejala dan tanda persalinan kala dua, antara lain;

- Ibu merasakan kehendak meneran seiring berlangsungnya kontraksi.
- Ibu merasa adanya peningkatan tekanan pada rectum dan/atau vagina.
- Perineum terlihat menonjol
- Vulva vagina serta sfingter ani terbuka
- Terdapat peningkatan pengeluaran lendir campur darah
- Tanda pasti kala dua yang ditetapkan melalui pemeriksaan dalam (objektif), didapati pembukaan serviks sudah lengkap, terlihat bagian kepala bayi pada introitus vagina.

7. Menyimpulkan dan memberi pengertian dari data

Ibu sudah memasuki persalinan kala dua.

8. Implikasi dan konsekuensi

Perawat dapat mulai memimpin ibu untuk meneran apabila timbul dorongan atau kontraksi spontan. Sambil terus memantau kondisi janin.

Contoh kasus yang lain :

Saat perawat memberikan asuhan persalinan kala II, ternyata ditemukan distosia bahu, yaitu kepala bayi lahir, bahu bayi tertahan hingga tidak dapat dilahirkan. Kemudian perawat berpikir kritis untuk melahirkan bahu bayi.

Elemen berpikir kritis, antara lain;

1. Mendefinisikan tujuan

Agar melahirkan bahu bayi yang tertahan.

2. Menghimpun pertanyaan atau membuat kerangka masalah

- Apakah komplikasi distosia bahu pada janin?
- Tindakan apa yang sebaiknya dilakukan oleh perawat?

3. Mengidentifikasi asumsi, dan bagaimana asumsi tersebut membentuk sudut pandang

Bayi dengan distosia bahu dapat dibantu oleh perawat dengan tindakan episiotomy dan posisi Mc. Robert serta kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain.

4. Mengidentifikasi berbagai sudut pandang

Subjektif ibu : interaksi verbal, sikap tubuh serta cara istirahat, kemampuan pemahaman khususnya dalam menerima pengalaman persalinan, tingkat energi (lelah, kurang istirahat), reaksi ibu terhadap distosia bahu, latar belakang budaya

5. Mengidentifikasi informasi (data)

Setelah putar paksi luar, didapati bahu posterior belum memasuki panggul. Kontraksi cukup seiring rasa ingin meneran oleh ibu. Tidak ditemukan fraktur tulang, cedera pleksus brakhialis, maupun hipoksia pada janin.

6. Mengidentifikasi konsep dan gagasan

Saat dilakukan persalinan kala dua terjadi distosia bahu pada bayi. Menurut teori, komplikasi distosia bahu pada bayi ialah fraktur tulang (klavikula dan humerus), cedera pleksus brakhialis, dan hipoksia yang dapat menyebabkan cedera permanen pada otak. Oleh sebab itu, perawat jangan melakukan tarikan atau dorongan sebelum memastikan bahwa bahu posterior telah masuk ke

panggul. Bahu posterior yang belum melewati PAP akan makin sulit dilahirkan jika dilakukan tarikan pada kepala. Supaya mengurangi ketegangan yang menghambat bahu posterior masuk panggul, bisa dilaksanakan episiotomy yang luas, posisi Mc. Robert atau posisi dada-lutut. Usai kepala lahir, dapat terjadi penurunan pH arteri umbilikalisis sehingga janin dapat mengalami hipoksia. Terdapat waktu 4-5 menit untuk melaksanakan manuver pengeluaran bahu sebelum terjadi kerusakan hipoksia pada otak.

7. Menyimpulkan dan memberi pengertian dari data

Terdapat distosia bahu pada janin, serta tidak dijumpai komplikasi fraktur

8. Implikasi dan konsekuensi

Tindakan yang bisa dilaksanakan segera oleh perawat dalam situasi demikian adalah bersama dengan bantuan asisten, melakukan episiotomi yang luas, posisi Mc. Robert, atau posisi dada-lutut.

13.3.3 Penerapan Berpikir Kritis pada Asuhan Persalinan Kala III

Elemen berpikir kritis antara lain;

1. Mendefinisikan tujuan

Agar melahirkan plasenta dalam waktu 30 menit setelah pengeluaran bayi.

2. Menghimpun pertanyaan atau membuat kerangka masalah

- Apakah vesika urinaria pasien kosong?
- Apakah dijumpai tanda-tanda pelepasan plasenta?
- Seberapa lama plasenta lepas usai pengeluaran bayi?

3. Mengidentifikasi asumsi, dan bagaimana asumsi tersebut membentuk sudut pandang

Pasien berada pada kala III normal. Plasenta lahir dalam waktu 30 menit.

4. Mengidentifikasi berbagai sudut pandang

Subyektif ibu : interaksi verbal, sikap tubuh serta cara istirahat, kemampuan pemahaman khususnya dalam menerima pengalaman persalinan, tingkat

energi (lelah, kurang istirahat), reaksi ibu terhadap proses pengeluaran plasenta, latar belakang budaya

5. Mengidentifikasi informasi (data)

Hasil pemeriksaan ditemukan, terdapat perubahan bentuk serta tinggi fundus, kontraksi uterus cukup, kondisi ibu stabil dan tenaga ibu cukup untuk meneran, terlihat tali pusat menjulur pada vulva, dijumpai pancaran darah dari tepi plasenta, kandung kemih penuh.

6. Mengidentifikasi konsep dan gagasan

Jika kandung kemih pasien penuh, saat inspeksi, uterus akan terlihat menonjol pada bagian sebelah kanan perut bagian bawah oleh karena uterus terdorong oleh kandung kemih yang penuh. Hal tersebut dapat mengganggu kontraksi uterus pasien.

Tanda-tanda saat plasenta sudah terlepas dari implantasinya adalah sebagai berikut;

- Perubahan bentuk serta tinggi fundus. Usai bayi lahir dan sebelum myometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh serta tinggi fundus umumnya di bawah pusat. Usai kontraksi uterus dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah pir atau aplukat dan fundus berada di atas pusat.
- Tali pusat memanjang. Tali pusat tampak menjulur keluar melalui vulva.
- Pancaran darah yang tiba-tiba dan singkat. Darah yang menumpuk di belakang plasenta akan turut mendorong plasenta keluar dibantu dengan gaya gravitasi. Bila kumpulan darah pada ruang antara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melampaui kapasitas tampungnya, maka darah akan memancar keluar dari tepi plasenta yang terlepas.

7. Menyimpulkan dan memberi pengertian dari data

Ibu berada pada kala III persalinan dan siap untuk pengeluaran plasenta

8. Implikasi dan konsekuensi

Memulai suntikan oksitosin, penegangan tali pusat terkendali, pemijatan fundus uteri, serta memeriksa plasenta dan selaput pembungkusnya lengkap dan utuh telah dikeluarkan.

Contoh kasus lain :

Ketika perawat melaksanakan asuhan persalinan kala III, yaitu perawat sudah melakukan perenggangan tali pusat terkendali, tapi plasenta belum lahir setelah 15 menit.

Elemen berpikir kritis, antara lain;

1. Mendefinisikan tujuan

Agar menentukan tindakan yang tepat dalam melahirkan plasenta

2. Menghimpun pertanyaan atau membuat kerangka masalah

- Apakah komplikasi yang mungkin terjadi apabila plasenta tidak segera dilahirkan?
- Apakah yang bisa dilakukan perawat apabila plasenta belum lahir dalam 15 menit usai dilaksanakan perenggangan tali pusat terkendali?
- Apakah kandung kemih pasien penuh?

3. Mengidentifikasi asumsi, dan bagaimana asumsi tersebut membentuk sudut pandang

Plasenta tidak lahir dalam 15 menit awal sebab kandung kemih pasien yang terisi penuh. Lalu perawat melaksanakan pengosongan kandung kemih melalui dengan cara kateterisasi.

4. Mengidentifikasi berbagai sudut pandang

Subyektif ibu : interaksi verbal, sikap tubuh serta cara istirahat, kemampuan pemahaman khususnya dalam menerima pengalaman persalinan, tingkat energi (lelah, kurang istirahat), reaksi ibu terhadap pengeluaran plasenta yang lama, latar belakang budaya.

5. Mengidentifikasi informasi (data)

Kontraksi uterus cukup kuat, kondisi ibu cukup stabil, tenaga cukup, perdarahan dijumpai. Didapat plasenta menjulur melalui vulva, plasenta memanjang, kandung kemih penuh. Hasil pemeriksaan ditemukan, kekuatan mengejan ibu baik, tidak ada kelainan presentasi dan posisi janin, tidak ada kelainan ukuran badan maupun kepala janin, namun ada kesempitan pada pintu bawah panggul.

6. Mengidentifikasi konsep dan gagasan

Bila plasenta tidak segera dilahirkan, komplikasi yang dapat terjadi ialah perdarahan masif. Bila plasenta belum lahir kurang dari 15 menit, injeksikan 10 UI oksitosin IM dosis kedua. Lakukan pemeriksaan kandung kemih, bila penuh, lakukan teknik aseptik untuk melakukan kateterisasi. Lakukan ulang perenggangan tali pusat serta tekanan dorso-kranial seperti sebelumnya. Beri penjelasan pada keluarga tentang kemungkinan merujuk bila plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit. Saat menit ke 30, untuk terakhir kalinya, lakukan lagi tindakan melahirkan plasenta dengan tindakan perenggangan tali pusat. Bila plasenta tidak lahir, pasien segera dirujuk.

7. Menyimpulkan dan memberi pengertian dari data

Plasenta tidak lahir dalam 15 menit awal oleh sebab kandung kemih pasien yang penuh.

8. Implikasi dan konsekuensi

Perawat melaksanakan pengosongan kandung kemih dengan cara kateterisasi. Lalu mengulangi tindakan perenggangan tali pusat terkendali.

13.3.4 Penerapan Berpikir Kritis pada Asuhan Persalinan Kala IV

Elemen berpikir kritis antara lain;

1. Mendefinisikan tujuan

Agar memastikan ibu menjalani kala IV normal.

2. Menghimpun pertanyaan atau membuat kerangka masalah
 - Apa plasenta serta selaput ketuban sudah lengkap?
 - Bagaimanakah kontraksi uterus?
 - Berapa tinggi fundus uteri setelah plasenta lahir?
 - Apa kandung kemih pasien penuh?
 - Bagaimanakah pengeluaran darah pervaginam ibu?
 - Bagaimanakah tanda-tanda vital pasien?
 - Apa dijumpai laserasi pada jalan lahir?
3. Mengidentifikasi asumsi, dan bagaimana asumsi tersebut membentuk sudut pandang

Pasien berada dalam kala IV normal.

4. Mengidentifikasi berbagai sudut pandang

Subyektif ibu : interaksi verbal, sikap tubuh serta cara istirahat, kemampuan pemahaman khususnya dalam menerima pengalaman persalinan, tingkat energi (lelah, kurang istirahat), reaksi ibu terhadap perdarahan pervaginam, latar belakang budaya

5. Mengidentifikasi informasi (data)

Plasenta dan selaput ketuban lengkap, kandung kemih kosong, kontraksi uterus adekuat, pengeluaran darah dalam batas normal (kurang lebih 100-200 cc), tanda-tanda vital pasien dalam batas normal, laserasi jalan lahir tidak dijumpai.

6. Mengidentifikasi konsep dan gagasan

Pada kondisi kala IV normal, plasenta dan selaput ketuban lahir lengkap, kandung kemih kosong, kontraksi uterus adekuat, pengeluaran darah pervaginam dalam batas normal (100-200 cc), tanda-tanda vital pasien dalam batas normal serta tidak dijumpai laserasi jalan lahir. Pemantauan dini serta lanjutan kala IV dalam batas normal menggambarkan bahwa kala IV berlangsung dengan normal

7. Menyimpulkan dan memberi pengertian dari data

Kemajuan persalinan berjalan lama disebabkan adanya kelainan jalan lahir, yaitu pintu bawah panggul yang sempit.

8. Implikasi dan konsekuensi

Kala IV berjalan dengan normal. Pemantauan lanjut dilakukan.

Contoh kasus lain ;

Saat perawat melaksanakan asuhan persalinan kala IV, yaitu perawat melakukan penilaian perdarahan, ternyata ditemukan darah yang keluar kurang lebih 500 cc. kemudian perawat berpikir kritis untuk mengatasi perdarahan tersebut.

Elemen berpikir kritis, antara lain :

1. Mendefinisikan tujuan

Agar menetapkan penyebab perdarahan serta menghentikan perdarahan

2. Menghimpun pertanyaan atau membuat kerangka masalah

- Berapa volume darah yang keluar
- Bagaimana kontraksi uterus
- Apakah dijumpai laserasi pada jalan lahir?
- Apakah kandung kemih penuh?

3. Mengidentifikasi asumsi, dan bagaimana asumsi tersebut membentuk sudut pandang

Ibu mengalami perdarahan post partum yang disebabkan oleh laserasi jalan lahir.

4. Mengidentifikasi berbagai sudut pandang

Subyektif ibu : interaksi verbal, sikap tubuh serta cara istirahat, kemampuan pemahaman khususnya dalam menerima pengalaman persalinan, tingkat energi (lelah, kurang istirahat), reaksi ibu terhadap perdarahan paska persalinan, latar belakang budaya

5. Mengidentifikasi informasi (data)

Dari hasil pemeriksaan fisik, kontraksi uterus adekuat, volume darah yang keluar sekitar 500 cc, kandung kemih kosong, namun dijumpai laserasi pada jalan lahir.

6. Mengidentifikasi konsep dan gagasan

Perdarahan postpartum pada kala IV di atas disebabkan bisa disebabkan oleh atonia uteri, retensio plasenta, laserasi jalan lahir, dan kandung kemih yang terisi penuh sehingga mengganggu kontraksi uterus. Bila perdarahan post partum disebabkan oleh adanya laserasi jalan lahir, maka perawat bertindak segera menghentikan perdarahan dengan melakukan penjahitan luka atau melakukan rujukan jika laserasi yang terjadi di luar wewenang perawat.

7. Menyimpulkan dan memberi pengertian dari data

Pasien mengalami perdarahan post partum yang disebabkan oleh laserasi jalan lahir.

8. Implikasi dan konsekuensi

Perawat segera menghentikan perdarahan dengan cara menjahit luka atau melakukan rujukan bila laserasi yang terjadi di luar wewenang perawat.

Bab 14

Problem Solving dalam Asuhan Persalinan

14.1 Pendahuluan

Problem solving merupakan kemampuan yang penting dalam kebidanan. *Problem solving* dikaitkan dengan tingkatan intelektual seseorang yang membutuhkan refleksi dan pemikiran kreatif. Sehingga pendidikan tentang *problem solving* menjadi sesuatu yang sangat penting ditumbuhkan dalam setiap calon bidan (Çinar et al., 2010). Seorang bidan harus menghadapi beberapa masalah unik di rumah sakit, puskesmas maupun komunitas dan dengan berbagai macam karakter bidan dan pasien yang dihadapi, maka bidan harus siap untuk menghadapi masalah, dalam hal ini dalam menghadapi masalah pada proses persalinan. Dalam memberikan asuhan, bidan harus membuat perencanaan asuhan secara sistematis dan komprehensif, baik jasmani, emosional dan sosial, kemudian mengaplikasikan asuhan dan untuk selanjutnya mengevaluasi hasil dari asuhan kebidanan yang telah diberikan (Çinar et al., 2010).

14.2 Definisi

Menurut Mu'Qodin (2002), *problem solving* merupakan suatu keterampilan yang mencakup kemampuan dalam mencari informasi, menganalisis situasi, mengidentifikasi masalah yang bertujuan untuk menghasilkan alternatif tindakan dan mempertimbangkan alternatif tersebut dengan hasil yang dicapai dan kemudian dapat melaksanakan rencana dengan tindakan yang tepat. *Problem solving* juga diartikan sebagai respon yang diberikan dalam situasi yang penting dan sulit, di mana pemikiran kritis diperlukan untuk sebuah solusi. Menjadi seorang bidan tidak hanya dituntut baik dalam aspek pengetahuan saja, melainkan dalam hal keterampilan serta adaptasi terhadap perilaku khusus (Altun, 2003).

Dalam ilmu kebidanan, pemecahan masalah ini menggunakan manajemen asuhan kebidanan yang dilakukan secara sistematis. Bidan harus memanfaatkan kompetensinya, sumber daya pikirnya untuk berpikir kritis supaya mampu untuk menegakkan diagnosis kebidanan dengan tepat sehingga pengambilan keputusan dan asuhan yang diberikan kepada kliennya menjadi suatu asuhan yang bermutu (Insani et al., 2017).

14.3 Manajemen Kebidanan

Pemecahan masalah (*problem solving*) merupakan prinsip utama dari manajemen kebidanan. Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada kondisi pasien. Manajemen kebidanan terdapat 7 langkah yang harus dilakukan oleh bidan. Sebagai contoh, ketika bidan menghadapi seorang pasien, maka bidan harus mampu untuk berpikir dan bertindak untuk mengatasi masalah atau diagnosis potensial. Seorang bidan yang mampu menganalisis suatu kasus kebidanan maka dia juga akan mampu untuk menemukan diagnosis atau masalah potensial. Pada kondisi tertentu, bidan juga harus siap untuk segera bertindak untuk menyelesaikan masalah tertentu atau mungkin harus melakukan tindakan kolaborasi, konsultasi atau rujukan. (Amelia, 2019).

14.3.1 Langkah-langkah Manajemen Kebidanan

Menurut Varney (dalam (Sukini and Rofi'ah, 2016), langkah-langkah manajemen kebidanan adalah sebagai berikut:

1. Pengumpulan data dasar

Pada langkah ini ini, bidan mengumpulkan informasi secara lengkap tentang kondisi pasien. Untuk memperoleh informasi bidan dapat melakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Anamnesis untuk mendapatkan data seperti: biodata, riwayat kesehatan, riwayat obstetri, bio-psiko-sosial-kultural-spiritual, serta data pengetahuan. Pemeriksaan fisik meliputi pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus (inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi) dan pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi/USG, dan catatan terbaru dan yang lampau). Tahap ini sangat penting karena sebagai penentu proses selanjutnya yaitu interpretasi data, sehingga pada langkah ini harus dilakukan secara komprehensif. Pastikan data yang telah dikumpulkan tepat, lengkap dan akurat

2. Interpretasi data dasar

Berdasarkan data-data yang telah dikumpulkan pada tahap sebelumnya, maka bidan selanjutnya menegakkan diagnosis dan masalah yang spesifik. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang dialami waniita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai hasil pengkajian.

3. Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penangganya

Langkah ini membutuhkan antisipasi dab bidan harus siap untuk menghadapi masalah potensial yang mungkin terjadi secara rasional dan logis. Perlu mengkaji ulang diagnosis atau masalah potensial yang telah diidentifikasi dan pastikan sudah tepat .

4. Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan tindakan segera

Bidan mengidentifikasi kebutuhan akan tindakan segera oleh bidan atau dokter atau kebutuhan konsultasi dan kolaborasi. Langkah ini mencerminkan kesinambungan proses manajemen kebidanan bahwa manajemen kebidanan merupakan asuhan yang berkelanjutan, sebagai contoh bukan hanya pada masa

kehamilan saja bidan mendampingi klien nya akan tetapi lanjut sampai dengan masa persalinan.

5. Merencanakan rencana menyeluruh

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari atau dari setiap masalah yang yang berkaitan dengan perlunya tindakan penyuluhan, konseling dan apakah perlu merujuk. Rencana asuhan juga harus disetujui oleh kedua belah pihak. Rencana yang disusun juga harus rasional dan valid berdasarkan pengetahuan dan teori terkini serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien.

6. Melaksanakan perencanaan

Penting bagi bidan untuk melaksanakan perencanaan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya. Di Indonesia terdapat aturan yang tertuang dalam Kepmenkes RI Nomor HK.01.07/Menkes/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan. Standar Kompetensi Bidan ini, merupakan penyempurnaan dari Standar Kompetensi Bidan dan ruang lingkup praktik kebidanan yang tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 369/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Bidan dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan. Standar tersebut disusun berdasarkan body of knowledge, falsafah dan paradigma pelayanan kebidanan serta pola hubungan kemitraan (partnership) Bidan dan perempuan yang berfokus pada kebutuhan perempuan. Standar kompetensi ini memuat standar kompetensi lulusan pendidikan profesi Bidan dengan sebutan Bidan dan lulusan pendidikan Diploma III (tiga) Kebidanan dengan sebutan Ahli Madya Kebidanan.

7. Mengevaluasi keefektifan asuhan

Evaluasi yang dilakukan oleh bidan harus sistematis dan berkelanjutan sehingga bidan mampu untuk melihat bagaimana efektivitas dari asuhan yang telah diberikan. Apakah asuhan yang diberikan sudah sesuai dengan perkembangan kondisi klien atau tidak. Proses evaluasi terhadap asuhan yang diberikan dilakukan segera setelah bidan selesai memberikan asuhan sesuai dengan kondisi kliennya. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar dan hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga.

14.3.2 Manajemen Kebidanan Persalinan

1. Pengumpulan data dasar

Data dasar meliputi:

a. Data Subjektif

1) Biodata klien dan penanggungjawab

Pada biodata, yang dikaji meliputi nama, umur, suku bangsa, agama, alamat. Mengetahui masa reproduksi klien berisiko tinggi atau tidak <20 tahun atau >35 tahun. Menurut penelitian, usia <20 tahun memiliki sisi psikologis yang belum matang dan sistem hormonal yang belum stabil, sedangkan >35 tahun akan disertai penyakit kronis seperti hipertensi (Marmi, 2014).

2) Keluhan Utama dan tanda-tanda persalinan

Keluhan yang disampaikan oleh ibu yang akan melahirkan adalah ibu merasakan kontraksi dan ketidaknyamanan di punggung bagian bawah. Kontraksi teratur, minimal 2x/10 menit, terdapat lendir darah atau cairan ketuban (Ari Kurniarum, 2016).

3) Riwayat Menstruasi

Hal yang perlu ditanyakan, yaitu menarche, siklus menstruasi, lamanya, banyaknya darah yang keluar, aliran darah yang keluar, menstruasi terakhir, adakah dismenorhe, gangguan sewaktu menstruasi (metroraghi, menoraghi), gejala premenstrual (Trisnawati and Utami, 2017).

4) Riwayat perkawinan

Kaji usia ibu saat pertama kali menikah, status perkawinan, berapa kali menikah dan lama menikah. Pada umur pernikahan kurang dari 20 tahun, terdapat beberapa risiko dikarenakan pribadi yang belum matang, kehamilan di usia dini dan berisiko untuk masalah perekonomian keluarga (Hastuti and Aini, 2016).

5) Riwayat Kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Apabila ini adalah kehamilan yang kedua atau lebih, maka harus dikaji jarak kehamilan dengan yang sebelumnya. Jarak kehamilan yang terlalu dekat, dapat

meningkatkan risiko perdarahan pada persalinan, anemia dan ketuban pecah dini. Jarak yang terlalu jauh, maka akan berisiko melahirkan bayi prematur dan berat bayi lahir rendah (Laili and Masruroh, 2018).

6) Riwayat Kehamilan Sekarang

Status paritas perlu dikaji. Pada ibu grande multigravida bidan perlu waspada karena dapat ditemukan berkurangnya elastisitas otot rahim dan sebagai akibat dari berkurangnya elastisitas otot rahim ini dapat menyebabkan kelainan letak, kelainan implantasi plasenta, bayi lahir asfiksia (persalinan lama) dan dapat juga terjadi kelainan pertumbuhan janin. Preeklamsia/eklamsia lebih sering terjadi pada usia muda dan nulipara diduga karena adanya suatu mekanisme imunologi disamping endokrin dan genetik dan pada kehamilan pertama (Prawirohardjo, 2014).

Selain itu bidan harus mengkaji HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir) untuk menentukan Hari Perkiraan Lahir (HPL) dan umur kehamilan, sehingga bidan mengetahui apakah ibu yang akan bersalin umur kehamilannya prematur, aterm atau postterm, dan ini tentunya akan menentukan diagnosis dan tindakan yang akan bidan berikan. Konsumsi tablet Fe juga perlu dikaji karena ibu hamil dengan anemia berisiko mengalami perdarahan pada persalinannya. Perlu dikaji juga tanda bahaya kehamilan yang pernah dialami oleh ibu selama kehamilan ini. Tanda bahaya tersebut antara lain: perdarahan, sakit kepala berat, penglihatan kabur dan bengkak wajah dan ekstremitas, keluar cairan pervaginam, gerakan janin tidak terasa atau kurang dari 10x/12jam (Ari Kumiarum, 2016).

7) Riwayat Keluarga Berencana

Pengkajian meliputi jenis metode kontrasepsi yang digunakan sebelumnya, waktu penggunaan, keluhan, alasan berhenti dan rencana metode kontrasepsi pascasalin (Yuliani et al., 2017).

8) Riwayat Penyakit (Klien dan Keluarga)

Riwayat penyakit juga perlu dikaji pada klien dan keluarga karena salah satu penyebab dari kematian ibu adalah karena adanya penyakit penyerta. Faktor risiko preeklamsia salah satunya adalah pada ibu hamil dengan riwayat hipertensi/preeklamsia pada ibu dan saudara perempuannya (English et al., 2015). Riwayat diabetes melitus juga perlu dikaji, karena pada ibu hamil

dengan DM akan berpotensi melahirkan bayi besar, sehingga akan bermasalah pada saat bersalin (distosia) (Rahayu and Rodiani, 2016).

9) Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

Penuhi kebutuhan ibu akan nutrisi, eliminasi, istirahat, dan hygiene. Nutri dibutuhkan sebagai kekuatan mengejan dan mencegah agar tidak terjadi dehidrasi. Buang air kecil juga harus rutin dilakukan, karena kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan kepala janin (Jannah, 2017)

10) Psiko-sosial-spiritual dan Kultural

Secara psikologis, ibu memerlukan dukungan dari orang terdekatnya ketika melahirkan agar tidak cemas. Ibu bersalin harus ditemani oleh yang ia percaya dan membuatnya nyaman, penelitian membuktikan bahwa kondisi psikis ibu akan memengaruhi proses persalinan (Primasnia, 2017).

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan Tanda-tanda Vital

Meliputi tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu tubuh.

2) Pemeriksaan Obstetri

Lakukan inspeksi pada muka apakah ibu terlihat pucat atau adakah edema. Payudara diperiksa apakah puting menonjol dan kolostrum sudah keluar untuk persiapan pemberian ASI secara dini. Abdomen apakah ada bekas luka operasi atau tidak dan ukur tinggi fundus uteri (TFU). TFU >40 cm atau <28 cm harus dilakukan rujukan. Lakukan palpasi abdomen untuk menentukan presentasi. Untuk persalinan normal, presentasi kepala dan kepala sudah masuk pintu atas panggul. Nilai juga kontraksi uterus. Normalnya sering teratur. Kontraksi pada persalinan sejati awalnya tidak teratur dan durasi singkat, kemudian menjadi teratur disertai peningkatan frekuensi, durasi, intensitas kontraksi. Pada fase aktif, minimal terjadi dua kontraksi dalam 10 menit dan lama kontraksi adalah 40 detik atau lebih (Iimiah, 2015).

Nilai penurunan kepala dengan metode perlimaan, hasilnya:

- a) 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya berada di atas simfisis pubis

- b) 4/5 jika bagian (1/5) bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul
- c) 3/5 jika sebagian (2/5) bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul
- d) 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin yang masih berada di atas simfisis dan (3/5) bagian telah turun melewati bidang tengah panggul (tidak dapat digerakan)
- e) 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada di atas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk ke dalam rongga panggul
- f) 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam rongga panggul (JNPK-KR, 2016).

Lakukan pemeriksaan dalam:

- a) Vulva/vagina : Untuk menilai apakah sudah ada pembukaan, penipisan, kapasitas panggul, ada tidaknya penghalang pada jalan lahir, keputihan, ada infeksi, pecah tidaknya ketuban, presentasi, penurunan kepala janin (Asri and Clervo, 2012).
- b) Serviks matang ditandai dengan konsistensinya yang lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah, bisa bercampur darah (bloody show)(JNPK-KR, 2016). Pembukaan fase laten 1-3 cm (terjadi sekitar 8 jam), fase aktif pembukaan 3-4 cm. Penipisan serviks juga perlu dikaji selama tahap satu persalinan. Serviks terangkat keatas karena adanya pemendekan gabungan otot uterus selama penipisan segmen dibawah rahim pada tahap akhir persalinan. Effacement dinyatakan dalam prosentase 0-100% (Diana and Mail, 2019).
- c) Kulit ketuban dinilai apakah utuh, atau sudah pecah. Jika sudah pecah nilai air ketuban apakah jernih, bercampur mekoneum atau bercampur darah dan apakah sudah kering (Hasuki, 2010).
- d) Presentasi: normalnya belakang kepala yang ditunjukkan dengan ubun-ubun kecil sebagai titik tunjuknya dan nilai juga penyusupan

(moulase). Adanya moulase mengindikasikan adanya CPD (cephalo pelvic disproportion) (Prawirohardjo, 2014)

e) Penurunan

Bidang bidang hodge ini dipelajari untuk menentukan sampai di mana bagian terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan. Bidang hodge tersebut antara lain:

Hodge I: Bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promontorium

Hodge II: Bidang yang sejajar hodge I setinggi bagian bawah simfisis

Hodge III: Bidang yang sejajar hodge I setinggi bagian spina ischiadika

Hodge IV: Bidang yang sejajar hodge I setinggi bagian tulang koksigis (Ari Kurniarum, 2016),

c. Pemeriksaan penunjang: Dilakukan apabila ada indikasi

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan antara lain: USG, pemeriksaan laboratorium (Hb, protein urin dan glukosa).

2. Interpretasi data dasar

Diagnosis persalinan normal jika data yang mendukung:

- a. Hamil aterm (umur kehamilan 37-42 minggu)
- b. Persalinan terjadi spontan
- c. Presentasi belakang kepala
- d. Berlangsung tidak lebih dari 18 jam
- e. Tidak ada komplikasi pada ibu maupun janin

Pada persalinan normal, terdapat beberapa fase:

- a. Kala I dibagi menjadi 2:
 - 1) Fase laten: pembukaan serviks 1 hingga 3 cm, sekitar 8 jam.
 - 2) Fase aktif: pembukaan serviks 4 hingga lengkap (10 cm), sekitar 6 jam.
- b. Kala II: pembukaan lengkap sampai bayi lahir, 1 jam pada primigravida, 2 jam pada multigravida.

- c. Kala III: segera setelah bayi lahir sampai plasenta lahir lengkap, sekitar 30 menit.
 - d. Kala IV: segera setelah lahirnya plasenta hingga 2 jam post-partum.
3. Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial

Pada tahap ini, bidan menganalisis data yang telah dikumpulkan dan menginterpretasikannya dalam suatu diagnosis dan masalah kebidanan.

- a. Diagnosis sesuai dengan nomenklatur kebidanan
 - b. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
 - c. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan, baik secara mandiri, kolaborasi maupun rujukan
4. Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan tindakan segera

Rencana pemasangan infus intravena hanya dilakukan pada kondisi:

- a. Kehamilan lebih dari 5
- b. Hemoglobin ≤ 9 g/dl atau hematokrit $\leq 27\%$
- c. Riwayat gangguan perdarahan
- d. Sungsang
- e. Kehamilan ganda
- f. Hipertensi
- g. Persalinan lama

Rencana rujukan dan tindakan kolaborasi dapat juga dilakukan sedini mungkin jika pada saat pemeriksaan ditemukan salah satu atau lebih kondisi di bawah ini:

- a. Riwayat bedah cesar
- b. Perdarahan pervaginam
- c. Persalinan kurang bulan (usia kehamilan <37 minggu)
- d. Ketuban pecah dengan mekoneum yang kental
- e. Ketuban pecah lama (lebih dari 24 jam)
- f. Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (<37 minggu)
- g. Ikterus
- h. Anemia berat

- i. Tanda/gejala infeksi
- j. Preeklampsia/hipertensi dalam kehamilan
- k. TFU 40 cm atau lebih atau kurang dari 28 cm
- l. Gawat janin
- m. Primigravida dalam fase aktif dengan pemeriksaan palpasi kepala janin masih 5/5
- n. Presentasi bukan belakang kepala
- o. Presentasi majemuk
- p. Kehamilan gemeli
- q. Tali pusat menubung
- r. Syok

5. Merencanakan rencana menyeluruh

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosis dan masalah yang ditegakkan, dengan kriteria:

- a. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara menyeluruh
- b. Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga
- c. Mempertimbangkan kondisi psikologi dan sosial budaya klien/keluarga
- d. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
- e. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada

Pada perencanaan asuhan tindakan berpedoman pada Asuhan Persalinan Normal (58 langkah) dengan tetap memperhatikan pencegahan infeksi dan asuhan sayang ibu.

Asuhan sayang ibu:

- a. Beri dukungan dan dengarkan keluhan ibu

- 1) Jika ibu tampak gelisah/kesakitan:
 - 2) Biarkan ia berganti posisi sesuai keinginan, tapi jika di tempat tidur sarankan untuk miring kiri.
 - 3) Biarkan ia berjalan atau beraktivitas ringan sesuai kesanggupannya
 - 4) Anjurkan suami atau keluarga memijat punggung atau membasuh muka ibu
 - 5) Ajari teknik bernapas
- b. Jaga privasi ibu. Gunakan tirai penutup dan tidak menghadirkan orang lain tanpa seizin ibu.
 - c. Izinkan ibu untuk mandi atau membasuh kemaluannya setelah buang air kecil/besar
 - d. Jaga kondisi ruangan sejuk. Untuk mencegah kehilangan panas pada bayi baru lahir, suhu ruangan minimal 25 °C dan semua pintu serta jendela harus tertutup.
 - e. Beri minum yang cukup untuk menghindari dehidrasi.
 - f. Sarankan ibu berkemih sesering mungkin.
 - g. Gunakan lembar partograf untuk memantau kemajuan persalinan, dan letakkan partograf di dekat pasien agar mempermudah dalam melakukan pencatatan. Siapkan rujukan apabila terjadi komplikasi.
6. Melaksanakan perencanaan

Dalam melaksanakan perencanaan, yang perlu diperhatikan adalah:

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya
- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
- d. Melibatkan klien dalam setiap tindakan
- e. Menjaga privasi klien/pasien
- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- h. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai

i. Melakukan tindakan sesuai standar

Standar dalam menolong persalinan normal adalah berdasarkan 58 langkah Asuhan Persalinan Normal (APN)

- j. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan. Hasil asuhan dicatat dengan metode SOAP (Subjektif - Objektif - Analisis Data - Penatalaksanaan). Kemajuan persalinan di catat menggunakan lembar partograf (Sukini and Rofi'ah, 2016).

7. Mengevaluasi keefektifan asuhan

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat efektivitas dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien (Sukini and Rofi'ah, 2016).

Daftar Pustaka

- Alimul, A. A. (2008). Dokumentasi kebidanan. Penerbit Salemba.
- ALTUN, I. (2003). The perceived problem solving ability and values of student nurses and midwives. *Nurse education today*, 23, 575-584.
- AMELIA, N. S. (2019). Asuhan Kebidanan Kasus Kompleks Maternal dan neonatal. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru.
- ANGELO, T. A. (1995) Beginning the dialogue: Thoughts on promoting critical thinking. *Teaching of psychology*.
- Anggraeni DA, Sumarni, Ely EA. (2014). Pengaruh Dukungan Suami dalam Proses Persalinan dengan Nyeri Persalinan di RSIA Bunda Arif Purwokerto. *Bidan Prada: Jurnal Ilmiah Kebidanan*. Vol. 5, No. I.
- Anjasmara J, Hanny DS, Indah DP. (2015). Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu tentang Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dengan Partisipasi Ibu Melakukan IMD. *Surya*. Vol. VII, No.1
- Annisa, S. A. (2011). Faktor-faktor risiko persalinan seksio sesarea di RSUD Dr. Adjidarmo Lebak pada bulan Oktober-Desember 2010. Publikasi Skripsi Sarjana Kedokteran Universitas Islam Negeri Syarif~....
- ARI KURNIARUM, S. S., M.KES. (2016). Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Ari, Kurniarum. (2016). Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. BPPSDM RI : Kemenkes RI

- Ariani Yeni, Lailiyya, Melly W. (2015). Pengaruh Pemijatan Ringan pada Punggung terhadap Jumlah Pengeluaran Darah Kala IV Persalinan Normal di Bidan Praktik Mandiri Ernita Pekanbaru. *Jurnal Kebidanan*.
- ASRI, D. & CLERVO, C. (2012). *Asuhan Persalinan Normal*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- BAC. (1986). *Counselling – Definition of terms in use with expansion and rationale (Information Sheet 1)*. British Association for Counselling.
- Beyer, B. K. (1995) *Critical Thinking*. Fastback 385. Bloomington: Phi Delta Kappa.
- Bidan dan Dosen Kebidanan. (2017). *Kebidanan Teori dan Asuhan*. Jakarta : EGC
- ÇINAR, N., SÖZERI, C., ŞAHIN, S., CEVAHIR, R. & SAY, M. (2010). Problem solving skills of the nursing and midwifery students and influential factors. *Rev Eletr Enf*, 12, 601-606.
- Cunningham, et al. (2014) *Obstetri Williams*. 3rd edn. Jakarta: ECG.
- Cunningham, & Mac.Donald, G. (1995). *Obstetri Williams*. EGC.
- Curtis, G. B. (2000). *Kehamilan di Atas Usia 30*. Jakarta: Arcan.
- Dan, K., OBSTETRI, P., & NIFAS, M. (2013). *Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*.
- Darwati, L. (2018). Pengaruh Dukungan Suami Terhadap Pengurangan Nyeri Persalinan Kala 1. *Jurnal Kebidanan Universitas Islam Lamongan*. ISSN : 2086-2792 Vol. 10 No. 2.
- Depkes., (2008). *Buku Acuan Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal Asuhan Esensial, Pencegahan Dan Penanggulangan Secara Komplikasi Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: JNPK-KR. Depkes RI.
- DIANA, S. & MAIL, E. (2019). *BUKU AJAR ASUHAN KEBIDANAN, PERSALINAN, DAN BAYI BARU LAHIR*, CV Oase Group (Gerakan Menulis Buku Indonesia).
- Djami, M. E. U. and Birth, L. (no date) 'Isu Terkini dan Evidence Based dalam Praktik Kebidanan', *Jurnal Ilmiah Permata Medika*, 2, pp. 1–4.
- Dorland, W. A. (2011). *Kamus Kedokteran Dorland*. Jakarta: EGC.

- Dwi, A. (2012). *Asuhan Persalinan Normal*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Eileen KH, Beth MD, et al. (2020). *Comprehensive Midwifery: The role of the midwife in health care practice, education, and research*. Available from: <https://ecampusontario.pressbooks.pub/cmroleofmidwifery/>
- Eka, N. (2019). *Patologi Dan Fisiologi Persalinan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Elder, B. L. and Paul, R. (2007) 'Elder & Paul. *Critical Thinking. Competency Standards essential for the cultivation of intellectual skills*', pp. 1–2.
- Elsie L. Bandman (1988) *critical thinking in nursing*.
- ENGLISH, F. A., KENNY, L. C. & MCCARTHY, F. P. (2015). Risk factors and effective management of preeclampsia. *Integrated blood pressure control*, 8, 7.
- Ennis, R. H. (1996) 'Critical Thinking Dispositions: Their Nature and Assessability', *Informal Logic*, 18(2), pp. 165–182. doi: 10.22329/il.v18i2.2378.
- Fadlun, A. F. (2013). *Asuhan Kebidanan Patologis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Farelya, G., dan Nurrobikha. (2012). *Etikolegal dalam Pelayanan Kebidanan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Gabbe, S. G. et al. (2016) *Obstetrics: normal and problem pregnancies e-book*. Elsevier Health Sciences.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2012) 'The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence', Elsevier Health Sciences.
- Handayani, S., & Triwahyuni, Y. (2016). Hubungan Posisi Meneran dengan Ruptur Perineum Pada Ibu Bersalin. *Jurnal Kebidanan*, 8(02).
- HASTUTI, P. & AINI, F. N. (2016). Gambaran terjadinya pernikahan dini akibat pergaulan bebas. *Jurnal Riset Kesehatan*, 5, 11-13.
- HASUKI, I. (2010). *Buku Saku Perawatan Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: EGC.
- Hety, D.S. (2014). Model Pelaksanaan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) Pada Ibu Bersalin Di RSUD Prof. Dr. Soekandar Mojokerto. Vol 6. No. 1.

- Hidayat, A. and Sujiyatini (2017) *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- IBI. (2016). *Buku Acuan Midwifery Update*. Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia.
- IIMIAH, W. S. (2015). *Buku Ajar asuhan persalinan normal*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Ina, K., & Fitria, M. (2014). *Askeb II Persalinan*. Pustaka Pelajar.
- Indrayani. (2011). *Buku Ajar Asuhan Kehamilan*. Jakarta : Trans Info Media
- Indrayani. (2013). *Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta : Trans Info Media
- INSANI, A. A., NURDIYAN, A. & IRYANI, D. (2017). “Berpikir Kritis” Dasar Bidan Dalam Manajemen Asuhan Kebidanan. *Journal of Midwifery*, 1, 21-30.
- Isnanto, I., & Pinzon, R. (2018). Pengaruh Terapi Musik dan Masase Punggung Terhadap Nyeri Kala I Fase Aktif pada Nulipara Di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan*, 5(2), 11-20.
- Janiarli, M., & Rahmawati, I. (2018). Hubungan Antara Pendamping Persalinan dengan Kelancaran Proses Persalinan Kala II Di Puskesmas Tambusai. In *Prosiding Seminar Nasional Teknopreneur Universitas Pasir Pengaraian* (Vol. 1, No. 1, pp. 577-581).
- JANNAH, N. (2017). *Askeb II Persalinan Berbasis Kompetensi*. Jakarta: EGC.
- Jayanti, I. (2019) *Evidence Based Dalam Praktik Kebidanan*. Deepublish.
- Jenny, J.S. (2013). *Asuhan Kebidanan Persalinan & Bayi Baru Lahir*. Jakarta : Erlangga
- JNPK-KR. (2016). *Asuhan Persalinan Normal Asuhan Esensial, Pencegahan dan Penanggulangan Segera Komplikasi Persalinan Normal Asuhan Esensial Bagi Ibu Bersalin dan Bayi Baru Lahir serta Penatalaksanaan Komplikasi Segera Pasca Persalinan dan Nifas*. Jakarta: JNPK- KR.
- Johariyah, N., & Wahyu, E. (2012). *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta Timur: CV. Trans Info Media.
- Kevin Y, Lindsay AS, Kaiwen K, et al. (2017). Breathing control center neurons that promote arousal in mice. Doi:10.1126/science.aai7984

- Kurniarum, A. (2016) *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta Selatan: Pusdik SDM Kesehatan.
- Kuswanti, I. and Melina, F. (2017) *Askeb II Persalinan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Kuswanti, Ina. (2013). *Askeb II Persalinan*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- LAILI, U. & MASRUROH, N. (2018). Penentuan Jarak Kehamilan Pada Pasangan Usia Subur. *Jurnal Kesehatan Al-Irsyad*, 52-56.
- Lewis, L. (2015) *Fundamental of Midwifery*. United Kingdom: Wiley Blackwell.
- Lodrick Z. (2007). Psychological trauma – what every trauma worker should know. *Br J Psychotheray Integr*.
- Lutfiana, N. M. K. S. tangkas dan I. (2018) ‘Kewenangan Bidan dalam Melakukan Metode Persalinan Gentle Birth Pada Ibu Bersalin Melalui Pendekatan Holistic Care’, *Jurnal Kesehatan Midwinerslion*.
- Macdonald, S. and Cuerden, J. (2011) *Mayes' Midwifery Fourteenth Edition*. London: Elseiver.
- Mangkuji, B., Ginting, I., Suswaty, Lubis, R., & Wildan. (2012). *Asuhan Kebidanan 7 Langkah Soap*. EGC.
- Manuaba, I. A. C. (2009) ‘Buku Ajar Patologi Obstetri’, in. EGC.
- Manuaba, I. B. G. (1998). *Ilmu kebidanan, penyakit kandungan & keluarga berencana untuk pendidikan bidan*.
- Manuaba, I.B.G., C. Manuaba, dan F. Manuaba. (2007). *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta: EGC.
- MARMI (2014). *Asuhan Kebidanan Pada Masa Antenatal*, Yogyakarta, Pustaka Belajar.
- Marmi dan Margiyati. (2014). *Konsep Kebidanan : Untuk Mahasiswa Akademi Kebidanan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Marmi, D. (2012). *Intranatal care asuhan kebidanan pada persalinan*. Pustaka Pelajar.
- Marmi, D. (2013). *Intranatal care asuhan kebidanan pada persalinan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

- Marmi. (2011). *Asuhan Kebidanan pada Persalinan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Maryunani, A. (2010). *Nyeri dalam persalinan “teknik dan cara penanganannya.”* Jakarta: Trans info media.
- Megasari, M., J. S. Yanti, E. Husanah, dan N. Lusiana. (2019). *Rujukan Lengkap Konsep Kebidanan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Long, L. E., & Fineout-Overholt, E. (2014) ‘The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs’, *Worldviews on Evidence-Based Nursing*,.
- Mochtar, R. (1998). *Sinopsis Obstetri Fisiologi dan Patologi Jilid II*. Jakarta: EGC.
- Mochtar, Rustam. (2010). *Sinopsis Obstetri Jilid I*. EGC: Jakarta
- Nurasiah, A., Rukmawati, A., & Badriah, D. L. (2012). *Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan*. Refika Aditama.
- Nurul, J. (2014). *Persalinan Berbasis Kompetensi*. EGC.
- Oxorn, H. and Forte, W. R. (2010) *Ilmu kebidanan: patologi dan fisiologi persalinan*. Penerbit Andi.
- Patricia A. Potter, A. G. P. (2007) *fundamentals of nursing*. 6th edn. Elsevier - Health Sciences Division.
- Paul, R. (2005) ‘The state of critical thinking today’, *New Directions for Community Colleges*, 2005(130), pp. 27–38. doi: 10.1002/cc.193.
- Prawirohardjo S.(2016). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- PRAWIROHARDJO, S. (2014). *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.
- Prawirohardjo, S. 2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- PRIMASNIA, P. (2017) *Hubungan pendampingan suami dengan tingkat kecemasan ibu primigravida dalam menghadapi proses persalinan kala I di*

- rumah bersalin kota Ungaran. PROSIDING SEMINAR NASIONAL & INTERNASIONAL,.
- Purnama, D. I. (2014). 100+ Hal Penting yang Wajib Diketahui Bumil – Tanya Jawab Seputar Kehamilan dan Persalinan. Jakarta: PT Kawan Pustaka.
- Pusdiknakes, WHO, JNPK-KR (2017). Asuhan Persalinan Normal, Jakarta: JNPK-KR
- RAHAYU, A. & RODIANI, R. (2016). Efek Diabetes Melitus Gestasional terhadap Kelahiran Bayi Makrosomia. *Jurnal Majority*, 5, 17-22.
- Rahmadhayanti dan Kamtini. (2018). Pengaruh Pemberian Rangsangan Putting Susu terhadap Lama Kala III pada Ibu Bersalin. Palembang : *Jurnal Ilmiah Multi Science Kesehatan*, Vol. 9, No. 2, h. 188-197.
- Rahman Stang Abdul, Dkk. (2017). Penurunan Nyeri Persalinan dengan Kompres Hangat dan Massage Effleurage. *Jurnal MKMI*. Vol. 13, No. 2.
- Rini, S. and Kumala, F. (2017) *Panduan Asuhan Nifas dan Evidence Based Practice*. Deepublish.
- Ristica, O. D., dan W. Juliarti. (2014). *Prinsip Etika dan Moralitas dalam Pelayanan Kebidanan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Riyanti. (2018). *Etikolegal dalam Praktik Kebidanan*. Malang: Wineka Media.
- Rochmaedah, S., Nugroho, N., & Hodikoh, A. (2019). Pengaruh Penundaan Penjepitan Tali Pusat Terhadap Kadar Hb Bayi Dan Lama Pelepasan Tali Pusat. *Global Health Science (GHS)*, 4(2), 80-84.
- Roesli, Utami. (2000). *Mengenal ASI Eksklusif*. Yogyakarta: Niaga Swadaya.
- Roesli, Utami. (2008). *Inisiasi Menyusu Dini Plus ASI Eksklusif*. Jakarta: Pustaka Bunda.
- Rohani, Reni, Marisah. (2013). *Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Rukiah, A.Y, Lia Yulianti, Maemunah dan Lilik Susilowati. (2012). *Asuhan Kebidanan II Persalinan*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Rukiyah, A. Y., Yulianti, M., & Susilawati, L. (2009). *Asuhan Kebidanan 2 (Persalinan)*. Trans Info Media.

- Rukiyah, A. Y., Yulianti, M., & Susilawati, L. (2014). *Asuhan Kebidanan 2 (Persalinan)*. Jakarta: Trans Info Media.
- Runjati dan Syahniar Umar. (2018). *Kebidanan : Teori dan Asuhan Vol 2*. Jakarta : Buku kedokteran EGC.
- Sackett (1997) 'Evidence-based medicine', *Semin Perinatol*. doi: 10.1016/s0146-0005(97)80013-4.
- Saifuddin, A. B. (2002). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: YBP-SP.
- Saifuddin, Abdul Bari, dkk. (2012). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sander, C. N. (1992) *Nursing faculty of critical thinking...*, USA. Loyola University of Chicago.
- Sari, E. P., & Rimandini, K. D. (2014). *Asuhan Kebidanan Persalinan (Intranatal Care)*. Trans Info Media.
- Sari, R. N. (2012). *Konsep kebidanan*. Graha Ilmu, Yogyakarta.
- Sari, R. N., (2019). *Petunjuk Praktis Pengisian Partograf*. Forum Ilmiah Kesehatan. Ponorogo
- Sari, S. D. (2017) *Kehamilan, Persalinan, Bayi Preterm & Postterm Disertai Evidence Based*. Noerfikri.
- Sarwono, P. (2010). *Ilmu kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Scott E. (2016). *Learn Assertive Communication in Five Simple Steps*. Available from: <https://www.verywell.com/learn-assertive-communication-in-five-simple-steps-3144969>
- Setyarini, D. I., dan Suprapti. (2016). *Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal*. Jakarta: BPPSDMK Kemenkes RI.
- Shin LM, Rauch SL, Pitman RK. (2006). Amygdala, medial prefrontal cortex, and hippocampal function in PTSD. In: *Annals of the New York Academy of Sciences*.
- Sudarti, & Fauziah, A. (2011). *Buku ajar dokumentasi kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

- SUKINI, T. & ROFIAH, S. (2016). *Fundamental Kebidanan Disertai Evidence Based Practice & Dokumen Inti ICM*, Yogyakarta, Trans Medika.
- Sumapraja, S. (1999). *PartografWHO*. FKUIUI, Jakarta.
- Sumarah, Y. N., Widyastuti, Y., & Wiyanti, N. (2008). *Asuhan Kebidanan pada ibu bersalin*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Sumarah, Y. W., & Wiyati, N. (2010). *Perawatan Ibu Bersalin Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*. Fitramaya.
- Sumarni, Masni, & Hadju, V. (2012). *Faktor Determinan Lama Kala II Serta Dampaknya terhadap Pelepasan Plasenta pada Primigravida di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar*, (<http://pasca.unhas.ac.id/jurnal/files/9eb5f57dc77cbb112632bf8d946b929f.pdf>)
- Suprpti, & Mansur, H. (2018). *Praktik Klinik kebidanan II*. Kemenkes R.I.PUSDIK SDM Kesehatan.
- Sutriyani Titin dan Vivin Yuni Astutik. (2017). *Posisi Setengah Duduk dan Cara Menunjang Kerampang Berhubungan Dengan Kejadian Ruptur Perineum Derajat I dan II di BPS Bidan Maria Kelurahan Madyopuro Kecamatan Kedung Kandang Malang*. *Jurnal Care*. Vol. 5, No. 1.
- TRISNAWATI, Y. & UTAMI, T. (2017). *Hubungan Kenaikan Berat Badan Ibu Selama Hamil dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di RSUD Kota Tanjungpinang Tahun 2017*. *Cakrawala Kesehatan: Kumpulan Jurnal Kesehatan*, 8.
- Uripni, C. L., U. Sujianto, dan T. Indrawati. (2003). *Komunikasi Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Varney, H., Kriebs, J. M., & Geger, C. L. (2007). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan (Varneys Midwifery)*. Bab Graviditas. Jakarta: EGC.
- Wade, C. (1995) 'Using writing to develop and assess critical thinking', *teaching of psychology*, 22. doi: https://doi.org/10.1207/s15328023top2201_8.
- Wahyuni, S., Nuryuniarti, R., & Nurmahmudah, E. (2018). *Mobile Partograf: Aplikasi Untuk Memantau KemajuanPersalinan*. *Jurnal Riset Kebidanan Indonesia* ISSN, 2(2), 75-80.
- Wahyuningsih, H. P. (2005). *Etika Profesi Kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya.

- Walker, M. (2001) *Reconstructing Professionalism in University Teaching*. Philadelphia: SRHE and Open University Press.
- Yanti, E., Arma, N., & Karlinah, N. (2015). *Konsep Kebidanan*. CV Budi Utama.
- Yuliarti, Nurheti. (2010). *Keajaiban ASI Makanan Terbaik untuk Kesehatan, Kecerdasan, dan Kelincahan Si Kecil*. C.V Andi Offset.
- Yulizar dan Zuhrotunida. (2018). Hubungan Pendamping Persalinan dengan Lama Kala II Pada Ibu Primigravida Di Klinik S Curug Tangerang. *Tangerang : Jurnal JKFT : Universitas Muhammadiyah Tangerang*, Vol. 1, No. , h. 85-92.
- Yulizawati et al. (2019) *Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Persalinan*. Sidoarjo: Info Media Pustaka.
- Yulrina. (2016). Faktor Ibu yang Berhubungan dengan Kejadian Persalinan Lama di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru" *jurnal Komunitas Kesehatan* Vol. 3, No. 2, Mei 2016 hal 83-87
- Zaenab, S. N. (2017). *Sistem Rujukan dan Pengembangan Manual Rujukan KIA*. <http://www.kesehatan-ibuanak.net/kia/index.php/hubungi-kami/70-blended-learning-kia/372-sistem-rujukan-dan-pengembangan-manual-rujukan-kia> Diakses pada 15 November 2020.

Biodata Penulis

Sulfianti, S.Si.T., S.KM., M.Keb lahir di Cenrana Kabupaten Bone Provinsi Sulawesi Selatan, Indonesia. Putri ke-4 dari 5 bersaudara, merupakan anak dari pasangan Jabir dan Maseati. Sudah menyelesaikan Lima Buku hasil kolaborasi, buku pertama dengan judul Gizi dan Kesehatan. Buku kedua Ilmu Kesehatan Masyarakat, Buku ketiga dengan judul Ilmu Obstetri & Ginekologi untuk Kebidanan, Buku keempat Promosi Kesehatan Masyarakat, Buku Kelima Konsep Kebidanan, Penerbit Yayasan Kita Menulis. Menyelesaikan kuliah Diploma IV Kebidanan dan mendapat gelar Sarjana Sains Terapan pada tahun 2006 di Universitas Ngudi Waluyo Ungaran Semarang Jawa Tengah dan Sarjana (S-1) pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat tahun 2012 di Universitas Muslim Indonesia Makassar. Kemudian pada tahun 2015 selesai pendidikan Magister (S-2) Fakultas Kedokteran Program Studi Ilmu Kebidanan Program Pascasarjana di Universitas Hasanuddin Makassar. Diangkat menjadi Dosen Tetap di Akademi Kebidanan Bina Sehat Nusantara Bone Pada tahun 2006-sekarang.



Indryani, S.ST.,M.Kes. Lahir di Bone pada tanggal 25 Maret 1991. Menyelesaikan kuliah dan mendapatkan gelar Ahli madya kebidanan 2013, dan merupakan Alumni Akademi kebidanan Batari Toja Watampone . Pada tahun 2014 mengikuti program Sarjana sains terapan dan lulus pada tahun 2015 dari Stikes Mega Rezeki Makassar tahun 2016, dan mengikuti Program Magister Kesehatan Masyarakat dan lulus pada Tahun 2018 dari Universitas Muslim



Indonesia. Pada tahun 2016 diangkat menjadi Dosen Akademi Kebidanan Bina Sehat Nusantara Bone.

dr. Deasy Handayani Purba dilahirkan di Medan, Sumatera Utara pada tanggal 9 Desember 1992, merupakan anak ke enam dari sembilan bersaudara, buah hati dari Bapak Dr. Bonaraja Purba, M.Si dan Ibu Romlah Sinaga, S.Pd. Riwayat pendidikan penulis dimulai dari SD Sutomo 1 Medan (1999), SMP Sutomo 1 Medan (2005), SMA Sutomo 1 Medan (2008), dan Fakultas Kedokteran USU (2011). Semasa kuliah, penulis aktif mengikuti kegiatan ilmiah dan perlombaan ilmiah Fakultas Kedokteran se-Indonesia di Universitas Hasanuddin, Makassar; Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta; Universitas Padjadjaran, Bandung; Universitas Udayana, Bali; dan Universitas Lambung Mangkurat; Banjarmasin.



Penulis pernah mengikuti Program Pertukaran Mahasiswa di Negara Filipina pada tahun 2014, dan terpilih menjadi Wakil 1 Duta Bahasa Provinsi Sumatera Utara pada tahun 2015. Di sisi lain, penulis juga pernah menjadi bagian dalam Program Ekspedisi Nusantara Jaya oleh Kemenko Kemaritiman di Pulau Pari, Kepulauan Seribu, pada tahun 2017. Sejak tahun 2019 hingga saat ini, penulis aktif mengabdikan di Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK) melalui Program Nusantara Sehat Kementerian Kesehatan. Beberapa buku yang ditulis oleh penulis dan telah diterbitkan adalah Manajemen dan Kepemimpinan dalam Keperawatan (2020) dan Konsep Kebidanan (2020).

Dr. Samsider Sitorus, SST, MKes, Tempat dan Tanggal Lahir : Bukit Baringin / 09 Juni 1972, E-mail : samsidarsitorus@yahoo.co.id, Nomor Telepon /HP : 08126592472. Domisili di Kota Medan bekerja di Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan dan di berdayakan di S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Institute Helvetia Medan. Sudah menerbitkan beberapa artikel di Journal Internasional yang bereputasi berindeks Scopus



dengan Id scopus 57194779166. Pernah mereview artikel di Journal yang berindeks Scopus dan menjadi reviwer di Jurnal Kesehatan Global Helvetia Medan. Buku yang telah di Tulis ada 5 Buku yakni Merdeka Menulis, Pemasaran Digital, Kesehatan Lingkungan, ilmu Kesehatan Masyarakat, Obstetri dan Ginekologi untuk kebidanan.

Meda Yuliani, SST., M.Kes Lahir di Bogor, pada tanggal 27 Juli 1987. Ia menyelesaikan kuliah dan mendapat gelar Sarjana Sains Terapan Bidan Pendidik di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Jend. Ahmad Yani Cimahi pada tahun 2010, Magister Kesehatan pada jurusan Kesehatan Reproduksi di Universitas Respati Indonesia (URINDO) pada tahun 2015. Sejak tahun 2008 sampai sekarang ini masih aktif menjadi Dosen Tetap Program Studi D3 Kebidanan di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.



Hasliana Haslan, S.ST.,M.Kes, lahir di kota Watampone, Kabupaten Bone Provinsi Sulawesi Selatan, Indonesia tanggal 28 Agustus 1990. Putri pertama dari 2 bersaudara, merupakan anak dari pasangan H. Haslan Salam dan Hj. Mardiana. Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di Akademi Kebidanan Batari Toja Bone (2010), lalu melanjutkan Pendidikan D4 Bidan Pendidik STIKES Mega Resky Makassar (2015). Kemudian meningkatkan Pendidikan melalui pendidikan S2 Kesehatan Masyarakat konsentrasi Kesehatan Reproduksi di Universitas Muslim Indonesia Makassar (2018). Penulis pernah mengabdikan menjadi Bidan Pelaksana di Puskesmas Cina Kab, Bone tahun 2010-2012 lalu melanjutkan Pendidikan D4. Penulis menjadi Dosen Tetap sekaligus Staff Pengelola Bagian Kemahasiswaan di Akademi Kebidanan Bina Sehat Nusantara sejak tahun 2016 sampai sekarang.



Ismawati, S.ST., M.Kes Lahir di Unra, Kabupaten Bone Provinsi Sul-Sel, Indonesia pada tanggal 03 Mei 1992. Menyelesaikan kuliah dan mendapat gelar Diploma-III di Akademi Kebidanan Batari Toja Watampone (2012) dan Sains Terapan Kebidanan di STIKes Mega Rezky Makassar (2014). Pada tahun 2018 lulus Program Pascasarjana Studi Kesehatan Masyarakat di Universitas Muslim Indonesia. Pada tahun 2014 diangkat menjadi Dosen Tetap di Akademi Kebidanan Bina Sehat Nusantara Bone



Marlynda Happy Nurmalita Sari, S.ST, MKM, merupakan Putri dari Bapak Tugiyono, M.Pd dan Endang Sujarwati, S.Pd, lahir di Sragen pada tanggal 29 Maret 1989. Saya menyelesaikan kuliah dan mendapat gelar sarjana Kebidanan di Universitas Sebelas Maret tahun 2011 dan magister Ilmu Kesehatan Masyarakat peminatan Kesehatan Reproduksi di Universitas Indonesia tahun 2015. Pada tahun 2011 diangkat menjadi Dosen di Perguruan Tinggi Swasta Akademi Kebidanan Pelita Ilmu Depok. Kemudian pada tahun 2019 diangkat menjadi Dosen Perguruan Tinggi Negeri di Poltekkes Kemenkes Semarang sampai sekarang.



dr. Pebri Warita Pulungan, Sp.OG, lahir di kota Padangsidempuan, 12 Februari 1987. Sarjana Kedokteran S-1 dari Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara, lulus tahun 2011. Beliau menyelesaikan Program Pendidikan Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, menyelesaikan pendidikan dokter spesialis pada tahun 2020. Penulis merupakan salah satu awardee penerima beasiswa Dokter Spesialis dari Lembaga Pengelola Dana Pendidikan Republik Indonesia (LPDP-RI). Penulis saat ini bekerja di instansi Rumah Sakit Pendidikan



Universitas Sumatera Utara. Saat menjadi mahasiswa, penulis aktif mengikuti karya tulis ilmiah LKTI di tingkat nasional. Penulis juga telah menerbitkan beberapa buku kolaborasi yang berjudul: Ilmu Obstetri dan Ginekologi untuk Kebidanan, Kesehatan Reproduksi, dan Buku Pelayanan Keluarga Berencana”. Penulis juga merupakan pegiat blog kesehatan www.dokterpebri.com

Wahyuni, S.ST, M.Biomed lahir di Bukittinggi, Sumatera Barat pada tanggal 24 Februari 1986. Studi Diploma III (A.Md, Keb) diselesaikan pada Program Studi D.III Kebidanan Bukittinggi Poltekkes Padang bulan April tahun 2018 kemudian melanjutkan Studi Diploma IV (S.ST) pada Program Studi D.IV Bidan Pendidik Poltekkes Kemenkes Padang dan menyelesaikan proses bulan April tahun 2012. Pasca Sarjana (M.Biomed) di selesaikan bulan April tahun 2016 pada Program Studi Ilmu Biomedik



Kedokteran Universitas Andalas Jurusan Reproduksi Kedokteran. Saat ini penulis adalah Dosen tetap pada Universitas Fort De Kock Bukittinggi dan pernah menjadi Tenaga Bidan salah satu rumah sakit yang ada di Kota Bukittinggi tahun 2018-2019, Staff Dosen Kebidanan STIKes Perintis Sumatera Barat tahun 2019-2012 dan Dosen tetap Akademi Kebidanan Pelita Andalas Bukittinggi tahun 2012-2016.

Buku yang pernah penulis hasilkan adalah Mikrobiologi dan Parasitologi, Dasar-dasar Praktikum Mikrobiologi, Kebidanan Komunitas yang sudah ber-ISBN, Ilmu Obstetri dan Ginekologi Untuk Kebidanan dan Konsep Kebidanan yang diterbitkan Yayasan Kita Menulis serta beberapa buku ajar yang digunakan di lingkungan kampus dan diterbitkan Fort De Kock Ekspres. Selain melaksanakan tugas pendidikan khususnya mengajar, penulis juga aktif menulis jurnal penelitian dan melaksanakan kegiatan pengabdian kepada masyarakat termasuk kegiatan organisasi, di antaranya: Ikatan Bidan Indonesia (IBI), Dharma Wanita (DW) dan Perkumpulan Karir Dosen Indonesia.

Julietta Hutabarat, SST., M.Keb. Lahir di Medan tanggal 20 Juli 1967. Telah menyelesaikan pendidikan Magister Kebidanan di Universitas Padjadjaran Bandung pada tahun 2013. Pernah bekerja di Rumah Sakit Umum dr. Pirngadi Medan tetapi saat ini adalah dosen tetap pada Program Studi Profesi Bidan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Medan.



Dina Dewi Anggraini, S.S.T.Keb., M.Kes., lahir di Kediri pada tanggal 12 Agustus 1990. Menyelesaikan kuliah di Universitas Kadiri dan mendapat gelar Ahli Madya Kebidanan pada tahun 2012, Sarjana Sains Terapan Kebidanan pada tahun 2013 dan Magister Kesehatan peminatan Kesehatan Ibu dan Anak di Universitas Airlangga pada tahun 2016. Pada tahun 2017 diangkat menjadi Dosen Kebidanan di Perguruan Tinggi Swasta yaitu Universitas Kadiri. Kemudian pada tahun 2019 diangkat menjadi Dosen Kebidanan di Perguruan Tinggi Negeri di Poltekkes Kemenkes Semarang sampai sekarang.



dr. Agung Mahardika V. Purba lahir di Medan pada tanggal 2 April 1986. Menyelesaikan pendidikan dokter dan profesi dari Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara pada tahun 2012. Saat ini penulis merupakan tenaga medis di kabupaten deli serdang, Sumatera Utara. Aktif mengikuti pertemuan ilmiah dan perkembangan ilmu kedokteran terutama dalam bidang gizi dan kesehatan olahraga. Penulis juga aktif menulis buku kolaborasi dalam bidang kesehatan.



Fajaria Nur Aini, S.SiT, M.Tr.Keb. Lahir di Purworejo, 17 Mei 1987. Menyelesaikan pendidikan DIII dan DIV Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Semarang berturut-turut pada tahun 2008 dan 2009. Melanjutkan pendidikan S2 Terapan Kebidanan di Program Pascasarjana Poltekkes Kemenkes Semarang, lulus tahun 2018. Berpengalaman 2 tahun sebagai bidan pelaksana di Puskesmas Wirun, Purworejo dari tahun 2009 sampai dengan 2011. Pada tahun 2011 sampai sekarang penulis menjadi dosen di Poltekkes Kemenkes Semarang.



ASUHAN KEBIDANAN PADA PERSALINAN

Sangat penting untuk diingat bahwa persalinan adalah proses yang normal serta merupakan kejadian yang sehat. Akan tetapi potensi komplikasi yang mengancam nyawa juga akan selalu mengintai, sehingga bidan harus mengamati dengan ketat baik bagi ibu maupun bayinya sepanjang kelahiran. Fokus utamanya adalah mencegah terjadinya komplikasi. Hal tersebut dapat menurunkan angka kematian Ibu dan Bayi.

Buku ini membahas mengenai Asuhan Kebidanan Pada Persalinan. Asuhan kebidanan pada ibu bersalin merupakan salah satu kompetensi utama Bidan, oleh karena itu Bidan diharapkan melaksanakan tugasnya secara profesional dan berkualitas dengan penguasaan ilmu pengetahuan dan keterampilan, tanggap terhadap masalah serta mampu memenuhi kebutuhan ibu dan bayi.

Dalam buku ini membahas tentang:

Bab 1 Konsep Dasar Persalinan

Bab 2 Manajemen Kebidanan dalam Persalinan

Bab 3 Komunikasi dalam Persalinan

Bab 4 Evidence Based dalam Persalinan

Bab 5 Faktor-Faktor yang Memengaruhi Persalinan

Bab 6 Perubahan Fisiologis dan Psikologis Ibu Dalam Masa Persalinan

Bab 7 Kebutuhan Dasar Ibu Pada Masa Bersalin Kala I, II, III dan IV

Bab 8 Asuhan Kebidanan pada Kala I, II, III dan IV Persalinan

Bab 9 Pengisian dan Implementasi dari Hasil Partograf

Bab 10 Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir Normal 1 Jam

Bab 11 Pertolongan Persalinan Normal

Bab 12 Etika dan Kewenangan Bidan dalam Asuhan Kebidanan
Persalinan

Bab 13 Berpikir Kritis dalam Asuhan Persalinan

Bab 14 Problem Solving dalam Asuhan Persalinan



YAYASAN KITA MENULIS
press@kitamenulis.id
www.kitamenulis.id

