

ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN DAN BAYI BARU LAHIR



Tutik Iswanti, SST., M.Keb.
Ika Esti Anggraeni, S.ST., Bdn., M.Kes.
Nila Trisna Yulianti, S.SiT., Bdn., M.Keb
Lusi Afriyani, S.S.T., M.Tr.Keb.
Norma Jeepi Margiyanti, S.SiT., M.Kes.
Sayuti, S.Pd., S.ST., M.Kes.
Shinta Ika Sandhi, S.Si. T., M.Kes.
Dini Ariani, SST., M.Tr.Keb.
Sri Untari, S.SiT., M.Kes.

ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN DAN BAYI BARU LAHIR

Penulis:

Tutik Iswanti, SST., M.Keb.

Ika Esti Anggraeni, S.ST., Bdn.M.Kes.

Bdn.Nila Trisna Yulianti, S.SiT., M.Keb.

Lusi Afriyani, S.S.T., M.Tr.Keb.

Norma Jeepi Margiyanti, S.SiT., M.Kes.

Sayuti, S.Pd., S.ST., M.Kes.

Shinta Ika Sandhi, S.Si. T., M.Kes.

Dini Ariani, SST., M.Tr.Keb.

Sri Untari., S.SiT., M.Kes.



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN DAN BAYI BARU LAHIR

Penulis: Tutik Iswanti, SST., M.Keb.

Ika Esti Anggraeni, S.ST., Bdn.M.Kes.

Bdn.Nila Trisna Yulianti, S.SiT., M.Keb.

Lusi Afriyani, S.S.T., M.Tr.Keb.

Norma Jeepi Margiyanti, S.SiT., M.Kes.

Sayuti, S.Pd., S.ST., M.Kes.

Shinta Ika Sandhi, S.Si. T., M.Kes.

Dini Ariani, SST., M.Tr.Keb.

Sri Untari., S.SiT., M.Kes.

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Penata Letak: Deni Sutrisno

ISBN : 978-623-8411-97-9

Cetakan Pertama: Januari, 2024

Hak Cipta 2024

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2024

by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

website: www.nuansafajarcemerlang.com

instagram: @bimbel.optimal

PT NUANSA FAJAR CEMERLANG

Anggota IKAPI (624/DKI/2022)

PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahNya, serta memberikan kemudahan dan kelancaran dalam penyusunan buku ini.

Seiring dengan perkembangan ilmu kebidanan di Indonesia, bidan harus meningkatkan profesionalitasnya untuk menyesuaikan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Buku ini dibuat berdasarkan materi-materi pembelajaran yang harus disampaikan di program studi DIII Kebidanan. Buku ini juga dilengkapi dengan penugasan serta contoh soal kasus. Penulis berharap buku ini dapat menjadi pegangan bagi pendidik maupun mahasiswa kebidanan dalam mempelajari ilmu asuhan kebidanan persalinan dan bayi baru lahir, juga menjadi sumber rujukan pembelajaran dalam rangka persiapan ujian kompetensi bidan bagi mahasiswa kebidanan. Terima kasih penulis ucapkan kepada semua pihak yang telah membantu penerbitan buku ini, khususnya kepada Tim OPTIMAL yang telah memberikan ide, motivasi, dan fasilitasi dalam pembuatan buku ini, serta kepada semua penulis yang berkontribusi dalam pengerjaan buku ini.

Penulis menyadari masih terdapat kekurangan dalam penulisan buku ini. Untuk itu penulis menerima berbagai kritik dan saran untuk pengembangan buku ini ke depan agar dapat dimanfaatkan lebih baik dan lebih luas oleh berbagai pihak yang membutuhkan buku ini.

30 Desember 2023

Ketua Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA	iv
DAFTAR ISI	v
BAB I KONSEP DASAR PERSALINAN (<i>Tutik Iswanti, SST., M.Keb</i>).....	1
A. Deskripsi Pembelajaran	1
B. Tujuan Pembelajaran	1
C. Capaian Pembelajaran	1
D. Materi Pembelajaran	2
Soal dan Pembahasan	26
Tugas	28
Glosarium	29
Daftar Pustaka	30
BAB II FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERSALINAN (<i>Ika Esti Anggraeni, SST., Bdn., M.Kes</i>).....	33
A. Deskripsi Pembelajaran	33
B. Tujuan Pembelajaran	33
C. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah	33
D. Uraian Materi.....	34
Soal Dan Pembahasan	44
Tugas	46
Glosarium	47
Daftar Pustaka	49
BAB III PERUBAHAN FISIOLOGIS DAN PSIKOLOGIS IBU DALAM MASA PERSALINAN (<i>Bdn. Nila Trisna Yulianti, S.SiT., M.Keb</i>).....	51
A. Deskripsi Pembelajaran	51
B. Tujuan Pembelajaran	51
C. Capaian Pembelajaran	51
Soal Uji Kompetensi (UKOM)	67
Tugas	70
Glosarium	70
Dafta Pustaka	72
BAB IV KEBUTUHAN DASAR IBU BERSALIN KALA I, II, III DAN IV (<i>Lusi Afriyani, S.S.T., M.Tr.Keb.</i>).....	75

A. Deskripsi Pembelajaran	75
B. Tujuan Pembelajaran	75
C. Capaian Mata Kuliah	75
D. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin	75
Soal dan Pembahasan	85
Daftar Pustaka	89
BAB V ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN KALA I, II, III DAN IV (<i>Lusi Afriyani, S.S.T., M.Tr.Keb.</i>).....	91
A. Deskripsi Pembelajaran	91
B. Tujuan Pembelajaran	91
C. Capaian Mata Kuliah	91
D. Asuhan Kebidanan Persalinan	92
Soal dan Pembahasan	98
Daftar Pustaka	102
BAB VI PENGISIAN DAN IMPLEMENTASI HASIL PARTOGRAF (<i>Norma Jeepi Margiyanti, S.SiT., M.Keb.</i>).....	103
A. Deskripsi Pembelajaran	103
B. Tujuan Pembelajaran	103
C. Capaian Pembelajaran	103
D. Topik Bahasan	104
Soal Dan Pembahasan	114
Tugas	116
Daftar Pustaka	121
BAB VII ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR NORMAL 1 JAM (<i>Sayuti, S.Pd., S.ST., M.Kes.</i>).....	123
A. Deskripsi Pembelajaran:.....	123
B. Tujuan Pembelajaran:.....	123
C. Capaian Pembelajaran:.....	123
Soal Dan Pembahasan	141
Tugas	142
Glosarium	142
Daftar Pustaka	143
BAB VIII KONSEP DAN SISTEM RUJUKAN PADA KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL PADA MASA PERSALINAN (<i>Dini Ariani, SST., M.Tr.Keb.</i>).....	145
A. Deskripsi Pembelajaran	145

B. Tujuan Pembelajaran	146
C. Capaian Pembelajaran	146
D. Materi	146
Soal Dan Pembahasan	158
Tugas	160
Glosarium	160
Daftar Pustaka	161
BAB IX DETEKSI KEGAWATDARURATAN, KOMPLIKASI DAN PENANGANAN AWAL PADA KEGAWATDARURATAN PENYULIT PADA BAYI BARU LAHIR	
(Shinta Ika Sandhi, S.SiT., M.Kes.)	163
A. Deskripsi Pembelajaran :	163
B. Tujuan Pembelajaran :	163
C. Capaian Pembelajaran :	163
D. Materi	164
Soal Dan Pembahasan	187
Tugas	188
Glosarium	188
Daftar Pustaka	190
BAB X MELAKUKAN OBSERVASI ASUHAN PERSALINAN DAN BAYI BARU LAHIR DENGAN PENDEKATAN CONTINUITY OF CARE DI PUSKESMAS PONED (Sri Untari, M.Kes.).....	193
A. Deskripsi Pembelajaran	193
B. Tujuan Pembelajaran	193
C. Capaian Pembelajaran	193
Soal Dan Pembahasan	206
Tugas	208
Glosarium	208
Daftar Pustaka	214
BIOGRAFI PENULIS	216
SINOPSIS.....	221

BAB I

KONSEP DASAR PERSALINAN

(Tutik Iswanti, SST., M.Keb)

A. Deskripsi Pembelajaran

Materi ini memberikan kemampuan kepada mahasiswa untuk memahami konsep dasar asuhan persalinan dengan pendekatan manajemen kebidanan didasari konsep-konsep, sikap, dan keterampilan serta hasil *evidence based*.

B. Tujuan Pembelajaran

Pada akhir pembelajaran, mahasiswa dapat menjelaskan konsep dasar asuhan persalinan (Pengertian persalinan, penyebab persalinan, tanda dan gejala persalinan serta tahapan persalinan).

C. Capaian Pembelajaran

1. Pengertian persalinan
2. Penyebab persalinan
3. Tanda dan gejala persalinan
4. Tahapan persalinan
5. Rekomendasi WHO

D. Materi Pembelajaran

1. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran janin dan plasenta dari rahim melalui vagina. Persalinan terbagi menjadi tiga tahap, tahap pertama dibagi lagi menjadi dua tahap. Persalinan yang sukses melibatkan tiga faktor: upaya ibu dan kontraksi rahim, karakteristik janin, dan anatomi panggul. Tiga serangkai ini secara klasik disebut sebagai penumpang, tenaga, dan jalan lahir. Dokter biasanya menggunakan berbagai modalitas untuk memantau persalinan.

Pemeriksaan serviks serial digunakan untuk menentukan pelebaran serviks, penipisan, dan posisi janin, yang juga dikenal sebagai stasion. Pemantauan jantung janin dilakukan hampir terus menerus untuk menilai kesejahteraan janin selama persalinan. Kardiotokografi digunakan untuk memantau frekuensi dan kekuatan kontraksi. Profesional medis menggunakan informasi yang mereka peroleh dari pemantauan dan pemeriksaan serviks untuk menentukan tahapan persalinan pasien dan memantau perkembangan persalinan.

Persalinan merupakan proses-proses yang menghasilkan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Ini dimulai dengan kontraksi persalinan yang sebenarnya, misalnya dibuktikan dengan perubahan serviks yang progresif, dan berakhir dengan lahirnya plasenta. Penyebab dari permulaan persalinan spontan tidak diketahui sejumlah teori menarik telah dikemukakan profesional yang berpengalaman dan perawat kesehatan tahu caranya menginduksi persalinan dalam kondisi tertentu.

Persalinan normal mempunyai ciri-ciri sebagai berikut:

- a. Onset spontan (mulai dengan sendirinya, tanpa intervensi medis)
- b. Kontraksi rahim yang berirama dan teratur
- c. Presentasi vertex
- d. Persalinan pervaginam terjadi tanpa intervensi aktif dalam waktu kurang dari 12 jam pada ibu multigravida dan kurang dari 18 jam pada primigravida (kelahiran pertama)
- e. Tidak ada komplikasi ibu atau janin.

2. Penyebab Persalinan

Saat kehamilan mulai selesai, tubuh Anda akan bersiap untuk persalinan. Ini adalah proses kelahiran bayi. Persalinan seringkali berbeda pada setiap orang. Ada yang persalinannya cepat dan ada pula yang persalinannya lama dan sulit. Orang lain bahkan mungkin mengalami persalinan yang terhenti atau terhenti, sehingga memerlukan intervensi medis.

Persalinan pervaginam paling aman bagi janin dan ibu ketika bayi baru lahir cukup bulan pada usia kehamilan 37 hingga 42 minggu. Persalinan pervaginam lebih disukai mengingat morbiditas dan mortalitas yang terkait dengan kelahiran sesar operatif telah meningkat dari waktu ke waktu. Kegiatan ini menguraikan proses persalinan pervaginam, teknik, dan persiapan yang diperlukan agar persalinan pervaginam berhasil, dan meninjau peran tim interprofesional dalam mengelola persalinan dan membuktikan perawatan bagi pasien yang menjalani persalinan pervaginam sebagai sarana persalinan.

Untuk kehamilan cukup bulan, persalinan pervaginam diindikasikan ketika terjadi persalinan spontan atau jika selaput ketuban dan korionik pecah. Selain itu, dengan komplikasi kehamilan atau kehamilan lewat waktu, induksi persalinan diindikasikan, yang juga merupakan indikasi persalinan pervaginam.

Tubuh akan memproduksi hormon yang memicu perubahan pada tubuh sebelum, selama, dan setelah melahirkan. Inilah cara tubuh bekerja untuk membantu melahirkan bayi.

- a. Prostaglandin – Sebelum melahirkan, tingkat prostaglandin yang lebih tinggi akan membantu membuka leher rahim dan membuat tubuh Anda lebih mudah menerima hormon penting lainnya, oksitosin.
- b. Oksitosin – Hormon ini menyebabkan kontraksi selama persalinan, serta kontraksi yang mengeluarkan plasenta setelah bayi lahir, dan selama menyusui.
- c. Relaxin – Hormon relaxin membantu melembutkan dan meregangkan leher rahim untuk melahirkan. Ini membantu air ketuban pecah dan memungkinkan ligamen di panggul meregang sehingga bayi dapat keluar.

- d. Beta-endorfin – Saat melahirkan, jenis endorfin ini membantu meredakan nyeri dan dapat membuat pasien merasakan kegembiraan atau euforia.
- e. Adrenalin dan noradrenalin – Hormon 'lawan atau lari' ini dilepaskan tepat sebelum kelahiran, menyebabkan beberapa kontraksi kuat dan gelombang energi yang membantu Anda melahirkan bayi.

3. Tanda dan Gejala Persalinan

Persalinan sejati ditandai dengan kontraksi rahim yang teratur, berirama dan kuat yang akan meningkat secara progresif dan tidak dapat dihilangkan dengan obat anti nyeri. Gejala nyeri mungkin sedikit berkurang jika wanita tersebut mengonsumsi obat pereda nyeri, namun persalinan sebenarnya akan tetap berlanjut.

Jika persalinan sebenarnya mengalami kemajuan, akan terjadi kontraksi uterus yang memadai, yang dievaluasi berdasarkan tiga ciri yaitu frekuensi, durasi, dan intensitas kontraksi:

- a. Frekuensi kontraksi rahim akan 3-5 kali dalam setiap periode 10 menit.
- b. Setiap kontraksi berlangsung selama 40–60 detik; ini dikenal sebagai durasi kontraksi.
- c. Wanita tersebut memberi tahu Anda bahwa kontraksinya terasa kuat; ini adalah intensitas kontraksi.

Tanda dan gejala yang akan datang persalinannya lightening, perubahan serviks, persalinan palsu, ketuban pecah dini, munculnya darah, en-sembruan energi, dan gangguan pencernaan.

a. Lightening

Lightening yang terjadi kurang lebih 2 minggu sebelum persalinan, merupakan turunnya bagian presentasi bayi ke dalam panggul sebenarnya. Kepala bayi, jika ada presentasi kepala, biasanya terfiksasi atau bertunangan setelahnya. Wanita tersebut sering menyebut lightening sebagai "bayinya terjatuh". Dia akan mengalami penurunan ketidaknyamanan kehamilan sesak napas yang dialaminya pada hari ketiga trimester karena lightening akan memberinya lebih banyak ruang di perut bagian atas untuk ekspansi

paru-paru. Namun, lightening akan menimbulkan ketidaknyamanan lainnya karena tekanan dari bagian presentasi struktur di area panggul sejati.

- 1) Frekuensi buang air kecil, karena kandung kemihnya berada di bawah tekanan dan memiliki lebih sedikit ruang untuk ekspansi
- 2) Perasaan tidak nyaman pada panggul secara umum tekanan, yang mungkin membuatnya merasa canggung dan menghasilkan sensasi konstan yang kadang-kadang ada sesuatu yang perlu keluar atau buang air besar-dibutuhkan
- 3) Kram kaki, yang mungkin disebabkan oleh tekanan yakin bagian presentasi pada saraf itu berjalan melalui foramen siatika mayor dan mengarah ke kaki
- 4) Peningkatan produksi stasis vena dependen edema karena tekanan presentasi bagian di panggul sejati menghambat kembalinya darah dari ekstremitas bawah.

Pada Primigravida, lightening biasanya terjadi sebelum persalinan hanya pada primigravida, hal ini mungkin disebabkan oleh peningkatan intensitas kontraksi Braxton Hicks dikombinasikan dengan otot perut yang baik nada yang lebih umum pada primigravida.

b. Perubahan Serviks

Saat persalinan semakin dekat, leher rahim menjadi "matang". Di dalam berbeda dengan keadaannya yang tertutup, panjang, dan lunak selama kehamilan menjadi lebih lembut, dengan konsistensi puding, dan menunjukkan tingkat penipisan tertentu dan mungkin sedikit dilatasi.

Evaluasi kematangan bersifat relatif terhadap individu wanita dan paritasnya misalnya saat hamil grand multipara serviks biasanya mungkin melebar 2 sentimeter sesuai pilihan menghadap ke leher rahim primigravida yang biasanya tertutup.

Diperkirakan bahwa perubahan serviks ini adalah disebabkan oleh semakin meningkatnya intensitas Kontraksi Braxton Hicks. Leher rahim mungkin sudah matang untuk periode waktu yang bervariasi sebelum persalinan. Kematangan menunjukkan kesiapan serviks untuk melahirkan. Menentukan kematangan memungkinkan bidan

untuk memastikannya wanita yang akan dia ajak bersalin permulaan kontraksi persalinan dan waktu terjadinya tenaga kerja relatif dekat. Ini juga memungkinkan Anda untuk menilai kemungkinan keberhasilan suatu upaya yang diindikasikan pengurangan tenaga kerja.

c. Persalinan palsu

Persalinan palsu terdiri dari kontraksi rahim yang menyakitkan yang tidak memiliki dampak progresif yang terukur terhadap serviks. Kontraksi persalinan palsu sebenarnya adalah sebuah berlebihan dari Braxton Hicks yang biasanya tidak menimbulkan rasa sakit kontraksi yang terus terjadi sejak saat itu sekitar usia kehamilan 6 minggu.

Persalinan palsu dapat terjadi selama sehari-hari atau sebentar-sebentar bahkan 3 atau 4 minggu sebelum permulaan persalinan sebenarnya. Persalinan palsu benar-benar menyakitkan, dan seorang wanita mungkin mengalaminya kehilangan tidur dan energi untuk mengatasinya. Dia tidak mungkin untuk mengetahui dengan pasti apakah dia benar-benar akan melahirkan karena hal ini hanya dapat ditentukan melalui pemeriksaan vagina. Persalinan palsu yang berulang secara intermiten dan perjalanan bolak-balik ke kantor Anda atau rumah sakit melelahkan dan membuat frustrasi wanita dan keluarganya. Situasi ini memerlukan upaya besar untuk tingkat pengertian, kesabaran, dukungan, kepastian, dan banyak penjelasan dari semuanya personel yang melihat wanita itu selama perjalanannya ke kantor Anda atau rumah sakit. Namun, persalinan palsu memang menunjukkan pendekatan persalinan.

d. Ketuban pecah dini

Biasanya selaput pecah pada akhir tahap pertama persalinan. Pecah sebelum timbulnya persalinan disebut ketuban pecah dini dan terjadi pada sekitar 12 persen wanita. Sekitar 80 persen wanita yang mengalami kehamilan jangka pendek dengan ketuban pecah dini mulailah persalinan secara spontan dalam waktu 24 jam.

e. Semburan darah

Sumbatan lendir yang dihasilkan oleh sekresi serviks proliferasi kelenjar mukosa serviks pada awal kehamilan, berfungsi sebagai penghalang pelindung dan menutup saluran serviks selama kehamilan.

Semburan darah paling sering dilihat sebagai pertunjukan yang ulet, keluarnya lendir berlumuran darah yang harus dibedakan dengan hati-hati dari pendarahan nyata. Wanita sering menyebut pelepasan itu sebagai “melihat tandanya.” Kadang-kadang seluruh sumbat lendir dikeluarkan massal; jika sumbat dicabut saat persalinan dan bisa terlihat keluar dari vagina wanita, pada petugas kebidanan yang berpengalaman mungkin mengira tali pusat telah prolaps. Lebih umum itu adalah mantan dikupas selama 1 hingga 2 hari.

Semburan darah adalah tanda persalinan yang akan segera terjadi biasanya terjadi dalam waktu 24 hingga 48 jam. Namun, Semburan darah tidak ada nilainya sebagai tanda kerja jika pada pemeriksaan vagina telah dilakukan sebelumnya 48 jam, karena keluarnya lendir berlumuran darah selama ini mungkin hanya efek kecil trauma atau gangguan pada sumbat lendir selama ujian.

f. Kontraksi

Persalinan itu sendiri merupakan interaksi fisiologis yang rumit dan kekuatan psikologis dalam diri wanita dan pengaruh kekuatan-kekuatan ini pada proses kelahiran dan seterusnya bayi. Kekuatan-kekuatan ini mengakibatkan lahirnya Sayang. Kekuatan fisiologis utama selama persalinan adalah yaitu kontraksi uterus. Tidak mungkin untuk membatalkan, memahami dan mengevaluasi kemajuan persalinan, untuk memahami ketidaknyamanan dan nyeri persalinan, untuk mencari kenyamanan tindakan, atau untuk mewaspadai komplikasi tanpa pemahaman menyeluruh tentang kontraksi uterus dan tindakan mereka.

Kontraksi rahim saat melahirkan bersifat unik satu-satunya kontraksi otot fisiologis yang menyakitkan di dalam tubuh. Selain itu, kontraksi ini terjadi sukarela, karena mereka berada di bawah kondisi saraf intrinsik kontrol. Artinya wanita tersebut tidak memiliki fisiologis kontrol atas frekuensi dan durasinya kontraksi, karena tidak diatur oleh apapun proses saraf ekstrauterin. Setiap bidan, bagaimana-pun, dapat menceritakan situasi di mana seorang wanita kekuatan psikologis seperti untuk sementara mencegah atau menghentikan persalinan.

Durasi kontraksi uterus bervariasi tergantung di mana wanita itu berada pekerjaannya. Kontraksi persalinan aktif berlangsung 45 hingga 90 detik dengan rata-rata 60 detik. Di dalam persalinan awal kontraksinya mungkin hanya 15 sampai 20 durasi detik.

Frekuensi kontraksi ditentukan oleh mengukur waktu dari awal satu kontraksi hingga awal kontraksi berikutnya. Durasi kontraksi juga dicatat; mengurangi durasi dari frekuensi menghasilkan lamanya periode relaksasi. Misalnya, wanita a yang mulai kontraksi pada 5:05, 5:10, 5:15, 5:20, dan 5:25, masing-masing berdurasi 60 detik, adalah mengalami kontraksi dengan frekuensi setiap 5 menit dan durasi 60 detik.

Periode relaksasi 4 menit antara akhir satu kontraksi dan awal kontraksi berikutnya lebih banyak dari cukup untuk kesejahteraan bayi, ibu, dan otot rahim. Titik kritis mutlak tercapai ketika kontraksi lebih sering dari sebelumnya 2 menit dan berdurasi lebih lama dari 90 detik, karena tidak memberikan waktu relaksasi yang cukup.

Sedangkan kontraksi lebih sering dengan durasi yang lebih lama di luar titik kritis ini tidak terjadi pada persalinan spontan normal, mereka harus dijaga ketat selama pemberian pitocin. pengurangan atau augmentasi persalinan.

Kontraksi harus dievaluasi tidak hanya untuk frekuensi, durasi, dan intensitas tetapi juga untuk interaksi ketiga faktor tersebut. Secara umum, kontraksi uterus mulai jarang atau tidak teratur kontraksi (misalnya, setiap 20 hingga 30 menit) dalam waktu singkat durasi (15 hingga 20 detik) dan intensitas ringan; menjadi datang lebih sering, lebih lama, dan lebih intens kemajuan persalinan; dan biasanya setiap 2 hingga 3 menit, berlangsung 60 hingga 90 detik, dan intensitas para pada akhir tahap pertama persalinan.

Namun, jarang ada variasi pola ini juga mengakibatkan lahirnya bayi. Jika seorang wanita memulai dengan kontraksi dengan frekuensi setiap 5 menit, berlangsung 60 detik, dan dengan ketegangannya, jangan berharap mereka menjadi tidak teratur, durasi singkat, dan intensitas ringan sebelum menjadi lebih sering, lebih lama, dan lebih keras kecuali jika dia mengembangkan disfungsi uterus. Selain itu, perempuan juga pernah mengalaminya diketahui melahirkan bayi dengan waktu 5 hingga 7 menit. kontraksi yang berlangsung 30 hingga 40 detik dan ringan hingga intensitas sedang.

Kontraksi mempunyai efek tambahan berupa pemanjangan ovoid uterus sekitar 5 sampai 10 sentimeter dengan penurunan yang sesuai pesawat horisontal. Hal ini mempunyai efek meluruskan tulang belakang janin, sehingga mendekatkan kutub atas janin dalam kontak langsung yang solid dengan fundus uteri berkontraksi sedangkan kutub bawah diarahkan ke bawah dan didorong ke panggul. Dikenal sebagai tekanan sumbu janin, hal ini juga mengakibatkan pengerahan tekanan terhadap serviks dan lebih rendah segmen uterus, sehingga juga mempengaruhi penipisan dan dilatasi serviks.

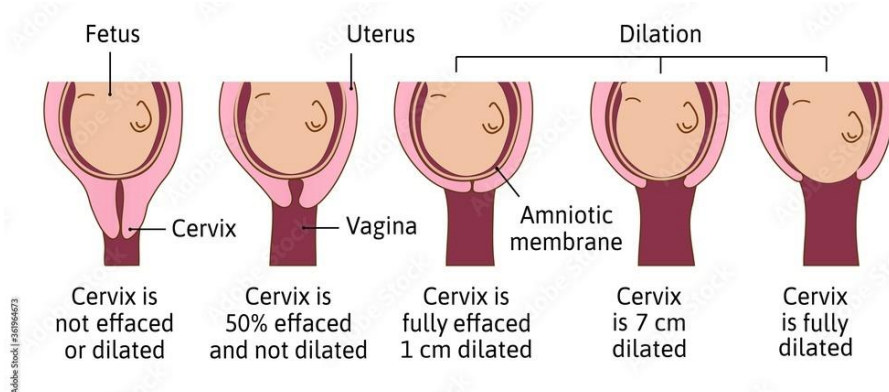
g. Effacement dan Dilatasi

Penipisan dan dilatasi adalah akibat langsung dari kontraksi seperti dijelaskan di atas. Effacement adalah pemendekan serviks saluran dari biasanya 2 sampai 3 sentimeter sampai pada titik di mana

saluran serviks dilenyapkan, hanya menyisakan os luar sebagai lubang melingkar dengan tepi tipis. Pemendekan ini terjadi akibat pemanjangan serat otot di sekitar os interna saat mereka dibawa ke segmen bawah rahim.

Penipisan difasilitasi oleh susunan endoserviks yang menyerupai celah, yang pada dasarnya terbuka seperti akordeon saat diregangkan dan diangkat menjadi bagian dari segmen bawah rahim. Itu proses penghapusan juga difasilitasi oleh dan merupakan penyebab keluarnya sumbat lendir. Penghapusan adalah dievaluasi secara klinis dalam bentuk persentase, dengan penghapusan menjadi 0 persen dan penghapusan lengkap menjadi 100 persen.

Dilatasi adalah pembesaran bagian luar os serviks dari lubang berdiameter beberapa milimeter ke lubang yang cukup besar untuk ditampung bayi melewati. Selain tindakan utama kontraksi, dilatasi difasilitasi oleh aksi hidrostatik cairan ketuban di bawah pengaruh kontraksi, yang menyebabkan membran untuk berfungsi sebagai irisan yang melebar di area tersebut resistensi paling kecil di dalam rahim. Meski utuh membran memungkinkan tindakan hidrostatik ini cairan ketuban dan memberikan alat pelebaran yang paling efektif, jika selaput ketuban pecah, maka tekanan bagian presentasi pada serviks dan segmen bawah rahim juga dapat memiliki efek melebar tergantung pada bagian presentasi dan posisinya kaitannya dengan serviks.

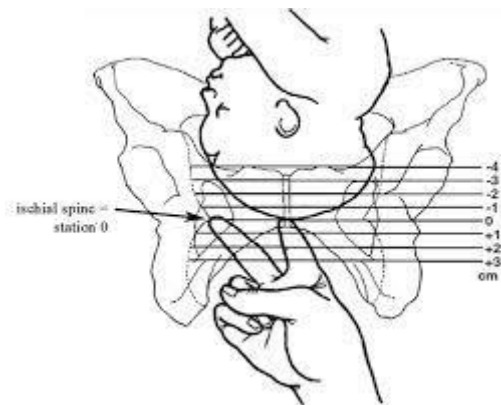


Sumber : <https://stock.adobe.com/images/cervical-effacement-and-dilation-during-labor-or-delivery-cervix-changes-from-not-effaced->

and-dilated-to-fully-effaced-and-totally-dilated-vector-medical-illustration/361964673

h. Stasion

Stasion adalah hubungan bagian paling bawah bagian presentasi ke garis imajiner yang ditarik antara duri iskia panggul wanita. Itu bagian paling bawah dari bagian presentasi pada tingkat duri iskia disebut stasion 0. Stasion diukur dalam sentimeter di atas atau di bawah tingkat spina iskiadika, dengan bagian atasnya ditetapkan sebagai stasion -1, -2, -3, -4, dan -5 dan di bawahnya ditetapkan sebagai stasion +1, +2, +3, +4, dan +5. Stasion -5 setara dengan floating head dan a Stasion +5 setara dengan kepala di lubang vagina.



Sumber : <http://www.kesehatankerja.com/partograph.htm>

Stasion terkadang sulit dipastikan keberadaannya telah banyak membentuk tengkorak janin dan perkembangan caput succedaneum. Di kepala presentasi, bagian paling bawah sebenarnya dari bagian pengirim, yaitu tulang tengkorak, mungkin merupakan pusat pengatur waktu atau lebih tinggi dari caput, itulah yang terjadi jarimu rasakan. Hal ini penting untuk kembali anggota jika Anda khawatir tentang kecukupan panggul tengah dan menggunakan stasion sebagai indikasi bahwa kepala janin telah melakukan manuver pada bagian ini panggul.

Keluhan utama yang umum terjadi antara lain nyeri kontraksi, pendarahan vagina/berdarah, dan kebocoran cairan dari vagina. Dokterlah yang menentukan apakah pasien akan melahirkan, yang

didefinisikan sebagai kontraksi teratur dan signifikan secara klinis dengan perubahan obyektif pada dilatasi dan/atau penipisan serviks. Ketika perempuan pertama kali datang ke unit persalinan, tanda-tanda vital, termasuk suhu, denyut jantung, saturasi oksigen, laju pernapasan, dan tekanan darah, harus diperiksa dan diperiksa untuk mengetahui adanya kelainan. Pasien harus menjalani pemantauan kardiotokografi terus menerus untuk memastikan kesejahteraan janin. Catatan prenatal pasien, termasuk riwayat obstetrik, riwayat bedah, riwayat kesehatan, laboratorium, dan data pencitraan, harus ditinjau. Yang terakhir, riwayat penyakit saat ini, peninjauan sistem, dan pemeriksaan fisik, termasuk pemeriksaan spekulum steril, perlu dilakukan.

Selama pemeriksaan spekulum steril, dokter akan mencari tanda-tanda pecahnya selaput seperti cairan ketuban yang menggenang di saluran vagina posterior. Jika dokter tidak yakin apakah telah terjadi pecah ketuban atau tidak, pengujian tambahan seperti pengujian pH, pemeriksaan mikroskopis untuk mencari pakis pada cairan, atau pengujian laboratorium terhadap cairan dapat menjadi langkah berikutnya.

Cairan ketuban memiliki pH 7,0 hingga 7,5, lebih basa dibandingkan pH vagina normal. Pemeriksaan dengan sarung tangan steril harus dilakukan untuk menentukan derajat pelebaran dan penipisan serviks. Pengukuran dilatasi serviks dilakukan dengan mencari lokasi ostium serviks bagian luar dan merentangkan jari-jari membentuk huruf 'V', serta memperkirakan jarak antara kedua jari dalam sentimeter. Penipisan diukur dengan memperkirakan persentase sisa panjang serviks yang menipis dibandingkan dengan serviks yang tidak penipisan. Selama pemeriksaan serviks, konfirmasi bagian presentasi janin juga diperlukan. USG di samping tempat tidur dapat digunakan untuk memastikan presentasi dan posisi bagian presentasi janin. Perhatian khusus harus diberikan pada kasus presentasi sungsang karena peningkatan risiko morbiditas dan mortalitas janin dibandingkan dengan janin dengan presentasi kepala.

4. Tahapan Persalinan

Persalinan adalah suatu proses yang terbagi menjadi tiga tahap. Tahap pertama dimulai saat persalinan dimulai dan diakhiri dengan pembukaan dan penipisan serviks secara penuh. Kala II dimulai dengan pembukaan serviks secara menyeluruh dan diakhiri dengan lahirnya janin. Kala III dimulai setelah janin lahir dan berakhir ketika plasenta telah lahir. Kegiatan ini menguraikan tahapan persalinan dan relevansinya dengan tim interprofesional dalam menangani perempuan bersalin.

a. Kala I Persalinan

Tahap pertama persalinan ditandai dengan pembukaan serviks secara progresif, yang cukup melebar untuk mengeluarkan bayi dari rahim. Pada sebagian besar kehamilan, tidak ada yang bisa masuk atau keluar dari leher rahim, karena lubang kecil di dalamnya tersumbat oleh lendir.

Kala satu persalinan diartikan sebagai permulaan dengan kontraksi persalinan yang sebenarnya yang dibuktikan dengan perubahan serviks yang agresif, dan berakhir dengan serviks melebar sempurna (10 sentimeter). Hal ini dikenal sebagai tahap dilatasi serviks.

Kala satu persalinan dibagi menjadi dua tahap berturut-turut. fase awal: laten dan aktif. Bidan sudah lama menggambarkan fase transisi persalinan di akhir fase aktif dari sekitar 8 hingga 10 sentimeter dilatasi.

Tahap pertama yang laten adalah periode waktu yang ditandai oleh kontraksi uterus yang menyakitkan dan perubahan yang bervariasi serviks, termasuk beberapa derajat penipisan dan perkembangan dilatasi yang lebih lambat hingga 5 cm untuk pertama dan persalinan selanjutnya.

Fase laten meliputi periode waktu dari awal persalinan hingga saat kapan dilatasi mulai berkembang secara aktif. Ini secara umum adalah dari timbulnya kontraksi teratur ke 3 hingga 4 dilatasi sentimeter atau ke awal fase aktif. Sedikit atau tidak ada penurunan presentasi sebagian terjadi selama fase laten.

Kontraksi terjadi selama fase laten seiring dengan peningkatan frekuensi, durasi, dan intensitas terjadi setiap 10 hingga 20 menit, berlangsung 15 hingga 20 detik dan intensitasnya ringan hingga

kontraksi dengan intensitas sedang (rata-rata 40 mm Hg pada puncaknya dari tonus uterus awal 10 mm Hg) terjadi kira-kira setiap 5 sampai 7 menit dan berlangsung selama 30 sampai 40 detik.

Tahap aktif pertama adalah periode waktu yang ditandai oleh kontraksi uterus yang menyakitkan secara teratur, cukup besar derajat penipisan serviks dan serviks lebih cepat dilatasi dari 5 cm sampai dilatasi penuh untuk pertama dan persalinan selanjutnya.

Wanita harus diberitahu bahwa durasi standarnya adalah tahap laten pertama belum terbentuk dan bisa sangat bervariasi antara satu wanita dengan wanita lainnya. Namun, itu durasi tahap pertama aktif (dari 5 cm sampai serviks penuh dilatasi) biasanya tidak melebihi 12 jam persalinan pertama, dan biasanya tidak melebihi 10 jam dalam persalinan berikutnya.

Fase aktif meliputi periode waktu dari awal perkembangan aktif dilatasi hingga selesainya dilatasi dan termasuk fase transisi. Biasanya berkisar antara 3 hingga 4 sentimeter (atau akhir fase laten) hingga dilatasi 10 sentimeter (atau akhir tahap pertama fase laten tenaga kerja). Penurunan progresif pada bagian presentasi terjadi pada bagian akhir fase aktif dan selama tahap kedua.

Kontraksi selama fase aktif menjadi semakin sering, durasinya lebih lama, dan intensitas yang lebih besar. Kontraksi yang efektif adalah itu yang mempunyai pola gradien rangkap tiga normal, mencapai tekanan uterus 40 hingga 50 milimeter air raksa selama puncak kontraksi, dan kembali ke tonus uterus istirahat 10 milimeter air raksa. Pada akhir fase aktif, kontraksi biasanya datang setiap 2 hingga 3 menit, berlangsung sekitar 60 menit detik, dan mencapai intensitas yang kuat (lebih dari 40 mm Hg) dengan rata-rata sekitar 55 milimeter air raksa.

Rekomendasi Kala I :

- a. Pemeriksaan vagina digital dengan interval empat jam adalah direkomendasikan untuk penilaian rutin tahap pertama aktif persalinan pada wanita berisiko rendah.
- 1) Auskultasi denyut jantung janin secara intermiten dengan keduanya perangkat USG Doppler atau stetoskop janin Pinard

direkomendasikan untuk wanita hamil yang sehat dalam persalinan.

- 2) Analgesia epidural direkomendasikan untuk wanita hamil yang sehat wanita meminta pereda nyeri selama persalinan. Ini tergantung pada preferensi wanita.
- 3) Opioid parenteral, seperti fentanil, diamorfin dan petidin, merupakan pilihan yang direkomendasikan untuk ibu hamil yang sehat wanita meminta pereda nyeri selama persalinan. Ini tergantung pada preferensi wanita.
- 4) Teknik relaksasi termasuk progresif relaksasi otot, pernapasan, musik, perhatian dan teknik lain yang direkomendasikan untuk ibu hamil yang sehat wanita meminta pereda nyeri selama persalinan. Ini tergantung pada preferensi wanita.
- 5) Teknik manual, seperti pemijatan atau pengaplikasian kompres hangat, direkomendasikan untuk ibu hamil yang sehat wanita meminta pereda nyeri selama persalinan. Ini tergantung pada preferensi wanita.
- 6) Untuk wanita berisiko rendah, asupan cairan dan makanan oral selama persalinan direkomendasikan.
- 7) Mendorong penerapan mobilitas dan sikap tegak posisi selama persalinan pada wanita berisiko rendah adalah direkomendasikan.

b. Kala II Persalinan

Kala II persalinan dimulai dengan dilatasi lengkap serviks dan diakhiri dengan lahirnya bayi. Ini dikenal sebagai tahap pengeluaran.

1) Kemajuan Persalinan

Pada nulipara, penyusupan biasanya terjadi oleh permulaan persalinan sebenarnya dan paling lambat pada saat terjadinya fase aktif kala satu persalinan. Philpott dan Castle menemukan primigravida Rhodesian Afrika tidak melakukan penyusupan sampai akhir kala satu persalinan. Kurangnya keterlibatan di awal kala dua persalinan pada multipara tidak normal. Itu bagian presentasi janin mulai turun selama tahap pertama persalinan dan, menurut Friedman, mencapai kecepatan maksimumnya selama dan menuju akhir kecepatan maksimum dalam

pembukaan serviks, dan terus turun hingga detik tahap persalinan hingga mencapai dasar perineum.

Friedman menetapkan bahwa rata-rata maksimum kecepatan turun 1,6 sentimeter per jam pada nulipara dan 5,4 sentimeter per jam pada multipara. Rata-rata lama kala II, menurut Friedman, adalah 46 menit pada primigravida dan 14 menit pada multipara. Umumnya tahap kedua yang berlangsung lebih lama dari 2 jam untuk primigravida atau 1 jam untuk multipara dianggap tidak normal oleh mereka yang menyetujuinya Friedman.

Kontraksi selama tahap kedua sering terjadi kuat, dan sedikit lebih lama yaitu, kira-kira setiap 2 menit, berlangsung selama 60 hingga 90 detik dengan intensitas yang kuat, dan bersifat ekspulsif. Setelah kontraksi menyakitkan yang dialaminya selama masa transisi, biasanya wanita tersebut merasa lega berada di tahap kedua dan mampu mendorongnya dia sangat menginginkannya.

Bagi kebanyakan wanita, mengejan memberikan kepuasan tertinggi, karena mendorong perasaan keterlibatan aktif dan pencapaian dan bahwa upaya mereka dengan cepat mewujudkannya klimaks dari kerja mereka. Rasa antisipasi meliputi periode ini. Wanita biasanya tidak menemukan kontraksi sangat menyakitkan; sebaliknya mereka menemukan kombinasi kontraksi dan kerja mendorong melelahkan.

Di sisi lain, beberapa wanita merasakan sakit yang akut setiap kali mendorong dan melawan kontraksi dan upaya apa pun untuk membuatnya mengejan. Biasanya orang seperti itu sangat ketakutan; sering perlawanannya berkurang saat dia diyakinkan dan membantu untuk mendorong secara efektif dan pada tingkat tertentu anestesi alami terjadi karena tekanan kepala bayi menempel pada otot panggul dan tisu lainnya.

Aderhold dan Roberts mengidentifikasi jeda ini sebagai pertama dari tiga fase persalinan kala dua, sebagai berikut:

- a) Fase I, jeda: Dari dilatasi lengkap sampai dorongan untuk melakukan pengekangan atau permulaan upaya pengekangan yang sering dan berirama

- b) Fase II, bantalan aktif: Sejak awal upaya bantalan ritmis atau dorongan untuk dorong hingga bagian presentasi tidak lagi mundur di antara upaya penekanan (mahkota)
- c) Fase III, perineum: Dari penobatan bagian presentasi sampai lahirnya seluruh tubuh

1) Mekanisme Persalinan

Keterlibatan dan keturunan adalah dua mekanismenya persalinan. Mekanisme persalinan adalah gerakan posisi yang dilakukan janin untuk menyesuaikan diri dengan panggul ibu. Ini Gerakan diperlukan karena diameter janin yang lebih besar harus sejajar dengan diameter panggul ibu yang lebih besar untuk janin cukup bulan untuk bernegosiasi melalui panggul yang akan dilahirkan. Memahami mekanisme kerja melibatkan pengetahuan tentang diameter rata-rata yang penting, bagian kepala janin dan dalam daftar di bawah ini. Presentasi cephalic terkait ditunjukkan dalam tanda kurung.

- a) Biparietal (9,5 cm): jarak antara dua eminensia parietal; terbesar diameter melintang kepala janin, digunakan dalam definisi keterlibatan
- b) Suboccipitobregmatic (9,5 sentimeter): jarak dari persimpangan leher dan oksiput ke bregma (fontanel anterior) [puncak]
- c) Oksipitofrontal (11,5 sentimeter): jarak dari tengkuk hingga pangkal hidung [sincipital] Oksipitomental (12,5–13,5 sentimeter): jarak dari ubun-ubun posterior ke ubun-ubun mental (dagu); diameter terbesar dari kepala janin [alis] Trachelo (submental) bregmatic (9,5 sentimeter): jarak dari persimpangan leher dan rahang bawah ke bregma [wajah].

Meskipun mekanisme persalinan dicantumkan secara terpisah, beberapa diantaranya saling tumpang tindih atau terjadi secara bersamaan.

- a) Engagement terjadi ketika diameter biparietal kepala janin telah melewati saluran masuk panggul.
- b) Descent (Penurunan) terjadi selama persalinan dan oleh karena itu diperlukan dan bersamaan dengan persalinan

mekanisme lainnya. Penurunan adalah hasil dari sebuah angka kekuatan, termasuk kontraksi (yang meluruskan tulang belakang janin, bawa fundus ke dalam kontak langsung dengan sungsang, dan menyebabkan fundus memberikan tekanan pada sungsang) dan, pada tahap kedua, dorongan yang dilakukan ibu dilakukan dengan mengontraksikan bokongnya dengan otot perut.

- c) Fleksi sangat penting untuk penurunan lebih lanjut. Melalui mekanisme ini, semakin kecil suboksipitobregmatiknya diameter kepala janin diganti dengan diameter kepala janin yang lebih besar yang ada jika kepala janin tidak ada sepenuhnya tertekuk, atau dalam sikap militer, atau dalam beberapa derajat perluasan. Fleksi terjadi ketika kepala janin menemui hambatan; resistensi ini meningkat dengan keturunan dan pertama kali bertemu dari leher rahim, kemudian dari dinding samping panggul, dan akhirnya dari dasar panggul. Oleh karena itu, beberapa derajat fleksi mungkin terjadi sebelum penyusupan.
- d) Putaran paksi dalam membuat diameter anteroposterior kepala janin sejajar dengan diameter anteroposterior panggul ibu. Paling umumnya oksiput berputar ke bagian anterior panggul ibu, di bawah simfisis pubis. Jika rotasi internal belum terjadi oleh saat kepala janin telah mencapai dasar panggulnya berlangsung tak lama kemudian. Rotasi internal sangat penting agar persalinan pervaginam dapat terjadi, kecuali pada bayi berukuran kecil yang tidak normal. Untuk memahami alasannya, satu hanya perlu melihat dimensi dan bidangnya panggul. Saluran masuk memiliki diameter melintang yang lebih besar dari diameter anteroposterior; bidang tengah dan outlet memiliki diameter anteroposterior lebih besar daripada diameter melintang. Putaran paksi dalam dipengaruhi oleh otot dasar panggul berbentuk V dan penurunan dimensi rongga panggul karena duri ischia. Jumlah Putaran paksi dalam ditentukan oleh jarak yang harus ditempuh oksiput melakukan perjalanan dari posisi semula saat memasuki panggul ke oksiput anterior

atau oksiput posterior posisi. Jarak dinyatakan dalam derajat, seperti itu adalah bagian busur lingkaran yang dilalui.

- e) Kelahiran kepala dilakukan secara ekstensi untuk persalinan oksiput anterior. Mekanismenya berbeda ketika oksiput berputar ke oksiput posterior posisi, seperti yang dijelaskan nanti dalam bab ini. Ekstensi harus terjadi ketika oksiput berada di anterior karena kekuatan resisten dasar panggul dimana ia membentuk kurva Carus, yang mengarahkan menuju ke atas menuju saluran keluar vulva. Suboksipital wilayah, atau nucha, menempa di bawah simfisis pubis dan bertindak sebagai titik penting. Kepala janin adalah sekarang diposisikan sedemikian rupa sehingga tekanan lebih lanjut dari kontraksi rahim dan dorongan ibu berfungsi untuk memanjangkan kepala lebih lanjut sebagai lubang vulvovaginal terbuka. Demikianlah kepalanya dilahirkan secara luas sebagai oksiput, sutura sagital, ubun-ubun anterior, alis, orbita, hidung, mulut, dan dagu secara berurutan menyapu perineum. Itu diameter suboksipitofrontal dengan demikian merupakan diameter terbesar yang melewati lubang vulvovaginal.
- f) Restitusi adalah memutar kepala 45° ke kiri atau ke kanan, tergantung arahnya dari mana ia diputar ke posisi oksiput anterior. Akibatnya, restitusi melemahkan leher dan membawa kepala sehingga kembali tegak lurus dengan bahu. Jahitan sagital sekarang ada di salah satu diameter miring panggul dan diameter bisacromial janin berada di diameter miring panggul lainnya.
- g) Rotasi eksternal terjadi saat bahu berputar 45°, sehingga diameter bisacromial sejajar dengan diameter anteroposterior saluran keluar panggul. Hal ini menyebabkan kepala berputar secara eksternal lagi 45° ke posisi LOT atau ROT, tergantung pada arah restitusinya.
- h) Kelahiran bahu dan badan dilakukan secara lateral fleksi melalui kurva Carus. Bahu anterior terlihat pada lubang vulvovaginal, dimana ia mengenai bawah simfisis pubis; itu bahu posterior kemudian melebarkan perineum dan

dilahirkan dengan fleksi lateral. Setelah bahunya disampaikan sisa tubuh mengikuti kurva Carus dan siap dilahirkan. Kurva Carus adalah ujung bawah yang keluar kurva panggul. Janin dan plasenta harus mengikuti kurva ini untuk dilahirkan. Rongga panggul sebenarnya menyerupai silinder yang melengkung, sehingga searah dengan arah datangnya bayi atau plasenta melaluinya pertama-tama ke bawah dari sumbu saluran masuk tepat di atas ujung sakrum lalu ke depan, ke atas, dan keluar ke vulvovaginal lubang.

Rekomendasi Kala II :

- 1) Tahap kedua adalah jangka waktu antara penuh dilatasi serviks dan kelahiran bayi, selama itu wanita tersebut memiliki keinginan yang tidak disengaja untuk mengejan, sebagai akibat kontraksi uterus yang ekspulsif.
- 2) Wanita harus diberitahu bahwa durasi tahap kedua bervariasi dari satu wanita ke wanita lainnya.
- 3) Pada persalinan pertama, kelahiran biasanya selesai dalam waktu 3 jam sedangkan pada persalinan selanjutnya biasanya terjadi persalinan selesai dalam waktu 2 jam.
- 4) Untuk wanita tanpa analgesia epidural, dianjurkan adopsi posisi lahir masing-masing wanita pilihan, termasuk posisi tegak, dianjurkan.
- 5) Bagi wanita dengan analgesia epidural, dianjurkan adopsi posisi lahir masing-masing wanita pilihan, termasuk posisi tegak, dianjurkan.
- 6) Wanita dalam fase ekspulsif tahap kedua tenaga kerja harus didorong dan didukung untuk mengikuti keinginan mereka sendiri untuk mendorong
- 7) Bagi wanita dalam tahap kedua persalinan, teknik untuk mengurangi trauma perineum dan memfasilitasi kelahiran spontan (termasuk pijat perineum, kompres hangat dan menjaga perineum secara "langsung) direkomendasikan, berdasarkan preferensi dan pilihan wanita yang tersedia.

c. Kala III Persalinan

Begitu bayi lahir, rahim (rahim) terus berkontraksi sehingga menyebabkan plasenta terpisah dari dinding rahim. Sang ibu kemudian melahirkan plasenta, atau 'setelah melahirkan'. Hal ini disebut manajemen kehamilan kala tiga.

Kala III persalinan merupakan tahapan terpendek, paling kritis, dan berbahaya karena terkait dengan perdarahan postpartum, yang merupakan penyebab utama kematian dan kesakitan ibu. Perdarahan postpartum dapat dicegah hingga 60% dengan penatalaksanaan aktif kala III persalinan (AMTSL).

Kala III persalinan dimulai dengan selesainya lahirnya janin dan berakhir dengan selesainya lahirnya plasenta dan selaput yang melekat padanya. Dokter segera menyadari bahwa dari sudut pandang praktis, risiko komplikasi terus berlanjut selama beberapa periode setelah lahirnya plasenta. Karena alasan ini, banyak pihak berwenang menganjurkan apa yang disebut tahap keempat persalinan, yang dimulai dengan lahirnya plasenta dan berlangsung selama jangka waktu tertentu setelahnya. Durasi yang paling umum dipilih adalah 1 jam; Namun, jangka waktu yang disarankan adalah 4 jam. Durasi tahap ketiga sendiri biasanya 5-15 menit. Batasan waktu pasti lahirnya plasenta, tanpa adanya bukti perdarahan yang signifikan, masih belum jelas. Periode berkisar antara 30-60 menit telah disarankan.

Manajemen aktif kala III persalinan (AMTSL)

Apakah penggunaan oksitosin untuk melahirkan bahu anterior; penjepitan dan pemotongan awal tali pusat; rangsangan pada puting susu dengan mulai menyusui segera setelah melahirkan; membantu persalinan plasenta melalui traksi tali pusat yang terkontrol dan pemijatan rahim segera setelah melahirkan.

Penatalaksanaan aktif kala III persalinan meliputi pemberian uterotonika profilaksis, penjepitan tali pusat dini, dan traksi tali pusat terkontrol untuk mengeluarkan plasenta. Dengan penatalaksanaan ekspektatif, tanda-tanda pelepasan plasenta dapat diharapkan dan plasenta akan lahir secara spontan. Penatalaksanaan aktif diperkenalkan untuk mencoba mengurangi perdarahan, yang

merupakan kontributor utama kematian ibu di negara-negara berpendapatan rendah.

Penatalaksanaan aktif kala III melibatkan tiga komponen:

- 1) pemberian obat (uterotonik) untuk membantu kontraksi uterus;
- 2) menjepit tali pusat lebih awal (biasanya sebelum, bersamaan, atau segera setelah pemberian uterotonika);
- 3) traksi dilakukan pada tali pusat dengan tekanan balik pada rahim untuk mengeluarkan plasenta (traksi tali pusat terkontrol).

Manajemen campuran menggunakan beberapa, namun tidak semua, dari ketiga komponen tersebut. Penatalaksanaan aktif diperkenalkan untuk mencoba mengurangi kehilangan banyak darah saat lahir. Hal ini merupakan penyebab utama kematian perempuan di negara-negara berpendapatan rendah dimana perempuan cenderung mengalami gizi buruk, anemia dan mempunyai penyakit menular. Di negara-negara berpendapatan tinggi, perdarahan hebat lebih jarang terjadi, namun penatalaksanaan aktif telah menjadi praktik standar di banyak negara.

Pemberian oksitosin 10 IU (obat pilihan) melalui suntikan intramuskular (IM) dalam waktu satu menit setelah bayi lahir. II). CCT, dengan traksi tali pusat yang lembut dan dukungan manual ke rahim III). Pijat uterus segera setelah lahirnya plasenta dan palpasi uterus untuk menilai perlunya pijat lanjutan setiap 15 menit selama 1-2 jam setelah melahirkan.

Faktor-faktor yang secara statistik berhubungan dengan praktik tersebut adalah pelatihan yang diterima, pengalaman bertahun-tahun, dan pengetahuan yang baik. Penyedia layanan obstetrik harus terus menerima pelatihan tentang semua komponen manajemen aktif kala III persalinan melalui program pelatihan dan pendidikan.

Rekomendasi Kala III :

- 1) Penangkal uterotonika
 - a) Penggunaan uterotonika untuk pencegahan nifas Perdarahan (PPH) pada kala III persalinan adalah direkomendasikan untuk semua kelahiran.

- b) Oksitosin (10 IU, IM/IV) merupakan obat uterotonika yang direkomendasikan obat untuk pencegahan perdarahan postpartum (PPH).
 - c) Dalam keadaan dimana oksitosin tidak tersedia, penggunaan lainnya uterotonika suntik (bila perlu, ergometrine/methylergometrine, atau kombinasi obat tetap oksitosin dan ergometrin) atau misoprostol oral (600 µg) direkomendasikan.
- 2) Penjepitan tali pusat yang tertunda (tidak lebih awal dari 1 menit setelah lahir) direkomendasikan untuk perbaikan hasil kesehatan dan gizi ibu dan bayi.
 - 3) Di tempat dimana tersedia penolong persalinan yang terampil, CCT (Controlled cord traction) atau PTT dianjurkan untuk kelahiran pervaginam jika perawatannya penyedia dan wanita bersalin menganggap kecil pengurangan kehilangan darah dan sedikit pengurangan durasi kala tiga persalinan juga penting.
 - 4) Tidak direkomendasikan Pijat uterus yang berkepanjangan tidak dianjurkan sebagai intervensi untuk mencegah perdarahan postpartum wanita yang telah menerima oksitosin profilaksis.

d. Kala IV Persalinan

Empat jam pertama segera setelah kelahiran plasenta merupakan masa kritis, dan telah ditetapkan oleh beberapa ahli sebagai tahap keempat persalinan. Pasalnya, setelah plasenta lahir, wanita tersebut bisa mengalami pendarahan vagina yang sangat banyak akibat kegagalan kontraksi rahim dalam menutup pembuluh darah yang robek tempat plasenta terlepas dari dinding rahim. Oleh karena itu, Anda harus waspada untuk mendeteksi perdarahan pascapersalinan yang terungkap atau tersembunyi dan menanganinya dengan tepat.

Plasenta, selaput ketuban, dan tali pusat harus diperiksa kelengkapannya dan kelainannya. Tekanan darah dan denyut nadi ibu harus dicatat segera setelah melahirkan dan setiap 15 menit selama empat jam pertama. Normalnya, setelah plasenta lahir, rahim akan menjadi kencang akibat kontraksi yang berkepanjangan, sehingga wanita mungkin akan merasakan kontraksi yang kuat

setelah melahirkan. Yakinkan dia bahwa kontraksi ini sehat dan membantu menghentikan pendarahan.

Perawatan bayi baru lahir :

- 1) Bayi baru lahir tanpa komplikasi harus tetap dirawat
- 2) kontak kulit ke kulit dengan ibu mereka pada tahap pertama jam setelah lahir untuk mencegah hipotermia dan mempromosikan menyusui.
- 3) Semua bayi baru lahir, termasuk bayi dengan berat badan lahir rendah mampu menyusui, sebaiknya segera disusui mungkin setelah lahir ketika keduanya stabil secara klinis, dan ibu serta bayinya sudah siap.
- 4) Semua bayi baru lahir harus diberikan 1 mg vitamin K secara intramuskular setelah lahir (yaitu setelah satu jam pertama dimana bayi seharusnya sudah melakukan kontak kulit-ke-kulit dengan ibu dan menyusui seharusnya sudah dimulai).
- 5) Mandi sebaiknya ditunda hingga 24 jam setelah melahirkan. Jika hal ini tidak mungkin dilakukan karena alasan budaya, mandi harus dilakukan ditunda setidaknya selama enam jam. Pakaian yang sesuai dari bayi untuk suhu lingkungan dianjurkan. Ini berarti satu atau dua lapis pakaian lebih banyak daripada orang dewasa, dan penggunaan topi/topi. Ibu dan bayinya tidak seharusnya terpisah dan harus tinggal di ruangan yang sama 24 jam per hari.

Perawatan ibu setelah melahirkan :

- 1) Penilaian tonus uterus postpartum secara dini identifikasi atonia uteri dianjurkan untuk semua wanita.
- 2) Profilaksis antibiotik rutin tidak dianjurkan wanita dengan persalinan pervaginam tanpa komplikasi.
- 3) Profilaksis antibiotik rutin tidak dianjurkan wanita dengan episiotomi.
- 4) Semua wanita pascapersalinan harus menjalani pemeriksaan rutin perdarahan vagina, kontraksi uterus, tinggi fundus, suhu dan detak jantung (denyut nadi) secara rutin selama 24 jam pertama dimulai dari satu jam pertama setelah lahir.

- 5) Tekanan darah harus diukur segera setelah lahir. Jika normal, pengukuran tekanan darah kedua harus diminum dalam waktu 6 jam. Kekosongan urin seharusnya didokumentasikan dalam waktu 6 jam.
- 6) Setelah kelahiran normal tanpa komplikasi di layanan kesehatan fasilitas yang harus diterima oleh ibu dan bayi baru lahir yang sehat perawatan di fasilitas setidaknya selama 24 jam setelah kelahiran.

5. Rekomendasi WHO

Rekomendasi WHO mengenai perawatan intrapartum menetapkan praktik berbasis bukti yang seharusnya dilakukan diterapkan selama persalinan dan periode segera pascakelahiran, dan mencegahnya praktik tidak efektif yang harus dihindari. Rekomendasi WHO mencakup:

- a. perawatan selama persalinan dan kelahiran: perawatan maternitas yang penuh hormat, komunikasi yang efektif,
- b. pendampingan persalinan, dan kesinambungan perawatan; tahap pertama persalinan: definisi tahap pertama laten dan aktif, durasi dan perkembangan tahap pertama, kebijakan penerimaan bangsal persalinan, pelvimetri klinis masuk rumah sakit, penilaian rutin kesejahteraan janin saat masuk persalinan, pencukuran kemaluan, enema saat masuk, pemeriksaan vagina digital, pembersihan vagina, terus menerus kardiotokografi, auskultasi denyut jantung janin (FHR) intermiten, pereda nyeri, oral cairan dan makanan, mobilitas dan posisi ibu, manajemen persalinan aktif, rutinitas amniotomi, oksitosin untuk mencegah keterlambatan, agen antispasmodik, dan cairan intravena untuk mencegah keterlambatan persalinan;
- c. kala dua persalinan: definisi dan durasi kala dua persalinan, kelahiran posisi (dengan dan tanpa analgesia epidural), metode mendorong, teknik mencegah trauma perineum, episiotomi, dan tekanan fundus;
- d. kala III persalinan: uterotonika profilaksis, penundaan penjepitan tali pusat, traksi tali pusat yang terkontrol, dan pijatan rahim;
- e. perawatan bayi baru lahir: pengisapan rutin melalui hidung atau mulut selama resusitasi, kulit-ke-kulit kontak, menyusui, profilaksis penyakit hemoragik dengan menggunakan vitamin K, dan mandi dan perawatan segera pascakelahiran lainnya pada bayi baru lahir;

- f. perawatan wanita setelah melahirkan: penilaian tonus uterus, penggunaan antibiotik, rutin penilaian ibu pascapersalinan, dan keputihan setelah kelahiran pervaginam tanpa komplikasi.

Soal dan Pembahasan

1. Seorang perempuan, umur 30 tahun, P2A0 melahirkan 5 menit yang lalu di TPMB. Hasil anamnesis : perut mulas. Hasil pemeriksaan : TD 90/600 mmHg N 84 x/menit P 26 x/menit S 36.2 °C TFU 2 jari diatas symphysis Apakah hormon penyebab yang paling tepat pada kasus diatas?

- A. Relaksin
- B. Oksitosin
- C. Adrenalin
- D. Prostaglandin
- E. Beta endorfin

Jawaban : B. Oksitosin

Hormon yang memicu perubahan pada tubuh sebelum, selama, dan setelah melahirkan :

- a. Prostaglandin – Sebelum melahirkan, tingkat prostaglandin yang lebih tinggi akan membantu membuka leher rahim dan membuat tubuh Anda lebih mudah menerima hormon penting lainnya, oksitosin.
- b. Oksitosin – Hormon ini menyebabkan kontraksi selama persalinan, serta kontraksi yang mengeluarkan plasenta setelah bayi lahir, dan selama menyusui.
- c. Relaxin – Hormon relaxin membantu melembutkan dan meregangkan leher rahim untuk melahirkan. Ini membantu air ketuban pecah dan memungkinkan ligamen di panggul meregang sehingga bayi dapat keluar.
- d. Beta-endorfin – Saat melahirkan, jenis endorfin ini membantu meredakan nyeri dan dapat membuat pasien merasakan kegembiraan atau euforia.
- e. Adrenalin dan noradrenalin – Hormon 'lawan atau lari' ini dilepaskan tepat sebelum kelahiran, menyebabkan beberapa kontraksi kuat dan gelombang energi yang membantu Anda melahirkan bayi.

2. Seorang bayi laki-laki lahir 1 jam yang lalu di TPMB. Hasil anamnesis : Bayi berhasil mencapai putting susu. Hasil pemeriksaan : BB 3800 gram, PB 48 cm, FJ 130 x/menit, S 36,2°C. Apakah asuhan awal yang paling tepat pada kasus diatas?
- A. Mandikan bayi
 - B. Bawa bayi ke incubator
 - C. Berikan tetes mata antibiotika profilaksis
 - D. Berikan vit K1 1 mg intramuskuler di paha kiri anterolateral
 - E. Berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral

Jawaban : D. Berikan vit K1 1 mg intramuskuler di paha kiri anterolateral

Perawatan bayi baru lahir :

- a. Bayi baru lahir tanpa komplikasi harus tetap dirawat
 - b. kontak kulit ke kulit dengan ibu mereka pada tahap pertama jam setelah lahir untuk mencegah hipotermia dan mempromosikan menyusui.
 - c. Semua bayi baru lahir, termasuk bayi dengan berat badan lahir rendah mampu menyusui, sebaiknya segera disusui mungkin setelah lahir ketika keduanya stabil secara klinis, dan ibu serta bayinya sudah siap.
 - d. Semua bayi baru lahir harus diberikan 1 mg vitamin K secara intramuskular setelah lahir (yaitu setelah satu jam pertama dimana bayi seharusnya sudah melakukan kontak kulit-ke-kulit dengan ibu dan menyusui seharusnya sudah dimulai).
 - e. Mandi sebaiknya ditunda hingga 24 jam setelah melahirkan. Jika hal ini tidak mungkin dilakukan karena alasan budaya, mandi harus dilakukan ditunda setidaknya selama enam jam. Pakaian yang sesuai dari bayi untuk suhu lingkungan dianjurkan. Ini berarti satu atau dua lapis pakaian lebih banyak daripada orang dewasa, dan penggunaan topi/topi. Ibu dan bayinya tidak seharusnya terpisah dan harus tinggal di ruangan yang sama 24 jam per hari.
3. Seorang perempuan, umur 26 tahun, G2P1A0 usia kehamilan 39 minggu datang ke tPMB dengan keluhan mulas sejak 1 jam yang lalu. Hasil pemeriksaan: TD 90/70 mmHg, N 82 x/menit, S 36,2°C, P 24 x/menit, TFU 30 cm, presentasi kepala, punggung Kiri, DJJ 144 kali/menit teratur,

kontraksi 3x/10'/30", pengeluaran lendir darah, pembukaan 4 cm, ketuban (+), kepala hodge II, sutura merapat. Apakah Diagnosis yang paling tepat pada kasus diatas?

- A. G2P1A0 hamil aterm inpartu kala I fase laten
- B. G2P1A0 hamil aterm inpartu kala I fase aktif akselerasi
- C. G2P1A0 hamil aterm inpartu kala I fase aktif deselerasi
- D. G2P1A0 hamil aterm inpartu kala I fase deselerasi maksimal
- E. G2P1A0 hamil aterm inpartu kala I fase aktif dilatasi maksimal

Jawaban : B. G2P1A0 hamil aterm inpartu kala I fase aktif akselerasi

Proses membukanya serviks dibagi dalam 2 fase :

1. Fase laten → berlangsung 8 jam → pembukaan sampai 3 cm
2. Fase aktif dibagi dalam 3 fase :
 - a. Fase akselerasi → Pembukaan 3-4 cm → 2 jam
 - b. Fase Dilatasi Maksimal → Pembukaan 4-9 Cm → 2 Jam
 - c. Fase deselerasi → Pembukaan 9-lengkap → 2 jam

Fase– fase tersebut dijumpai pada primigravida, pada multigravida pun terjadi demikian, akan tetapi fase laten, fase aktif, dan fase deselerasi terjadi lebih pendek.

Tugas

Buatlah resume pembelajaran hari ini dan upload di media pembelajaran.

Glosarium

GPA	Gravida, Paritas, Abortus
HIS	Kontraksi Uterus
IMD	Inisiasi Menyusui dini
Sepsis	Infeksi

Daftar Pustaka

- ACOG Committee Opinion No. 766 Summary: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. *Obstet Gynecol.* 2019 Feb;133(2):406-408.
- American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 209: Obstetric Analgesia and Anesthesia. *Obstet Gynecol.* 2019 Mar;133(3):e208-e225.
- Begley CM, Gyte GM, Devane D, McGuire W, Weeks A, Biesty LM. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Feb 13;2(2):CD007412. doi: 10.1002/14651858.CD007412.pub5. PMID: 30754073; PMCID: PMC6372362.
- Desai NM, Tsukerman A. Vaginal Delivery. [Updated 2023 Jul 24]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559197/>
- Fissahaye, B., Dheresa, M., Assefa, N. *et al.* Active management of the third stage of labor and associated factors among maternity care providers in public health facilities in Eastern Ethiopia: a multi-center study. *BMC Pregnancy Childbirth* 23, 701 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06009-2>
- Gelaw, K.A., Assefa, Y., Birhan, B. *et al.* Practices and factors associated with active management of the third stage of labor in East Africa: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 23, 438 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05761-9>
- Hutchison J, Mahdy H, Hutchison J. Stages of Labor. [Updated 2023 Jan 30]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544290/> <https://www.open.edu/openlearncreate/mod/oucontent/view.php?id=269&printable=1>

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

[https://mis.kp.ac.rw/admin/admin_panel/kp_lms/files/digital/Core%20Books/Midwifery/%5BHelen%20Varney,%20Jan%20M.%20Kriebs,%20Carolyn%20L.%20Gegor%5D%20Va\(BookFi\).pdf](https://mis.kp.ac.rw/admin/admin_panel/kp_lms/files/digital/Core%20Books/Midwifery/%5BHelen%20Varney,%20Jan%20M.%20Kriebs,%20Carolyn%20L.%20Gegor%5D%20Va(BookFi).pdf)

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337693/9789240017566-eng.pdf?sequence=1>

BAB II

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERSALINAN

(Ika Esti Anggraeni, SST., Bdn., M.Kes)

A. Deskripsi Pembelajaran

Mata kuliah ini memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk memahami dan mengaplikasikan teori dan konsep yang diperoleh dari kuliah pada tatanan klinik dengan melakukan asuhan kebidanan masa persalinan yang didasari oleh pengetahuan, sikap dan keterampilan. Asuhan kebidanan diberikan oleh seorang pemberi pelayanan kebidanan sangat memengaruhi kualitas asuhan yang diberikan dalam tindakan kebidanan seperti upaya pelayanan antenatal, intranatal, postnatal dan perawatan bayi baru lahir. Pokok bahasan dalam mata kuliah ini adalah faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

B. Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa dapat memahami dan mengaplikasikan tentang konsep asuhan masa persalinan khususnya terkait faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

C. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

1. Mahasiswa mampu menjelaskan power
2. Mahasiswa mampu menjelaskan passage
3. Mahasiswa mampu menjelaskan passager
4. Mahasiswa mampu menjelaskan faktor penolong
5. Mahasiswa mampu menjelaskan faktor psikologis ibu

D. Uraian Materi

1. Power

Power merupakan kekuatan meneran ibu saat persalinan sehingga mendorong janin keluar.

Tenaga meneran ibu saat persalinan sangat mempengaruhi proses kelahiran janin. Tenaga ibu dapat mendorong janin keluar, hal tersebut disebabkan oleh kontraksi otot-otot dinding perut, yang mengakibatkan peninggian tekanan intraabdominal. Saat kepala sampai kedasar panggul, timbul reflex yang mengakibatkan ibu menutup glottisnya, mengkontraksikan otot-otot perut dan menekan diafragmanya ke bawah. Tenaga meneran ibu dapat berhasil manakala pembukaan lengkap. Tenaga meneran ibu juga faktor yang berpengaruh pada kelahiran placenta setelah lepas dari dinding rahim. Faktor yang berpengaruh terhadap kekuatan ibu bersalin dalam mendorong janin keluar antara lain:

1) His

HIS adalah gelombang kontraksi ritmis otot polos dinding uterus yg dimulai dari daerah fundus mengarah kedaerah lokus minoris (kanalis servikalis/ jalan lahir). Pusat koordinasi his yang berada pada uterus di sudut tuba di mana gelombang his berasal disebut pace maker sedangkan kontraksi uterus adalah kekuatan fisiologis selama persalinan. His terjadi karena akibat kerja hormon oksitosin dan regangan dinding uterus oleh isi konsepsi.

Berdasarkan sifatnya, his terbagi dalam:

a. His pendahuluan

His tidak kuat, datangnya tidak teratur, menyebabkan keluarnya lendir darah atau bloody show.

b. His pembukaan (kala I)

His ini menyebabkan pembukaan serviks, semakin kuat, teratur dan sakit.

c. His pengeluaran (kala II)

His yang dapat mengeluarkan janin, sifatnya sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi.

d. His pelepasan uri (kal III)

His yang terkoordinasi dalam proses melepaskan dan pengeluaran plasenta.

e. His pengiring (kala IV)

His yang terjadi setelah bayi dan placenta lahir. Terjadi pada kala IV yang memiliki sifat kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, terjadi pengecilan rahim setelah beberapa jam atau hari.

2) Kontraksi uterus.

Kontraksi uterus merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kemajuan persalinan dan dilatasi serviks. Pada akhir kehamilan kadar progesterone menurun sehingga menimbulkan his. Pada saat terjadi kontraksi otot rahim menjadi tebal dan lebih pendek, hal tersebut menjadikan cavum uteri lebih kecil sehingga mendorong janin dan cairan ketuban ke arah segmen bawah rahim dan serviks.

3) Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Tanjung (2022) di Klinik Harapan Bunda Kabupaten Padang Lawas Utara menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara power (tenaga/kekuatan) dengan persalinan, $p = 0,000 < 0,05$.

4) Ketegangan dan ligmentous action terutama ligamentum rotundum
Menurut Penelitian yang dilakukan oleh Sukma (2020) tentang Pengaruh Faktor Usia Ibu Hamil Terhadap Jenis Persalinan di RSUD DR. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung menyatakan bahwa pada usia kurang dari 20 tahun kekuatan otot-otot perineum dan otot-otot perut belum bekerja secara optimal sehingga beresiko terjadi persalinan lama atau macet dan memerlukan tindakan seperti ekstraksi vakum atau forsep

2. Passage

Passage adalah jalan lahir yang terdiri atas panggul ibu, berupa bagian tulang padat, dasar panggul, vagina. Jalan lahir terbagi menjadi jalan lahir keras dan jalan lahir lunak. Jalan lahir keras terdiri atas panggul ibu, sedangkan jalan lahir lunak terdiri atas segmen bawah rahim, serviks, vagina, intoitus vagina, dan vagina muskulus, serta ligamentum yang menyelubungi dinding dalam dan bawah panggul. Saat persalinan janin menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir ibu yang relatif keras dan kaku (Walyani, 2016)

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Tanjung (2022) di Klinik Harapan Bunda Kabupaten Padang Lawas Utara menyatakan bahwa

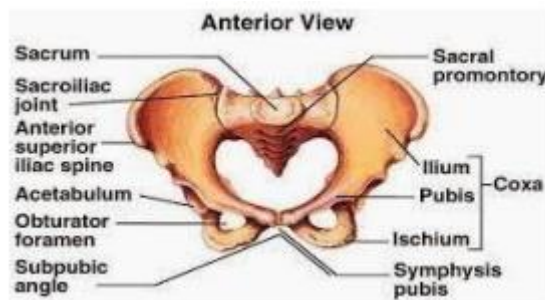
terdapat hubungan yang signifikan antara passage (jalan lahir) dengan kontraksi uterus dengan nilai p sebesar 0,000

1. Jalan Lahir Keras

Jalan lahir keras terdiri dari tulang-tulang panggul (rangka panggul) yang terdiri dari:

a. Tulang Pelvis (Panggul) yang terdiri dari:

- 1) Os. Coxae : Os. Ilium, Os. Ischium, Os. Pubis
- 2) Os. Sacrum : Promontorium
- 3) Os. Coccygis



b. Artikulasi

Artikulasi terbagi dalam:

- 1) Artikulasi Simfisis Pubis, di depan pertemuan Os. Pubis.
- 2) Artikulasi Sakro-Iliaka yang menghubungkan Os. Sacrum dan Os. Ilium.
- 3) Artikulasi Sakro-Koksigium yang menghubungkan Os. Sacrum dan Koksigium.

c. Ruang Panggul

Ruang panggul terdiri atas:

- 1) Pelvis Mayor (False Pelvis), terletak di atas Linea Terminalis yang di bawahnya terdapat Pelvis Minor.
- 2) Pelvis Minor (True Pelvis), dibatasi oleh pintu atas panggul (Inlet) dan pintu bawah panggul.

d. Pintu Panggul

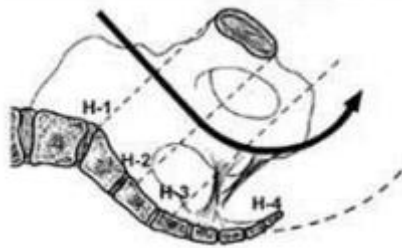
Pintu Panggul Terdiri atas:

- 1) Pintu Atas Panggul (PAP) atau Inlet, di batasi oleh Linea Terminalis (Linea Inominata).
- 2) Ruang Tengah Panggul (RTP) kira-kira pada Spina Ischiadika, disebut Midlet.
- 3) Pintu Bawah Panggul (PBP) dibatasi Simfisis dan Arkus Pubis, disebut Outlet.

- 4) Ruang Panggul yang sebenarnya berada antara Inlet dan Outlet (Fitriana, 2018)

e. Bidang Hodge

Pada jalan lahir keras terdapat bidang semu atau bidang hodge sebagai pedoman dalam menentukan kemajuan persalinan. Bidang Hodge adalah bidang yang digunakan dalam obstetri untuk mengetahui seberapa jauh penurunan bagian bawah janin kedalam panggul.



Terdapat 4 Bidang Hodge dalam persalinan yaitu:

1. Bidang Hodge I yaitu jarak antara promontorium dan tepi atas simfisis pubis, sejajar dengan PAP atau bidang yang terbentuk dari Promontorium, Linea Inominata Kiri, Simfisis Pubis, Linea Inominata Kanan kembali ke Promontorium.
2. Bidang Hodge II yaitu bidang hodge yang sejajar dengan Pintu Atas Panggul (PAP), melewati tepi bawah Simfisis Pubis.
3. Bidang Hodge III yaitu bidang hodge yang sejajar dengan Pintu Atas Panggul (PAP) melewati Spina Ischiadika.
4. Bidang Hodge IV yaitu bidang hodge yang sejajar dengan Pintu Atas Panggul (PAP) melewati ujung tulang Coccygeus. (Aniroh, 2019)

f. Ukuran-ukuran panggul luar

Panggul luar ibu terbagi dalam beberapa ukuran yaitu sebagai berikut:

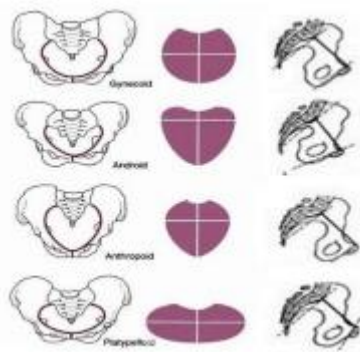
1. Distasia Spinarum (DS), yaitu jarak antara kedua Spina Iliaka Anterior Superior (23-26 cm).
2. Distansia Cristarum (DC), yaitu jarak yang terlebar antara kedua Crista Iliaka kanan dan kiri (26-29 cm).
3. Conjugata Eksterna (CE), yaitu jarak dari tepi atas Simmfisis dan ujung Processus Spinosus tulang lumbal 5 (18-20 cm).
4. Lingkar Panggul (LP), yaitu jarak dari tepi atas Simfisis ke pertengahan antara Spina Iliaka Anterior Superior dengan Trochantor Mayor sebelah kanan, ke pertengahan anatara Spina Iliaka Anterior Superior

dan Trochantor Mayor sebelah kiri kembali ke tepi atas Simfisis (80-90 cm) (Fitriana, 2018).

g. Penilaian Panggul Luar

1. Pintu Atas Panggul Promontorium teraba atau tidak, normalnya tidak teraba. Linea Inominata, normalnya teraba 1/3 bagian kanan dan kiri.
2. Pintu Tengah Panggul
 - a) Spina Ischiadika menonjol atau tidak, normalnya tidak menonjol.
 - b) Sacrum, normalnya cukup cekung.
 - c) Pelvic Side Wall (dinding pelvis), normalnya sejajar.
3. Pintu Bawah Panggul
 - 1) Arcus Pubis, normalnya > 90°.
 - 2) Mobilitas Os. Coccygeus, normalnya cukup.

h. Jenis-Jenis Panggul

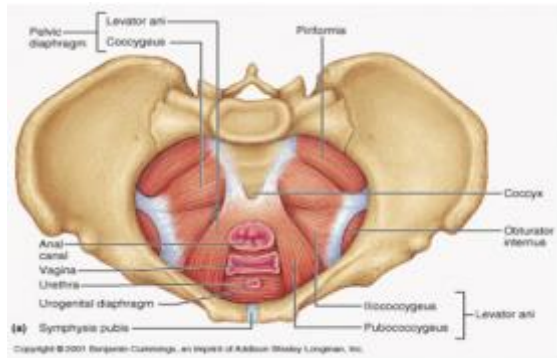


Berdasarkan pada bentuk Pintu Atas Panggul (PAP), jenis-jenis panggul terbagi menjadi:

- 1) Ginekoid, panggul berbentuk bulat, panggul ini paling paling ideal
- 2) Android, panggul berbentuk segitiga
- 3) Antropoid, panggul berbentuk agak lonjong seperti telur
- 4) Platipeloid panggul menyempit arah muka belakang

2. Jalan Lahir Lunak

Jalan lahir lunak merupakan bagian lunak terdiri atas otot, jaringan, dan ligament. Jalan lahir lunak yang berperan dalam persalinan adalah Serviks Uteri dan Vagina. Di samping itu otot-otot, jaringan ikat dan ligament yang menyokong alat-alat urogenetal juga sangat berperan dalam persalinan.



Jalan lahir lunak (otot-otot dasar panggul) terdiri dari ada 2 macam

- a. Musculus Levator Ani
 - 1) Musculus Ilio Coccygeus
 - 2) Musculus Pubo Coccygeus
 - 3) Musculus Pubo Vaginalis
 - 4) Musculus Pubo Rectalic
- b. Musculus Pubo Coccygeus Propius
Musculus Ischio Coccygeus (Fitriana, 2018)

A. Passenger

Passager merupakan hasil konsepsi yaitu janin dan plasenta yang melewati jalan lahir saat persalinan. Pergerakan janin saat proses persalinan merupakan interaksi beberapa faktor, antara lain ukuran kepala janin, persentasi, letak, sikap dan posisi janin. Selain itu plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka dia dianggap sebagai bagian dari passenger yang menyertai janin Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Tanjung (2022) di Klinik Harapan Bunda Kabupaten Padang Lawas Utara menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara passenger (janin dan plasenta) dengan persalinan dengan nilai p sebesar 0,000

1. Janin

a. Kepala Janin

Kepala janin adalah bagian yang terpenting karena dalam persalinan perbandingan antara besarnya kepala dan luasnya panggul merupakan hal yang menentukan persalinan normal. Jika kepala dapat melalui jalan lahir, bagian-bagiannya dapat menyusul dengan mudah Kondisi kepala janin yang normal memiliki ciri-ciri sebagai berikut: Bentuk kepala oval, sehingga setelah bagian besarnya lahir, maka bagian lainnya lebih mudah lahir

1. Persendian kepala terbentuk kogel, sehingga dapat digerakkan ke segala arah dan memberikan kemungkinan untuk melakukan putaran paksi dalam
2. Letak persendian kepala sedikit kebelakang, sehingga kepala melakukan fleksi untuk putaran paksi dalam

b. Kepala Janin dan Ukurannya

Bagian yang paling besar dan keras dari janin adalah kepala janin. Posisi dan besar kepala dapat mempengaruhi jalan persalinan

1. Tulang Tengkorak (Cranium)

a. Bagian Muka dan Tulang Dasar Tengkorak

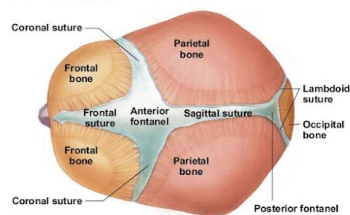
1. Bagian Tengkorak (Os. Frontalis, Os. Parietalis, Os. Temporalis, Os. Occipitalis)

2. Sutura

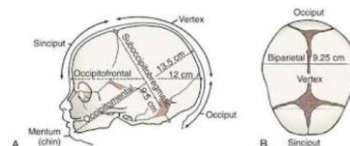
Sutura adalah sela-sela diantara tulang yang ditutupi oleh membrane. Kegunaannya: Memungkinkan terjadinya maulage, dapat mengetahui posisi kepala janin

(Sutura Frontalis, Sutura Parietalis, Sutura Coronalis, Sutura Occipitalis)

3. Ubun-ubun (Fontanela) (Fontanella Mayor/Bregma, Fontanella Minor)



b. Ukuran kepala janin



1. Diameter Kepala Janin

- a. Diameter Occipito frontalis 12 cm

- b. Diameter Mento Occipitalis 13,5 cm

- 1) Diameter Sub Occipito Bregmatika 9,5 cm
- 2) Diameter Biparietalis 9,25 cm

3) Diameter Ditemporalis 8 cm

c. Ukuran Cirkumferensial (Keliling)

1. Cirkumferensial fronto occipitalis 34 cm
2. Cirkumferensia mento occipitalis 35 cm
3. Cirkumferensia sub occipito bregmatika 32 cm

d. Postur Janin Dalam Rahim

1. Sikap (Habitus)

Merupakan keterkaitan bagian-bagian janin dengan sumbu janin, biasanya terhadap tulang punggungnya. Sikap janin pada umumnya sikap fleksi, di mana kepala, tulang punggung, dan kaki dalam keadaan fleksi, serta lengan bersilang di dada

2. Letak janin

Letak janin merupakan sumbu panjang janin sejajar dengan sumbu ibu, misalnya letak lintang di mana sumbu janin sejajar dengan dengan sumbu panjang ibu. Letak janin bisa berupa letak kepala atau letak sungsang

3. Presentasi Janin

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

4. Posisi Janin

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

Hasil penelitian Rahmawati (2019) menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna tentang kesiapan fisik dan psikologis dengan kesejahteraan janin dengan nilai $p < 0.018$

2. Placenta

Placenta adalah organ sementara yang menghubungkan ibu ke janin dan berfungsi untuk mengirimkan oksigen dan nutrisi dari ibu ke janin. Placenta berbentuk cakram, yang melekat pada vili-vili dan kotiledon yang berfungsi sebagai jalan makanan dan oksigen bagi janin. Placenta juga berfungsi menyaring racun maupun obat-obatan yang membahayakan janin. Pada awal kehamilan, posisi placenta pada bagian bawah uterus dekat dengan jalan lahir, seiring dengan perkembangan janin dan pembesaran uterus, maka placenta bergeser ke atas sehingga menempati lokasi pada korpus atau fundus uterus.

B. Psikologis

Keadaan psikologis ibu sangat berpengaruh selama proses persalinan. Ibu bersalin yang didampingi oleh suami dan orang yang dicintainya cenderung mengalami proses persalinan yang lebih lancar dibanding dengan ibu bersalin tanpa pendamping. Dukungan psikologis sangat berdampak positif pada keadaan psikis ibu, hal tersebut berpengaruh terhadap kelancaran proses persalinan.

Perubahan psikologis dan perilaku ibu terjadi selama kala 1 persalinan. Sebagian besar ibu hamil yang memasuki masa persalinan akan merasa takut, khususnya untuk ibu bersalin dengan primigravida yang pertama kali beradaptasi dengan ruang bersalin. Hal ini harus disadari dan tidak boleh diremehkan oleh petugas kesehatan yang akan memberikan pertolongan persalinan.

Dalam mengatasi perubahan psikologis yang terjadi pada ibu selama proses persalinan, dukungan keluarga sangat diperlukan untuk membantu ibu dalam mengurangi kecemasan. Tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional (Kartika, 2021)

Ibu hamil yang akan bersalin mengharapkan penolong yang dapat dipercaya dan dapat memberikan bimbingan dan informasi mengenai kedaannya. Kondisi psikologis ibu bersalin dapat juga dipengaruhi oleh dukungan dari pasangannya, orang terdekat, keluarga, penolong, fasilitas dan lingkungan tempat bersalin, bayi yang dikandungnya merupakan bayi yang diharapkan atau tidak.

Penelitian yang dilakukan oleh Simarmata (2019) menyatakan bahwa faktor –faktor yang mempengaruhi kecemasan ibu hamil dalam menghadapi persalinan antara lain dukungan keluarga, pendidikan, pendapatan, paritas, interaksi sosial, dan konseling.

Menurut Abidah (2021) menyatakan dukungan suami secara signifikan menurunkan tingkat kecemasan ibu selama kehamilan pada trimester ketiga. Peran aktif suami dalam memberikan dukungan kepada istri yang sedang hamil mempengaruhi kepedulian ibu terhadap kesehatannya dan janinnya. Selain itu, mereka akan merasa lebih percaya diri, bahagia, dan siap menghadapi kehamilan, persalinan, dan nifas.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rullyni (2022) menyatakan bahwa ada pengaruh pendamping persalinan terhadap kemajuan persalinan pada ibu bersalin normal.

C. Pysian/penolong

Penolong persalinan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi proses persalinan. Penolong persalinan yang dimaksud adalah Bidan atau Dokter SpOg yang membantu ibu selama proses persalinan. Peran penolong adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu maupun janin selama proses persalinan, namun hal tersebut juga tergantung pada kemampuan skill yang dimiliki penolong dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan.

Konseling dan pemberian informasi yang jelas dibutuhkan oleh ibu bersalin untuk mengurangi tingkat kecemasan ibu dan keluarga. Bidan memiliki tanggungjawab yang besar dalam proses persalinan.

Mengkaji kemajuan persalinan dan menginformasikan kondisi ibu saat persalinan baik fisiologis maupun patologis pada ibu dan keluarga dengan bahasa yang mudah dimengerti dapat membantu ibu dan keluarga dalam menghadapi proses persalinan.

Menurut penelitian Herlina (2021) menyatakan bahwa peran bidan dalam Pelaksanaan program P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi) memiliki kontribusi dalam membantu ibu hamil mempersiapkan persalinannya, dan untuk menurunkan Angka Kematian Ibu.

Soal Dan Pembahasan

1. Seorang perempuan umur 30 tahun G2P1A0 dalam proses persalinan di Puskesmas, bayi lahir pukul 08.05, TD 120/80mmHg, N 80x/nmt, R 24x/mnt Suhu 37°C, TFU setinggi pusat. Telah dilakukan penyuntikan oksitosin pertama 1 menit setelah bayi lahir, saat ini pukul 08.20 placenta belum lahir. Asuhan apakah yang paling tepat dilakukan pada kasus tersebut ?
 - A. Kosongkan kandung kemih
 - B. Melakukan manual plasenta
 - C. Lakukan penekanan dorso kranial
 - D. Menunggu dan observasi 15 menit lagi
 - E. Memberikan oxytosin ke-2 sebanyak 10 IU per IM
2. Seorang perempuan umur 30 tahun, melahirkan anak ke 3 secara spontan di Rumah Sakit. KU ibu baik. TD 110/70mmHg, N 82x/nmt, R 22x/mnt Suhu 37°C. Placenta lahir lengkap, TFU 2 jari dibawah pusat, terjadi robekan perineum pada selaput lendir vagina dan kulit perineum. Katergori manakah robekan perineum pada kasus tersebut?
 - A. Rupture perineum Derajat 1
 - B. Rupture perineum Derajat 2
 - C. Rupture perineum Derajat 3
 - D. Rupture perineum Derajat 4
 - E. Laserasi perineum Derajat 3
3. Seorang perempuan berumur 34 tahun G2P1A0, hamil 39 minggu datang ke Puskesmas pukul 10.00 WIB dengan keluhan perut mulas sejak 4 jam yang lalu dan sering kencing. Hasil pemeriksaan TD 120/80 mmHg, N 88x/mnt, S 37°C, R 24x/mnt. TFU 30 cm, Punggung kiri, Presentasi kepala, DJJ 130x/mnt, teratur, Kontraksi 3x10'/45". Hasil PD pembukaan 7 cm, effacement 70%, ketuban utuh, kepala turun di Hodge III, UUK kiri melintang. Penyebab apakah keluhan sering kencing yang dialami perempuan tersebut?
 - A. Peningkatan suhu tubuh
 - B. Peningkatan kardiak output
 - C. Penurunan aliran plasma ginjal
 - D. Peningkatan filtrasi glomerulus
 - E. Peningkatan metabolisme tubuh

Kunci Jawaban dan Pembahasan

1. E. Memberikan oxytosin ke-2 sebanyak 10 IU per IM

Pembahasan:

- A. Mengosongkan kandung kemih dilakukan karena apabila kandung kemih penuh maka meningkatkan resiko perdarahan yang disebabkan karena atonia uteri
 - B. Manual placenta dilakukan dalam kondisi placenta tidak lahir dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir dan terjadi perdarahan secara tiba-tiba. Manual placenta adalah tindakan melepas placenta secara manual (menggunakan tangan) dari tempat implantasinya dan mengeluarkannya dari kavum uteri
 - C. Penekanan dorso kranial dilakukan bersamaan dengan PTT (Penegangan Tali Pusat Terkendali) saat kontraksi uterus akibat dari reaksi penyuntikan oksitosin
 - D. Observasi 15 menit kedua setelah bayi lahir dilakukan setelah penyuntikan oksitosin kedua
 - E. Memberikan oxytosin ke-2 sebanyak 10 IU per IM. Jika placenta belum lahir dalam waktu 15 menit setelah melakukan PTT dan dorsokranial, maka berikan oksitosin 10 unit secara IM dosis kedua kemudian ulangi PTT dan dorsokranial, Jika 30 menit placenta tdk lahir dan sdh dilakukan PTT maka lakukan rujukan
2. A. Rupture perineum Derajat 1

Pembahasan:

- A. Rupture Perineum Derajat I: Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum
- B. Rupture Perineum Derajat II: Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum
- C. Rupture Perineum Derajat III: Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot sfingter ani eksternal
- D. Rupture Perineum Derajat IV: Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot sfingter ani eksternal, dinding rectum anterior
- E. Laserasi Perineum Derajat 3 sama dengan pilihan jawaban C, karena rupture perineum dan laserasi perineum memiliki arti yang sama, yaitu robekan perineum

3. D. Peningkatan filtrasi glomerulus

Pembahasan:

- A. Peningkatan suhu tubuh terjadi karena metabolisme ibu yang terjadi selama kala I karena ibu mengalami kontraksi uterus selama kala I
- B. Peningkatan kardiak output terjadi karena kontraksi uterus selama kala I sehingga meningkatkan jumlah curah jantung 10% sampai 15%
- C. Penurunan aliran plasma ginjal. Pada kala I persalinan terjadi peningkatan aliran plasma ginjal dan filtrasi golmelurus sehingga ibu sering BAK
- D. Peningkatan filtrasi glomerulus. Pada kala I persalinan terjadi peningkatan aliran plasma ginjal dan filtrasi golmelurus sehingga ibu sering BAK
- E. Peningkatan metabolisme tubuh karena kontraksi selama kala I

Tugas

Mahasiswa dapat menjelaskan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan diantaranya:

- a. Power (kekuatan ibu)
- b. Passage (jalan lahir)
- c. Passager (janin)
- d. Psikologi Ibu
- e. Psysian/ penolong (Nakes)

Glosarium

A

Android: jenis panggul berbentuk segitiga

Antropoid: jenis panggul berbentuk agak lonjong seperti telur

B

Bidang Hodge: bidang yang digunakan dalam obstetri untuk mengetahui seberapa jauh penurunan bagian bawah janin kedalam panggul

C

Cranium : tulang tengkorak.

Conjugata Eksterna: jarak dari tepi atas Simmfisis dan ujung Processus Spinosus tulang lumbal 5 (18-20 cm)

D

Distasia Spinarum: jarak antara kedua Spina Iliaka Anterior Superior (23-26 cm).

Distansia Cristarum: jarak yang terlebar antara kedua Crista Iliaka kanan dan kiri (26-29 cm).

F

Frontanela : Ubun-ubun.

H

His : Kekuatan nyeri fisiologis yang utama selama kala II. His yang terjadi pada responden bersifat normal, yaitu kontraksi uterus terjadi 3 – 4 kali dalam 10 menit selama 40 – 60 menit dengan interval 2 – 3 menit.

I

Intrauterin : Keadaan sesuatu (biasanya janin) yang terdapat di rahim.

K

Kontraksi Uterus: pengencangan dan pemendekan otot uterus

P

Power: kekuatan meneran ibu saat persalinan sehingga mendorong janin keluar.

Pace Maker: Pusat koordinasi his yang berada pada uterus di sudut tuba di mana gelombang his berasal

Passage: jalan lahir yang terdiri atas panggul ibu, berupa bagian tulang padat, dasar panggul, vagina

Passager: hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang melewati jalan lahir saat persalinan

Placenta: organ sementara yang menghubungkan ibu ke janin dan berfungsi untuk mengirimkan oksigen dan nutrisi dari ibu ke janin

O

Orifisium : lubang pada vulva

R

Rupture Uteri : Terjadinya robekan pada dinding rahim.

S

Sutura: sela-sela diantara tulang yang ditutupi oleh membrane

U

Uterus : Rahim, atau tempat berkembangnya janin.

V

Vulva: area kulit yang mengelilingi uretra dan vagina, termasuk klitoris dan labia.

Vagina: saluran genital wanita yang berfungsi sebagai jalan lahir bayi saat proses persalinan normal

Daftar Pustaka

- Abidah, Anggraeni. (2021). *Husband Support Correlates with Maternal Anxiety Levels During Pregnancy in The Third Trimester*. Journal of Health Science
- Aniroh, U. Fatimah, R. 2019. *Tingkat Kecemasan Ibu Primigravida dalam Menghadapi Persalinan di Tinjau dari Usia Ibu dan Status Sosial Ekonomi*. Jurnal Ilmu Keperawatan Maternitas. Vol 2. No 2
- Fitriana, Yuni. Nurwiandani, Widy. 2018. *Asuhan Persalinan Konsep Persalinan secara Komprehensif dalam Asuhan Kebidanan*. Pustaka Baru Press: Yogyakarta
- Herlina. 2021. *Peran Bidan Terhadap Pelaksanaan Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi (P4k) Dalam Menurunkan Angka Kematian Ibu*. Jurnal Kesehatan Masyarakat (J-KESMAS) Vol. 07, No. 2, Nopember 2021
- Kartika. 2021. *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Ibu Hamil Menghadapi Proses Persalinan*. Jurnal Of Midwefery and Public Health. Volume 3 No. 2 <https://jurnal.unigal.ac.id/index.php>
- Rahmawati. 2019. *Influence Of Physical And Psychological Of Pregnant Women Toward Health Status Of Mother And Baby*. Jurnal Kebidanan Volume 9 Nomor 2
- Rullyni. 2022. *Pengaruh Pendamping Persalinan Terhadap Kemajuan Persalinan Pada Ibu Bersalin Di Praktik Mandiri Bidan Pmb Se-Kota Tanjungpinang*. Jurnal Ilmu dan Teknologi Kesehatan Terpadu (JITKT) Vol.2, No.1
- Simarmata, Budihastuti, Tamtomo. 2019. *Effect of Social Suport and Social Interaction on Anxiety Among Pregnant Women*. Journal of meternal and child health
- Sukma. 2020. *Pengaruh Faktor Usia Ibu Hamil Terhadap Jenis Persalinan di RSUD DR. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung*. Majority Volume 9 Nomor 2

- Tanjung. 2022. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan Normal Di Klinik Harapan Bunda Kabupaten Padang Lawas Utara* Jurnal Gentle Birth. Jurnal Ilmiah Kesehatan dan Kebidanan. Volume 5 No 1
- Walyani, E., & Purwoastuti, E. 2016. *Asuhan Kebidanan Persalinan & Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta : PUSTAKA BARU PRESS.

BAB III

PERUBAHAN FISILOGIS DAN PSIKOLOGIS IBU DALAM MASA PERSALINAN

(Bdn. Nila Trisna Yulianti, S.SiT., M.Keb)

A. Deskripsi Pembelajaran

Materi ini akan memberikan kemampuan bagi para pembaca untuk memberi belajar berfokus pada konsep umum perubahan fisiologis dan psikologis dalam persalinan meliputi perubahan uterus, servik, kardiovaskuler, tekanan darah, Nadi, suhu, pernafasan, metabolisme, ginjal, gastrointestinal, hematologi dan dilanjutkan perubahan psikologi pada kala I, II, III dan IV.

B. Tujuan Pembelajaran

Adapun tujuan pembelajaran pada topik kali ini yakni pembaca akan memahami tentang :

1. Perubahan fisiologis dan psikologis pada persalinan kala I
2. Perubahan fisiologis dan psikologis pada persalinan kala II
3. Perubahan fisiologis dan psikologis pada persalinan kala III
4. Perubahan fisiologis dan psikologis pada persalinan kala IV

C. Capaian Pembelajaran

Kemampuan akhir yang diharapkan setelah menempuh kegiatan belajar ini adalah mahasiswa mampu menjelaskan konsep umum perubahan fisiologis dan psikologis dalam persalinan.

MATERI KEGIATAN 1

PERUBAHAN FISILOGIS DAN PSIKOLOGIS PERSALINAN KALA I

A. Perubahan Fisiologis Persalinan Kala I

1. Perubahan pada uterus :

Uterus terdiri dari dua komponen fungsional utama yaitu miometrium dan serviks. Berikut ini akan dibahas tentang kedua komponen fungsional dengan perubahan yang terjadi pada kedua komponen tersebut.

Uterus

Uterus dalam masa kehamilan menjelang persalinan akan berubah menjadi dua bagian yaitu segmen bawah rahim (SBR) yang sifatnya pasif dan teregang, serta segmen atas rahim (SAR) yang sifatnya aktif. Batas dari kedua segmen tersebut adalah isthmus uteri yang terletak diantara ostium uteri internum anatomicum dan ostium uteri internum hystologicum. Dikatakan seorang ibu masuk dalam masa inpartu apabila dia telah mengalami kontraksi uterus dan terdapat perubahan pada serviks (Abdul Sari, 2016).

Kontraksi uterus

Kontraksi uterus bertanggungjawab terhadap penipisan dan pembukaan servik dan pengeluaran bayi dalam persalinan. Kontraksi uterus saat persalinan sangat unik karena kontraksi ini merupakan kontraksi otot yang sangat sakit. Kontraksi ini bersifat involunter yang bekerja dibawah kontrol saraf dan bersifat intermitten yang memberikan keuntungan berupa adanya periode istirahat/relaksasi diantara dua kontraksi. Terdapat 4 perubahan fisiologis pada kontraksi uterus yaitu :

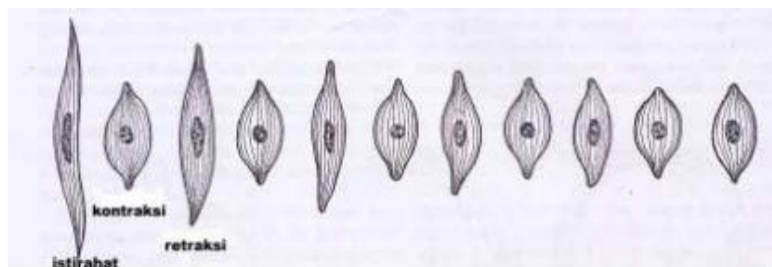
a. Fundal Dominan atau dominasi fundus.

Kontraksi berawal dari fundus pada salah satu kornu, kemudian menyebar ke samping dan ke bawah. Kontraksi terbesar dan terlama adalah di bagian fundus. Namun pada puncak kontraksi dapat mencapai seluruh bagian uterus. Berikut gambar yang menunjukkan dominasi fundus selama kontraksi uterus:



b. Kontraksi dan Retraksi

Pada awal persalinan kontraksi uterus berlangsung setiap 15 – 20 menit selam 30 detik dan diakhir kala I setiap 2 – 3 menit selama 50 – 60 detik dengan intensitas yang sangat kuat. Pada segmen atas rahim tidak berelaksasi sampai kembali ke panjang aslinya setelah kontraksi namun relative menetap pada panjang yang lebih pendek. Hal ini disebut dengan retraksi. Berikut adalah gambar kemajuan kontraksi dan retraksi otot uterus :



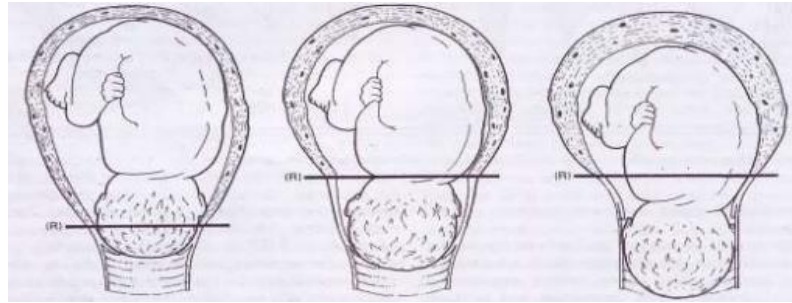
c. Polaritas

Polaritas adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keselarasan saraf-saraf otot yang berada pada dua kutub atau segmen uterus ketika berkontraksi. Ketika segmen atas uterus berkontraksi dengan kuat dan beretraksi maka segmen bawah uterus hanya berkontraksi sedikit dan membuka.

d. Differensiasi atau perbedaan kontraksi uterus

Selama persalinan aktif uterus berubah menjadi dua bagian yang berbeda Segmen atas uterus yang berkontraksi secara aktif menjadi lebih tebal ketika persalinan maju. Segmen bawah uterus dan servik relative pasif dibanding dengan segmen atas dan bagian ini berkembang menjadi jalan yang berdinding jauh lebih tipis untuk janin. Cincin retraksi terbentuk pada persambungan segmen bawah dan atas uterus. Segmen bawah rahim terbentuk secara bertahap ketika

kehamilan bertambah tua dan kemudian menipis sekali pada saat persalinan. Berikut adalah gambar cincin retraksi antara segmen bawah dan atas uterus :



(Sarwono, 2018).

Perubahan Serviks.

Kala I persalinan dimulai dari munculnya kontraksi persalinan yang ditandai dengan perubahan servik secara progresif dan diakhiri dengan pembukaan servik lengkap. Ada 2 proses fisiologi utama yang terjadi pada servik :

- a. Pendataran servik disebut juga penipisan servik adalah pemendekan saluran servik dari 2 cm menjadi hanya berupa muara melingkar dengan tepi hampir setipis kertas. Proses ini terjadi dari atas ke bawah sebagai hasil dari aktivitas miometrium. Serabut-serabut otot setinggi os servik internum ditarik keatas dan dipendekkan menuju segmen bawah uterus, sementara os eksternum tidak berubah.
- b. Pembukaan servik. Pembukaan terjadi sebagai akibat dari kontraksi uterus serta tekanan yang berlawanan dari kantong membran dan bagian bawah janin. Kepala janin saat fleksi akan membantu pembukaan yang efisien. Pada primigravida pembukaan didahului oleh pendataran servik , sedangkan pada multigravida pembukaan servik dapat terjadi bersamaan dengan pendataran. Faktor penyebab pembukaan :
 - 1) Segmen bawah rahim dan serviks merupakan daerah yg kurang resisten dan akan menjadi subyek peregangan.
 - 2) Tekanan hidrostatik selaput ketuban saat kontraksi sehingga jika ketuban pecah akan diganti dengan presentasi.
 - 3) Desidua SBR tipis & kurang berkembang sehingga pergerakan sedikit otot dibawahnya membuat selaput ini bergeser.

Kala I dibagi menjadi 2 fase yaitu fase laten dan aktif.

Fase Laten: Fase yang dimulai pada pembukaan serviks 0 dan berakhir sampai pembukaan servik mencapai 3 cm. Pada fase ini kontraksi uterus meningkat frekuensi, durasi, dan intensitasnya dari setiap 10 – 20 menit, lama 15 – 20 detik dengan intensitas cukup menjadi 5 – 7 menit, lama 30 – 40 detik dan dengan intensitas yang kuat.

Fase Aktif : Fase yang dimulai pada pembukaan serviks 4 dan berakhir sampai pembukaan servik mencapai 10 cm. Pada fase ini kontraksi uterus menjadi efektif ditandai dengan meningkatnya frekuensi, durasi dan kekuatan kontraksi. Tekanan puncak kontraksi yang dihasilkan mencapai 40 – 50 mm Hg. Di akhir fase aktif kontraksi berlangsung antara 2 – 3 menit sekali, selama 60 detik dengan intensitas lebih dari 40 mmHg. Fase aktif dibedakan menjadi fase akselerasi, fase dilatasi maksimal dan fase deselerasi.

Fase Akselerasi : Dari pembukaan servik 3 menjadi 4 cm. fase ini merupakan fase persiapan menuju fase berikutnya.

Fase Dilatasi Maksimal : fase ini merupakan waktu ketika dilatasi servik meningkat dengan cepat. Dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm selama 2 jam. Normalnya pembukaan servik pada fase ini konstan yaitu 3 cm perjam untuk multipara dan 1.2 cm untuk primipara.

Fase Deselerasi : merupakan akhir fase aktif dimana dilatasi servik dari 9 cm menuju pembukaan lengkap (10 cm) . dilatasi servik pada fase ini lambat rata-rata 1 cm perjam namun pada multipara lebih cepat. Perubahan pada vagina dan dasar panggul antara lain yakni Kala I ketuban ikut meregangkan bagian atas vagina dapat dilalui oleh anak, ketuban pecah perubahan disebabkan oleh presentasi, kepala sampai divulva: lubang vulva menghadap kedepan atas, peregangan bagian depan nampak perineum menonjol & menjadi tipis & anus membuka Regangan dimungkinkan oleh bertambahnya sirkulasi darah robekan perdarahan banyak (Sarwono, 2018).

2. Kardiovaskuler

Peningkatan metabolisme yakni denyut jantung meningkat, saat relaksasi, sedikit meningkat dibanding sebelum persalinan.

- a. Pada setiap kontraksi, 400 ml darah dikeluarkan dari uterus dan masuk kedalam sistem vaskuler ibu, Curah jantung meningkat 12% dari sebelum persalinan dan 30% selama kontraksi.

- b. Tekanan arteri meningkat 10% dan lebih tinggi pada kala II \diamond kerja jantung meningkat denyut jantung meningkat.

3. Perubahan Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama terjadi kontraksi (sistolik rata – rata naik 15 mmHg, diastolik 5 – 10 mmHg), antara kontraksi tekanan darah kembali normal pada level sebelum persalinan. Rasa sakit, takut dan cemas juga akan meningkatkan tekanan darah.

4. Perubahan Metabolisme.

Selama persalinan metabolisme aerob maupun anaerob terus menerus meningkat seiring dengan kecemasan dan aktivitas otot. Peningkatan metabolisme ini ditandai dengan meningkatnya suhu tubuh, nadi pernafasan, cardiac output dan kehilangan cairan.

a. Keseimbangan asam basa

- 1) Berlangsung kurang 12 jam persalinan banyak mengeluarkan energy, penuhi kebutuhan selama kontraksi uterus
- 2) Energi diperoleh dari proses metabolisme glikogen yang tersimpan dalam otot, akan habis proses oksidasi simpanan lemak tubuh, penumpukan zat keton dalam darah dan asidosis metabolik ringan terutama kala I.
- 3) Asidosis metabolik dikompensasi dengan alkalosis respiratori ringan akibat hiperventilasi normal.
- 4) Tidak berbahaya asal kondisi nutrisi ibu baik dan kelahiran bayi.

b. Elektrolit dan cairan

- 1) Pengeluaran energi ekstra akan mengakibatkan peningkatan produksi panas dan keringat akan kehilangan cairan tubuh.
- 2) Poliuri akibat peningkatan curah jantung, peningkatan filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal, protein uri (+), Bila \geq (++), abnormal.

5. Perubahan Suhu

Suhu tubuh akan sedikit naik (0,5–1 0C) selama persalinan dan segera turun setelah persalinan. Hal ini menunjukkan adanya peningkatan metabolisme dalam tubuh.

6. Perubahan Nadi

Frekuensi nadi diantara dua kontraksi lebih meningkat dari pada selama periode sesaat sebelum persalinan. Ini merupakan hasil dari metabolisme yang meningkat.

7. Perubahan Pernafasan

Peningkatan aktivitas fisik dan pemakaian oksigen terlihat dari peningkatan frekuensi pernafasan. Hiperventilasi dapat menyebabkan alkalosis respiratorik (pH meningkat), hipoksia dan hipokapnea (CO₂ menurun).

8. Perubahan Ginjal

Poliuri akan terjadi selama persalinan. Ini mungkin disebabkan karena meningkatnya curah jantung selama persalinan dan meningkatnya filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal.

9. Perubahan Gastrointestinal

Pergerakan lambung dan absorpsi pada makanan padat sangat berkurang selama persalinan. Hal ini diperberat dengan berkurangnya produksi getah lambung, menyebabkan aktifitas pencernaan hampir berhenti, dan pengosongan lambung menjadi sangat Lamban. Cairan tidak berpengaruh dan meninggalkan perut dalam tempo yang biasa. Mual dan muntah biasa terjadi sampai ibu mencapai akhir kala I.

10. Perubahan Hematologi

Hemoglobin meningkat sampai 1.2 gram/100 ml selama persalinan dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan sehari setelah pasca salin kecuali ada perdarahan post partum.

(JNPK, 2014).

B. Perubahan Psikologis Kala I

1. Fase Laten: Pada fase ini ibu biasanya merasa lega dan bahagia karena masa kehamilannya akan segera berakhir. Namun, pada awal persalinan wanita biasanya gelisah, gugup, cemas dan khawatir sehubungan dengan rasa tidak nyaman karena kontraksi. Biasanya dia ingin berbicara, perlu ditemani, tidak tidur, ingin berjalan-jalan dan menciptakan kontak mata. Pada wanita

yang dapat menyadari bahwa proses ini wajar dan alami akan mudah beradaptasi dengan keadaan tersebut.

2. Fase aktif: Saat kemajuan persalinan sampai pada fase kecepatan maksimum rasa khawatir wanita menjadi meningkat. Kontraksi menjadi semakin kuat dan frekuensinya lebih sering sehingga wanita tidak dapat mengontrolnya. Dalam keadaan ini wanita akan menjadi lebih serius. Wanita tersebut menginginkan seseorang untuk mendampingi karena dia merasa takut tidak mampu beradaptasi dengan kontraksinya. (JNPK, 2014).

MATERI KEGIATAN 2

PERUBAHAN FISILOGIS DAN PSIKOLOGIS PERSALINAN KALA II

A. Perubahan Fisiologis Persalinan Kala II

1. Kontraksi, dorongan otot – otot persalinan

Dimana kontraksi uterus pada persalinan mempunyai sifatnya tersendiri. Kontraksi menimbulkan nyeri, merupakan kontraksi satu-satunya kontraksi normal muskulus. Kontraksi ini dikendalikan oleh syaraf intrinsik, tidak disadari, tidak dapat diatur oleh ibu bersalin, baik frekuensi maupun lama kontraksi. Sedangkan Sifat Khas His adalah

- a. Rasa sakit dari fundus merata ke seluruh uterus sampai berlanjut ke punggung bawah.
- b. Penyebab rasa sakit belum diketahui secara pasti. Beberapa dugaan penyebab antara lain :
 - 1) Pada saat kontraksi terjadi kekurangan O_2 pada miometrium.
 - 2) Penekanan ganglion syaraf di serviks dan uterus bagian bawah.
 - 3) Peregangan servik akibat dari pelebaran serviks.
 - 4) Peregangan peritoneum sebagai organ yang menyelimuti uterus.

Pada waktu selang kontraksi periode relaksasi diantara kontraksi memberikan dampak berfungsinya sistem-sistem dalam tubuh, yaitu:

- a. Memberikan kesempatan pada jaringan otot-otot uterine untuk beristirahat agar tidak memberikan 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 konstiksi pembuluh darah placenta sehingga bila berkontraksi secara terus menerus, maka akan menyebabkan hipoksia, anoksia dan kematian janin.

Pada awal persalinan kontraksi uterus selama 15-20 detik. Pada saat memasuki fase aktif, kontraksi terjadi selama 45-90 detik rata-rata 60 detik. Dalam satu kali kontraksi selama 3 fase, yaitu fase inkremen, Acme dan Decremen. Pada saat fase naik lamanya 2 kali fase lainnya. Pemeriksaan kontraksi uterus meliputi, frekuensi, durasi lama, intensitas kuat /lemah. Frekuensi dihitung dari awal timbulnya kontraksi sampai muncul kontraksi berikutnya. Pada saat memeriksa durasi/ lama kontraksi, perlu diperhatikan bahwa cara pemeriksaan kontraksi uterus dilakukan dengan palpasi pada perut. Karena bila berpedoman pada rasa sakit yang dirasakan ibu bersalin saja kurang akurat. Pada saat awal kontraksi biasanya ibu bersalin belum merasakan sakit, begitu juga pada saat kontraksi sudah berakhir, ibu bersalin masih merasakan sakit. Begitu juga dalam menentukan intensitas kontraksi uterus atau kekuatan kontraksi /kontraksi uterus, hasil pemeriksaan yang disimpulkan tidak dapat diambil dari seberapa reaksi nyeri ibu bersalin pada saat kontraksi. Ambang rasa nyeri tiap individu berbeda. Pada ibu bersalin yang belum siap menghadapi persalinan, kurang matang psikologis, tidak mengerti proses persalinan yang ia hadapi akan bereaksi serius dengan berteriak keras saat kontraksi walaupun kontraksinya lemah. Sebaliknya ibu bersalin yang sudah siap menghadapi persalinan, matang psikologis, mengerti tentang proses persalinan, mempunyai ketabahan, kesabaran yang kuat, pernah melahirkan, didampingi keluarga dan didukung oleh penolong persalinan yang profesional, dapat menggunakan teknik pernafasan untuk relaksasi, maka selama kontraksi yang kuat tidak akan berteriak. Intensitas dapat diperiksa dengan cara jari-jari tangan ditekan pada perut, bisa atau tidak uterus ditekan. Pada kontraksi yang lemah akan mudah dilakukan, tetapi pada kontraksi yang kuat tidak mudah dilakukan. Bila dipantau dengan monitor janin, kontraksi uterus yang paling kuat pada fase kontraksi puncak tidak akan melebihi 40 mmHg (Net Anella et al, 2019).

Selanjutnya, kesimpulan pemeriksaan kontraksi uterus tidak hanya meliputi, frekuensi, durasi/lama, intensitas kuat/lemah tetapi perlu diperhatikan juga pengaruh dari ketiga hal tersebut mulai dari kontraksi yang belum teratur hingga hasil 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, kuat, maka hal ini akan menghasilkan pengeluaran janin. Bila ibu bersalin mulai berkontraksi dalam 5 menit selama 50-60 detik dengan intensitas cukup kuat maka dapat terjadi kontraksi tidak teratur, frekuensi lebih sering, durasi lebih lama. Terkadang dapat terjadi disfungsi uterin, yaitu kemajuan proses persalinan yang meliputi dilatasi servik/pelebaran serviks, mekanisme penurunan kepala memakan waktu yang lama tidak sesuai dengan harapan (Net Anella et al, 2019), (JNPK, 2014).

Kontraksi uterus berkontraksi pada setiap bagian karena mempunyai pola gradient. 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 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 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 semakin menebal dan mencapai batas tertentu pada zona bawah semakin tipis dan luas.

Sedangkan zona bawah terdiri dari ismus dan servik uteri. Pada saat persalinan ismus uteri disebut sebagai segmen bawah rahim. zona ini sifatnya pasif tidak berkontraksi seperti zona atas. Zona bawah menjadi tipis dan membuka akibat dari sifat pasif dan pengaruh dari kontraksi pada zona atas sehingga janin dapat melewatinya. Jika zona bawah ikut berkontraksi seperti zona atas maka tidak dapat terjadi dilatasi/ pembukaan servik, hal ini dapat mempersulit proses persalinan (Ibone et al, 2019).

2. UTERUS

Terjadi perbedaan pada bagian uterus :

- a. Segmen atas : bagian yang berkontraksi, bila dilakukan palpasi akan terasa keras saat kontraksi.
- b. Segmen bawah : terdiri atas uterus dan serviks, merupakan daerah yang teregang, bersifat pasif. Hal ini mengakibatkan pemendekan segmen bawah uterus.
- c. Batas antara segmen atas dan segmen bawah uterus membentuk lingkaran cincin retraksi fisiologis. Pada keadaan kontraksi uterus inkoordinasi akan membentuk cincin retraksi patologis yang dinamakan cincin bandl. Perubahan bentuk : Bentuk uterus menjadi oval yang disebabkan adanya pergerakan tubuh janin yang semula membungkuk menjadi tegap, sehingga uterus bertambah panjang 5-10 cm

3. Pergeseran organ dasar panggul

Keadaan segmen atas dan segmen bawah rahim pada persalinan. Sejak kehamilan lanjut, uterus dengan jelas terdiri atas dua bagian yaitu segmen atas rahim yang dibentuk oleh korpus uteri dan segmen bawah rahim yang terjadi dari isthmus uteri. Dalam persalinan, perbedaan antara segmen atas rahim dan segmen bawah rahim lebih jelas lagi. Segmen atas memegang peranan aktif karena berkontraksi dan dindingnya bertambah tebal dan majunya persalinan. Segmen bawah rahim memegang peranan pasif dan makin tipis dengan majunya persalinan karena diregang.

Jadi secara singkat, saat persalinan segmen atas berkontraksi, menjadi tebal, dan mendorong anak keluar. Sementara itu segmen bawah dan serviks mengadakan relaksasi, dilatasi, serta menjadi saluran yang tipis dan teregang yang nantinya akan dilalui bayi. Ingat kembali sifat khas dari Kontraksi otot rahim:

- a. Setelah kontraksi, otot tersebut tidak berelaksasi kembali ke keadaan sebelum kontraksi, tetapi menjadi edikit lebih pendek tonusnya walaupun sebelum kontraksi. Kejadian ini disebut retraksi. Dengan retraksi ini, maka rongga rahim mengecil dan anak secara perlahan didorong ke bawah dan tidak naik lagi keatas setelah his hilang. Akibat retraksi ini, segmen atas makin tebal dengan majunya persalinan apalagi setelah bayi lahir.

- b. Kontraksi tidak sama kuatnya, tetapi paling kuat didaerah fundus uteri dan berangsur berkurang kebawah. Kontraksi yang paling lemah terjadi pada segmen bawah rahim.

(Marta Berta et all, 2019), (JNPK, 2014).

B. Perubahan Psikologis Kala II

Pada kala II, his terkoordinasi kuat, cepat, dan lebih lama; kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun dan masuk ruang panggul, sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa ingin meneran. Karena tekanan rectum, ibu merasa seperti mau buang air besar, dengan tanda anus terbuka. Pada waktu terjadinya his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, dan perineum meregang. Dengan his meneran yang terpimpin, maka akan lahir kepala diikuti oleh seluruh badan janin (Ina A Stelzer et all, 2021), (Sarwono, 2018).

MATERI KEGIATAN 3

PERUBAHAN FISILOGIS DAN PSIKOLOGIS PERSALINAN KALA III

A. Perubahan Fisiologis Kala III

Mungkin dibenak saudara muncul pertanyaan bagaimana plasenta yang melekat kuat pada endometrium bisa lepas dengan sendirinya. Hal yang menyebabkan terpisahnya plasenta dari dinding uterus karena kontraksi uterus (spontan atau dengan stimulus) setelah kala dua selesai. Pada kala III, otot uterus (miometrium) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun kenagian bawah uterus atau ke dalam vagina. Berat plasenta mempermudah terlepasnya selaput ketuban, yang terkelupas dan dikeluarkan. Tempat perlekatan plasenta menentukan kecepatan pemisahan dan metode ekspulsi plasenta.

Adapun tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu :

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

Pada kala III persalinan diperlukan manajemen aktif kala III untuk membantu menghasilkan kontraksi uterus lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah perdarahan dan mengurangi kehilangan darah kala tiga persalinan jika dibandingkan dengan

penatalaksanaan fisiologis. Penerapan manajemen aktif kala tiga meliputi pemberian oksitosin 10 IU secara IM (intramuscular) pada 1/3 paha kanan atas bagianluar ibu, melakukan penegangan tali pusat terkendali, dan melakukan masase fundus uteri selama 15 detik. Segera setelah kelahiran bayi dapat dilakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD), dimana bayi diletakkan di dada ibu dan bayi secara mandiri mencari puting untuk segera menyusui.

B. Perubahan Psikologis Kala III

Perubahan Psikologis Kala III antara lain :

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

(Leena Alanne et all, 2023) , (JNPK, 2014).

MATERI KEGIATAN 4

PERUBAHAN FISILOGIS DAN PSIKOLOGIS PERSALINAN KALA IV

A. Perubahan Fisiologis Kala IV

Kala IV dimulai sejak plasenta lahir sampai dengan 2 jam sesudahnya, adapun hal-hal yang perlu diperhatikan adalah kontraksi uterus sampai uterus kembali dalam bentuk normal. Hal ini dapat dilakukan dengan rangsangan taktil (masase) untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat. Perlu juga dipastikan bahwa plasenta telah lahir lengkap dan tidak ada yang tersisa sedikitpun dalam uterus serta benar-benar dijamin tidak terjadi perdarahan lanjut. Selama dua jam pertama pasca persalinan dilakukan pemantauan pemantauan yaitu tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih dan darah yang keluar setiap 15 menit pada satu jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua.

Setelah melakukan masase fundus uteri selama 15 detik, bidan melakukan evaluasi tinggi fundus uteri dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokannya, memperkirakan kehilangan darah secara keseluruhan, memeriksa kemungkinan adanya robekan perineum, melakukan evaluasi keadaan umum ibu serta melakukan dokumentasi semua asuhan dan temuan selama kala empat di bagian belakang partograf.

1. Involusi uterus

Involusi uterus meliputi reorganisasi dan pengeluaran desidua/endometrium dan eksofoliasi tempat perlekatan plasenta yang ditandai dengan penurunan ukuran dan berat serta perubahan pada lokasi uterus juga ditandai dengan warna dan jumlah lochia. Regenerasi endometrium lengkap pada tempat perlekatan plasenta memakan waktu hampir enam minggu. Segera setelah persalinan tinggi fundus uteri (TFU) terletak dua pertiga hingga tiga perempat bagian atas antara simfisis pubis dan umbilikus. TFU kemudian naik, sejajar dengan umbilikus dalam beberapa jam. TFU tetap terletak kira-kira sejajar (atau satu ruas jari dibawah) umbilikus selama satu atau dua hari postpartum dan secara bertahap turun ke dalam panggul sehingga tidak dapat dipalpasi lagi diatas simfisis pubis setelah hari ke sepuluh postpartum.

2. Vagina dan perineum

Setelah satu hingga dua hari pascapartum, tonus otot vagina kembali, celah vagina tidak lebar, dan vagina tidak ada oedema. Sekarang vagina memiliki

dinding yang lebih lunak dan lebih besar dari biasanya. Ukurannya menurun dengan kembalinya rugae vagina sekitar tiga minggu pascapartum. Ruang vagina selalu sedikit besar daripada sebelum kelahiran pertama.

3. Lochea

Adapun perubahan lochea antara lain :

- a. Lochea rubra, lochea ini muncul pada hari pertama sampai hari ke-4 masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan mekonium, selama dua hari pasca persalinan.
- b. Lochea sanguinolenta yaitu cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung dari hari ke-4 sampai ke-7 postpartum.
- c. Lochea serosa adalah lochea yang berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan/lacerasi placenta. Muncul pada hari ketujuh sampai ke-14 postpartum.
- d. Lochea Alba yang mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati. Pengeluaran lochea alba bisa berlangsung selama 2-6 minggu postpartum.

4. Laktasi

Masa laktasi (menyusukan) sudah disiapkan sejak dari kehamilan. Air susu ibu akan mengalami perubahan mulai dari ASI yang disebut kolostrum sampai dengan ASI mature. Kolostrum merupakan ASI yang muncul dari hari pertama sampai hari ketiga berwarna kekuningan dan agak kasar karena banyak mengandung lemak dan sel-sel epitel, dan mengandung kadar protein tinggi. Selanjutnya kolostrum akan berubah menjadi Air susu ibu (ASI) peralihan sudah terbentuk pada hari keempat sampai hari kesepuluh dan ASI matur akan dihasilkan mulai hari kesepuluh dan seterusnya

B. Perubahan Psikologis Kala IV

Perubahan psikologi masa nifas dibagi menjadi 3 yaitu :

1. Fase taking in, fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya.
2. Fase taking hold, fase ini berlangsung antara dua sampai empat hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung

jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung.

3. Fase letting go, fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya (Kinnunen M, et al, 2020), (Louse L, et al, 2020), (Sarwono, 2018).

Soal Uji Kompetensi (UKOM)

Kerjakan soal berikut ini tanpa melihat kunci jawaban. Setelah selesai cocokkan dengan kunci jawaban untuk mengetahui nilai yang diperoleh.

1. Seorang perempuan, G1P0A0, umur 23 tahun hamil 38 minggu datang ke TPMB bersama suami pukul 15.00 WITA untuk memeriksakan kehamilannya. Dari hasil pemeriksaan di dapat hasil TD: 110/70 mmHg, N 80x/menit, Suhu 37,8^{0C}, RR 20 x/menit, VT 3 cm, KK (+). Ibu mengeluh ingin selalu BAK tapi tidak dapat BAK, sulit BAB sejak 1 hari yang lalu. Apakah yang menyebabkan kasus tersebut ?
 - A. Perubahan Hematologi
 - B. Perubahan sistem renal
 - C. Perubahan metabolisme
 - D. Perubahan Tekanan Darah
 - E. Perubahan Sistem Kardiovaskuler
2. Seorang perempuan, G1P0A0, umur 23 tahun hamil 39 minggu datang ke TPMB bersama suami pukul 15.00 WITA untuk memeriksakan kehamilannya. Dari hasil pemeriksaan di dapat hasil TD: 110/70 mmHg, N 80x/menit, Suhu 37,8^{0C}, RR 20 x/menit, VT 3 cm, KK (+). Ibu mengeluh ingin selalu BAK tapi tidak dapat BAK, sulit BAB sejak 1 hari yang lalu. Bagaimana perubahan tersebut dapat terjadi ?
 - A. Adanya peningkatan curah jantung.
 - B. Adanya peningkatan laju filtrasi glomerulus.

- C. Adanya aliran darah plasma
 - D. Adanya peningkatan jumlah urine
 - E. Adanya penurunan tekanan darah
3. Seorang perempuan, G1P0A0, umur 23 tahun hamil 38 minggu datang ke TPMB bersama suami pukul 15.00 WITA untuk memeriksakan kehamilannya. Dari hasil pemeriksaan didapatkan hasil TD: 120/70 mmHg, N 84x/menit, Suhu 37,8^{0C}, RR 20 x/menit, VT 2 cm, KK (+). Ibu mengeluh ingin selalu BAK tapi tidak dapat BAK, sulit BAB sejak 1 hari yang lalu. Apa yang menyebabkan kasus tersebut ?
- A. Gerakan peristaltik usus berkurang.
 - B. Gerakan peristaltik meningkat.
 - C. Enzim pencernaan berkurang
 - D. Enzim peristaltic meningkat drastic
 - E. Gerakan peningkatan usus besar
4. Seorang perempuan, G II P I A O, umur 28 tahun, datang di puskesmas pada Tgl 01 / 03 / 2023 jam 6.00 WITA, mengeluh kencing-kencing sejak jam 01.00 WITA dini hari, PPV lendir darah, hasil PD pembukaan 4 cm, ketuban positif presentasi kepala turun Hodge II, ubun-ubun kecil kiri depan, HIS 3X dalam 10 menit lamanya 35 detik. Bagaimanakah penurunan kepala janin pada kasus tersebut?
- A. Bidang yang sejajar PAP melalui ujung os coccygis.
 - B. Bidang yang sejajar PAP setinggi tepi atas Simphisis.
 - C. Bidang yang sejajar PAP melalui tuberositas ischia.
 - D. Bidang yang sejajar PAP setinggi tepi bawah simphisis.
 - E. Bidang yang sejajar PAP melalui kedua spina ischiadika.

5. Seorang perempuan G II P I A O, umur 26 tahun, datang di puskesmas pada Tgl 01 / 03 / 203 jam 6.00 WITA, mengeluh kenceng-kenceng sejak jam 01.00 WITA dini hari, PPV lendir darah, hasil PD pembukaan 5 cm, ketuban positif presentasi kepala turun Hodge II, ubun-ubun kecil kanan depan, HIS 3X dalam 10 menit lamanya 35 detik. Bagaimanakah kriteria his pada kasus tersebut?
- A. Lemah
 - B. Kuat
 - C. Sedang
 - D. Kuat sekali
 - E. Lemah sekali
6. Seorang perempuan, umur 25 tahun, hamil 9 bulan tgl 01 September 2017 jam 08.00 WITA datang ke TPMB dengan keluhan ingin melahirkan. Bagaimanakah sikap Bidan setelah menerima pasien tersebut ?
- A. Anamnesa
 - B. Menyiapkan alat partus.
 - C. Memberi makan dan minum
 - D. Menyiapkan pakaian Ibu dan Bayi.
 - E. Menyiapkan tempat untuk bersalin.

C. Kunci Jawaban

- 1. B
- 2. D
- 3. E
- 4. B
- 5. D
- 6. D

Tugas

1. Buatlah alat peraga lingkaran pembukaan per kelompok !
2. Buatlah alat peraga penipisan serviks (*efficement*) !
3. Buatlah role play psikologis ibu pada kala II per kelompok !
4. Buatlah praktik lagu mars APN dengan kreatif dan inovatif !

Glosarium

1. A

- a. APN : asuhan persalinan normal

2. B

- a. BAK : buang air kecil
- b. BAB : buang air besar

3. K

- a. KK : ketuban keruh

4. O

- a. OS : ostium

5. P

- a. PPV : pengeluaran per vagina
- b. PD : pemeriksaan dalam
- c. PAP : pintu atas panggul

6. R

- a. RR : respirasi rate (pernafasan)

7. S

- a. SBR : segmen bawah rahim
- b. SAR : segmen atas rahim

8. T

- a. TD : tekanan darah

9. V

- a. VT : vaginal touche (pemeriksaan dalam)

Daftra Pustaka

Abdul Bari Saifudin. 2016. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Banten : CV. Rizky

Sarwono Prawiroharjo. 2018. Ilmu Kebidanan dan Kandungan. Jakarta : EGC

JNPK. 2014. Buku Acuan Persalinan Normal. Jakarta : Depkes RI

Netanella Miller, Aula Atamna Asali, Moran Agassi-Zaitler et. All. (2019). Physiological and psychological stress responses to labor and delivery as expressed by salivary cortisol: a prospective study. Volume 221, issue 4. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.06.045>

Ibone Olza, Kerstin Uvnas-Moberg, Anette Ekström-Bergström. et All. (2020). Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. Jul 28;15(7):e0230992. doi: 10.1371/journal.pone.0230992.

Marta Berta, Helena Lindgren, Kyllike Christensson. et All. (2019). Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. Dec 4;19(1):466. doi: 10.1186/s12884-019-2620-0.

Ina A Stelzer, Mohammad S Ghaemi, Xiaoyuan Han. et All. (2021). Integrated trajectories of the maternal metabolome, proteome, and immunome predict labor onset. May 5;13(592):eabd9898. doi: 10.1126/scitranslmed.abd9898.

Leena Alanne, Hannu Kokki, Anu Mykkänen. et All. (2023). Oxycodone does not affect placental circulatory physiology during the early first stage of labor- A randomized trial. Aug;102(8):1063-1072.doi: 10.1111/aogs.14603.

Kinnunen M, Kokki H, Hautajärvi H, Tuovinen K, Kokki M. Oxycodone for pain management in the latent phase of labour—A pragmatic trial. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2020; 64: 685-690.

Louise Lundborg, Katarina Åberg, Anna Sandström. et All. (2020). First stage progression in women with spontaneous onset of labor: A large population-based cohort study. Sep 25;15(9):e0239724. doi: 10.1371/journal.pone.0239724.

BAB IV

KEBUTUHAN DASAR IBU BERSALIN KALA I, II, III DAN IV

(Lusi Afriyani, S.S.T., M.Tr.Keb.)

A. Deskripsi Pembelajaran

Materi ini memberikan kemampuan kepada mahasiswa untuk memahami kebutuhan dasar ibu bersalin, kebutuhan fisik dan kebutuhan psikologis ibu bersalin kala I, II, III dan IV.

B. Tujuan Pembelajaran

Pada akhir pembelajaran, mahasiswa dapat menjelaskan kebutuhan dasar ibu bersalin, kebutuhan fisik dan kebutuhan psikologis ibu bersalin kala I, II, III dan IV.

C. Capaian Mata Kuliah

1. Kebutuhan dasar ibu bersalin
2. Pemenuhan kebutuhan fisik
3. Pemenuhan kebutuhan psikologis
4. Kebutuhan dasar Ibu bersalin kala I
5. Kebutuhan dasar Ibu bersalin kala II
6. Kebutuhan dasar ibu bersalin kala III
7. Kebutuhan dasar ibu bersalin kala IV

D. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

Persalinan merupakan suatu proses alamiah yang dialami seorang ibu dalam melahirkan bayi, dimana ditandai dengan adanya kontraksi uterus yang teratur menerus hingga bayi dan plasenta keluar, biasanya persalinan akan berlangsung selama 12 – 14 jam. Persalinan adalah proses yang fisiologis dan merupakan kejadian yang menakjubkan 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. Adapun kebutuhan dasar pada ibu bersalin yaitu:

1. Kebutuhan fisik dan Kebutuhan psikologis

a) Personal hygiene

Personal hygiene seperti 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) 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.

c) 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.

d) 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.

e) Memberikan dukungan empati selama persalinan dan kelahiran

Setiap ibu bersalin memiliki reaksi atau respon yang berbeda – beda dan mempunyai kebutuhan yang berbeda pula. Tanyakan kepada

ibu apabila ada tindakan yang dapat membantu dan sedikit meringankan rasa nyeri yang dialami ibu. Bidan yang memberikan dukungan berkualitas menyadari bahwa secara tidak langsung tindakan yang diberikan kepada ibu bersalin merupakan suatu bentuk kepedulian dan meringankan rasa sakit yang diderita ibu bersalin.

- f) Mengupayakan komunikasi yang baik antara penolong, ibu dan pendampingnya

Seorang bidan mengharuskan untuk berbicara kepada ibu bersalin dengan nada yang lemah lembut dan cara yang dapat dimengerti selama persalinan. Sehingga ibu dan pendamping persalinan dapat mengerti atau dipahami apa yang disampaikan bidan.

2. Pendamping persalinan

Pendamping persalinan seperti suami, ibu, kakak, adik ataupun keluarga besar merupakan suatu kebutuhan dan dukungan yang diinginkan oleh ibu bersalin, mengingat proses persalinan sendiri mempertaruhkan antara hidup dan mati seorang ibu dalam melahirkan bayi dan ibu bersalin akan memiliki rasa kepercayaan diri serta merasa nyaman apabila ada seseorang yang tersayang ada disampingnya. Dalam sebuah kajian didapatkan ibu yang saat persalinannya didampingi oleh suami atau keluarga akan memiliki sifat yang positif, dan mengurangi stres persalinan.

3. Sikap dan perilaku terhadap ibu bersalin

Pada beberapa ibu bersalin mungkin berteriak, diam, dan menangis merupakan cara ibu dalam menghadapi persalinan. Tugas bidan adalah memberikan dukungan sebagai wujud penerimaan terhadap sikap ibu bersalin tersebut. Setiap sikap, tingkah laku, dan kepercayaan ibu perlu diterima, selagi hal tersebut tidak membahayakan atau merugikan ibu dan bidan. Biarkan sikap dan tingkah laku ibu seperti berteriak pada puncak kontraksi, diam atau menangis saat merasakan sakit atau nyeri persalinan, sebab itulah yang hanya ibu dapat lakukan. Hal yang harus dilakukan bidan hanya menyemangati ibu, bukan memarahinya.

4. Pengurangan rasa sakit pada ibu bersalin

Rasa nyeri pada persalinan yang dialami oleh ibu disebabkan oleh kontraksi uterus, dilatasi serviks, dan distensi perineum. Pada akhir kala I dan II, peregangan vagina dan dasar panggul. Adapaun metode pengurangan rasa sakit pada ibu bersalin yang dapat diberikan antara lain yaitu:

a) Pengaturan posisi

Faktor penting saat ibu berada dalam persalinan adalah bukan saat ibu akhirnya melahirkan, tetapi tetap mampu bergerak. 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 mencegah robekan 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, ibu bersalin memerlukan bantal di bawah untuk meningkatkan relaksasi, mengurangi tekanan otot, dan mengurangi 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 mrenangkak
- 3) Hindari menempatkan ibu pada posisi telentang atau supine karena dapat terjadi supine hypotension syndrome.

b) Relaksasi dan mengatur pernapasan

Terdapat 3 latihan relaksasi yaitu:

- 1) Relaksasi progresif, yaitu merelaksasi otot tangan, lengan, kaki, muka dengan lembut.
- 2) Relaksasi terkontrol, dengan merelaksasi sekelompok otot dan sekelompok otot lain relax pada bagian sisi yang berlawanan, seperti tangan kiri dikuatkan, dan lengan kanan relaks.

3) Bernafas dalam, yaitu relaks sewaktu ada his dengan meminta ibu untuk bernafas seperti biasa dan meneran pada saat ibu merasakan dorongan.

c) Usapan Punggung atau Abdominal

Lakukan pijatan atau massase di daerah punggung ibu atau mengusap perut ibu dengan lembut. Masase merupakan salah satu tindakan untuk meredakan nyeri dengan menghambat sinyal nyeri, meningkatkan aliran darah dan oksigen keseluruh jaringan tubuh. Hal tersebut dapat memberikan dukungan dan kenyamanan pada ibu bersalin sehingga rasa sakitnya dapat berkurang.

d) Pengosongan Kandung Kemih

Kandung kemih yang penuh dapat menyebabkan nyeri pada bagian abdominal dan menyebablan bagian terendah dari janin sulit turun, dengan demikian mintalah ibu untuk berkemih.

5. Informasi dan kepastian tentang kemajuan persalinan

Kewajiban bidan adalah menjelaskan semua informasi tentang ibu maupun janin jika keluarga/pasien memintanya dan hak ibu bersalin yaitu mendapatkan informasi yang jelas terhadap kemajuan persalinan yang sedang dihadapi. Setiap ibu bersalin ingin megetahui yang terjadi pada tubuhnya, dan biasanya ibu bersalin ingin medapatkan penjelasan seperti:

- a) Semua hasil pemeriksaan
- b) Proses dan perkembangan persalinan
- c) Pengurangan rasa takut akan menurunkan nyeri
- d) Penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan bidan

A. Kebutuhan Fisik Ibu Bersalin Kala I, II, III dan IV

1. Kala I

Kala I adalah waktu dimulainya persalinan atau disebut juga dengan kala pembukaan. Dimana keadaan ini dimulai dari kontraksi uterus dan pembukaan serviks 1 – 10 cm. Kebutuhan – kebutuhan yang harus dipenuhi dikala I antara lain:

a) Mengatur aktivitas dan posisi ibu

Di saat mulainya persalinan dan menunggu pembukaan lengkap ibu masih dapat diperbolehkan melakukan aktivitas, namun harus sesuai dengan kesanggupan ibu agar ibu tidak terasa jenuh dan rasa

cemas yang dihadapi oleh ibu saat menjelang persalinan dapat berkurang. Pada kala I ibu bisa mencoba berbagai posisi yang nyaman selama persalinan dan kelahirannya.

Peran suami disini adalah untuk membantu ibu berganti posisi yang nyaman agar ibu merasa ada orang yang menemani disaat proses menjelang persalinan, 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 bidan dapat 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 turunya aliran darah dari sirkulasi ibu ke plasenta. Kondisi seperti ini akan menyebabkan hipoksia atau kekurangan oksigen pada janin. Posisi terlentang juga akan memperlambat proses persalinan.

b) 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, sehingga ibu di sarankan untuk menarik nafas panjang dan kemudian anjurkan ibu untuk menahan nafas sebentar, kemudian dilepaskan dengan cara meniup sewaktu ada his.

c) Menjaga kebersihan ibu

Saat persalinan berlangsung anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin. 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 atau 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:

- 1) Memperlambat turunnya bagian terbawah janin dan memungkinkan menyebabkan partus macet.
- 2) Menyebabkan ibu tidak nyaman.
- 3) Meningkatkan risiko perdarahan pasca persalinan yang disebabkan atonia uteri.
- 4) Mengganggu penatalaksanaan distosia bahu
- 5) Meningkatkan risiko infeksi saluran kemih pasca persalinan

Di saat persalinan berlangsung bidan tidak dianjurkan untuk melakukan kateterisasi karena kateterisasi ini akan menimbulkan beberapa masalah seperti rasa sakit, risiko infeksi dan perlukaan saluran kemih ibu.

d) Pemberian cairan dan nutrisi

Bidan harus memastikan ibu bersalin mendapat asupan makanan dan minum selama persalinan, karena persalinan dikala I fase aktif ibu biasanya hanya ingin mengkonsumsi 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.

2. Kala II

Kala II disebut juga dengan kala pengeluaran bayi. 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:

a) 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. Bidan tidak dianjurkan untuk melakukan kateterisais 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 bila diperlukan pada saluran kemih ibu.

b) Menjaga kebersihan ibu

Ibu bersalin harus dijaga kebersihannya, agar terhindar dari infeksi. Apabila ada lendir darah atau cairan ketuban yang keluar segera dibersihkan untuk menjaga alat genetalia ibu.

c) Pemberian cairan

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

d) Mengatur posisi ibu

Saat bidan memimpin ibu untuk mengejan, Bantu ibu memperoleh posisi yang paling nyaman. Ibu dapat berganti posisi secara teratur selama kala dua persalinan. Karena perpindahan posisi dapat mempercepat kemajuan persalinan. Di sini ibu akan menemukan posisi yang efektif untuk meneran. Biasanya posisi duduk atau setengah duduk dipilih ibu bersalinan 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 empat posisi yang sering digunakan dalam persalinan, diantaranya: jangkok, menungging, merangkak, tidur miring, dan setengah duduk. Posisi jangkok atau berdiri dapat membantu mempercepat kemajuan persalinan serta sedikit mengurangi 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:

- 1) Menganjurkan ibu untuk meneran sesuai dorongan alamiah selama kontraksi.
- 2) Jangan anjurkan ibu untuk menahan nafas pada saat meneran.

- 3) Menganjurkan ibu untuk berhenti meneran dan beristirahat diantara kontraksi.
- 4) 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.
- 5) Menganjurkan ibu untuk tidak mengangkat pantat saat meneran.
- 6) Bidan tidak boleh melakukan dorongan pada fundus untuk membantu kelahiran bayi karena dorongan pada fundus dapat meningkatkan distosia bahu dan rupture uteri.

3. 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 kebutuhan. Adapun pemenuhan kebutuhan pada ibu di kala III di antaranya:

a) Menjaga kebersihan

Ibu bersalin 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 atau disinfeksi tingkat tinggi atau dengan menggunakan kapas serta kassa yang bersih. Usapkan dari atas ke bawah mulai dari bagian anterior vulva ke arah rectum untuk mencegah kontaminasi tinja.

b) Pemberian cairan dan nutrisi

Ibu dikala III tetap harus diberikan asupan nutrisi atau makanan ringan dan minuman setelah persalinan, karena ibu telah banyak mengeluarkan tenaga selama kelahiran bayi. Pemenuhan asupan nutrisi ini diharapkan agar ibu tidak kehilangan energi, mengingat dikala III masih ada proses dalam pengeluaran plasenta.

c) Kebutuhan istirahat

Setelah janin dan plasenta lahir kemudian ibu sudah dibersihkan ibu dianjurkan untuk istirahat setelah pengeluaran tenaga yang banyak pada saat persalinan. Pola istirahat tersebut membantu ibu dalam mengembalikan alat – alat reproduksi dan meminimalisasikan trauma pada saat persalinan.

4. Kala IV

Kala IV sering disebut dengan kala observasi atau pemantauan setelah persalinan. Kala IV persalinan adalah kala pada dua jam pertama persalinan, hal tersebut merupakan masa kritis bagi ibu, karena kebanyakan wanita melahirkan kehabisan darah atau mengalami suatu keadaan yang menyebabkan kematian. Bidan harus memantau seluruh keadaan dan kebutuhan ibu sampai masa kritis telah terlewati.

B. Kebutuhan psikologis kala I, II, III dan IV

Untuk mengurangi rasa sakit pada ibu dikala I, II, III dan IV yaitu dengan mengalihkan perhatian ibu terhadap rasa sakitnya. Adapun usaha – usaha yang dilakukannya yaitu dengan:

1) Sugesti

Sugestis adalah memberi pengaruh pada ibu dengan pemikiran yang diterima secara logis. Menurut psikologis social individu yang keadaan psikisnya labil sehingga akan lebih mudah dipengaruhi dan mudah mendapat sugesti. Demikian juga pada ibu yang keadaan psikisnya kurang stabil, lebih – lebih dalam masa persalinan yang mudah sekali menerima pengaruh atau menerima sugesti. Kesempatan ini harus digunakan untuk memberikan sugesti yang bersifat positif. Misalnya ketika ibu bersalin diberi sugesti bahwa persalinannya yang berlangsung dengan baik seperti ibu – ibu yang lain yang tidak mengalami kesulitan walaupun telah beberapa kali melahirkan, ibu sehat dan bayi lahir dengan sehat, semua yang disugestikan harus bersifat positif dan memberikan rasa kepercayaan diri ibu bersalin. Keramah tamahan dan sikap yang menyenangkan pada seorang bidan menambah besarnya sugesti yang telah diberikan kepada ibu bersalin.

2) Mengalihkan perhatian

Perasaan sakit bertambah bila perhatian dikhususkan pada rasa sakit itu sendiri. Misalnya ibu merasa sakit, penolong memperhatikan terus menerus, menaruh belas kasihan, sehingga secara spontan ibu bersalin terus menerus merasakan sakit. Perasaan sakit itu dapat dikurangi dengan mengurangi perhatian terhadap ibu. Usaha yang dilakukan misalnya mengajak bercerita, dan sedikit bersenda gurau. Walaupun perhatian

terhadap rasa sakit ibu dikurangi oleh bidan, tetapi mereka harus tetap waspada mengamati keadaan ibu, serta perkembangan persalinan.

3) Kepercayaan

Seorang bidan harus bisa memberikan pengertian ataupun dorongan untuk membuat ibu bersalin percaya bahwa mampu melahirkan anak normal ibu dan persalinannya lancar. 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 merasa aman dan nyaman.

Soal dan Pembahasan

1. Seorang perempuan, umur 27 tahun, G₃P₂A₀, datang ke TPMB ditemani suaminya, dengan keluhan mulas ingin melahirkan. Hasil anamnesa: Usia Kehamilan 37 minggu dan tidak tahan dengan rasa sakit dibagian pinggang. Hasil Pemeriksaan: TD 120/80 mmHg, N 86 x/menit, P 16 x/menit, S 36° C, Kontraksi 3x/10'/40", DJJ 134 x/menit, Penurunan 3/5, pembukaan 6 cm dan ketuban utuh. **Apakah Asuhan yang paling tepat pada kasus tersebut?**
 - A. Memberikan kompres dingin
 - B. Meminta ibu untuk beristirahat
 - C. Menjelaskan fisiologis persalinan
 - D. Mengajarkan ibu cara relaksasi dan mengatur pernapasan
 - E. Melibatkan suami dalam manajemen pengurangan rasa nyeri

Pembahasan:

Jawaban: asuhan yang paling tepat pada kasus tersebut adalah **E. Melibatkan suami dalam manajemen pengurangan rasa nyeri yang dialami ibu**. Dilihat dari kasus ibu mengatakan sakit dibagian punggung. Perlu adanya perlakuan yang mengurangi rasa sakit, salah satunya dengan melakukan masase yang dilakukan bidan ataupun keluarga terutama suami. Agar ibu bersalin merasa aman dan nyaman. Masase atau pijatan sendiri dapat membantu meminimalkan nyeri, serta manfaat pendamping seperti suami ada keterlibatan atau ikatan emosi yang lebih, sehingga dengan adanya pendamping bidan sangat terbantu dalam memberikan kebutuhan psikologis pada ibu bersalin. Kenapa tidak A, B, C, dan D?

Karena:

- A. Memberikan kompres dingin kurang tepat mengingat rasa tidak nyaman yang dialami ibu adalah rasa sakit dibagian pinggang, sehingga membutuhkan bantuan agar ibu bisa dikompres dengan orang lain.
 - B. Meminta ibu untuk beristirahat, kurang tepat, dimasa persalinan ibu akan susah beristirahat dikarenakan rasa sakit dan ketidaknyamanan ibu, sehingga ibu akan merasakan gelisah dan cemas
 - C. Menjelaskan fisiologi persalinan, kurgan tepat, karena biasanya penjelasan tentang fisiologi persalinan diberikan saat ibu hamil di TM 3 akhir. Sehingga ibu sudah mempersiapkan segalanya disaat ibu akan bersalin
 - D. Mengajarkan ibu cara relaksasi dan mengatur pernapasan juga kurang tepat, karena dilihat dari kasus yang ada ibu mengeluh sakit diarea pinggang. Relaksasi dan mengatur pernapasan biasanya dilakukan apabila sudah pembukaan lengkap atau ingin melahirkan bayi. Sehingga ibu akan lebih terkontrol tenaga dan kontraksinya akan lebih bagus.
2. Seorang perempuan, umur 22 tahun, G1P0, Usia kehamilan 38 minggu, kala II di TPMB dengan ditemani suami, dengan keluhan mulas tak tertahankan. Hasil anamnesa: merasa haus, dan perasaan ingin BAB. Hasil pemeriksaan: TD 110/70 mmHg, N 82 x/menit, P 18 x/menit, S 36,5° C, Kontraksi 4x/10'/45", DJJ 144 x/menit, pembukaan lengkap, sudah tampak 5-6 cm didepan vulva. **Apa langkah selanjutnya yang harus dilakukan bidan pada kasus tersebut?**
- A. Memasang sarung tangan DTT
 - B. Memasukkan oksitosin 10 UI kedalam spuit
 - C. Memfasilitasi ibu melakukan posisi meneran
 - D. Memberitahu ibu bahwa perlu dilakukan episiotomy
 - E. Melibatkan pendamping untuk memberi minum dan makan

Pembahasan:

Jawaban: langkah yang paling tepat dilakukan bidan yaitu: C. **Memfasilitasi ibu melakukan posisi meneran.** Karena posisi yang tepat akan mempengaruhi kemampuan ibu untuk meneran. Seorang bidan hendaknya membiarkan ibu dalam memilih sendiri posisi persalinan yang

ibu bersalin inginkan, dengan kebebasan ibu dalam memilih posisi, ibu akan lebih merasa aman dan nyaman saat melahirkan. Kenapa tidak A, B, D dan E?

- A. Memasang sarung tangan DTT, kurang tepat karena sarung tangan pada kasus tersebut sudah terpasang apalagi melihat kasus ibu akan melahirkan dilihat dari kepala bayi sudah didepan vulva
 - B. Memasukkan oksitosin 10 UI kedalam spuit, kurang tepat, karena oksitosin biasanya sudah disiapkan ketika ibu ada tanda – tanda persalinan.
 - D. Memberitahu ibu bahwa perlu dilakukan episiotomy, kurang tepat, karena episiotomy dilakukan jika perineum kaku (biasanya terjadi pada persalinan anak pertama), bayi besar dengan berat >4 kg, adanya hambatan persalinan (distosia), atau fetal distress (gawat janin). Sedangkan pada kasus semuanya dalam keadaan normal.
 - E. Melibatkan pendamping untuk memberikan minum dan makan, kurang tepat juga karena kebutuhan dalam pemberian minum dan makan ringan memang akan tetap dilakukan dengan pendamping agar ibu tidak dehidrasi, mengingat proses persalinan banyak menghabiskan tenaga.
3. Seorang perempuan, umur 28 tahun G2P1, usia kehamilan 40 minggu, kala I di TPMB, dengan keluhan sering mulas. Hasil anamnesa: sudah keluar lendir bercampur darah dan kontraksi makin sering. Hasil pemeriksaan: TD 120/80 mmHg, N 80 x/menit, P 20 x/menit, S 36° C, Kontraksi 3x/10'/40", DJJ 138 x/menit, penurunan 2/5, ketuban utuh dan UUK kiri depan. **Apa posisi yang paling tepat pada kasus tersebut?**
- A. Duduk
 - B. Telentang
 - C. Miring kiri
 - D. Miring kanan
 - E. Setengah duduk

Pembahasan:

Jawaban: posisi yang paling tepat pada kasus tersebut adalah: **C. Miring kiri**, karena dilihat dari kata kuncinya UUK Kiri depan. Dengan posisi tersebut tidur miring kiri membantu sirkulasi janin tidak terhambat. Posisi ini juga akan membantu kerja jantung lebih mudah, karena berat badan

bayi tidak menekan area vena besar yang disebut vena cava inferior, dimana vena tersebut bertugas membawa darah kembali dari kaki ke jantung. Dengan demikian juga meningkatkan sirkulasi darah lebih cepat menuju ke janin, rahim dan ginjal. Kenapa tidak A, B, D, dan E?

- A. Duduk kurang tepat karena posisi duduk pada proses persalinan dengan kasus UUK Kiri depan kurang akan menyebabkan susah sirkulasi darah ke janin,
- B. Terlentang kurang tepat, mengingat posisi terlentang bisa menghambat aliran darah di dalam tubuh
- D. Miring kanan kurang tepat karena diposisi kanan ada hati, sehingga kurang membantu dalam melindungi rahim
- E. Setengah duduk juga kurang tepat dilihat dari kasus yang ada. Meskipun kita tahu bahwa posisi setengah duduk merupakan posisi ini paling banyak ditemukan saat persalinan.

Daftar Pustaka

- Fathony, Zaiyidah, dkk. 2022. Penyuluhan Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin. Jurnal Perak Malahayati: Pengabdian Masyarakat (PKM). Vol. 4 No.2.
- Rohmah FN. 2022. Pemenuhan Kebutuhan Ibu Bersalin di Masa Pandemi Covid-19. Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat (*The Public Health Scence Journal*). 11(3):223-228.
- Rullyni. 2022. *Pengaruh Pendamping Persalinan Terhadap Kemajuan Persalinan Pada Ibu Bersalin Di Praktik Mandiri Bidan Pmb Se-Kota Tanjungpinang*. Jurnal Ilmu dan Teknologi Kesehatan Terpadu (JITKT) Vol.2, No.1
- Ningsih PN, Lisa rahmawati. 2019. Efektifitas Teknik *Counter Pressure* dan *Abdominal Lifting* Terhadap Pengurangan Rasa Nyeri pada Ibu Bersalin Kala I Fase Aktif di BPM Kota Padang. Medikes (Media Informasi Kesehatan) Vol. 6 Nomor 2.
- Otomo, Christianto, DY, 2018. Pengaruh Dukungan Sosial Terhadap Tingkat Kecemasan Ibu Hamil di Rumah Sakit Bersalin Pemerintah Kota Malang. Psikovidya. Vol. 22 No. 2.
- Simarmata, Budihastuti, Tamtomo. 2019. *Effect of Social Suport and Social Interaction on Anxiety Among Pregnant Women*. Journal of meternal and child health

BAB V

ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN KALA I, II, III DAN IV

(Lusi Afriyani, S.S.T., M.Tr.Keb.)

A. Deskripsi Pembelajaran

Materi ini memberikan kemampuan kepada mahasiswa untuk memahami dan melakukan asuhan kebidanan persalinan kala I, II, III dan IV.

B. Tujuan Pembelajaran

Pada akhir pembelajaran, mahasiswa dapat menjelaskan dan melakukan asuhan kebidanan persalinan kala I, II, III dan IV.

C. Capaian Mata Kuliah

1. Asuhan kebidanan persalinan kala I, II, III dan IV
2. Pendokumentasian dengan menggunakan SOAP pada asuhan kebidanan persalinan kala I, II, III dan IV

D. Asuhan Kebidanan Persalinan

Persalinan adalah proses alamiah yang dialami seorang wanita pada akhir proses kehamilannya. Fisiologi ibu dalam persalinan 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 kehamilan cukup bulan atau kurang lebih 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, II, III dan IV. Asuhan persalinan ini menggunakan pendokumentasian SOAP yaitu subjektif, objektif, analisa dan penatalaksanaan. Dimana asuhan kebidanan dibagi menjadi:

1. Asuhan kebidanan persalinan kala I

Tanda – tanda persalinan kala I yaitu adanya kontraksi uterus, keluarnya lendir bercampur darah. Kala I persalinan dimulai 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. Pengkajian data awal harus dilakukan untuk mengidentifikasi apakah persalinan aman atau tidak. Fokus utama dalam pengkajian data yaitu:

a) Data 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 dan bercampur darah.

b) Data 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 obstetric dilakukan dengan pemeriksaan dalam (VT) untuk mengetahui kemajuan persalinan.

Tanda gejala objektif yang diperoleh dari 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 **Perempuan umur tahun GPA0 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.

2. Asuhan Kebidanan Persalinan Kala II

Kala II atau 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 waktu sekitar 2 jam.

a) Data 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 atau anggota keluarga untuk menemaninya selama proses melahirkan. Kemudian pengaturan posisi juga sangat diperlukan, seperti 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.

b) Data Objektif

Data objektif didapat dari hasil pemeriksaan, yaitu keadaan umum ibu tandatanda vital, denyut jantung janin, penurunan bagian terendah janin, hasil pemeriksaan dalam didapat porsio sudah tidak teraba, pembukaan lengkap, dihodge 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 atau 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 **Perempuan berumur tahun GPA 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 diantaranya dengan memberitahu ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap sehingga dapat menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran dan keluarga dapat membantu menyiapkan posisi meneran dengan posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan ibu), mempersiapkan

pertolongan kelahiran bayi serta 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 tungkai dan melakukan penanganan bayi baru lahir (penilaian selintas apakah bayi menangis, bergerak aktif, bernafas atau 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 diaspirasi terlebih dahulu.

3. Asuhan Kebidanan Persalinan Kala III

Kala III disebut juga degan kala pengeluaran plasenta dimulai segera setelah janin lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban janin.

a) Subjektif

Data subjektif yang dikaji berupa kebutuhan biologis, misalnya apakah ibu merasa haus dan kondisi psikologis, misalnya perasaan dan penerimaan ibu terhadap bayinya, serta ibu merasakan mulas 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 **Perempuan PA 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 menyusui 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.

4. Asuhan Kebidanan Persalinan Kala IV

Kala IV adalah kala 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) Data 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) Data 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 persalinaan 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 **Perempuan Umur tahun PA 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 tempatpersalinan 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.

Soal dan Pembahasan

1. Seorang perempuan, umur 27 tahun, G2P1A0, usia kehamilan 40 minggu, kala I di TPMB, mengeluh mulas. Hasil anamnesis: sudah keluar lendir

bercampur darah. Hasil pemeriksaan: TD 110/80 mmHg, N 80 x/menit, S 36,5°C, P 20 x/menit, kontraksi 3x/10'/40", DJJ 130x/ menit, penurunan 2/5, pembukaan 6 cm, portio tipis-lunak, ketuban utuh, UUK kiri depan. **Kapan dilakukan pemeriksaan dalam selanjutnya pada kasus tersebut?**

- A. 4 jam kemudian
- B. Vulva membuka
- C. Rasa ingin meneran
- D. Setelah perineum menonjol
- E. Saat ketuban pecah spontan

Pembahasan:

Jawaban: dilakukan pemeriksaan dalam ulang pada kasus tersebut yaitu: **A. 4 Jam kemudian.** Karena indikasi pemeriksaan dalam dilakukan yaitu: bila ketuban pecah sebelum waktunya, untuk mengevaluasi pembukaan serviks, untuk menyelesaikan persalinan atau melakukan rujukan dan menurut petunjuk patograf WHO yaitu setiap 4 jam. Kenapa tidak B, C, D, dan E?

- B. Vulva membuka, bukanlah waktu yang tepat dalam pemeriksaan dalam lanjutan, mengingat vulva membuka merupakan salah satu ciri – ciri pengeluaran bayi.
- C. Rasa ingin meneran juga bukanlah waktu yang tepat dilakukan pemeriksaan dalam, karena biasanya saat ibu merasa ingin meneran biasanya ada kontraksi dan bayi akan keluar.
- D. Setelah perineum menonjol juga bukanlah waktunya yang tepat mengingat perineum menonjol merupakan tanda gejala persalinan atau pengeluaran bayi berlangsung. Sedangkan pemeriksaan dalam adalah mengobservasi penurunan serta memastikan pembukaan lengkap
- E. Saat ketuban pecah spontan juga sangat tidak tepat, karena biasanya sebelum ketuban pecah pasti sudah dilakukan pemeriksaan dalam.

2. Seorang perempuan, 33 tahun, G₃P₂A₀, usia kehamilan 39 minggu, dalam kala III persalinan di TPMB. Riwayat kala II persalinan sangat cepat. Saat bayi diletakkan di abdomen, tampak darah keluar tiba – tiba dari vulva. Hasil pemeriksaan: tidak ada janin kedua, Kontraksi kuat. **Apakah tindakan yang paling tepat dilakukan pada kasus tersebut?**

- A. Melahirkan plasenta
- B. Memotong tali pusat
- C. Cepat mengeringkan bayi
- D. Suntik oksitosin 10 IU secara IM
- E. Memeriksa apakah ada bayi ke dua

Pembahasan:

Jawaban: tindakan yang paling tepat pada kasus tersebut adalah: **D. Suntik oksitosin 10 IU secara IM.** Karena syarat penyuntikan oksitosin pada manajemen kala III adalah setelah bayi dilahirkan dan memastikan tidak ada janin kedua. Kenapa tidak A, B, C dan E?

- A. Melahirkan plasenta kurang tepat, karena Melahirkan plasenta juga disebut sebagai proses persalinan tahap ketiga, sedangkan tahap kedua persalinan yakni pada saat bayi dilahirkan. Melahirkan plasenta sangat penting bagi kesehatan ibu setelah melahirkan. Sebab, plasenta yang tertahan dapat menyebabkan perdarahan atau bahaya lain yang tidak diinginkan, namun dikasus tersebut memang akan dilakukan pengeluaran plasenta.
 - B. Memotong tali pusat juga kurang tepat karena tahap tersebut sudah dilakukan oleh bidan mengingat kasus tersebut bayi sudah diatas perut ibu
 - C. Cepat mengeringkan bayi, jurang tepat karena pada kasus bayi sudah di atas perut ibu yang berarti bayi sudah dikeringkan dan diharapkan ibu bisa melakukan IMD
 - E. Memeriksa bayi kedua juga sangat tidak tepat, karena tindakan tersebut sudah dilakukan pada kasus tersebut.
3. Seorang perempuan, umur 29 tahun, G₂P₁A₀, usia kehamilan 38 minggu, datang ke Puskesmas dengan keluhan mulas tak tertahankan. Hasil anamnesis: sudah keluar lendir bercampur darah. Hasil pemeriksaan: TD 110/80 mmHg, P 20x/ menit, N 86x/menit, S 36°C, DJJ 136x/menit, teratur, penurunan kepala 3/5, kontraksi 3x/10'/40'', portio tipis lunak, pembukaan 6 cm, ketuban utuh, UUK kiri depan. **Rencana asuhan apakah yang paling tepat pada kasus tersebut?**
- A. Menilai kontraksi 1 jam lagi
 - B. Memeriksa TD menjelang persalinan
 - C. Melakukan observasi DJJ per 30 menit

- D. Melakukan periksa dalam 2 jam kemudian
- E. Mengukur nadi setelah 4 jam pemeriksaan

Pembahasan:

Jawaban: rencana asuhan yang tepat pada kasus tersebut yaitu: **C. melakukan observasi DJJ per 30 menit.** Penilaian intervensi pada kala I Aktif yaitu sebagai berikut:

Parameter	Frekuensi pada kala I Aktif
Tekanan darah	Tiap 4 jam
Suhu	Tiap 2 jam
Nadi	Tiap 30-60 menit
DJJ	Tiap 30 menit
Kontraksi	Tiap 30 menit
Pembukaan serviks	Tiap 4 jam
Penurunan kepala	Tiap 4 jam
Warna cairan amnion	Tiap 4 jam

Kenapa tidak A, B, D dan E?

- A. Menilai kontraksi 1 jam lagi, kurang tepat padahal kontraksi sendiri dilihat setiap 30 menit
- B. Memeriksa TD menjelang persalinan, kurang tepat karena penilaian TD pada kala I aktif adalah setiap 4 jam sekali
- D. Melakukan pemeriksaan dalam 2 jam kemudian, ini juga kurang tepat karena pemeriksaan dalam di kala I aktif yaitu dilakukan 4 jam
- E. Mengukur nadi setelah 4 jam pemeriksaan padahal dilakukan 30 – 60 menit.

Daftar Pustaka

- Sulfianti, dkk. 2020. Asuhan Kebidanan Pada Persalinan. Medan. Yayasan kita menulis.
- Yulizawati, Insani, Aldina Ayunda, dkk. 2019. Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Persalinan. Sidoarjo. Indomedia Pustaka.
- Walyani, E., & Purwoastuti, E. 2016. *Asuhan Kebidanan Persalinan & Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: PUSTAKA BARU PRESS.
- JNPK-KR. 2019. Asuhan Persalinan Normal & Inisiasi Menyusui Dini. Jakarta: Depkes RI.
- Kurniaru, Ari. 2016. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Jakarta: BPPSDM Kemenkes RI

BAB VI

PENGISIAN DAN IMPLEMENTASI HASIL PARTOGRAF

(Norma Jeepi Margiyanti, S.SiT., M.Keb)

A. Deskripsi Pembelajaran

Pada Bab ini mahasiswa akan mempelajari tentang pengisian partograf dimana setelah menyelesaikan Bab ini mahasiswa diharapkan mampu mengaplikasikan pemantauan pada ibu bersalin kala I menggunakan partograf.

B. Tujuan Pembelajaran

1. Setelah mengikuti pertemuan ini mahasiswa dapat melakukan pengisian Partograf
2. Setelah mengikuti pertemuan ini mahasiswa dapat melakukan pemantaun & deteksi komplikasi menggunakan partograf

C. Capaian Pembelajaran

1. Mampu memahami penggunaan partograf
2. Mampu melakukan pengisian partograph
3. Mampu melakukan pemantaun & deteksi komplikasi menggunakan partograf

D. Topik Bahasan

1. Pengisian dan Implementasi Hasil Partograf

a Pengisian Partograf

Partograf adalah alat yang digunakan untuk mencatat kemajuan persalinan berupa hasil pemantauan dan pemeriksaan fisik ibu dan kesejahteraan janin, serta sebagai landasan utama dalam pengambilan keputusan klinik khususnya pada kala I persalinan.

1) Kegunaan partograf

- a Mencatat hasil pemantauan kemajuan persalinan berupa hasil pemeriksaan dalam (Pem dan bukaan serviks) dan penurunan kepala janin.
- b Memantau apakah persalinan berlangsung secara normal, sehingga dapat digunakan untuk deteksi dini terjadinya komplikasi persalinan. Hal ini penting untuk keputusan klinik pada kala I persalinan.

2) Bagian-bagian pada partograf

a) Kemajuan persalinan

- Pembukaan serviks.
- Penurunan bagian terendah atau kepala janin.
- Kontraksi uterus.

b) Kondisi janin

- Kesejahteraan janin (Denyut jantung janin).
- Kondisi ketuban (Warna air ketuban dan kulit ketuban).
- Moulase kepala janin.

c) Kondisi Ibu

- Tekanan Darah, nadi dan suhu.
- Volume Urine.
- Obat dan Cairan.

Pengisian partograf dilakukan pada Kala I persalinan yang terbagi menjadi dua fase, yakni fase laten dan fase aktif yang dipantau melalui pembukaan serviks.

1) Pencatatan Partograf Pada Fase Laten

Fase laten adalah fase dimana pembukaan serviks yang dimulai dari 0-3 cm. Selama fase laten, hasil pengamatan dan pemeriksaan seluruhnya harus dicatat ke dalam partograf. Tanggal

dan waktu pengamatan dan pemeriksaan harus ditulis setiap mencatat selama persalinan. Kondisi ibu dan bayi yang harus dipantau dan dicatat dengan baik dalam partograf, antara lain yaitu:

- a) Denyut jantung janin dipantau setiap $\frac{1}{2}$ jam
- b) Frekuensi dan lama kontraksi uterus dipantau tiap $\frac{1}{2}$ jam
- c) Nadi ibu dipantau setiap $\frac{1}{2}$ jam
- d) Pembukaan serviks di pantau setiap 4 jam
- e) Penurunan bagian terbawah janin dipantau setiap 4 jam
- f) Tekanan darah dan suhu ibu dipantau setiap 4 jam
- g) Jumlah urin, aseton dan protein dipantau setiap 2 – 4 jam

Jika terdapat tanda gejala penyulit persalinan, maka lakukan pemeriksaan pada kondisi ibu dan bayi harus lebih sering. Penolong persalinan perlu melakukan tindakan sesuai dengan diagnosa yang disebutkan apabila terdapat penyulit persalinan. Bila kontraksi uterus menurun pada jam-jam pertama, maka penolong persalinan perlu menilai kembali kondisi ibu dan bayi. Jika tidak ditemukan tanda-tanda penyulit atau kegawatan, ibu diijinkan untuk pulang namun apabila kontraksi menjadi teratur, intensitasnya makin kuat dan frekuensinya meningkat, maka ibu diharuskan untuk kembali. Jika pertolongan persalinan dilakukan di rumah pasien, bidan boleh meninggalkan ibu setelah memastikan kondisi ibu dan bayi dalam kondisi baik. Beritahukan kepada ibu dan keluarga agar segera menghubungi bidan jika terjadi peningkatan frekuensi kontraksi. Lakukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang sesuai jika fase laten berlangsung lebih dari 8 jam (JNPK– KR, 2019).

2) Pencatatan Partograf Pada Fase Aktif

Halaman depan partograf mencantumkan observasi dimulai pada fase aktif persalinan dan terdapat kolom untuk mencatat hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan, termasuk:

- a) Informasi ibu
 - Nama ibu dan suami, umur ibu dan suami
 - Riwayat obstetri (Gravida, para, abortus)

- Nomor RM
 - Waktu dan tanggal dimulainya pemberian asuhan
 - Waktu pecahnya selaput ketuban
 - Kontraksi uterus mulai teratur
- b) Kondisi Selaput dan air ketuban
- Nilai kondisi air ketuban setiap melakukan pemeriksaan dalam, menggunakan lambang - lambang sebagai berikut:
- U : Kulit ketuban utuh (belum pecah)
- J : Kulit ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih
- M : Kulit ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium
- D : Kulit ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah
- K : Kulit ketuban sudah pecah tetapi air ketuban tidak mengalir (kering)

Mekonium dalam air ketuban tidak selalu menunjukkan adanya gawat janin. Apabila terdapat mekonium pada air ketuban, bidan harus memantau DJJ untuk mengenali adanya tanda gawat janin. Apabila DJJ <100 atau >180 kali/ menit, harus segera dilakukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi. Apabila terdapat mekonium kental, segera lakukan rujukan ke fasilitas penanganan kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir.

- c) Molase (penyusupan tulang kepala janin)

Penyusupan merupakan indikator untuk melihat kesesuaian antara kepala janin dengan jalan lahir (panggul ibu). Semakin besar derajat penyusupan, maka dapat menunjukkan adanya kemungkinan ketidaksesuaian antara kepala janin dan panggul ibu atau *Cepalo Pelvik Disproporsi* (CPD). Jika terdapat dugaan CPD, maka lakukan segera pertolongan pertama dan dilanjutkan dengan rujukan. Saat melakukan pemeriksaan dalam, selalu kaji penyusupan kepalajanin. Catat temuan pada kolom yang sesuai dibawah lajur air ketuban. Dalam pencatatan gunakan lambang-lambang berikut ini :

0 : Tidak ada penyusupan, sutura dapat dipalpasi

1 : Tulang kepala janin hanya saling bersinggungan/ bertemu.

2 :Tulang - tulang kepala janin tumpang tindih namun masih dapat dipisahkan

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

d) Kemajuan persalinan

Kolom dan lajur kedua pada partograf digunakan untuk mencatat kemajuan persalinan (dilatasi serviks). Angka 0 sampai 10 yang tertera untuk menunjukkan besarnya dilatasi serviks. Pada kolom dan kotak selanjutnya mencatat penurunan kepala dengan skala angka 1 sampai 5. Masing-masing kotak menunjukkan waktu 30 menit untuk pencatatan waktu pemeriksaan, DJJ, kontraksi uterus dan frekuensi nadi ibu.

(1) Pembukaan serviks

Nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4jam (lakukan lebih sering jika terdapat tanda penyulit). Saat berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf hasil temuan dari setiap pemeriksaan.

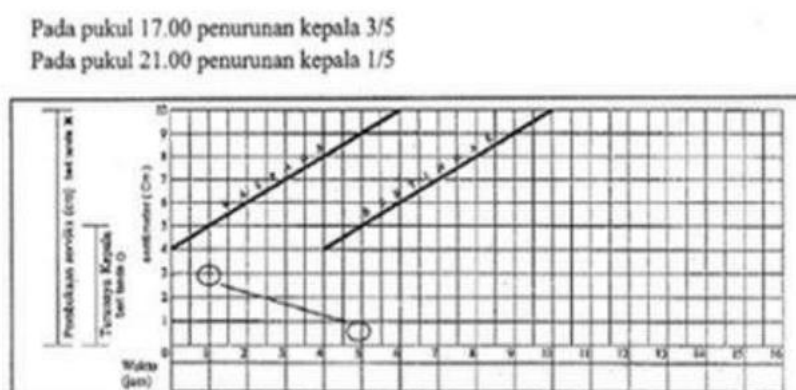
- Pilih angka pada tepi kiri luar kolom pembukaan serviks pada faseaktif persalinan sesuai hasil pemeriksaan dalam.
- Pemeriksaan pertama pada fase aktif, hasil periksa dalam (pembukaan serviks) dituliskan pada garis waspada
- Hubungkan tanda "X" pada setiap pemeriksaandengan garis utuh



Gambar 1. Tanda Pembukaan Serviks Pada Partograf

(2) Penurunan bagian terbawah janin

Pemeriksaan penurunan kepala menunjukkan seberapa jauh bagian terbawah janin memasuki rongga panggul. Pada persalinan normal, pembukaan serviks umumnya diikuti dengan turunnya bagian terendah dari janin. Tapi ada saatnya penurunan bagian terendah dari janin baru terjadi saat pembukaan serviks sebesar 7 cm. Penurunan kepala diberi lambang "O", kemudian hubungkan dengan garis utuh. Sebagai contoh, jika hasil pemeriksaan palpasi kepala 3/5, maka tuliskan tanda "O" di garis angka 3. Lalu pada pemeriksaan selanjutnya ditemukan hasil penurunan kepala 1/5, maka tuliskan tanda "O" pada angka 1. Setelah itu gabungkan dengan menarik garis lurus tidak terputus.



Gambar 2. Tanda Penurunan Kepala Pada Partograf

(3) Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada dimulai pada saat pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap. Jika pembukaan serviks mengarah kekanan, maka garis waspada (pembukaan kurang dari 1 cm per jam) dipertimbangkan adanya penyulit persalinan. Apabila pembukaan serviks melampaui garis bertindak, maka perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan, sebaiknya ibu sudah di fasilitas rujukan sebelum garis bertindak dilampaui.

Garis bertindak tertera sejajar dengan garis waspada, dipisahkan oleh 8 kotak atau 4 jalur ke sisi kanan. Jika pembukaan serviks berada di sebelah kanan garis bertindak, maka tindakan untuk menyelesaikan persalinan harus dilakukan. Ibu harus tiba di tempat rujukan sebelum garis bertindak terlampaui.

(4) Jam dan Waktu

(a) Waktu mulainya fase aktif persalinan

Dibagian bawah partograf (pembukaan serviks dan penurunan kepala) tertera kotak-kotak yang diberi angka 1-16. Setiap kotak menyatakan satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.

(b) Waktu aktual saat pemeriksaan persalinan dilakukan

Dibawah lajur kotak untuk waktu mulainya fase aktif. Tertera kotak untuk waktu aktual pemeriksaan kemajuan persalinan dilakukan. Setiap kotak menyatakan satu jam penuh dan berkaitan dengan dua kotak waktu tiga puluh menit.

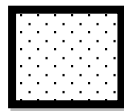
Sebagai contoh, jika pemeriksaan dalam menunjukkan ibu mengalami pembukaan 6 cm pada pukul 12.00, tuliskan tanda "X" di garis waspada yang sesuai dengan angka 6 yang tertera di sisi luar kolom paling kiri dan catat waktu yang sesuai pada kotak waktu di bawahnya (kotak ketiga dari kiri).

e) Kontraksi uterus

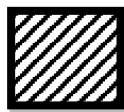
Di bawah lajur waktu partograf terdapat lima lajur kotak dengan tulisan "kontraksi per 10 menit" di sebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik. Nyatakan lamanya kontraksi dengan:

- Beri titik-titik untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik.
- Beri garis-garis untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.
- Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40detik

(JNPK– KR, 2019).



: Beri titik-titik untuk menyatakan kontraksi kurang dari 20 detik



: Beri garis-garis untuk menyatakan kontraksi 20-40 detik



: Isi penuh untuk menyatakan kontraksi lebih dari 40 detik

f) Obat-obatan dan cairan yang diberikan

Di bawah lajur kotak observasi kontraksi uterus tertera lajur kotak untuk mencatat oksitosin, obat-obat lainnya dan cairan IV:

(1) Oksitosi

Jika tetesan (drip) oksitosin sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan intra vena (IV) dan dalam stauan tetesan per menit.

(2) Obat-obatan dan cairan IV

Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan atau cairan IV dalam kotak sesuai kolom waktunya.

g) Kondisi ibu

Bagian terakhir pada lembar depan partograf terdapat catatan yang berkaitan dengan kesehatan dan kenyamanan ibu, antara lain:

(1) Nadi, tekanan darah dan suhu tubuh

Nilai dan catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan. Beri tanda titik (•), nilai tekanan darah ibu setiap 4 jam (lebih sering jika dicurigai adanya penyulit). Beri tanda panah () suhu tubuh ibu setiap 2 jam. Catat pada kolom yang sesuai.

(2) Volume urin, protein dan aseton

Ukur dan catat jumlah produksi urin ibu setiap 2 jam (setiap kali ibu berkemih). Jika memungkinkan, setiap ibu berkemih lakukan pemeriksaan aseton atau protein yang terkandung dalam urin.

(3) Makan dan minum terakhir

Catat porsi dan jenis makan dan minum terakhir. Hal ini perlu dicatat, apabila diketahui ibu telah lama tidak makan atau minum akan menyebabkan kelelahan dan terjadi inersia uteri (JNPK-KR, 2019).

3) Pencatatan pada lembar belakang partograf

(a) Data dasar meliputi : Tanggal, Nama bidan, Tempat persalinan, Alamat tempat persalinan, Catatan: rujuk, kala I/II/III/IV, Alasan merujuk, Tempat rujukan, Pendamping saat merujuk, Masalah dalam kehamilan/persalinan ini.

(b) Kala I

- Partograf melewati garis waspada: Y/T
- Masalah lain
- Penatalaksanaan lain
- Hasilnya

(c) Kala II

- Episiotomi: Y/T
- Pendampingan saat persalinan
- Gawat janin: Y/T
- Distosia bahu: Y/T

- Masalah lain, penatalaksanaan dan hasilnya
- (d) Kala III
- Inisiasi Menyusui Dini
 - Lama kala III
 - Pemberian oksitosin 10 U IM
 - Pemberian ulang oksitosin (2X)
 - Penegangan tali pusat terkendali
 - Massase fundus uteri
 - Plasenta lahir lengkap : Y/T
 - Plasenta tidak lahir > 30 menit: Y/T
 - Laserasi
 - Jika ada laserasi perineum, derajat: 1/2/3/4
 - Atonia uteri: Y/T
 - Jumlah darah yang keluar
 - Masalah dan penatalaksanaan dan hasilnya
- (e) Kala IV
- Kondisi ibu, KU: , TD: , Nadi: , Suhu: , Respirasi:
 - Masalah dan penatalaksanaan, hasilnya Pada kala IV pemantauan dilakukan setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit pada satu jam berikutnya. Adapun pemantauan meliputi: waktu, tekanan darah, suhu, respirasi, nadi, TFU, kontraksi uterus, jumlah urin dan perdarahan.
- (f) Bayi baru lahir
- Berat badan
 - Panjang badan
 - Jenis kelamin
 - Penilaian bayi: baik/ ada penyulit
 - Bayi lahir: normal/ asfiksia/ cacat bawaan/ hipotermi
 - Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir: Y/T
 - Masalah lain, penatalaksanaan dan hasil
- (JNPK-KR, 2019).

2. IMPLEMENTASI HASIL PARTOGRAF

Implementasi adalah proses untuk mewujudkan rumusan tindakan kebijakan dari politik ke administrasi. Hal ini disebabkan karena adanya

keyakinan dan perilaku dari tenaga kesehatan yang mengetahui bahwa penggunaan partograf dalam memantau pertolongan persalinan merupakan hal yang penting yang harus dilakukan oleh bidan selaku penolong persalinan agar persalinan berjalan dengan baik dan normal serta dapat dengan segera menemukan komplikasi pada persalinannya dengan merujuk ibu bersalin ke Rumah sakit, sebagai upaya untuk menekan angka kematian pada ibu dan bayi.

Dengan menggunakan Partograf Bidan dapat waspada terhadap hal-hal yang terjadi selama proses persalinan. Sehingga setiap saat keadaan ibu dan bayinya dapat diketahui dengan pasti. Puncak kewaspadaan dilaksanakan dengan melakukan rujukan pasien ke pusat pelayanan dengan fasilitas yang memadai setelah melampaui garis waspada, agar pasien diterima di pusat pelayanan dalam keadaan optimal. Dengan demikian bidan diharapkan mampu mempelajari dan menggunakan partograf dalam pertolongan persalinan sehingga lini pelayanan kesehatan terdepan dapat berperan lebih baik. Penggunaan partograf yang benar dapat digunakan sebagai salah satu bukti tertulis yang dilakukan bidan terhadap ibu bersalin sebagai perlindungan hukum apabila hal-hal yang tidak diinginkan terjadi.

Penggunaan partograf yang benar dapat digunakan sebagai salah satu bukti tertulis yang dilakukan bidan terhadap ibu bersalin dapat digunakan sebagai perlindungan hukum apabila terjadi hal-hal yang tidak diinginkan. Oleh karena itu Dinas Kesehatan atas Instruksi Menteri Kesehatan memberikan kebijakan untuk dilakukan pelatihan APN, dimana dalam pelatihan tersebut bidan diajarkan cara pengisian partograf sesuai dengan keadaan atau kondisi ibu, janin, dan tindakan yang dilakukan oleh penolong persalinan.

Kepastian selama proses persalinan dapat dilaksanakan dengan dicatat dalam partograf agar tercapainya persalinan yang aman. Dengan demikian bidan dapat menggunakan partograf dengan benar sehingga dapat digunakan sebagai salah satu bukti tertulis yang dilakukan bidan terhadap ibu bersalin sebagai perlindungan hukum apabila terjadi hal-hal yang tidak diinginkan.

Soal Dan Pembahasan

1. Seorang perempuan, umur 25 tahun, G1P0A0, aterm, kala I di Puskesmas. Hasil anamnesis: 1 minggu yang lalu periksa kehamilan, tercatat lengkap di buku KIA. Hasil pemeriksaan: TD 120/80mmHg, N 90x/menit, P 20x/ menit, S 36,7o C, TFU 34 cm, DJJ 128 x/menit, penurunan kepala 3/5, kontraksi, 3x/10'/40", pembukaan 5cm, selaput ketuban utuh. Dokumentasi pemantauan apakah yang harus dilengkapi berdasar kasus tersebut?

- A. Partograf
- B. Data diri pasien
- C. Informed Choice
- D. Informed consent
- E. Surat untuk rujukan

Jawaban:

A Partograf

Pencatatan kemajuan persalinan pada partograph dimulai saat pembukaan serviks 4 cm dan kontraksi uterus teratur.

2. Seorang perempuan, usia 25 tahun, G2,P1,Ab 0, kehamilan 36minggu, datang ke PMB mengeluh nyeri perut menjalar ke pinggang. Hasil pemeriksaan bidan; TD 110/70mmHg, S 36,7°C , N 88x/m, P 24x/m. Pembukaan serviks 7cm, selaput ketuban utuh, bagian terendah teraba kepala, penurunan kepala 4/5, pervagina keluar blood slym, Setelah dilakukan pemeriksaan dalam terlihat rembesan air ketuban berwarna jernih. Apakah symbol penulisan ketuban pada partograph berdasar kasus diatas?

- A. U
- B. J
- C. K
- D. M
- E. D

Jawaban:

B (J)

Kaji kondisi selaput dan air ketuban saat melakukan pemeriksaan dalam. Hasil pengkajian tersebut dituliskan menggunakan lambing sebagai berikut:

U : Selaput ketuban utuh (belum pecah)

J : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

M : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium

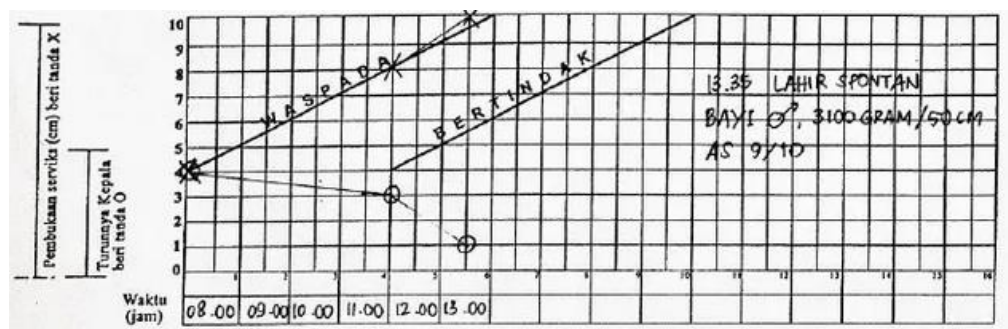
D : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah

K : Selaput ketuban sudah pecah tetapi air ketuban tidak mengalir (kering)

3. Seorang wanita postpartum Usia 27 tahun P1A0, hasil pemantauan partograf kala I didapat penurunan kepala janin dan pembukaan serviks. Berdasarkan gambar partograf di bawah ini bagaimanakah interpretasi lambang penurunan kepala janin pada pukul 13.30?

- A. 0/5
- B. 1/5
- C. 2/5
- D. 3/5
- E. 4/5

Jawaban



B 1/5

Pemeriksaan penurunan bagian terendah janin menunjukkan sejauh mana bagian terbawah janin memasuki panggul. Pada persalinan normal, pembukaan serviks biasanya diikuti penurunan bagian terendah dari janin. Penurunan kepala diberi lambang "O", kemudian dihubungkan dengan garis utuh. Sebagai contoh, jika hasil pemeriksaan palpasi kepala 3/5, maka tuliskan tanda "O" di garis angka 3. Lalu pada pemeriksaan selanjutnya ditemukan hasil penurunan

kepala 1/5, maka tuliskan tanda "O" pada angka 1, selanjutnya hubungkan dengan garis utuh pada hasil pemantau tersebut.

Tugas

1. Lakukan pengisian partograf berdasar ilustrasi kasus di bawah ini !

Kasus

Ny. D umur 30 th, G3 P1 A1 datang ke PMB pada 21 November 2023, jam 10.30 WIB, mengeluh mules pada area pinggang menjalar ke perut sejak jam 03.30 WIB.

Hasil pemeriksaan didapatkan: Usia kehamilan 38 minggu, presentasi belakang kepala. Penurunan kepala janin 3/5, uterus berkontraksi 3x dalam 10 menit lama 30 detik. Pemeriksaan Detak Jantung Janin 135x/mnt. Hasil VT pembukaan serviks 6 cm, tidak ada penyusupan, dan selaput ketuban utuh. TD 110/70 mmHg, N: 80x/mnt, S: 36⁸ C. Urine Ibu 200 ml sebelum VT, tidak ditemukan aceton dan protein urine.

Bidan melakukan penilaian DJJ, kontraksi uterus dan nadi Ny. D setiap 30 mnt

- Pukul 11.00 WIB, DJJ 135x/mnt, kontraksi 4x dalam 10 menit lamanya 35 detik, N: 88x/mnt.
- Pukul 11.30 WIB, DJJ 144x/mnt, kontraksi 4x dalam 10 menit lamanya 35 detik, N: 80x/mnt.
- Pukul 12.00 WIB, DJJ 144x/mnt, kontraksi 4x dalam 10 menit lamanya 40 detik, N: 88x/mnt.
- Pukul 12.30 WIB, DJJ 140x/mnt, kontraksi 5x dalam 10 menit lamanya 40 detik, N: 90x/mnt.
- Pukul 13.00 WIB, DJJ 134x/mnt, kontraksi 5x dalam 10 menit lamanya 45 detik, N: 97x/mnt.

Pada pukul 13.30 WIB, Ny.D melaporkan mengeluarkan cairan dari jalan lahirnya. Lalu dilakukan pemeriksaan dan didapatkan hasil DJJ 130x/mnt, kontraksi 5x dalam 10 menit lamanya 45 detik, penurunan kepala 1/5, POD UUK, pembukaan serviks 10 cm, sutura saling menempel, kulit ketuban negatif. TD: 120/70 mmHg, S: 37.5C, N:

80x/mnt. Oleh bidan Ny. Dea dipimpin untuk mengejan, dari tindakan itu dilakukan evaluasi bahwa perineum Ny. Dea kaku maka perlu dilakukan episiotomi.

Pukul 14.30 WIB, lahir bayi perempuan, BB 3200 gr, PB 48 cm, bayi menangis spontan. Sebelum dilakukan MAK III diberikan oxy 10 IU, kemudian placenta lahir 5 menit setelah bayi lahir, placenta lahir lengkap dengan berat 500 gr, panjang tali pusat 50 cm. Dilakukan episiotomi dengan jahitan sebanyak 4 jahitan, perkiraan kehilangan darah \pm 250 ml.

Pada satu jam pertama dalam kala IV dilakukan pemantauan sebagai berikut:

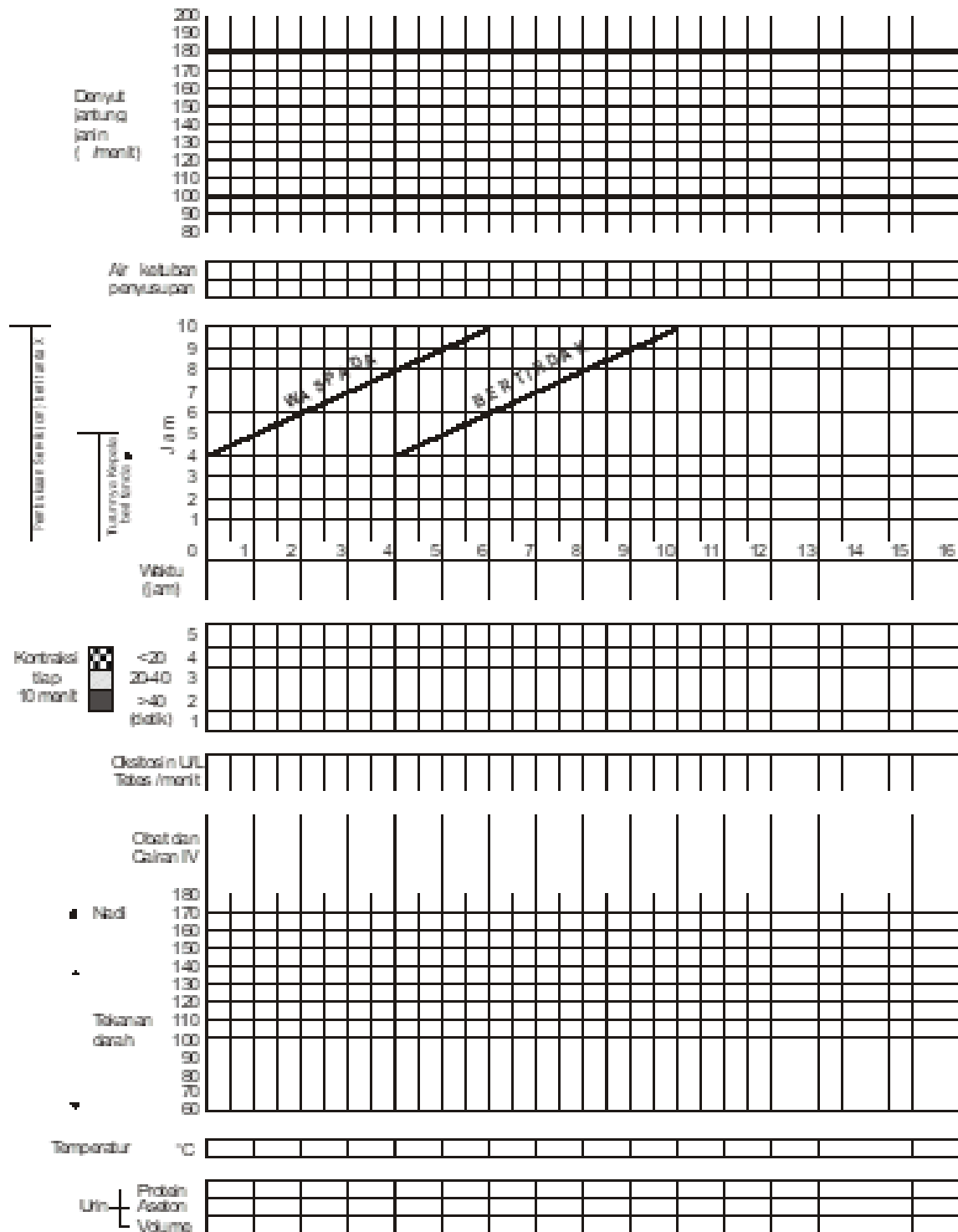
- Pukul 14.45 WIB, TD 120/70 mmHg, N 80x/mnt, S 37°C, TFU 3 jari bawah pusat, kontraksi uterus keras, Vesika urinaria kosong, perdarahan DBN.
- Pukul 15.00 WIB, TD 120/70 mmHg, N 84x/mnt, S 37°C, TFU 3 jari bawah pusat, kontraksi uterus keras, Vesika urinaria kosong, perdarahan DBN.
- Pukul 15.15 WIB, TD 120/70 mmHg, N 84x/mnt, S 37°C, TFU 3 jari bawah pusat, kontraksi uterus keras, Vesika urinaria kosong, perdarahan DBN.
- Pukul 15.30 WIB, TD 120/70 mmHg, N 84x/mnt, S 37°C, TFU 3 jari bawah pusat, kontraksi uterus keras, Vesika urinaria kosong, perdarahan DBN.

Selama satu jam kedua kala IV pemantauan dilakukan setiap 30 menit sekali sebagai berikut:

- Pukul 16.00 WIB, TD 110/70 mmHg, N 84x/mnt, S 37°C, TFU 3 jari bawah pusat, kontraksi uterus keras, Vesika urinaria kosong, perdarahan DBN.
- Pukul 16.30 WIB, TD 110/70 mmHg, N 84x/mnt, S 37°C, TFU 3 jari bawah pusat, kontraksi uterus keras, ibu berkemih sebanyak 200 ml, perdarahan DBN.

PARTOGRAF

No. Register	_____	Nama Ibu :	_____	Umur :	_____	G :	P :	A :
No. Puskemas	_____	Tanggal:	_____	Jam :	_____			
Keluhan pasien	sejak jam _____	Mulas sejak jam _____						



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: rujak, kala: I/II/III/IV
6. Alasan merujuk:
7. Tempat rujukan:
8. Pendamping pada saat merujuk:

Bidan	Teman
Suami	Dukun
Keluarga	Tidak ada

KALA I

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

KALA II

13. Episiotomi:

Ya, Indikasi	
Tidak	
14. Pendamping pada saat persalinan:

Suami	Dukun
Keluarga	Tidak ada
Teman	
15. Gawat janin:

Ya, tindakan yang dilakukan:	
a.	
b.	
c.	
Tidak	
16. Distosis 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:	

24. Rangsangan taktil (pemerjatan) fundus uteri ?

Ya
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. Laksrasi:

Ya, dimana:
Tidak

28. Jika laksrasi perineum, derajat 1 /2 /3 /4

Tindakan:

Perjahitan, dengan / tanpa anastesi

Tidak dijahit, alasan:

29. Asosis 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 persulit

38. Bayi lahir:

Normal, tindakan:

Mengeringkan

Menghangatkan

Rangsangan taktil

Bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu

Tindakan pencegahan infeksi mata

Aplikasi ringan/ pucot/biru/lama, tindakan:

Mengeringkan

Menghangatkan

Rangsangan taktil

lain-lain, sebutkan

Bebaskan jalan napas

Bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu

Catat bewasan, sebutkan:

Hipotermia, tindakan:

a.
b.

3. Glosarium

- Partograf : Alat bantu untuk mencatat kemajuan persalinan berupa hasil observasi dan pemeriksaan fisik ibu dan kesejahteraan janin, serta sebagai landasan utama dalam mengambil keputusan klinis khususnya pada persalinan kala I.
- Kala I : Adalah fase pembukaan serviks dalam persalinan yang dimulai sejak pembukaan 1 cm sampai dengan 10 cm
- Fase Laten : Adalah fase dimana pembukaan serviks yang dimulai dari 0-3 cm
- Fase Aktif : Adalah fase dimana pembukaan serviks yang dimulai dari 4-10 cm

Daftar Pustaka

JNPK-KR. 2019. Asuhan Persalinan Normal & Inisiasi Menyusui Dini. Jakarta: Depkes RI.

Kurniaru, Ari. 2016. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Jakarta: BPPSDM Kemenkes RI

BAB VII

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR NORMAL 1 JAM

(Sayuti, S.Pd., S.ST., M.Kes.)

A. Deskripsi Pembelajaran:

1. Subtopik ini memungkinkan siswa untuk memahami gagasan tentang bayi baru lahir pada umumnya.
2. Siswa yang menyelesaikan mata pelajaran ini akan mampu memberikan asuhan kebidanan pada bayi pada umumnya dalam waktu kurang dari satu jam.
3. Subtopik ini memberikan siswa pengetahuan yang diperlukan untuk memahami bagaimana bayi baru lahir beradaptasi.
4. Mahasiswa yang menyelesaikan mata pelajaran ini akan mampu merawat bayi baru lahir.

B. Tujuan Pembelajaran:

1. Siswa diharapkan memperoleh pemahaman tentang bayi baru lahir setelah menyelesaikan sesi ini.
2. Siswa harus mampu memberikan asuhan kebidanan selama satu jam untuk bayi pada umumnya setelah menyelesaikan kelas ini.
3. Diharapkan setelah menyelesaikan mata kuliah ini mahasiswa akan memperoleh pemahaman tentang bagaimana penyesuaian diri bayi baru lahir.
4. Setelah melakukan pembelajaran ini diharapkan mahasiswa mampu manajemen bayi baru lahir.

C. Capaian Pembelajaran:

1. Mahasiswa mampu memahami tentang bayi baru lahir
2. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir normal 1 jam
3. Mahasiswa mampu memahami memahami adaptasi pada bayi baru lahir
4. Mahasiswa mampu melakukan manajemen bayi baru lahir.

Isi Topik Bahasan Terdiri dari :

1. Materi

A. Konsep Dasar bayi baru lahir normal

1) Pengertian Bayi Baru Lahir Normal

Perubahan fisiologis termasuk perkembangan, Toleransi terhadap BBL dan adaptasi (kemampuan untuk beralih dari kehidupan di dalam rahim ke kehidupan di luar) merupakan prasyarat bagi keberadaan BBL yang sehat (Herman, 2020). Apabila bayi dilahirkan pada usia kehamilan antara 37 dan 42 minggu, tanpa komplikasi apa pun, berat badan antara 2.500 hingga 4.000 gram, memiliki skor Apgar lebih dari 7, dan tidak memiliki masalah bawaan apa pun, maka kami katakan normal. Bayi dikatakan lahir normal jika tidak menunjukkan gejala apa pun, berat badan antara 2500 hingga 4000 gram, lahir antara usia kehamilan 37 hingga 42 minggu, dan memiliki skor Apgar lebih dari 7. Definisi tersebut dikutip oleh Sayuti (2023). dari Rukiyah dan Yuliati. Bayi, atau neonatus, adalah manusia sempurna yang baru saja keluar dari rahim dan sedang menyesuaikan diri dengan kehidupan di luar rahim.

Febrianti R. (2020) menyatakan bahwa neonatus atau bayi baru lahir adalah orang yang masih dalam proses keluar dari kandungan. Mereka adalah makhluk hidup yang baru saja melalui cobaan melahirkan. Berat badan bayi normal berkisar antara 2.500 hingga 4.000 gram, dan usia kehamilan 37 hingga 42 minggu. setelah bayi, tali pusar, rambut, mata, hidung, mulut, telinga, dan satu tempat tambahan semuanya dirawat. Secara umum bayi baru lahir didefinisikan sebagai berikut: berat badannya antara 2.500 hingga 4.000 gram, dilahirkan dari vagina posterior tanpa memerlukan alat bantu bantu, memiliki skor APGAR minimal 7, dan bebas dari kelainan bawaan. Mereka juga secara kehamilan berusia antara 37 dan 42 minggu (O.R. Chairunnisa, 2022)

Neonatus didefinisikan oleh WHO dalam Manik R., N., dkk. (2022) sebagai bayi baru lahir yang berumur antara 0 sampai 28 hari. Mereka memiliki ciri fisik yang sama dengan bayi baru lahir lainnya, seperti mudah bergerak, berat lahir antara 2.500 hingga 4.000 gram, berkulit cerah, langsung menangis, dan suhu tubuh normal 36,5 hingga 37,5C. Kondisi yang dapat menyebabkan gangguan atau kematian pada

bayi baru lahir antara lain hipoksia, penyakit kuning, hipotermia, tetanus neonatal, infeksi/sepsis, trauma persalinan, berat badan lahir rendah, sindrom gangguan pernapasan, atau kelainan dengan skor kuning atau merah pada pemeriksaan. Sesuai temuan Manik R., N., dkk. (2022) dalam penelitiannya menggunakan MTBM (Manajemen Terpadu Balita Muda). Bayi tersebut lahir cukup bulan dengan berat badan antara 2500 dan 4000 gram, langsung menangis, dan dianggap normal karena tidak memiliki masalah bawaan. Bayi mengalami banyak perubahan mental dan fisiologis setelah mereka dilahirkan, dan penting untuk mengawasi mereka untuk memastikan mereka menyesuaikan diri dengan baik terhadap kehidupan di luar rahim. Selain itu, bayi memerlukan perhatian khusus untuk meningkatkan peluang mereka mendapatkan penyesuaian bebas masalah. Bayi baru lahir mengalami proses yang disebut adaptasi neonatal, yaitu peralihan fungsional dari kehidupan dalam rahim ke kehidupan di luar rahim (Murdiana Eka, 2017).

2) Ciri Bayi Baru lahir normal

Menurut Sholekhah dkk. (2021), berikut ciri-ciri yang sering muncul pada bayi baru lahir:

- a. Berat badan
Berat badan yang normal pada bayi adalah 2.500 sampai dengan 4.000 gram.
- b. Panjang badan
Dilihat dari panjang badan, maka panjang badan bayi yang normal memiliki nilai 48-52 cm.
- c. Lingkar dada
Di lihat dari lingkar dada dapat di ketahui lingkar dada pada bayi yang normal memiliki nilai 30-38 cm.
- d. Lingkar kepala
Bayi biasanya memiliki lingkar kepala 33–35 cm saat lahir.
- e. Frekuensi denyut jantung
Bayi baru lahir biasanya memiliki detak jantung 120–160 detak per menit.
- f. Pernafasan
Nilai pernafasan pada bayi baru lahir adalah $\pm 40-60$ x/menit.
- g. Kulit

Bayi dengan jumlah jaringan subkutan yang cukup sering kali memiliki kulit halus berwarna kemerahan.

h. Rambut lanugo

Pada umumnya bayi, rambut lanugo hampir tidak terlihat dan biasanya dalam kondisi sempurna.

i. Kuku

Kuku bayi seringkali panjang dan rapuh saat dilahirkan.

j. Genitalia:

Saat bayi lahir, buah zakar sudah turun dan skrotum sudah terdapat pada alat kelamin pria, sedangkan labia mayora wanita telah menutupi labia minoranya.

k. Tangisan

Saat lahir, bayi mulai menangis tanpa henti.

l. Refleks sucking (isap dan menelan)

Bayi yang lahir sehat seringkali memiliki refleks yang kuat dalam menghisap dan menelan.

m. Refleks morro

Refleks Morro yang baik, atau tindakan berpelukan sebagai respons terhadap guncangan, bayi sering mengalami hal ini pada tahap kehidupan mereka.

n. Refleks grasping

Refleks mencengkeram bayi baru lahir pada umumnya cukup bagus.

o. Refleks rooting

Saat bayi lahir, refleks rootingnya—yang melibatkan perabaan puting susu melalui pipi dan mulutnya—telah berkembang sepenuhnya.

p. Eliminasi

Keluarnya mekonium berwarna hitam dan coklat selama dua puluh empat jam pertama menunjukkan eliminasi yang sehat pada bayi baru lahir.

B. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir normal 1 jam

(Firmansyah Fery, 2020) menyatakan bahwa menjaga kelancaran pola pernapasan, membersihkan saluran napas, dan merawat tali pusat merupakan standar perawatan bayi baru lahir.

Pertahankan kehangatan dan hindari panas yang ekstrim. Evaluasi bayinya segera, dengan mencatat skor APGAR-nya. Mengidentifikasi bayi dan membersihkan jenazahnya. melakukan pemeriksaan fisik terfokus pada bayi dan skrining terhadap indikasi kelainan pada neonatus yang menyebabkan mereka tidak mampu bertahan hidup. Saat menyusui, sesuaikan posisi bayi. Berikan bayi vaksin mereka. Bantu bayi yang mengalami kesulitan pernapasan, mati lemas, hipotermia, dan hipoglikemia. Jika memungkinkan, bawa bayi ke ruang gawat darurat dengan cara yang aman. dan mencatat kesimpulan dan tindakan yang diambil. Jika ibu dan anak dilahirkan dalam keadaan ideal, maka penatalaksanaan persalinan dianggap berhasil. Komponen penting dari perawatan neonatal adalah memberikan perawatan yang cepat, bersih, dan aman kepada neonatus. Persalinan yang bersih dan aman adalah landasan perawatan bayi baru lahir. Dalam 30 detik pertama kehidupan bayi, periksa dengan cepat dan tepat pernapasan spontan bayi, nada, dan ada tidaknya kehilangan panas. Anda juga harus memotong tali pusat bayi. dan perawatan tali pusat, memudahkan menyusui, menggunakan vitamin K untuk menghentikan pendarahan, menjaga dari infeksi mata, melakukan pemeriksaan fisik, dan memberikan vaksinasi (Chairunnisa O., R, 2022).

Mencegah perdarahan (terutama dengan vitamin K1), mencegah infeksi mata, termoregulasi, perawatan tali pusat, inisiasi menyusui dini (IMD), vaksinasi hepatitis B, pemeriksaan fisik, dan menyusui merupakan komponen penting dari rencana perawatan bayi baru lahir yang komprehensif (Juniarli Sri Eka dkk., 2022).

Bidan memberikan perawatan berkelanjutan kepada bayi sejak lahir, termasuk mengatur suhu tubuh, mengeluarkan lendir dari saluran hidung dan mulut untuk menghindari penyumbatan saluran napas, dan banyak lagi. mengeringkan dan menghangatkan tubuh, menjepit dan memotong tali pusat, memantau pernapasan dan bayi. kesehatan secara umum, menentukan apakah mereka menangis sendiri, apakah ototnya tegang, dan apakah kulitnya kemerahan. Pada satu jam pertama setelah melahirkan, bidan memberikan berbagai

pelayanan, antara lain menjaga bayi tetap hangat, menyuntikkan vitamin K, menggunakan salep mata, melakukan pemeriksaan fisik, mewaspadai indikator bahaya dan infeksi, dan memberikan obat intramuskular (IMD), dan mengekstraksi ASI dini. Tanggung jawab bidan setelah melahirkan berlangsung selama enam jam dan mencakup hal-hal seperti tes infeksi, mengidentifikasi bayi, memberikan vaksinasi Hepatitis B, merawat tali pusat, memandikan bayi, dan hanya memberikan ASI (Juliani Widya, 2023).

Dalam JNPK-KR (2017) dijelaskan bahwa Asuhan bayi baru lahir meliputi:

1. Pencegahan Infeksi

Karena kontak atau kontaminasi mikroba selama dan setelah melahirkan, kerentanan bayi baru lahir terhadap penyakit cukup tinggi. Dapatkan prosedur perlindungan infeksi dari penolong persalinan sebelum Anda menyentuh bayi dengan bau yang baru lahir. Beberapa hal yang dapat Anda lakukan untuk menghambat penyebaran penyakit ini adalah sebagai berikut:

a. Persiapan diri

PRT yang melakukan persiapan sendiri harus mengikuti enam tindakan berikut untuk menghindari infeksi: Sebelum dan sesudah menghubungi bayi, pastikan untuk mencuci dan mengeringkan tangan secara menyeluruh. Jika Anda tidak mencuci tangan, kenakan sarung tangan bersih.

b. Persiapan alat

Dekontaminasi atau sterilisasi semua perangkat dan peralatan sangat penting. Ini termasuk peralatan resusitasi, gunting, benang tali pusat, dan klem. Gunakan alat pengisap karet baru yang bersih setiap kali Anda menyedot lendir bayi; jangan pernah menggunakan kembali bola penghisap karet. Selain itu, kita harus mencuci segala sesuatu yang menyentuh bayi—pakaian, selimut, handuk, dll. Anda juga harus membersihkan segala sesuatu yang mungkin bersentuhan dengan kulit bayi Anda, seperti timbangan, pita pengukur, termometer, stetoskop, dll. Setelah kami selesai menggunakan peralatan, kami membersihkannya.

c. Persiapan tempat

Tetapkan lokasi yang bersih, kering, hangat, dan resusitasi (seperti meja atau tempat tidur bayi) di ruangan yang berventilasi baik, terang, dan hangat. Idealnya berada di area bebas angin di dekat sumber panas, dengan jendela dan pintu tertutup.

2. Penilaian Awal

Menurut JNPK-KR (2017), sebagai bagian dari proses pemeriksaan bayi baru lahir, kami meminta mereka mengisi empat pertanyaan sebelum dan sesudah mereka lahir. Kekhawatiran pada janin meliputi:

- a. Apakah bayinya tumbuh normal?
- b. Apakah air dari etuban tersebut tidak mengandung mekonium dan apakah jernih?

Pada saat yang sama, kami menguji hal berikut setelah bayi dilahirkan dan diletakkan di atas handuk kering di perut ibu:

- a. Apakah bayi tampak terengah-engah, meratap, atau keduanya?
- b. Apakah bayi dalam keadaan sadar dan mempunyai tonus otot yang baik?

Penilaian ini juga bisa dilakukan dengan penilaian APGAR SCORE yang di lakukan pada menit pertama dan menit ke 5, dibawah ini merupakan tabel komponen penilaian dari APGAR SCORE (Solehah Imroatus dkk., 2021):

Tabel 1. Penilaian APGAR SCORE

No	Komponen	Penilaian APGAR SCORE		
		Skor		
		0	1	2
1	Appearance (warna kulit)	Biru, pucat	Tubuh kemerah merahan ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerah merahan
2	Pulse (denyut jantung)	Tidak ada	Di bawah 100x/menit	Lebih dari 100x/menit
3	Grimace (respon reflek)	Tidak ada	Gerakan sedikit	Gerakan kuat (bersin, batuk)
4	Activity (tonus otot)	Lumpuh	Ekstremitas sedikit flekksi	Gerakan aktif
5	Respiration (pernafasan)	Tidak ada	Tidak teratur dan dangkal	Menangis kuat

Dari tabel diatas dapat di nilai jika bayi baru lahir memiliki nilai berikut:

1. Nilai 1 - 3 tergolong asfiksia berat
2. Nilai 4-6 tergolong asfiksia sedang
3. Nilai 7-10 tergolong normal

3. Pencegahan Kehilangan panas

Sistem yang mengatur suhu inti bayi baru lahir belum sepenuhnya berkembang saat lahir. Agar bayi tidak menderita hipotermia, kita perlu mencari cara agar tubuhnya tidak kehilangan panas. Bayi dapat dengan cepat terkena hipotermia jika mereka basah dan tidak ditutupi atau dikeringkan dengan baik, meskipun mereka berada di lingkungan yang umumnya hangat. Ada empat jalur utama pelepasan panas dari tubuh bayi yang sedang berkembang: penguapan, konduksi, konveksi, dan radiasi. Berikut penjelasan empalnya:

a. Evaporasi

Meski tubuh bayi tidak langsung kering setelah melahirkan, namun ada kemungkinan kehilangan terjadi akibat cairan

ketuban menguap dari permukaannya akibat panas tubuh bayi itu sendiri.

b. Konduksi

Konduksi menggambarkan bagaimana suhu inti bayi turun ketika menyentuh permukaan yang dingin. Proses perpindahan panas tubuh bayi ke benda di dekatnya melalui konduksi (perpindahan panas tubuh ke benda).

c. Konveksi

Proses dimana bayi baru lahir kehilangan panas saat terkena udara yang lebih dingin dari suhu tubuhnya. Bayi kehilangan panas saat mereka bergerak di udara, dengan laju kehilangan panas bergantung pada suhu dan kecepatan udara.

d. Radiasi

Ketika bayi baru lahir bersentuhan dengan sesuatu yang lebih dingin dari suhu tubuhnya, ia mulai kehilangan panas.

Melakukan hal berikut dapat menghentikan keluarnya panas:

- Mengeringkan tubuh bayi tanpa membersihkan verniks
- Posisikan bayi sehingga kulitnya menyentuh kulit ibu saat ibu mendekapnya dekat dadanya.
- Menyelimuti ibu dan bayi serta memasang topi pada kepala bayi
- Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir

Menurut Yongki dalam Chairunnisa O.R., (2022) sejumlah tindakan dapat diambil untuk menghindari kehilangan panas, termasuk:

1. Bungkus bayi dengan handuk atau selimut yang bersih dan hangat setelah Anda mengeringkan tubuhnya dengan kain bersih.
2. Selalu kenakan topi atau penutup kepala lainnya pada bayi Anda,
3. Anjurkan para ibu untuk mendekap bayinya erat-erat saat mereka menyusui. Bayi mungkin akan tetap hangat dan terhindar dari kepanasan saat dipeluk oleh ibunya.
4. Letakkan bayi di tempat yang hangat,
5. Menjaga bayi baru lahir tetap hangat paling sederhana jika bayi

dibaringkan bersama ibunya.

Dibawah ini adalah gambar kehilangan panas pada bayi :



Gambar 1. Mekanisme Kehilangan Panas pada Bayi

<https://fdokumen.com/document/mekanisme-kehilangan-panas-bblppt.html>

4. Pemotongan dan perawatan tali pusat

Pada pelayanan kelahiran normal (2017) Kami memberikan oksitosin sebelum pemotongan tali pusar, yang dilakukan dua menit setelah bayi dilahirkan, seperti yang telah disebutkan sebelumnya. Saat merawat tali pusar, sebaiknya hindari membalut tunggul atau mengoleskan cairan atau bahan kimia lainnya ke dalamnya. Pemberian providon yodium atau alkohol tetap diperbolehkan, namun jangan memencetnya karena dapat membasahi tali pusat. Dalam Chairunnisa O.R., (2022) dijelaskan cara perawatan tali pusat juga dapat dilakukan dengan cara:

1. Jangan sekali-kali membungkus tali pusar atau menaruh apapun di atasnya saat bayi masih dalam kandungan.
2. selipkan popok di bawah tunggul tali pusar—
3. Gunakan handuk bersih untuk mengeringkan tali pusar setelah dibersihkan dengan air DTT dan sabun jika kotor.

5. Pemberian Asi

Menyusui harus dimulai sesegera mungkin dan dilanjutkan tanpa gangguan, menurut layanan kelahiran normal (2017). Dimana setelah tali pusar dipotong dan diamankan, bayi diposisikan di atas kulit perut ibu hingga terjadi sentuhan antara kulit ibu dengan kulit bayi. Sampai bayi dapat menyusui, ibu harus menjaga kulitnya

tetap menempel pada kulit bayi setidaknya selama satu jam. Nama lain dari praktik pemberian ASI pada bayi sedini mungkin adalah IMD atau Inisiasi Menyusui Dini. Menempatkan bayi baru lahir di perut ibu tepat setelah melahirkan memungkinkan bayi untuk mulai menyusui sesegera mungkin, sebuah proses yang dikenal sebagai Inisiasi Menyusui Dini (IMD) atau pelekatan dini. puas Karya yang dikutip adalah oleh Faisal A.D. dan rekannya (2019). Tidak ada yang lebih diuntungkan selain ibu dan bayinya saat menyusui dimulai sejak dini (IMD). Bukti ilmiah menunjukkan bahwa hemodilatasi intramuskular (IMD) membantu ibu dengan meningkatkan kadar oksitosin, mempercepat involusi uterus (yang biasanya dimulai dua jam setelah melahirkan), dan mengurangi waktu yang diperlukan untuk pemisahan plasenta (sehingga menghindari potensi perdarahan pasca melahirkan yang berbahaya) . merupakan faktor penting yang berkontribusi terhadap kematian ibu secara global, khususnya di Indonesia (Faisal A.D., et al., 2019).

6. Pencegahan perdarahan

Untuk mencegah perdarahan neonatal (BBL) akibat kekurangan vitamin K, semua neonatus wajib mendapat suntikan vitamin K1 (Phytomenadione) 1 mg intramuskular pada sepertiga tengah paha kiri anterolateral. Anda bisa mendapatkan larutan vitamin K dengan konsentrasi 2 mg/ml dan 10 mg/ml (JNPK-KR, 2017).

7. Pencegahan Infeksi Mata

pemberian salep mata kloramfenikol pada bayi untuk menghindari infeksi mata (Chairunnisa O.R., 2022). Setelah bayi selesai menyusui, salep mata ini diberikan setelah IMD, atau awal menyusui. Antibiotik, termasuk tetrasiklin 1%, membantu mencegah infeksi mata. Tindakan pencegahan terhadap infeksi mata akan kurang efektif jika diberikan lebih dari satu jam setelah melahirkan.

8. Pemeriksaan

Tujuan dari skrining bayi baru lahir ini adalah untuk mendeteksi kelainan apa pun sesegera mungkin. Menurut JNPK-KR (2017), tabel berikut menampilkan waktu pemeriksaan bayi baru lahir:

Tabel 1. Waktu Pemeriksaan BBL

No	BAYI LAHIR DI FASILITAS KESEHATAN	BAYI LAHIR DI RUMAH
1	Baru lahir, setelah IMD, pemberian vitamin K dan salep atau obat tetes mata antibiotika	Baru lahir, setelah IMD, pemberian vitamin K dan salep atau obat tetes mata antibiotika
2	Usia 6-12 jam	Sebelum bidan meninggalkan bayi
3	Dalam 1 minggu setelah lahir, di anjurkan 2-3 hari	Baru lahir, setelah IMD, pemberian vitamin K dan salep atau obat tetes mata antibiotika
Selanjutnya mengikuti buku KIA		

9. Pemberian Imunisasi

Bayi mungkin terlindungi dari tertular infeksi hepatitis B, terutama bila diimunisasi terhadap virus yang dapat diturunkan dari ibu ke

bayinya. Dalam dua jam pertama masa kehamilan, imunisasi hepatitis B diberikan, satu hingga dua jam setelah pemberian vitamin K1 (JNPK-KR, 2017).

C. Adaptasi Bayi Baru lahir

Kemampuan bayi untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan barunya setelah meninggalkan rahim sangat penting untuk kelangsungan hidupnya. Untuk mengkompensasi hilangnya fungsi plasenta dan mempertahankan homeostatis, sistem kardiovaskular dan sistem pernapasan mengalami sejumlah perubahan. Ikatan antara orang tua dan anak dimulai sejak lahir, dan setelah ibu dan anak sehat, orang tua membutuhkan waktu sendiri untuk menjalin ikatan dengan anak barunya (Murdiana Eka, 2017).

Dalam buku Yusif Sofiyah (2020) Seluruh sistem tubuh bayi baru lahir mengalami perubahan biokimia dan fisiologis yang ekstensif seiring penyesuaian dengan lingkungan barunya sepanjang periode neonatal. Saat menyesuaikan diri dengan kehidupan di luar kandungan, vaksin hepatitis B, suntikan vitamin K, pemantauan gula darah, dan pengujian masalah metabolisme atau bilirubin adalah bagian dari perawatan medis bayi yang sehat.

a) Pernafasan

Plasenta memfasilitasi pertukaran gas, yang menyediakan oksigen ke bayi yang sedang berkembang di dalam tubuh ibu. Paru-paru bayi bertanggung jawab untuk pertukaran gas setelah melahirkan. Berikut perubahan sistem pernapasan janin saat masih dalam kandungan menurut Solehah Imroatus dkk., (2021):

Tabel 3. Perkembangan Sistem Pernafasan

No	Usia Kehamilan	Perkembangan sistem pernafasan
1	24 hari	Bakal paru paru sudah terbentuk
2	26-28 hari	Bakal Bronchi membesar
3	6 minggu	Segmen bronkus sudah terbentuk
4	24 minggu	Alveolus terbentuk
5	28 minggu	Surfaktan terbentuk
6	34- 36 minggu	Surfaktan matang

b) Rangsangan untuk Gerak Pernafasan

Menurut Legawati dalam Solehah Imroatus dkk. (2021) rangsangan gerak pertama terjadi karena hal-hal sebagai berikut: Tekanan mekanis dari piston saat melewati jalan lahir (stimulasi mekanis).

Sinus karotis adalah rumah bagi kemoreseptor, yang dirangsang secara kimia oleh perubahan tekanan parsial oksigen (PaO_2) dan karbon dioksida (PaCO_2).

Stimulasi sensorik meliputi tekanan dingin yang diberikan pada wajah dan fluktuasi suhu rahim.

c) Upaya Pernafasan Bayi Pertama

Saat menghirup napas pertama, paru-paru bayi berusaha mengalirkan cairan dan membentuk jaringan alveoli paru. Agar alveoli dapat melakukan tugasnya, paru-paru harus mampu memompa darah dan surfaktan dalam jumlah yang cukup. Di akhir persalinan, surfaktan membantu menopang dinding alveolar agar tidak roboh dengan mengurangi tekanan permukaan. Bayi sering kali mengambil napas pertama pada setengah jam pertama setelah dilahirkan. Selain surfaktan, upaya pertama bayi untuk menjaga tekanan alveolar adalah dengan menarik dan membuang napas sambil mengeluarkan suara untuk mengendalikannya. Pernapasan neonatal ditandai dengan pernapasan diafragma dan perut, dengan frekuensi dan kedalaman pernapasan yang tidak teratur. Berkurangnya surfaktan menyebabkan atelektasis dengan kolapsnya alveoli dan pengerasan paru-paru. Karena metabolisme anaerobik tetap ada bahkan tanpa oksigen, bayi baru lahir dapat terus bertahan hidup dalam kondisi hipoksia (Murdiana Eka., 2017).

d) Perubahan Pada Sistem Kardiovaskuler

Tekanan arteriolar di paru-paru akan menurun setelah lahir seiring dengan berkembangnya paru-paru. Akibat rangsangan biokimia, duktus arteriosus melenyap, menyebabkan penurunan tekanan paru dan peningkatan tekanan aorta desendens. Pada hari pertama, sesuatu terjadi.

Indrayani menyatakan dalam Murdiana E. (2017) bahwa foramen ovale secara fungsional menutup ketika jantung kiri mendapat tekanan lebih besar dibandingkan jantung kanan. Itu terjadi pada beberapa jam pertama setelah bayi dilahirkan. Duktus arteriosus akan menutup pada hari pertama pubertas pada usia 17 tahun akibat rangsangan biokimia (peningkatan PAO₂), peningkatan tekanan aorta desendens, dan penurunan tekanan arteri pulmonal. Aliran darah paru hari pertama: 4-5 liter/menit/m². Hari pertama, saat duktus arteriosus ditutup, aliran darah sistolik sedang, yaitu 1,96 liter/menit/m².

e) Perubahan pada Sistem Termoregulasi

Hal tersebut diungkapkan Noordiati dalam Solehah Imroatus dkk. (2021) bahwa suhu bayi baru lahir di luar rahim lebih rendah dibandingkan di dalam rahim. Evaporasi, konduksi, konveksi, dan radiasi merupakan empat jalur potensial dalam sistem termoregulasi yang dapat menyebabkan hilangnya panas pada bayi.

f) Perubahan pada Sistem Renal

Meskipun ginjal janin memiliki kapasitas terbatas hingga setelah melahirkan, ginjal memainkan peran penting dalam perkembangan kehidupan bayi. Kencing bayi tidak berbau, encer, dan berwarna kekuningan. Setelah bayi banyak minum, warna kecoklatan akan hilang, yang dihasilkan oleh udara asam dan lendir dari selaput.

g) Perubahan pada Sistem Gastrointestinal

Bayi baru lahir dan bayi yang lebih kecil lebih sering gumoh dibandingkan bayi yang lebih tua karena sambungan esofagus bagian bawah dan lambung masih berkembang, sehingga membatasi kemampuan mereka untuk mengambil dan menelan makanan. Bayi cukup bulan memiliki kapasitas lambung sedikit lebih dari 30 cc.

h) Metabolisme

Karena perawakannya yang lebih besar dibandingkan orang dewasa, bayi baru lahir diperkirakan memiliki tingkat metabolisme basal per kilogram berat badan yang lebih tinggi. Jadi, BBL harus beradaptasi dengan rumah barunya dengan menggunakan energi dari metabolisme glukosa dan lemak.

i) Keseimbangan air dan fungsi ginjal

Bayi baru lahir memiliki kadar natrium lebih tinggi dibandingkan kalium karena tubuh mereka memiliki lebih banyak air dan lebih banyak ruang ekstraseluler. Kemungkinan penyebab masalah fungsi ginjal antara lain:

- (a) Jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa
- (b) Kesesuaian antara volume tubulus proksimal dan luas permukaan glomeruli

j) Metabolisme

Dipercaya bahwa bayi memiliki tingkat metabolisme basal per kilogram berat badan yang lebih besar dibandingkan orang dewasa karena ukurannya yang lebih besar. Jadi, BBL harus beradaptasi dengan rumah barunya dengan menggunakan energi dari metabolisme glukosa dan lemak.

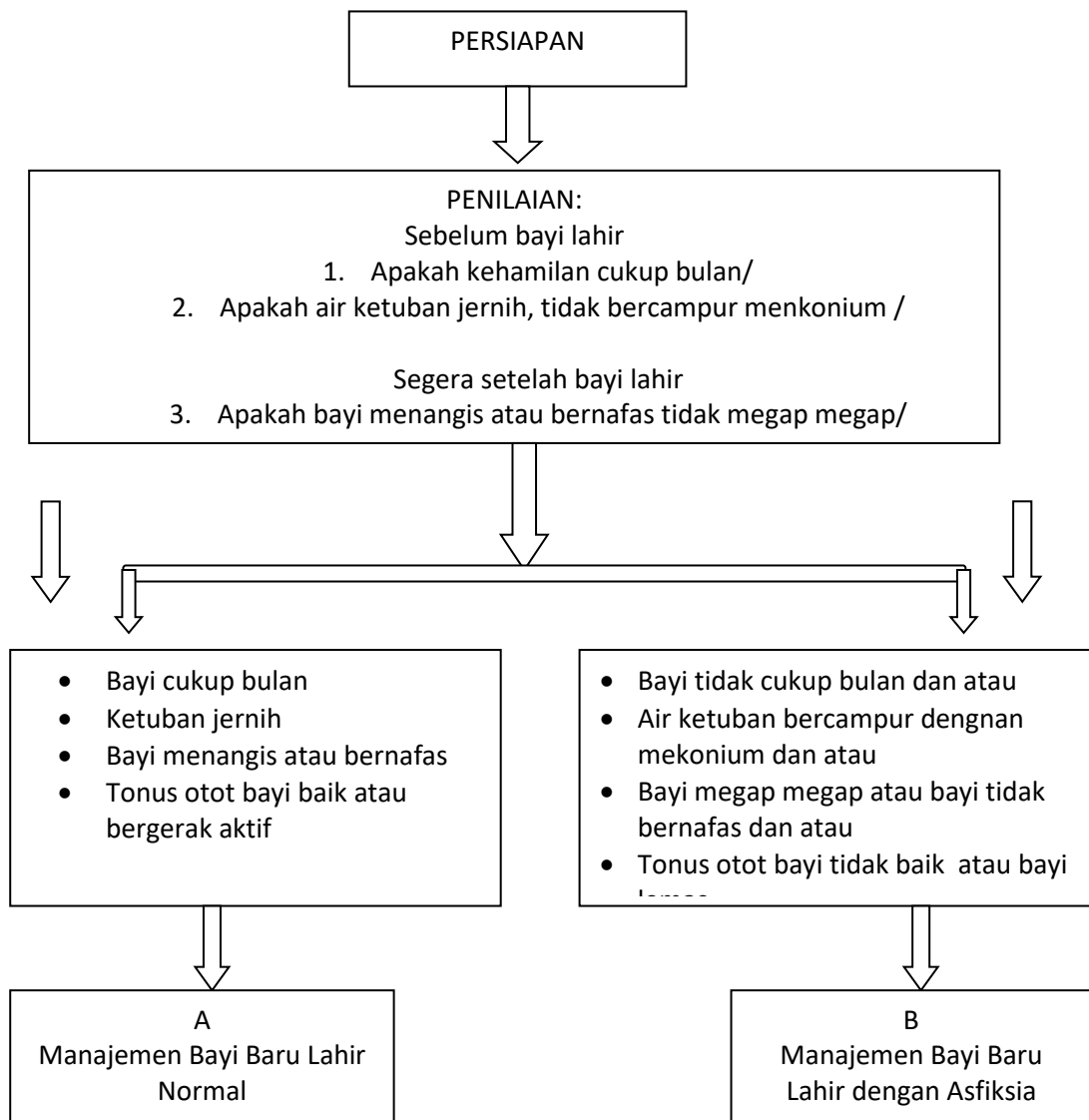
k) Keseimbangan air dan fungsi ginjal

Bayi baru lahir memiliki kadar natrium lebih tinggi dibandingkan kalium karena tubuh mereka memiliki lebih banyak air dan lebih banyak ruang ekstraseluler. Kemungkinan penyebab masalah fungsi ginjal antara lain:

- (a) Jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa
- (b) Kesesuaian antara volume tubulus proksimal dan luas permukaan glomeruli

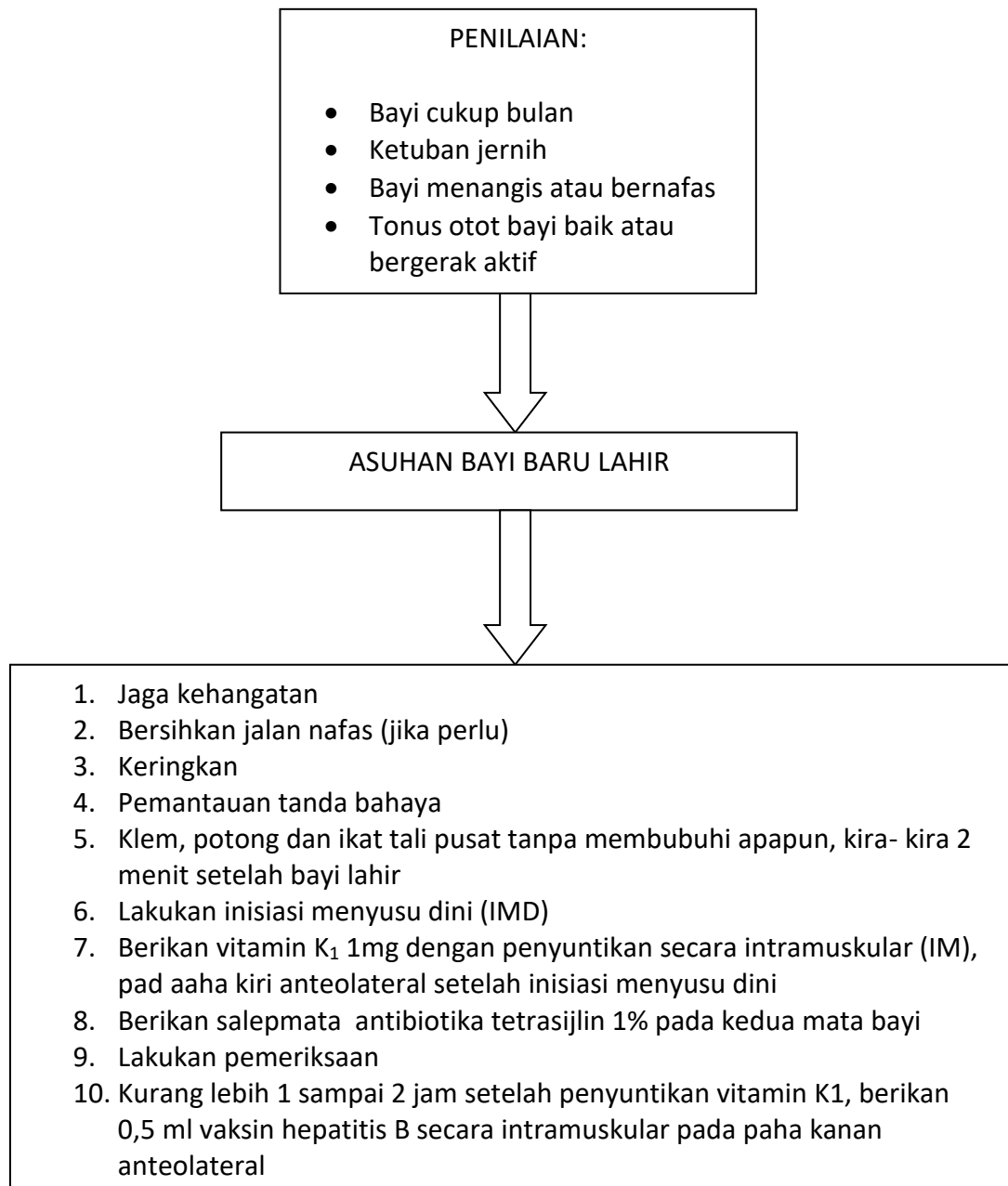
D. Manajemen Bayi Baru Lahir.

Buku Perawatan Kelahiran Normal (2017) menggunakan plot untuk mengajarkan manajemen bayi baru lahir. Lihat contoh di bawah ini.



Gambar 2. Bagan Alur Manajemen Bayi Baru Lahir

Gambar 2 di bawah ini menunjukkan kemungkinan tindakan penatalaksanaan berdasarkan diagram alur penatalaksanaan bayi baru lahir tersebut di atas, dengan asumsi bayi dalam keadaan sehat (JNPK-KR., 2017):



Gambar 3. Bagan Alur Manajemen Bayi Baru Lahir Normal

Soal Dan Pembahasan

1. Di Puskesmas, seorang bayi perempuan menangis dilahirkan satu jam yang lalu. Riwayat kesehatan dalam batas normal, dan prosedur IMD berhasil. Berikut hasil pemeriksaannya: BB 3400 gr, PB 50 cm, LK 32 cm, dan LD 34 cm.

Apakah pencegahan infeksi yang harus segera diberikan pada kasus tersebut?

A. Injeksi Vit K 0,5 ml

B. Erythromycin salep mata 0,5%

C. NaCl pada tali pusat

D. Imunisasi Hb 0 dengan dosis 0,5 ml

E. Imunisasi polio dengan tetes per oral

2. Seorang bidan melakukan kunjungan neonatal hari ke 3. Hasil anamnesis: riwayat persalinan spontan, ditolong paraji, hamil aterm, langsung menangis, gerak aktif. Hasil pemeriksaan: FJ 110x/menit, P 42x/menit, S 37,7°C, tali pusat basah, kemerahan dan terurup ramuan kunyit. Apakah tindakan yang tepat dilakukan bidan sesuai dengan kasus tersebut?

A. Merujuk ke RS

B. Kolaborasi dengan dokter

C. Memberikan nasehat kepada keluarga

D. Memberikan pengobatan salep antibiotik

E. Melakukan pendidikan kesehatan perawatan tali pusat

3. Seorang bayi perempuan, lahir 1 jam yang lalu di RS. Riwayat persalinan per-vaginam, prematur. Hasil pemeriksaan: BB 2100 gr, PB 45 cm, N 132x/menit S 35,9°C, P 38x/menit, ekstermitas kebiruan, gerakan lemah.

Apakah diagnosis yang tepat pada kasus tersebut?

A. Cold injury

B. Cold stress

C. Hipertermia

D. Hipotermia

E. Hipoglikemi

Kunci Jawaban

- 1. B**
- 2. E**
- 3. D**

Tugas

Lakukan penilaian selintas pada bayi baru lahir di TPMB yang anda kenal, kemudian hitunglah APGAR SCORE 1 menit pertama dan 5 menit kedua

Glosarium

MTBM)	: manajemen terpadu bayi muda
Reflek sucking	: isap dan menelan
Reflek morro	: gerakan memeluk bila dikagetkan
Reflek grasping	: menggenggam
Rooting	: mencari
Appearance	: warna kulit
Pulse	: denyut jantung
Grimace	: respon reflek
Activity	: tonus otot
Respiration	: pernafasan
IMD	: Inisiasi menyusui dini

Daftar Pustaka

- Chairunnisa O.,R 2022. *Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir Normal Di Pmb Hasna Dewi Kota Pekanbaru*. Jurnal Kebidanan Terkini (Current Midwifery Journal) Volume 02, Nomor 01 Tahun 2022
- Febrianti R. 2020. *Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir Dengan Perawatan Tali Pusat Terbuka*. Jurnal Komunikasi Kesehatan Vol.XI No.1 Tahun 2020
- Herman, 2020. *The Relationship Of Family Roles And Attitudes In Child Care With Cases Of Caput Succedeneum In Rsud Labuang Baji, Makassar City In 2018*. Jurnal Inovasi Penelitian, Vol.1 No.2 Juli 2020.
- JNPK-KR. 2017. *Asuhan Persalinan Normal* . Jakarta
- Juniarli Sri Eka dkk., 2022. *Comprehensive Midwifery Care For Mrs "K" With A Normal Pregnancy At The Klinik Lumpangan Public Health Center*. Jurnal Life Birth Volume 6, Nomor 1, April 2022.
- Juliani Widya, 2023. *Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir Ny.B Di Praktik Mandiri Bidan (Pmb) Nurwati Wilayah Kerja Puskesmas Air Tiris*. Jurnal Kesehatan. Terpadu, VOLUME 2, NO. 1 2023
- Manik R., N., dkk. 2022. *Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir Pada Bayi Ny.M Dengan Perawatan Tali Pusa Di Poliklinik Pt.Serdang Tengah Kec.Galang Kab.Deli Serdang Tahun 2020*. Jurnal Sains dan Kesehatan (JUSIKA) Vol. 6, No. 2 Desember 2022
- Murdiana Eka, . 2017. *Manajemen Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir Pada Bayi Ny "S" Dengan Hipotermia Sedang Di Rumah Sakit Umum Daerah Syekh Yusuf Gowa Tahun 2017*. KTI. Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar.

Solehah Imroatus dkk. 2021. *Asuhan Segera Bayi Baru Lahir Normal*. Universitas Nurul Jadid, Probolinggo.

Sofiyah Yusi. 2020. *Pembedongan Berpengaruh Terhadap Penurunan Tingkat Nyeri Pada Bayi Yang Dilakukan Tindakan Invasif Ambil Darah*. JKA.2020;7(1):9-16

Sayuti dkk. 2023. *Studi Tentang Pekerjaan, Kadar Hb, Dan Kondisi Kesehatan ibu saat Hamil Dengan Kondisi Bayi Baru Lahir Di Kri Nu Madinah Pujon*. Jurnal Ilmiah Obsgin: Jurnal Ilmiah ilmu Kebidanan dan kandungan. Vol 15 No 2 (2023).

BAB VIII

KONSEP DAN SISTEM RUJUKAN PADA KEGAWATDARURATAN MATERNAL DAN NEONATAL PADA MASA PERSALINAN

(Dini Ariani, SST., M.Tr.Keb.)

A. Deskripsi Pembelajaran

Penyelesaian mata kuliah ini sangat penting bagi program studi, karena membekali mahasiswa dengan kemampuan yang dibutuhkan untuk memberikan perawatan kepada ibu saat melahirkan. Materi kajian pada mata kuliah ini adalah tentang konsep dasar persalinan, faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan, perubahan fisiologis dan psikis ibu pada masa persalinan, kebutuhan dasar ibu pada kala I, II, III dan IV, asuhan kebidanan pada kala I, Persalinan II, III dan IV, pengisian dan pelaksanaan partograf, asuhan kebidanan pada bayi baru lahir normal selama 1 jam, pertolongan persalinan normal, deteksi dini keadaan darurat, komplikasi dan penanganan darurat, komplikasi, komplikasi yang terjadi pada stadium I, II, III dan IV persalinan, deteksi dini kegawatdaruratan, komplikasi dan penanganan kegawatdaruratan, komplikasi, komplikasi yang terjadi pada bayi baru lahir, pendokumentasian asuhan kebidanan pada ibu bersalin dan pendokumentasian asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, konsep dan sistem rujukan kegawatdaruratan ibu dan neonatal pada masa persalinan, observasi perawatan kelahiran dan bayi baru lahir dalam pengaturan praktik dengan pendekatan Continuity of Care untuk menilai kolaborasi lintas profesional dalam pemecahan masalah.

B. Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa mempunyai kemampuan mengartikulasikan gagasan dan mekanisme rujukan terhadap krisis ibu dan bayi baru lahir yang mungkin timbul setelah melahirkan.

C. Capaian Pembelajaran

1. Mahasiswa mampu mendefinisikan sistem rujukan dan mendeskripsikannya.
2. Mahasiswa dapat mendeskripsikan berbagai macam referensi.
3. Mahasiswa dapat mengartikulasikan manfaat rekomendasi.
4. Mahasiswa dapat menjelaskan proses rujukan.
5. Mahasiswa dapat mengartikulasikan manfaat sistem rujukan.
6. Mahasiswa dapat menjelaskan anjuran bagi ibu dan bayi baru lahir.
7. Mahasiswa mampu menjelaskan rujukan kasus kegawatdaruratan maternal
8. Mahasiswa mampu menjelaskan rujukan kasus kegawatdaruratan neonatal

D. Materi

1. Sistem Rujukan

Bidan mungkin merujuk pasien ke spesialis atau sebaliknya sebagai bagian dari layanan mereka. Pelayanan yang diberikan oleh bidan kepada institusi pelayanan kesehatan lain, baik yang setingkat atau lebih tinggi, dan pelayanan yang diberikan ketika bidan merujuk pasien ke institusi tersebut, semuanya merupakan bagian dari hal tersebut (Rosdianah *et al.*, 2019).

Tujuan utama rujukan menurut Syafrudin dalam Rosdianah dkk (2019), adalah untuk mengajarkan petugas Puskesmas cara meminimalkan IMR dan AMR melalui rujukan medis. Ibu dan keluarganya mengevaluasi rencana rujukan sebagai bagian dari proses persiapan rujukan. Nyawa ibu dan bayinya berada dalam bahaya jika timbul masalah, seperti kurangnya rujukan ke institusi kesehatan yang sesuai. Jika diperlukan rujukan, semua temuan evaluasi, termasuk partograf, harus didokumentasikan secara tertulis dan dikirim ke rumah sakit rujukan yang sesuai. Bicarakan dengan ibu dan keluarganya tentang rencana rujukan jika dia belum siap ketika dia tiba untuk persalinan dan perawatan

persalinan. Selama tahap pertama persalinan, bantulah mereka dalam mengembangkan strategi rujukan.

a. Definisi

Menurut Notoatmodjo dalam Setyarini dan Suprpti (2016), sistem rujukan adalah suatu cara pemberian pelayanan kesehatan yang menyerahkan pengobatan suatu kondisi pasien kepada unit lain baik yang mempunyai kemampuan vertikal lebih besar maupun kemampuan horizontal yang setara. Singkatnya, sistem rujukan menentukan ke mana orang dengan masalah medis tertentu harus pergi untuk mendapatkan diagnosis resmi.

Sistem rujukan keselamatan adalah sistem fasilitas layanan kesehatan yang saling terhubung yang memungkinkan pengalihan tanggung jawab atas permasalahan baru untuk ditangani baik secara vertikal (antar unit setara) atau horizontal (antara unit inti atas dan bawah) melalui komunikasi. menawarkan fasilitas yang kompeten, ekonomis, rasional, dan tidak dibatasi oleh jalur administratif (Syafudin, 2009) (Setyarini and Suprpti, 2016).

Menurut Laili (2014) dan Laimeny (2020), sistem rujukan adalah cara layanan kesehatan untuk memindahkan pasien ke unit lain, baik di tingkat yang sama atau di tingkat yang lebih tinggi, yang lebih siap untuk menangani masalah kesehatan spesifik mereka. Selama kehamilan dan persalinan, terjadi rujukan obstetri dan merupakan penyebab utama penyakit dan kematian ibu. Oleh karena itu, diperlukan tindakan cepat untuk mengatasi hal ini.

b. Macam-macam Rujukan

Menurut Sistem Kesehatan Nasional (SKN), ada dua jenis sistem rujukan utama:

1) Rujukan Kesehatan

Istilah ini sebagian besar berkaitan dengan inisiatif yang bertujuan mencegah penyakit dan meningkatkan kondisi kesehatan secara keseluruhan. Oleh karena itu, rujukan kesehatan sebagian besar berkaitan dengan pelayanan kesehatan masyarakat. Menurut Azwar (1996), ada tiga macam referensi kesehatan: teknologi, fasilitas, dan operasional. Pengiriman sampel atau bahan ke laboratorium dengan peralatan yang lebih canggih merupakan salah satu contoh rujukan dalam bidang medis. Mengenai

kesehatan, kutipan ini membahas tentang hal-hal seperti pencegahan penyakit (preventif) dan peningkatan kesehatan (motivatif). Termasuk dalam kutipan ini adalah diskusi mengenai infrastruktur, operasi, dan teknologi (Syafrudin, 2009) (Setyarini and Suprapti, 2016).

2) Rujukan Medik

Seringkali, kata ini digunakan untuk menggambarkan inisiatif yang mencoba menyembuhkan orang dengan menghilangkan penyakitnya. Rujukan medis terutama berkaitan dengan penyediaan layanan medis. Rujukan medis, seperti halnya rujukan kesehatan, dapat dikategorikan menjadi tiga jenis: rujukan pasien, rujukan pengetahuan, dan rujukan materi pemeriksaan (Azwar, 1996). Rujukan medis sebagaimana didefinisikan oleh Syafrudin (2009) adalah suatu proses dimana tanggung jawab atas suatu permasalahan dilimpahkan kepada seseorang yang memiliki wewenang dan keahlian yang lebih besar, baik secara vertikal maupun horizontal, untuk mengatasinya secara efektif dan logis. Rujukan medis dapat diklasifikasikan menjadi beberapa jenis:

a) *Transfer of patient*

Dalam hal diagnosis, terapi, pembedahan, dan persyaratan medis lainnya, pasien diajak berkonsultasi.

b) *Transfer of specimen*

Transfer spesimen untuk analisis laboratorium yang komprehensif.

c) *Transfer of knowledge/personal*

Tingkatkan standar layanan masyarakat dengan mengirimkan para ahli. (Setyarini and Suprapti, 2016).

c. Manfaat Rujukan

Sebagaimana dikemukakan oleh Azwar (1996) dalam Setyarini dan Suprapti (2016), berbagai manfaat yang diperoleh dari komponen pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

1) Sudut pandang pemerintah sebagai penentu kebijakan

Dilihat dari peran pemerintah dalam merumuskan kebijakan kesehatan, terdapat beberapa manfaat dari penerapan strategi ini. Pertama, hal ini memungkinkan penghematan biaya dengan

menghilangkan kebutuhan akan beberapa peralatan medis di setiap fasilitas kesehatan. Kedua, meningkatkan kejelasan sistem pelayanan kesehatan dengan membangun hubungan fungsional antara berbagai fasilitas kesehatan. Terakhir, ini menyederhanakan tugas-tugas administratif, khususnya dalam tahap perencanaan.

- 2) Sudut pandang masyarakat sebagai pemakai jasa pelayanan
Dari sudut pandang masyarakat sebagai konsumen layanan kesehatan, manfaatnya antara lain pengurangan biaya dengan menghindari pemeriksaan berulang yang tidak perlu dan peningkatan aksesibilitas terhadap layanan karena pemahaman yang jelas tentang peran dan yurisdiksi fasilitas kesehatan.
- 3) Sudut pandang kalangan kesehatan sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan
Dari sudut pandang sektor kesehatan sebagai penyedia layanan, terdapat beberapa manfaat. Hal ini antara lain memberikan kejelasan jalur karir bagi tenaga kesehatan, yang pada akhirnya akan meningkatkan semangat kerja, ketekunan, dan dedikasi. Kolaborasi dengan entitas lain juga membantu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan. Selain itu, memudahkan pembagian beban kerja, karena setiap fasilitas kesehatan mempunyai tugas dan kewajiban tertentu.

d. Tata Laksana Rujukan

Menurut Syafrudin (2009) sebagaimana dikutip dalam Setyarini dan Suprpti (2016), terdapat beberapa jalur kontak dalam proses rujukan. Hal ini mencakup rujukan dalam satu tempat tinggal, antar komunitas dengan puskesmas, antara puskesmas kecamatan dengan puskesmas, antar puskesmas itu sendiri, dan antara puskesmas dengan fasilitas kesehatan lainnya. fasilitas pelayanan rumah sakit, rujukan laboratorium, dan rujukan internal antar departemen dan unit pelayanan rumah sakit semuanya merupakan bagian dari jaringan pelayanan rumah sakit.

e. Keuntungan Sistem Rujukan

Syafrudin (2009) mengatakan dalam Setyarini dan Suprpti (2016) bahwa sistem rujukan mempunyai banyak manfaat:

- 1) Pemberian layanan yang dekat dengan lokasi pasien memungkinkan pertolongan lebih cepat dan hemat biaya, sekaligus memberikan rasa aman bagi pasien dan keluarganya.
- 2) Pemerintah daerah diharapkan memperoleh lebih banyak pengetahuan dan keterampilan melalui pembangunan berkelanjutan. Hal ini akan memungkinkan mereka mengatasi lebih banyak kesulitan di sektor mereka dengan sukses.
- 3) Kota-kota pedesaan dapat memperoleh manfaat dari pekerja terampil.

2. Rujukan Maternal dan Neonatal

Memberikan akses terhadap layanan kesehatan berkualitas tinggi kepada seluruh perempuan hamil dan bayinya merupakan tujuan dari sistem rujukan ibu dan bayi yang dikelola dengan baik. Hal ini memastikan bahwa orang-orang dari berbagai latar belakang dan di seluruh dunia akan memiliki akses yang sama terhadap layanan ini. Untuk meningkatkan kondisi kesehatan ibu hamil dan bayi baru lahir, tujuan utamanya adalah meningkatkan aksesibilitas, keterjangkauan, dan kualitas layanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir di wilayah tertentu (Depkes, 2006) (Rosdianah *et al.*, 2019).

- a. Alur rujukan kasus kegawatdaruratan
 - 1) Dari kader Dapat langsung merujuk ke:
 - a) Pusat kesehatan tambahan.
 - b) Pusat atau desa kebidanan.
 - c) Rumah sakit untuk pasien rawat inap.
 - d) Rumah sakit yang dikelola oleh pemerintah atau swasta.
 - 2) Dari posyandu Dapat langsung merujuk ke
 - a) Puskesmas pembantu
 - b) Rumah bersalin/bidan desa
- b. Terdapat proses rujukan ke puskesmas yang diawali dengan:
 - 1) Bidan dan kader.
 - 2) Pusat Pelayanan Kesehatan Terpadu.
 - 3) Pusat atau desa kebidanan.
 - 4) Pusat kesehatan tambahan.
 - 5) Rumah sakit untuk pasien rawat inap.
 - 6) Rumah Sakit Daerah Tipe C/D.

c. Tahapan Rujukan Maternal dan Neonatal

1) Menentukan kegawatdaruratan penderita

- a) Kadang-kadang, bahkan dengan bantuan dukun atau kader persalinan yang profesional, pasien masih terlalu berat untuk ditangani oleh keluarga atau penolong persalinan. Dalam kasus seperti ini, mereka segera diantar ke fasilitas perawatan kesehatan terdekat. Ini berarti mereka mungkin tidak selalu perlu pergi ke ruang gawat darurat.
- b) Pada tingkat bidan desa, puskesmas pembantu dan puskesmas. Mereka yang bekerja di fasilitas kesehatan harus mampu menentukan seberapa kritis suatu situasi. Mereka perlu menentukan situasi mana yang mampu mereka tangani dan situasi mana yang perlu diserahkan kepada ahli lain berdasarkan tingkat tanggung jawab dan wewenang mereka.

2) Menentukan tempat rujukan

Apabila terdapat fasilitas pelayanan swasta atau fasilitas pelayanan lain di dekatnya yang memiliki izin yang diperlukan, maka akan digunakan sebagai lokasi rujukan. Preferensi dan kemampuan pasien diperhitungkan tanpa diabaikan.

3) Memberikan informasi kepada penderita dan keluarga

Diskusikan strategi rujukan dengan ibu dan keluarganya. Jika rujukan diperlukan, pastikan bahwa dokumentasi tertulis tentang semua pengobatan telah disiapkan dan disertakan.

4) Mengirimkan informasi pada tempat rujukan yang dituju

- a) Beritahukan bahwa pasien akan dirujuk.
- b) Tanyakan tentang pedoman yang diperlukan untuk mempersiapkan dan melakukan perjalanan ke lokasi yang ditentukan.
- c) Meminta panduan dan pendekatan terapeutik untuk membantu pasien jika tidak memungkinkan untuk memindahkan pasien.

5) Persiapan penderita (BAKSOKUDA)

a) **B (Bidan)**

Dampingi ibu, bayi, atau klien setiap saat dengan tenaga medis profesional terlatih yang dapat merespons keadaan darurat medis.

b) **A (Alat)**

Pastikan memiliki peralatan dan perlengkapan penting, termasuk jarum suntik, set infus, monitor tekanan darah, dan stetoskop.

c) **K (Keluarga)**

Berikan informasi terkini kepada keluarga mengenai kesehatan ibu (klien) mereka dan jelaskan mengapa mereka dirujuk. Sebelum ibu (klien) dapat dikirim ke fasilitas yang ditunjuk, pasangannya dan anggota keluarga lainnya harus memberikan persetujuan mereka.

d) **S (Surat)**

Buatlah surat yang dikirimkan ke fasilitas rujukan, termasuk identitas ibu (klien), tujuan rujukan, rincian temuan rujukan, dan informasi tentang perawatan medis atau obat yang diberikan kepada ibu.

e) **O (Obat)**

Pastikan untuk menyertakan obat apa pun yang diperlukan selama proses rujukan.

f) **K (Kendaraan)**

Siapkan kendaraan yang dilengkapi perlengkapan memadai untuk menjamin ibu (klien) mendapatkan kenyamanan optimal dan memudahkan transportasi cepat ke lokasi rujukan.

g) **U (Uang)**

Sebelum mengunjungi tempat rujukan yang ditentukan untuk membeli obat dan perbekalan kesehatan, keluarga harus memastikan bahwa mereka memiliki cukup uang.

h) **Da (Darah)**

Jika terjadi pendarahan, pastikan darah tersedia untuk kemungkinan transfusi.

6) Pengiriman penderita (ketersediaan sarana kendaraan)

Memastikan bahwa mereka yang membutuhkan memiliki akses terhadap kendaraan atau bentuk transportasi lain yang sesuai dapat membantu mereka mencapai tujuan dengan lebih cepat.

7) Tindak lanjut penderita

a) Bagi pasien yang telah menyelesaikan terapinya dan kini dalam tahap perawatan rawat jalan.

b) Pasien yang memerlukan intervensi lebih lanjut tetapi tidak mengungkapkannya harus menjalani kunjungan rumah yang dilakukan oleh profesional kesehatan (Rosdianah *et al.*, 2019).

3. Rujukan Kasus Kegawatdaruratan Maternal

Ketika masalah muncul pada seorang wanita selama kehamilan, persalinan, atau segera setelah melahirkan, hal ini dianggap sebagai keadaan darurat ibu (Mailita dan Ririn, 2022). Akses masyarakat terhadap layanan kesehatan ibu yang komprehensif dapat didistribusikan secara lebih adil melalui sistem yang dikelola dengan baik yang disebut sistem rujukan ibu. Tujuannya adalah menjadikan layanan kesehatan ibu lebih mudah diakses dan terjangkau sehingga ibu hamil dapat memperoleh kesehatan yang lebih baik. Sistem rujukan pelayanan gawat darurat ibu harus berpegang pada prinsip dasar bertindak cepat dan akurat, efisien, efektif, dan sesuai dengan kewenangan dan kemampuan institusi pelayanan (Kesehatan, 2014) (Laipeny, 2020).

a. Rujukan ibu hamil dikategorikan menurut sifat bawaannya menjadi:

1) Rujukan kegawatdaruratan

Rujukan yang dilakukan pada saat terjadi keadaan darurat yang serius dan segera terjadi disebut rujukan darurat.

2) Rujukan berencana

Rujukan terencana adalah pengalihan perawatan yang telah direncanakan sebelumnya dan dilakukan dengan perencanaan yang matang ketika kesehatan ibu secara keseluruhan masih cukup baik, seperti pada masa prenatal atau tahap awal persalinan, ketika terdapat potensi kesulitan. Rujukan dapat dilakukan dengan

menggunakan berbagai sarana transportasi yang memberikan pasien pilihan, kenyamanan, dan keamanan yang lebih baik, selama hal tersebut tidak terjadi pada saat krisis yang mendesak.

Adapun rujukan sebaiknya tidak dilakukan jika :

- a) Pemindahan tidak dapat dilakukan karena kesehatan ibu yang tidak stabil.
- b) Kesehatan janin sudah rapuh dan mungkin akan memburuk.
- c) Sebuah kelahiran akan terjadi.
- d) Kurangnya staf medis terlatih untuk mendampingi.
- e) Moda transportasi atau kondisi cuaca menimbulkan risiko.

b. Indikasi Rujukan Ibu

- 1) Masa lalu operasi caesar.
- 2) pendarahan dari vagina.
- 3) lahir prematur (usia kehamilan <37 minggu).
- 4) Mekonium kental keluar bersama air.
- 5) Selaputnya pecah 24 jam yang lalu, atau sudah lama sekali.
- 6) Ketika persalinan prematur, selaput ketuban pecah.
- 7) Ikterus.
- 8) Anemia ekstrem.
- 9) Tanda dan gejala yang berhubungan dengan infeksi.
- 10) Hipertensi dan preeklampsia yang berhubungan dengan kehamilan.
- 11) Fundus uterus tingginya minimal 40 cm.
- 12) Ketidaknyamanan janin.
- 13) Pada palpasi kepala janin diketahui primipara telah memasuki 5/5 masa aktif persalinan.
- 14) Presentasi bukan belakang kepala.
- 15) Gemeli, atau beberapa kehamilan.
- 16) Demonstrasi yang rumit.
- 17) Tali pusat menumbung.
- 18) Syok (Rosdianah *et al.*, 2019).

Ibu hamil di Indonesia wajib dirujuk ke dokter spesialis jika mengalami kondisi darurat berikut: perdarahan, preeklampsia, eklampsia, ketuban pecah dini, gawat janin, malpresentasi, persalinan

terhambat, atau situasi berbahaya lainnya (Kementerian Kesehatan, 2013). bahaya bagi kehidupan ibu dan bayinya. Menurut temuan Laili, sebagian besar ibu yang dirawat di rumah sakit memiliki sejumlah faktor risiko, termasuk berusia 35 tahun atau lebih, memiliki presentasi sungsang, dan menghadapi komplikasi yang berhubungan dengan preeklamsia atau eklamsia (Laili dkk, 2014) (Ekasafitri, Hikayati and Kusumaningrum, 2019).

4. Rujukan Kasus Kegawatdaruratan Neonatal

a. Definisi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 031/Kelahiran/72, sistem rujukan adalah seperangkat prosedur dalam pelayanan kesehatan yang mencakup pengalihan pertanggungjawaban keadaan pasien secara horizontal dan vertikal. Menurut Kementerian Kesehatan Indonesia, sistem rujukan didirikan pada tahun 2006 dengan tujuan untuk memastikan bahwa semua perempuan dan bayi, terlepas dari di mana mereka tinggal atau demografi mereka, memiliki akses terhadap layanan kesehatan yang komprehensif. Tujuannya adalah untuk meningkatkan kondisi perekonomian guna mencapai kemajuan dalam bidang kesehatan dan kesejahteraan neonatal di wilayah masing-masing.

Tinjauan prosedur pemindahan neonatus berisiko tinggi dari fasilitas kesehatan berkapasitas rendah ke rumah sakit dengan kemampuan manajemen unggul, termasuk jumlah tenaga medis, laboratorium, dan pilihan perawatan dan pengobatan yang lebih banyak (Rosdianah *et al.*, 2019).

b. Tujuan

- 1) Melakukan prosedur medis yang tepat waktu dan sesuai pada bayi.
- 2) Meningkatkan penggunaan fasilitas perawatan neonatal.
- 3) Institusi kesehatan harus diberi tugas untuk memberikan pelayanan kesehatan neonatal sesuai dengan kemampuan operasional dan lokasi geografisnya.
- 4) Menurunkan angka kematian dan penyakit pada neonatus.

- 5) Mengoptimalkan penggunaan sumber daya untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi promosi, pencegahan, penyembuhan, dan rehabilitasi.

c. Jenis Rujukan

Rujukan internal dan eksternal membentuk sistem rujukan, yang didasarkan pada sistem koneksi.

- 1) Ketika satu departemen menghubungi departemen lain dalam organisasi yang sama, ini disebut rujukan internal. Contohnya adalah relokasi pasien dari puskesmas bawahan yang mempunyai jaringan lebih luas ke puskesmas unggul.
- 2) Puskesmas dan puskesmas rawat inap merupakan contoh rujukan horizontal, sedangkan rumah sakit umum daerah dan puskesmas merupakan contoh rujukan vertikal. Rujukan ini dikenal sebagai rujukan eksternal.

Sistem rujukan terdiri dari yang berikut ini, sesuai dengan cakupan layanannya:

- 1) Rujukan kesehatan
Rujukan kesehatan mencakup tindakan pencegahan dan inisiatif yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan.
- 2) Rujukan medis
Rujukan medis mencakup layanan kesehatan yang ditujukan untuk memfasilitasi penyembuhan dan terapi.

d. Pelaksanaan

Di Indonesia, sistem rujukan diselenggarakan secara hierarkis, terdiri dari tiga tingkat layanan kesehatan: primer, sekunder, dan tersier. Tingkat-tingkat ini tidak berdiri sendiri melainkan terintegrasi dalam suatu sistem.

- 1) Tingkat perawatan pelayanan kesehatan
 - a) Fasilitas kesehatan, rumah bersalin, dan rumah sakit kelas D merupakan contoh pelayanan dasar.
 - b) Rumah sakit yang menyediakan perawatan khusus meliputi fasilitas provinsi, swasta, kelas C, dan kabupaten.

- c) Rumah sakit yang menyediakan perawatan subspesialisasi terbagi dalam salah satu dari tiga kategori: kelas A, kelas B, dan pendidikan atau non-pendidikan negeri atau swasta.
- 2) Berdasarkan klasifikasi tingkat pelayanan neonatal, bayi dapat dikategorikan menjadi:
- a) Unit perawatan bayi baru lahir tingkat III
Contoh rujukan mungkin termasuk bayi prematur, sindrom gangguan pernapasan, kejang, kelainan kongenital yang memerlukan intervensi segera, masalah ekskresi mekonium disertai distensi lambung dan muntah, penyakit kuning dini atau berkepanjangan, dan diare. Mendapatkan keahlian dalam pertolongan pertama sangat penting untuk menangani keadaan BBL di bidang ini. Cakupan khusus adalah kemampuan untuk mendeteksi sindrom gangguan pernapasan, infeksi atau sepsis, kelainan kongenital yang memerlukan intervensi segera, penyakit kuning, muntah, pendarahan, berat badan lahir rendah (BBLR), dan diare.
 - b) Unit perawatan bayi baru lahir tingkat II :
Unit ini menyediakan berbagai layanan kepada bayi baru lahir, termasuk transfusi darah dan oksigen, cairan infus, terapi cahaya, dukungan untuk bayi dengan berat badan lahir rendah atau yang baru saja menjalani operasi, dan dukungan untuk prosedur resusitasi rutin dan darurat, termasuk endotrakeal intubasi. Staf dokter yang mampu melakukan operasi darurat pada bayi sangat penting dalam unit ini, begitu pula radiografi dan tes laboratorium.
 - c) Unit perawatan bayi baru lahir tingkat I
Kekhawatiran yang berkaitan dengan neonatologi dan perinatologi adalah lingkup eksklusif bagian ini. Jika menyangkut ibu hamil, ibu baru, dan bayi baru lahir, unit ini merupakan institusi khusus yang sebagian besar menangani pasien berisiko tinggi.

e. Masalah Rujukan pada Neonatus dan Bayi

- 1) Berat badan kurang/prematur (BB < 1750–2000 gr).
 - 2) Antara usia kehamilan 32 dan 36 minggu.
 - 3) Anak DM.
 - 4) Bayi dengan riwayat apnea.
 - 5) Bayi yang sering kejang.
 - 6) Sepsis.
 - 7) Asfiksia berat.
 - 8) Bayi yang menderita masalah pendarahan.
 - 9) Bayi mengalami gangguan pernapasan, atau masalah pernapasan.
- (Rosdianah *et al.*, 2019).

Soal Dan Pembahasan

1. Seorang perempuan umur 32 tahun G2P1A0 38 minggu datang ke TPMB untuk memeriksakan keluhanannya. Anamnesis : ibu mengeluh mules-mules dan ibu mengatakan anak pertamanya lahir secara SC. Hasil pemeriksaan : TD 130/90 mmHg, N 64x/menit, P 24 x/menit, S 37°C, DJJ 144x/menit, his 2x10'x30", portio tebal, pembukaan 1 cm, ketuban (+), kepala H-I. Bidan tersebut sedang mempersiapkan rujukan. Apakah faktor ibu yang mendasari Bidan melakukan rujukan ?
 - A. His
 - B. DJJ
 - C. Pembukaan
 - D. Umur kehamilan
 - E. Riwayat SC yang lalu

2. Seorang perempuan umur 35 tahun G3P2A0 40 minggu datang ke TPMB untuk memeriksakan keluhanannya. Anamnesis : ibu mengeluh mules-mules. Hasil pemeriksaan : TD 130/80 mmHg, N 64x/menit, P 24 x/menit, S 36,7°C, TFU 41 cm, DJJ 144x/menit, his 2x10'x30", portio tebal, pembukaan 1 cm, ketuban (+), kepala H-I. Bidan tersebut sedang mempersiapkan rujukan. Apakah faktor ibu yang mendasari Bidan melakukan rujukan ?
 - A. TFU
 - B. His
 - C. DJJ

- D. TTV
 - E. Umur kehamilan
3. Seorang perempuan umur 37 tahun G3P2A0 40 minggu datang ke TPMB untuk memeriksakan keluhannya. Anamnesis : ibu mengeluh mules-mules. Hasil pemeriksaan : TD 150/100 mmHg, N 64x/menit, P 24 x/menit, S 37°C, protein urine (+), DJJ 144x/menit, his 2x10'x30", portio tebal, pembukaan 2 cm, ketuban (+), kepala H-I. Bidan melakukan konsultasi penderita untuk keperluan diagnosis dan tindakan. Termasuk jenis rujukan medis apakah sesuai dengan kasus tersebut ?
- A. Transfer of patient
 - B. Transfer of personal
 - C. Transfer of specimen
 - D. Transfer of knowledge
 - E. Transfer of psikomotor
4. Seorang bayi lahir spontan dengan riwayat kehamilan ibu 37 minggu di TPMB dirujuk oleh Bidan. Hasil pemeriksaan : denyut jantung 120 x/menit, P 40 x/menit, BB 2000 gr, PB 46 cm. Faktor apakah yang dijadikan dasar oleh Bidan untuk merujuk ?
- A. Pernafasan
 - B. Berat Badan
 - C. Panjang Badan
 - D. Denyut Jantung
 - E. Umur Kehamilan
5. Seorang bayi lahir spontan dengan riwayat kehamilan ibu 39 minggu di TPMB dirujuk oleh Bidan. Hasil pemeriksaan : bayi tidak menangis, kulit kebiruan dan sulit bernafas. Apakah penyebab bayi dirujuk ?
- A. Sepsis
 - B. Tetanus
 - C. Ikterus
 - D. Asfiksia berat
 - E. Bayi dengan gangguan nafas

Tugas

Buatlah sebuah kasus pada ibu bersalin yang dirujuk oleh Bidan !

Glosarium

1. Apneu : hal terhentinya pernafasan secara tiba-tiba.
2. Asfiksia : kondisi ketika kadar oksigen dalam tubuh berkurang
3. Horizontal : bidang yang sejajar dengan horizon atau garis datar
4. Ikterus : kondisi dimana tubuh memiliki terlalu banyak bilirubin
5. Maternal : sesuatu yang melalui ibu
6. Neonatal : masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu
7. Preventif : sifat mencegah supaya jangan terjadi hal-hal yang tidak diinginkan
8. Sepsis : keracunan yang disebabkan oleh hasil proses pembusukan
9. Vertikal : tegak lurus dari atas ke bawah atau kebalikannya

Daftar Pustaka

- Ekasafitri, D., Hikayati and Kusumaningrum, A. (2019) 'Pengalaman Pelaksanaan Sistem Rujukan Kasus Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal di Puskesmas Indralaya', *Seminar Nasional Keperawatan "Tren Perawatan Paliatif sebagai Peluang Praktik Keperawatan Mandiri"*, pp. 96–102.
- Laipeny, V.A. (2020) 'Analisis Sistem Rujukan Maternal di Wilayah Kerja Puskesmas Wulur Kecamatan Damer Kabupaten Maluku Barat Daya', in *Tesis*. Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.
- Mailita, W. and Ririn, R. (2022) 'Tinjauan Kasus Kegawat Daruratan Maternal Dan Neonatal Di Puskesmas Andalas Padang', *JCS - Journal of Comprehensive Science*, 1(2), pp. 50–54. doi:10.36418/jcs.v1i2.12.
- Rosdianah *et al.* (2019) *Kegawatdaruratan maternal neonatal pada Masa Kehamilan, Kegawatdaruratan maternal dan neonatal*.
- Setyarini, I.D. and Suprpti, D. (2016) *Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal*. Kemenkes RI.

BAB IX

DETEKSI KEGAWATDARURATAN, KOMPLIKASI DAN PENANGANAN AWAL PADA KEGAWATDARURATAN PENYULIT PADA BAYI BARU LAHIR

(Shinta Ika Sandhi, S.SiT., M.Kes)

A. Deskripsi Pembelajaran :

Topik ini memberikan bekal kepada mahasiswa untuk dapat menguasai teori dan mengidentifikasi deteksi dini penyulit dan komplikasi pada kegawatdaruratan, yang terjadi pada Bayi Baru Lahir seperti asfiksia, hipotermi dan hipoglikemi.

B. Tujuan Pembelajaran :

Pada akhir pembelajaran, mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan Asfiksia Bayi baru Lahir dan Penanganan awal asfiksia pada bayi baru lahir
2. Menjelaskan Hipotermia bayi baru lahir dan Penanganan awal hipotermi pada bayi baru lahir
3. Menjelaskan hipoglikemia bayi baru lahir dan Penanganan awal hipoglikemia pada bayi baru lahir

C. Capaian Pembelajaran :

1. Mendeteksi dan memberikan penanganan asfiksia neonatotum dengan langkah awal, resusitasi, dan ventilasi
2. Mendeteksi dan memberikan penanganan awal kegawatdaruratan pada bayi dengan hipotermia.
3. Mendeteksi dan memberikan penanganan awal kegawatdaruratan pada bayi dengan hipoglikemia.

D. Materi

Pentingnya deteksi dini, penanganan awal, dan manajemen komplikasi serta keadaan darurat pada bayi yang baru lahir tidak dapat dipandang remeh guna memastikan kesehatan dan kelangsungan hidup. Oleh karena itu, bidan perlu memiliki kemampuan untuk mengidentifikasi tanda-tanda keadaan darurat, komplikasi, dan kesulitan pada bayi yang baru lahir, serta dapat memberikan penanganan awal guna mengurangi angka mortalitas dan morbiditas pada bayi yang baru lahir.

A. Asfiksia Bayi Baru Lahir

Kematian bayi baru lahir menjadi salah satu masalah pening yang ada di setiap negara. Indonesia merupakan salah satu negara yang sangat gencar untuk menurunkan angka kematian bayi. Adapun target penurunan angka kematian bayi sebesar 12 kematian per 1000 kelahiran hidup. Setiap tahun, sekitar 4 juta bayi diperkirakan meninggal dan prosentase paling banyak terjadi kematian bayi terjadi dalam 7 hari pertama kehidupan yaitu 85%. Asfiksia merupakan salah satu kasus yang memberikan kontribusi penyumbang angka kematian bayi yaitu sebesar 23,9% bayi meninggal akibat asfiksia bayi baru lahir.

1. Pengertian Asfiksia

Keadaan bayi yang mengalami kesulitan bernafas secara spontan dan teratur segera setelah kelahiran disebut sebagai asfiksia neonatorum. Seringkali, sebelum terjadi asfiksia, bayi mengalami kondisi gawat janin sebelum lahir, yang memungkinkan penolong untuk memprediksi kemungkinan asfiksia dengan mendeteksi kelainan pada bayi sebelum kelahirannya. Asfiksia dapat terjadi akibat gangguan aliran darah atau pertukaran gas antara janin dan bayi yang baru lahir. Penanganan asfiksia yang tertunda dan tidak sesuai dapat menyebabkan kerusakan pada organ vital seperti otot, hati, jantung, dan organ paling penting, yaitu otak.

Menurut Standar Pelayanan Kesehatan Anak dari Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) tahun 2004, asfiksia neonatorum didefinisikan sebagai kondisi ketika bayi mengalami kegagalan bernapas secara spontan dan teratur saat lahir atau beberapa saat setelah lahir, yang ditandai dengan hipoksemia, hiperkarbia, dan asidosis.

2. Faktor yang mempengaruhi asfiksia bayi baru lahir

a. Faktor ibu

- 1) Ketuban Pecah dini (Kartika Sari et al., 2018)
- 2) Partus Lama (Redowati & Admin, 2021)
- 3) Pre eklamsia (Utami & Wilis Sukmaningtyas, 2020)
- 4) Perdarahan antepartum(Pera Mandasari, 2019)
- 5) Infeksi
- 6) Kehamilan postmatur
- 7) Gangguan HIS

b. **Faktor Janin**

- 1) Umur Kehamilan(Febrianti et al., 2021)
- 2) Letak Sungsang (Khoiriah & Pratiwi, 2020)
- 3) Faktor Air Ketuban bercampur mekonium(Amalia, 2020)

c. **Faktor Tali Pusat**

- 1) Adanya lilitan Tali Pusat (Arpiyatni Dina, 2022)
- 2) Ukuran tali pusat yang pendek yaitu kurang dari 50 cm.
- 3) Simpul tali pusat karena dapat menghalangi sirkulasi peredaran darah janin sehingga dapat mengakibatkan asfiksia intra uterin bahkan kematian.
- 4) Prolaps tali pusat terjadi dimana kondisi tali pusat berada mendahului kepala bayi atau kondisi dimana tali pusat menjulur ke jalan lahir ibu sebelum bayi lahir.
- 5) Tekanan pada tali pusat(Murniati et al., 2021)

3. Klasifikasi Asfiksia Neonatorum(Aryunani, 2022)

Klasifikasi klinis asfiksia dibagi menjadi 2 yaitu asfiksia livida dan asfiksia pallida. Adapun perbedaannya sebagai berikut :

Perbedaan mendasar	Klasifikasi Klinis	
	Livida	Pallida
Tonus Otot	Masih baik	Kurang/ lemah
Warna Kulit	Kebiru-biruan	Pucat
Reaksi terhadap rangsangan	Masih bereaksi terhadap rangsangan (positif)	Tidak ada reaksi terhadap rangsangan

Bunyi jantung	Regular / Teratur	Irregular / Tidak teratur
Prognosis	Lebih baik	Jelek

Selain klasifikasi diatas, dalam mengklasifikasikan asfiksia dapat juga menggunakan nilai apgar. Nilai apgar merupakan salah satu cara untuk menilai bayi baru lahir dengan menentukan scor berdasarkan tabel apgar yaitu bagaimana warna kulitnya, berapa denyut nadi nya, bagaimana refleks bayi saat lahir, bagaimana penilaian tonus ototnya dan berapa frekuensi pernapasannya. Nilai apgar dinilai pada menit pertama, menit kelima dan menit kesepuluh setelah bayi lahir.

Klasifikasi asfiksia neonatotum berdasarkan nilai apgar menurut Rustam (2011) dapat dibagi menjadi empat yang didasarkan pada skor apgar yaitu :

a. Asfiksia berat

Bayi yang baru lahir dianggap mengalami asfiksia berat jika total nilai Apgar score berada dalam rentang 0-3. Tanda dan gejala pada bayi dengan asfiksia berat meliputi kelemahan tonus otot, warna kulit pucat, ketidakresponsifan terhadap rangsangan, frekuensi jantung di bawah 40 kali per menit, dan absennya usaha nafas. Dalam kondisi tersebut, bayi akan mengalami asidosis, sehingga penanganan segera dan resusitasi aktif diperlukan untuk perbaikan kondisi.

b. Asfiksia sedang

Bayi menunjukkan asfiksia sedang jika nilai total Apgar berada dalam rentang 4-6. Tanda dan gejala yang dapat diamati meliputi sianosis pada bayi, penurunan frekuensi jantung menjadi 60-80 kali per menit, adanya upaya pernafasan meskipun terlihat lambat, dan seringnya terlihat bayi merintih.

c. Asfiksia ringan

Asfiksia dianggap ringan jika total nilai Apgar berada dalam rentang 7-9. Tanda dan gejala yang terlihat pada bayi dengan asfiksia ringan mencakup frekuensi napas lebih dari 100 kali per menit, warna kulit bayi yang tampak kemerahan tetapi ekstremitasnya berwarna biru,

gerakan aktif atau tonus otot yang baik, dan kemampuan bayi untuk menangis dengan keras.

d. Bayi Normal

Klasifikasi bayi normal apabila nilai APGAR 10 atau biasa disebut bayi sehat.

Klasifikasi asfiksia diatas tidak lepas dari cara penolong persalinan mengkaji keadaan bayi baru lahir. Penggunaan APGAR merupakan suatu cara skoring yang dipakai untuk memeriksa keadaan bayi yang baru lahir dan menilai apakah perlu adanya manajemen bayi asfiksia dengan resusitasi. APGAR merupakan singkatan dari Appearance, Pulse, Grimace, Activity, dan Respiration.

a. Appearance

Penilaian Appearance pada APGAR score yaitu dengan melihat atau mengamati warna kulit pada tubuh dan ekstermitas bayi. Penilaian dengan skor 2 apabila warna tubuh bayi keseluruhan berwarna kemerahan (normal), dan dinilai 1 apabila tubuh normal, namun pada ekstremitas tampak kebiruan. Namun apabila seluruh tubuh bayi berwarna pucat, kebiruan atau keabu-abuan maka dinilai 0.

b. Pulse

Pulse dalam skala Apgar mengacu pada detak jantung yang diukur dengan menghitung jumlah denyut jantung dalam satu menit (dengan menghitung denyut selama 15 detik kemudian dikalikan dengan 4) menggunakan stetoskop atau melalui palpasi. Penilaian pulsa dianggap sebagai parameter yang paling krusial. Nilai 2 diberikan jika denyut jantung melebihi 100 kali per menit, nilai 1 jika denyut jantung kurang dari 100 kali per menit, dan nilai 0 jika tidak ada detak jantung yang terdeteksi.

c. Grimace

Grimace merupakan respon bayi baru lahir setelah diberikan rangsangan seperti usapan pada telapak kaki atau punggung bayi. Nilai 2 apabila bayi menangis spontan, batuk, dan merespon saat diberikan rangsangan berupa usapan. Nilai 1 apabila pada saat diberikan rangsangan bayi menyeringai, dan diberikan nilai 0 apabila tidak ada respon pada bayi baru lahir.










d. Activity

Aspek Activity dinilai dengan melihat dan mengamati tonus otot bayi. Bernilai 2 apabila bayi tampak bergerak aktif, nilai 1 apabila saat diamati bayi kurang aktif atau beberapa fleksi pada ekstremitas.

e. Respiration.

Respiration disebut juga pernapasan, pada aspek ini dinilai dengan melihat pernapasan bayi. Pada saat diamati bayi menangis kuat dan dapat bernapas normal dinilai 2, sedangkan apabila bayi tampak menangis lemah atau merintih dan napas tidak teratur, akan dinilai 0 apabila bayi tidak bernapas.

Berikut ini tabel APGAR Score

APGAR Test Scoring			
	Score 0	Score 1	Score 2
A ppearance			
	Blue all over	Blue only at extremities	No blue coloration
P ulse	No pulse	<100 beats/min.	>100 beats/min.
G rimace			
	No response to stimulation	Grimace or feeble cry when stimulated	Sneezing, coughing, or pulling away when stimulated
A ctivity			
	No movement	Some movement	Active movement
R espiration	No breathing	Weak, slow, or irregular breathing	Strong cry

Gambar 1 Test Scoring APGAR (<https://medicastore.com/penyakit/1537/asfiksia-neonatorum>)

4. Penanganan Asfiksia

Penanganan asfiksia berupa resusitasi segera dilakukan untuk meminimalisir terjadinya mortalitas dan morbiditas pada bayi. Bidan atau penolong persalinan harus melakukan penilaian sebelum bayi lahir dan segera saat bayi lahir agar dapat menentukan langkah selanjutnya apakah bayi dalam kondisi normal atau tidak, dan apakah perlu penanganan manajemen bayi dengan asfiksia.

Pada saat sebelum bayi lahir tenaga kesehatan perlu melakukan penilaian yaitu:

- Menghitung umur kehamilan untuk menentukan apakah umur kehamilan bayi cukup bulan. Pengkajian umur kehamilan sangat dibutuhkan untuk menentukan penanganan pada bayi sebelum lahir. Kehamilan yang kurang bulan berpotensi menyebabkan asfiksia neonatorum.
- Melihat kondisi air ketuban apakah jernih atau keruh bercampur meconium. Hal ini perlu di waspadai karena pada kondisi ketuban

keruh bercampur meconium akan berpotensi bayi lahir dengan asfiksia. Normalnya air ketuban adalah jernih dan berbau khas.

Segera setelah bayi lahir maka lakukan penilaian :

- Penilaian segera yang dilakukan penolong adalah dengan melihat apakah bayi menangis kuat atau merintih. Bayi yang menangis kuat menandakan bayi normal.
- Penilaian tonus otot dengan melihat apakah bayi bergerak aktif atau lemas.

Dibawah ini adalah langkah persiapan bidan atau penolong pada saat menolong persalinan.



Bagan 1. Penilaian sebelum dan segera setelah bayi lahir
(<https://www.informasibidan.com/2020/06/perawatan-neonatal-esensial-pada-saat.html>)

Dari penilaian awal diatas apabila ditemukan kasus bayi tidak cukup bulan dan/atau tidak bernapas atau megap-megap dan/atau lemas maka segera **Potong Tali Pusat** dan lakukan langkah awal yaitu dengan istilah HAIKAL :

a. Hangatkan Bayi

Pastikan bayi dalam kondisi hangat dengan menyelimuti seluruh tubuh dengan selimut hangat yang kering, pakaikan topi dan letakkan bayi di bawah lampu penghangat.



Gambar 2. Hangatkan tubuh bayi (<https://images.app.goo.gl/DpRrvz1Ub3zKmgkm9>)

b. Atur Posisi bayi

Bayi diletakkan dalam posisi terlentang dengan kepala sedikit dalam posisi ekstensi, dengan bahu bayi ditopang menggunakan gulungan atau lipatan kain. Tujuan dari tindakan ini adalah untuk mencegah penyumbatan saluran napas.



Gambar. Atur Posisi (<https://images.app.goo.gl/p9YpmEZssuRnnPhs6>)

c. Isap Lendir

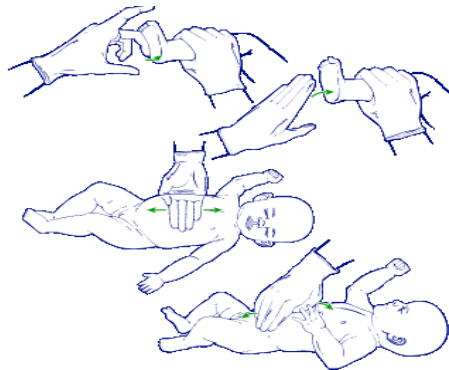
Pengisapan lendir dilakukan dengan menggunakan pengisap lendir de lee. Isap lendir pada mulut bayi terlebih dahulu dengan cara selang penghisap di masukkan ke mulut kurang dari 5 cm dan setelah itu baru mengisap lendir pada hidung dengan hati-hati dengan kedalaman kurang dari 3 cm.



Gambar. Isap lendir (<https://images.app.goo.gl/3eY71f7AoXtMWCXXA>)

d. Keringkan dan rangsang taktil

Keringkan tubuh bayi menggunakan handuk kering sambil memberikan rangsangan taktil dengan memberikan usapan dan tekanan dari kepala hingga seluruh tubuh bayi. Penting untuk tidak memberikan rangsangan yang terlalu bersemangat, karena hal ini tidak membantu dan dapat menyebabkan cedera serius.



Gambar Rangsangan taktil (<https://images.app.goo.gl/54qKeHaTzFYpnxzC8>)

e. Atur posisi kembali (reposisi)

Mengganti kain yang menyelimuti bayi dengan kain yang bersih, kering dan hangat agar bayi tidak kehilangan panas tubuh, lalu reposisi atau atur posisi kepala bayi sedikit ekstensi seperti semula agar tidak ada hambatan di jalan nafasnya.

f. Lakukan Evaluasi/Penilaian

Perhatikan reaksi bayi, apabila bayi masih susah nafas dan denyut jantung kurang dari 100x/ menit maka lakukan VTP atau Ventilasi Tekanan Positif.

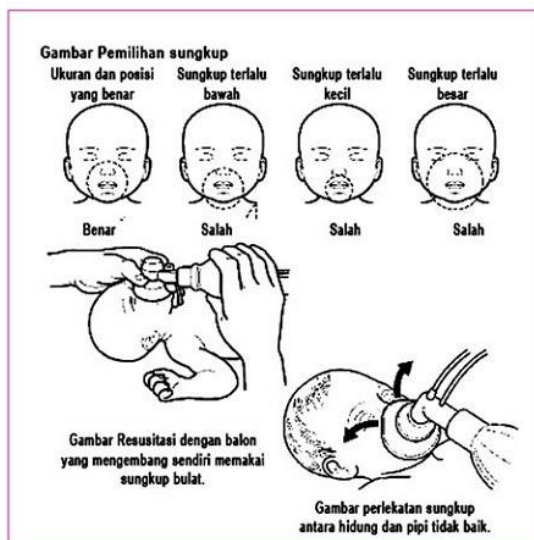
Penilaian awal pada kondisi air ketuban yang bercampur meconium segera **Nilai Napas** bayi, apabila bayi menangis dan bernapas normal maka lakukan **Potong Tali Pusat** dan kembali ke langkah awal HAIKAL (Hangatkan, Atur Posisi, Isap lender, Keringkan, Atur Posisi kembali, Lakukan Evaluasi) seperti diatas. Evaluasi dilakukan dengan **Nilai Napas Bayi**;

a. Jika bayi bernapas normal maka lakukan **Asuhan Pasca Resusitasi** yaitu :

- Pemantauan apakah ada tanda bahaya bayi baru lahir
- Bayi dilakukan perawatan tali pusat
- Letakkan di atas dada ibu untuk dilakukan Inisiasi menyusui dini (IMD)
- Lakukan pencegahan hipotermi dengan memperhatikan suhu ruang
- Suntikkan vitamin K1
- Pemberian salep mata/ tetes mata untuk mencegah infeksi
- Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir
- Pencatatan dan Pelaporan

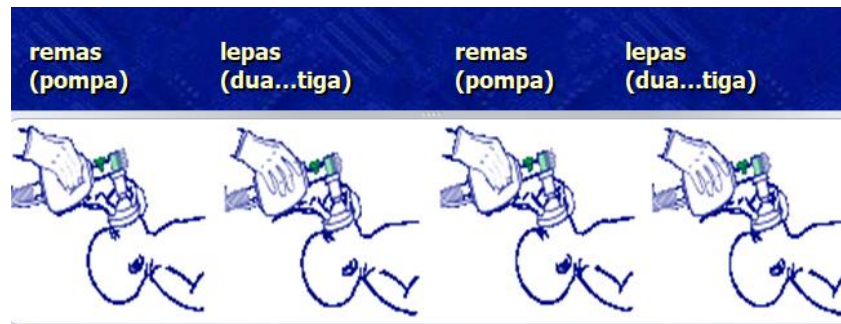
b. Pada bayi yang tidak bernapas/bernapas megap-megap maka lakukan VENTILASI TEKANAN POSITIF

- Pasang sungkup pada bayi, pastikan ukuran sungkup sesuai dengan bayi dan dapat menutupi hidung dan mulut bayi.



Gambar Pemasangan sungkup (<https://images.app.goo.gl/sqdRXXfr29H9d8Wo8>)

- Lakukan Ventilasi sebanyak 2x dengan tekanan 30cm air untuk mengecek apakah dada bayi mengembang
- Jika dada mengembang lakukan ventilasi 20x dengan tekanan 20 cm air selama 30 detik



Gambar Ventilasi Tekanan Positif (<https://images.app.goo.gl/Axid9QDkWdJ3LuTU6>)

- Bila dada bayi tidak mengembang maka :

Tabel tindakan kondisi bila dada tidak mengembang saat VTP

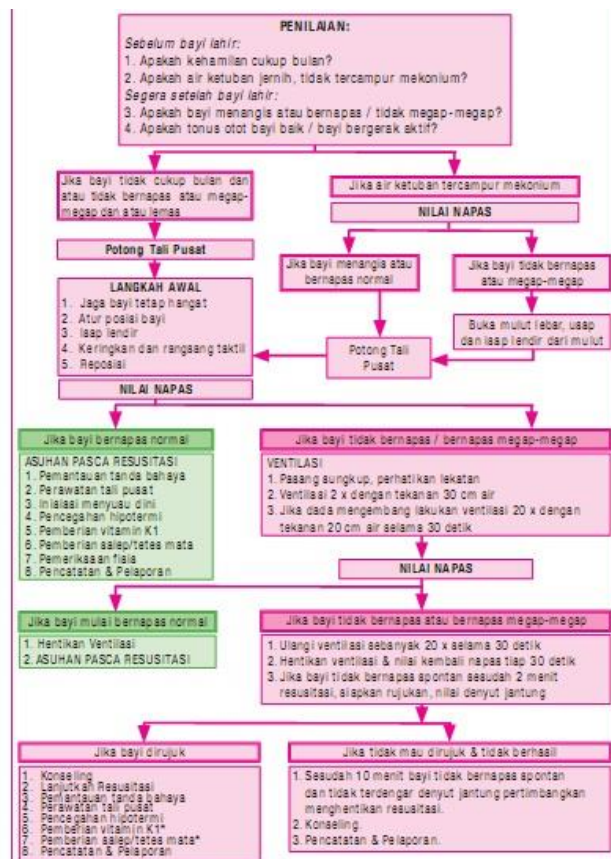
Kondisi	Tindakan
Lekatan tidak kuat	Reposisi sungkup pada wajah pastikan ukuran sungkup sesuai
Adanya sumbatan jalan nafas	<ul style="list-style-type: none"> • Reposisi kepala bayi • Apabila ada sekresi maka bersihkan • Ventilasi dilakukan dengan mulut sedikit terbuka
Tekanan tidak cukup	<ul style="list-style-type: none"> • Naikkan tekanan sampai tampak gerakan naik turun dada yang mudah • Pertimbangan intubasi Endotrakheal

Lakukan evaluasi dengan **Nilai Napas ; jika bayi tidak bernapas atau bernapas megap-megap** maka :

- Ventilasi diulangi sebanyak 20x selama 30 detik
- Tiap 30 detik, hentikan ventilasi & nilai kembali napas.
- Sesudah 2 menit resusitasi dan bayi tidak bernapas spontan, siapkan rujukan dan nilai denyut jantung ;
 - Lakukan konseling pada ibu, jika bayi dirujuk maka lanjutkan resusitasi sampai di tempat rujukan, perhatikan tanda bahaya pada bayi baru lahir, lakukan perawatan tali pusat, pencegahan hipotermi, perawatan bayi baru lahir serta lakukan pencatatan dan pelaporan.
 - Jika keluarga tidak mau dirujuk dan resusitasi tidak berhasil maka lakukan observasi denyut jantung , apabila bayi tidak bernapas dan tidak terdengar denyut jantung sesudah 10 menit dilakukan ventilasi

maka pertimbangkan menghentikan resusitasi; lakukan konseling pada keluarga dan terakhir tidak boleh terlewatkan untuk dilakukan pencatatan dan pelaporan.

Penanganan asfiksia pada bayi baru lahir dapat dilihat dengan bagan di bawah ini :



Bagan Penanganan Asfiksia (<https://www.informasibidan.com/2020/06/perawatan-neonatal-esensial-pada-saat.html>)

B. Hipotermia

1. Pengertian

Kondisi suhu badan bayi dibawah normal disebut dengan hipotermia. Suhu tubuh bayi dikatakan normal apabila diangka 36,5°C sampai dengan 37,5°C. Penurunan suhu ruang dan tingginya kebutuhan oksigen menyebabkan suhu tubuh bayi mengalami penurunan. Untuk mempertahankan kelangsingan metabolisme tubuh maka bayi harus bisa mempertahankan suhu tubuh dalam batas normal (Arti et al., 2020)

Peran pengatur suhu tubuh pada manusia adalah hipotalamus. Hipotalamus anterior mengontrol pengeluaran panas, dan hipotalamus posterior mengontrol produksi panas. Pada 30 menit pertama setelah lahir, bayi akan kehilangan panas tubuhnya 3 °C sampai dengan 4 °C. Bayi baru lahir mempunyai lemak coklat yang bertugas untuk menghasilkan panas tubuh agar bayi tidak mengalami kehilangan panas tubuh akibat berada pada suhu di luar rahim. Lemak coklat pada bayi terletak di leher, pundak antara scapula dan tulang belakang bagian bawah. Kurangnya lemak coklat menyebabkan bayi tidak bisa mempertahankan keadaan panas tubuhnya akibatnya bayi akan mengalami hipotermia. Beberapa penyebab hilangnya panas tubuh bayi diketahui karena :

- a. Tubuh bayi mempunyai permukaan yang lebih luas
- b. Bayi memiliki pengaturan suhu tubuh yang belum berfungsi secara sempurna
- c. Tubuh bayi masih terlalu kecil untuk memproduksi dan menyimpan panas dengan baik.

2. Klasifikasi Hipotermia (Wahyuni, 2023)

Hipotermia dapat diklasifikasikan menjadi 2 yaitu:

a. Hipotermi ringan

Hipotermi ringan merupakan kondisi dimana saat dilakukan pemeriksaan suhu pada bayi baru lahir didapatkan hasil 36°C sampai dengan 36,4 °C dengan suhu ruangan yang stabil.

b. Hipotermi sedang

Bayi dengan diagnose hipotermi sedang apabila pada pemeriksaan suhu melalui aksila didapatkan hasil 32°C sampai dengan 35,9°C. Keadaan ini perlu di waspadai karena dikhawatirkan suhu tubuh bayi makin menurun. Bayi dengan hipotermia sedang sudah menunjukkan tanda denyut jantung yang makin berkurang sampai dengan <100 x per menit, bayi juga terlihat sangat lemah dan terus tidur sampai dengan malas menyusui.

c. Hipotermi berat

Hipotermi berat adalah keadaan dimana suhu tubuh bayi menurun sampai dengan <32°C. Hal ini terjadi karena bayi terlalu lama terpapar suhu lingkungan yang rendah. Bayi dengan hipotermia berat sudah menunjukkan tanda dan gejala sklerema yaitu kulit bayi pada

punggung dan ekstremitas terasa keras dan kemerahan, bibir dan kuku bayi berwarna kebiruan, pada pemeriksaan pernapasan tampak tidak teratur dan pemeriksaan auskultasi pada bunyi denyut jantung cenderung melambat.

3. Faktor resiko hipotermia

a. Bayi berat lahir rendah(Mullany et al., 2010)

Bayi BBLR atau berat badan lahir kurang dari 2500 gr memiliki resiko lebih besar terjadi hipotermi dibandingkan dengan bayi yang memiliki berat lahir normal. Masih sedikitnya jaringan lemak subkutan yang ada di tubuh bayi dengan berat lahir rendah menjadi penyebab mengapa BBLR beresiko mengalami hipotermia. (Mccall et al., 2018)

b. Prematur

Bayi premature atau bayi yang lahir di usia kehamilan kurang dari 37 minggu memiliki resiko terhadap kejadian hipotermi. Seperti halnya BBLR, jaringan lemak di bawah kulit bayi premature masih sedikit sehingga pada saat terpapar suhu pada lingkungan yang lebih rendah maka akan mudah mengalami hipotermia(Mank et al., 2016) selain itu luas permukaan dan massa tubuh yang lebih besar pada bayi premature juga berpengaruh terhadap resiko hipotermi. Bayi premature belum matang dalam segala hal seperti kulit yang lebih tipis dan belum banyak memproduksi lemak coklat pada tubuhnya.

c. Riwayat persalinan dengan tindakan resusitasi

Resiko bayi yang mengalami penanganan asfiksia yang berkepanjangan dapat mengalami kejadian hipotermia karena walaupun bayi diletakkan di alat pemancar panas namun bayi terpapar terlalu lama dengan udara sekitar terutama bagian dada saat resusitasi. (Shi et al., 2023)

d. Sepsis dan penyakit penyerta lain

Kondisi bayi baru lahir dengan infeksi mempunyai kemampuan untuk menjaga suhu tubuhnya lebih rendah dibandingkan dengan bayi sehat sehingga beresiko mengalami hipotermia

e. Masalah neurologi, jantung dan endokrin

Thermoregulasi neonatal adalah fungsi kritis untuk kelangsungan hidup bayi baru lahir, diatur dihipotalamus dan dimediasi oleh jalur endokrin. (Lunze & Hamer, 2012)

- f. Bayi kurang aktif atau hipotoni karena sedasi, analgetik, anestesi atau paralitik (Zhang et al., 2023)
 - g. Bayi dengan riwayat persalinan dengan section sesaria (Shi et al., 2023)
 - h. Faktor lingkungan
Keadaan suhu dilingkungan memberikan pengaruh yang besar terhadap terjadinya hipotermi. Kebutuhan bayi untuk inisiasi menyusui dini dimaksudkan salah satunya untuk mencegah kehilangan panas tubuh pada bayi. Perawatan bayi seperti mengganti popok yang basah juga menurunkan resiko terjadinya hipotermi pada bayi baru lahir.
4. Dampak hipotermi (Fridely, 2021)
Hipotermi merupakan penyumbang angka mortalitas dan morbiditas pada bayi baru lahir. Bayi yang mengalami hipotermi mempunyai kebutuhan oksigen dan metabolisme yang meningkat sehingga pada bayi dengan hipotermi yang terlambat tertangani maka akan mengalami syok serta apneu dan hipoksemia karena kekurangan oksigen dalam darah dan berujung kematian. (Fridely, 2021) Selain itu dampak dari hipotermia diketahui dapat meningkatkan kejadian perdarahan intraventrikuler dengan angka kejadian 39% pada kasus hipotermia. (Al Yazidi et al., 2015)
5. Gejala hipotermi
Bayi baru lahir yang mengalami hipotermi akan menunjukkan gejala yaitu :
 - a. Tidak ada keinginan untuk menyusui karena merasa sangat lemah atau letargi.
 - b. Bayi cenderung kurang aktif atau tonus otot lemah.
 - c. Pada saat dilakukan pemeriksaan maka ditemukan denyut jantung menurun.
 - d. Bayi dengan hipotermia pada punggung, tungkai dan lengannya tampak mengeras dan kemerahan atau yang disebut sklerema
 - e. Saat diamati, bayi terlihat menggigil (Fridely, 2021)
 - f. Suara tangisan bayi merintih dan melemah
 - g. Saat dilakukan palpasi akan terasa dingin bahkan pada ekstremitas bagian akral.
6. Mekanisme kehilangan panas tubuh bayi
 - a. Konveksi/mengalir

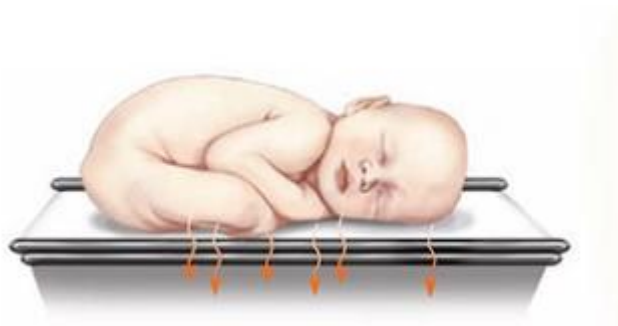
Terjadi akibat adanya paparan aliran udara sekitar yang suhunya rendah, misalnya bayi di letakkan di samping jendela yang terbuka maka angin yang bersuhu rendah akan masuk dan bayi akan terpapar udara dingin sehingga bayi kehilangan panas tubuhnya. Keadaan suhu ruang yang dingin seperti bayi berada di ruangan ber AC juga merupakan salah satu contoh kehilangan panas tubuh secara konveksi. Suhu ruang perawatan bayi diharapkan 25°C sampai dengan 28°C.



Gambar kehilangan panas konveksi
(<https://www.dokterta.com/2023/09/termoregulasi-bayi-baru-lahir.html>)

b. Konduksi/merambat

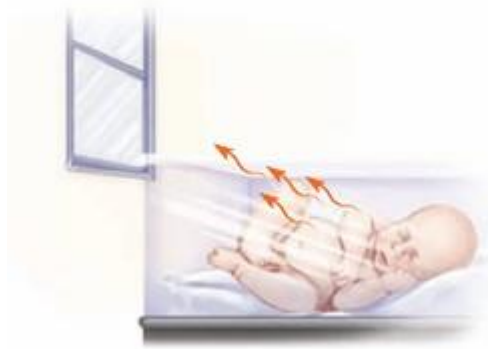
Kontak langsung kulit bayi pada permukaan yang suhunya lebih rendah atau dingin menimbulkan kehilangan panas dengan mekanisme konduksi. Bayi yang ditimbang di timbangan logam tanpa alas atau tangan pemeriksa yang tidak di hangatkan dahulu sebelum memegang bayi merupakan contoh mekanisme kehilangan panas tubuh bayi yaitu konduksi.



Gambar kehilangan panas konduksi
(<https://www.dokterta.com/2023/09/termoregulasi-bayi-baru-lahir.html>)

c. Radiasi/memancar

Kondisi kehilangan panas pada bayi karena benda padat bersuhu lebih rendah yang berada didekat bayi namun tidak bersentuhan langsung misalnya bayi tidak diselimuti dan diletakkan dekat dinding yang dingin. Untuk menghindari hal hal ini terjadi maka letakkan bayi didalam incubator.



Gambar kehilangan panas radiasi

(<https://www.dokterta.com/2023/09/termoregulasi-bayi-baru-lahir.html>)

Evaporasi/menguap

Bayi baru lahir yang tidak segera di bersihkan dari air ketuban akan berpotensi terjadinya hipotermia karena adanya penguapan cairan pada tubuh bayi. Oleh karena itu pada saat segera setelah lahir bayi akan di letakkan di perut ibu untuk di bersihkan terlebih dahulu cairan ketuban yang menempel pada tubuh bayi.



Gambar kehilangan panas evaporasi

(<https://www.dokterta.com/2023/09/termoregulasi-bayi-baru-lahir.html>)

7. Penanganan Hipotermi Pada Bayi Saat Lahir

a. Penanganan hipotermi sedang

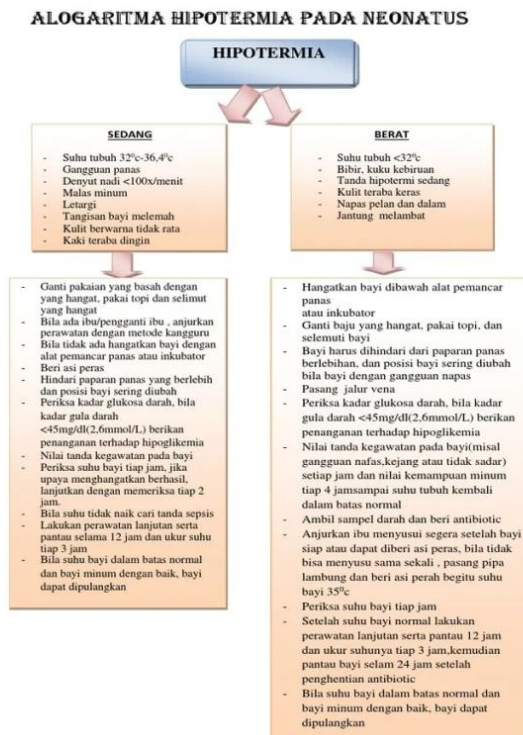
- 1) Memastikan bayi dalam kondisi hangat dengan memakaikan topi dan selimut. Apabila popok atau pakaian bayi basah maka harus segera diganti.

- 2) Mengajarkan kepada ibu untuk dilakukan perawatan metode kanguru yaitu suatu perawatan dimana ibu atau pengasuh menggendong bayi dan melakukan kontak langsung kulit dengan kulit bayi untuk memberikan kehangatan dan mencegah kehilangan panas tubuh bayi. Perawatan metode kanguru menurut studi terbukti mencegah hipotermi pada bayi. (Pathak et al., 2023)
- 3) Apabila tidak memungkinkan dilakukan perawatan metode kanguru maka bayi diletakkan di inkubator
- 4) Berikan Air Susu Ibu
- 5) Perhatikan posisi bayi saat berada di bawah lampu penghangat, lakukan observasi jangan sampai bayi terpapar panas yang berlebihan.
- 6) Perhatikan kadar gula darah bayi dengan dilakukan pemeriksaan glukosa darah. (bayi terjadi hipoglikemia bila didapatkan hasil pemeriksaan gula darah kurang dari 45 mg/dl.
- 7) Perhatikan apakah ada tanda kegawatan pada bayi
- 8) Lakukan pemeriksaan suhu tubuh bayi setiap 2 jam apabila suhu bayi mulai membaik. Namun apabila belum, maka lakukan pemeriksaan suhu pada bayi 1 jam sekali.
- 9) Bayi dikatakan sehat apabila suhu bayi dalam batas normal dan bayi menyusui dengan baik.

b. Penanganan hipotermi berat

- 1) Stabilkan suhu bayi dengan meletakkan bayi di bawah alat pemancar panas.
- 2) Perhatikan apakah pakaian dan popok bayi basah.
- 3) Bayi jangan ditinggal sendiri, dan perhatikan posisi bayi agar sering diubah.
- 4) Perhatikan pernapasan bayi, lakukan observasi.
- 5) Pasang infus pada bayi
- 6) Lakukan pemeriksaan kadar gula darah
- 7) Perhatikan apakah bayi ada tanda kegawatan seperti : ada gangguan nafas, muncul kejang, bayi tidak sadar.
- 8) Nilai kemampuan minum ASI tiap 4 jam sampai suhu tubuh kembali normal

- 9) Melakukan pengambilan sample darah dan pemberian antibiotic atas advis dokter
- 10) Bayi diberikan cukup ASI dan pantau apakah bayi tampak letargis, apabila bayi tidak mampu untuk diberikan ASI karena tidak bisa menyusu maka pertimbangkan untuk di pasang NGT atau pipa lambung.
- 11) Periksa suhu tubuh bayi tiap jam



Bagan Alogaritma Hipotermi Pada Neonatus
(<https://images.app.goo.gl/3UCZ7QgpVjjutCjD9>)

C. Hipoglikemi

1. Pengertian

Hipoglikemia normal ditemui pada bayi baru lahir dan bersifat sementara. Bayi baru lahir umur 2-3 jam akan terjadi peningkatan kadar gula darah, hal ini masih normal apabila kenaikan tersebut tidak menetap. Kadar gula darah bayi baru lahir kurang dari 30mg/dL pada 24 jam pertama kehidupannya dan kurang dari 45 mg/dL setelahnya. Apabila menetap maka lakukan observasi.

Bayi baru lahir dikatakan mengalami masalah hiplogikemi apabila saat pemeriksaan konsentrasi gula darah nya di dapatkan hasil kurang dari 47 mg/dL.

2. Tanda dan Gejala Hipoglikemi

Hipoglikemi pada bayi baru lahir selain diketahui dari hasil pemeriksaan gula darah juga dapat diketahui dari tanda dan gejala sebagai berikut :

- a. Bayi tampak lemas dan gerakkannya lebih sedikit atau tidak aktif
- b. Bayi akan letargi dan malas menyusu
- c. Disertai hipotermi
- d. Kadang timbul muntah
- e. Sianosis
- f. Apnea
- g. Bayi dapat mengalami tremor atau gemetar, berkeringat bahkan sampai kejang

3. Resiko Hipoglikemi

Beberapa keadaan bayi baru lahir yang perlu screening hipoglikemia adalah sebagai berikut :

- a. Bayi dengan riwayat ibu Diabetes
- b. Bayi dengan berat lahir rendah (BBLR). Bayi dengan berat lahir rendah memiliki reflek menghisap dan menelan yang belum optimal, kurang aktif, lemah dan tidak terkoordinasi dengan baik dikarenakan saraf pusat yang belum matang. Sehingga akan bermasalah pada tercukupinya kebutuhan nutrisi, selain itu, pada bayi BBLR cadangan glikogen hepatic masih rendah. Hal tersebut yang memicu terjadinya hipoglikemia pada bayi (Melinda & Wartono, 2021)
- c. Bayi Besar untuk Masa Kehamilan (BMK)
Pada kondisi Bayi BMK biasanya lahir dari ibu dengan masalah toleransi glukosa yang tidak normal.
- d. Bayi Kecil untuk Masa Kehamilan (KMK)
Bayi KMK memiliki masalah pada nutrisi sejak dalam kandungan. Kurangnya asupan nutrisi membuat produksi glikogen dalam tubuh kurang, dan pada saat lahir penggunaan glikogen tidak seimbang dengan produksi yang ada. Sehingga bayi rentan terjadi hipoglikemi. Bayi KMK membutuhkan nutrisi yang lebih baik untuk mencegah turunnya kadar gula pada tubuhnya, sehingga perlu pemberian cairan intravena dan ASI.
- e. Bayi Premature atau bayi kurang bulan

Glikogen pada bayi di dalam kandungan baru terbentuk pada saat kehamilan trimester 3. Bayi yg lahir pada usia kurang bulan dapat dipastikan persediaan glikogen terlalu sedikit dan akan habis terpakai saat lahir sehingga berpotensi terkena hipoglikemi.

f. Bayi Postmatur

Bayi postmatur atau bayi lebih bulan adalah bayi yang lahir pada usia lebih 42 minggu. Pada bayi postmatur fungsi dari plasenta berkurang sehingga asupan glukosa juga berkurang, bayi kemudian menggunakan cadangan glikogennya, akibatnya jumlah glikogen menjadi sedikit pada saat lahir dan beresiko terjadi hipoglikemi.

g. Bayi Pasca asfiksia (Lumbantoruan et al., 2017)

Kondisi hipoglikemia dapat terjadi karena berkurangnya aliran oksigen ke jaringan tubuh bayi, hal ini bisa terjadi pada bayi dengan asfiksia yang dapat menyebabkan penurunan suhu tubuh.

4. Penanganan Hipoglikemi

Penangan hipoglikemia pada bayi baru lahir adalah dengan memperhatikan hasil glukosa darah setelah pemeriksaan.

a. Hasil pemeriksaan glukosa darah kurang dari 30 (< 30 m

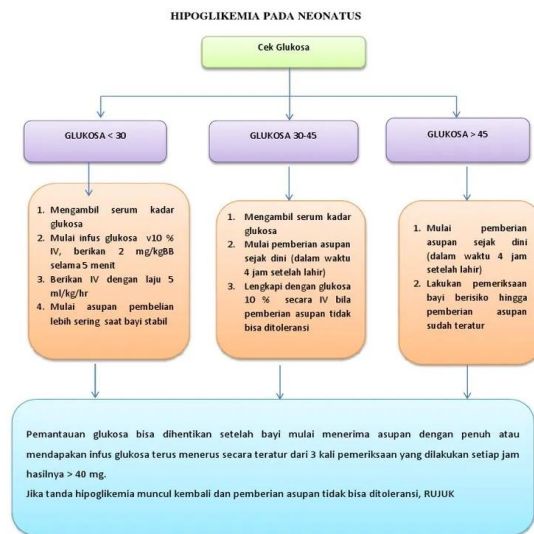
- 1) Berikan infus glukosa 10% intravena 2mg/kgBB selama 5 menit
- 2) Lakukan observasi
- 3) Beri asupan ASI sesering mungkin pada saat bayi stabil

b. Hasil pemeriksaan glukosa darah 30-45

- 1) Pemberian asupan sejak dini dalam waktu 4 jam setelah lahir
- 2) Bila tidak memungkinkan lengkapi dengan pemberian infus glukosa 10%

c. Hasil pemeriksaan glukosa darah >45

- 1) Berikan selalu asupan air susu ibu sesering mungkin
- 2) Lakukan observasi



Bagan Penanganan Hipoglikemi (<https://images.app.goo.gl/E6NSaVBxSf4tCs5XA>)

Soal Dan Pembahasan

1. Seorang perempuan umur 25 tahun melahirkan 1 jam yang lalu di PMB, usia kehamilan 40 minggu, BB bayi: 2.800 gram PB bayi: 48 cm, bergerak aktif, warna kulit kemerahan, RR: 40 x /menit, Nadi: 130 x/menit, suhu: 36°C.

Diagnosa yang tepat pada Bayi Baru Lahir tersebut ?

- A. BBL Normal
- B. BBL dengan Asfiksia
- C. BBL dengan Hipotermia
- D. BBL dengan Hipertermia
- E. BBL dengan Hipoglikemia

Kunci Jawaban : C

2. Bayi perempuan lahir spontan aterm 5 menit yang lalu ditolong oleh bidan di poskesdes, didapatkan keadaan denyut jantung bayi 120x/mnt. S. 35°C. Bayi merintih dan warna kulit pucat, saat ini bayi belum dikeringkan dan masih terdapat cairan amnion di tubuh bayi.

Apakah Mekanisme penyebab kehilangan panas yang terjadi pada bayi sesuai kasus tersebut?

- A. Radiasi
- B. Konduksi
- C. Konveksi
- D. Evaporasi
- E. Konduktor

Kunci Jawaban D

3. Bayi Perempuan lahir secara spontan 2 jam yang lalu dengan riwayat asfiksia. Saat ini bayi tampak lemas dan gerakkannya lebih sedikit atau tidak aktif. Hasil pemeriksaan: BB lahir 2200 gram, PB 46 cm, S 36,5°C, Frekuensi Jantung 120x/menit, pemeriksaan GDS 43 mg/dL Apakah diagnosa yang tepat sesuai kasus tersebut?

- a. Bayi baru lahir dengan infeksi
- b. Bayi baru lahir dengan Asfiksia
- c. Bayi Baru Lahir dengan Hipotermia
- d. Bayi Baru lahir dengan Hipoglikemia
- e. Bayi Baru Lahir dengan Gangguan Metabolisme

Kunci Jawaban : D

Tugas

Seorang perempuan umur 31 tahun, baru saja melahirkan anak pertamanya berjenis kelamin perempuan di Puskesmas. Riwayat persalinan : ketuban pecah 1 jam sebelum kelahiran berwarna kehijauan. Saat lahir bayi tidak menangis, warna kulit kebiruan dan tonus otot lemah. Buatlah bagan penanganan awal pada kasus asfiksia dengan resusitasi bayi baru lahir.

Glosarium

APGAR	Singkatan dari Appearance, Pulse, Grimace, Activity Respiration
Apneu	Henti Nafas
Asidosis	Keadaan patologis akibat penimbunan asam atau kehilangan alkali dalam darah dan jaringan tubuh
Auskultasi	Tindakan mendengarkan suara bagian dalam tubuh (seperti pernapasan, detak jantung) untuk suatu diagnosis, lazimnya dengan stetoskop
BMK	Bayi Besar Untuk Masa Kehamilan
GPA	Gravida, Paritas, Abortus
Grimace	Istilah yang menggambarkan respons terhadap rangsangan kecil
Hiperkarbia	Kondisi yang terjadi akibat tingginya kadar karbon dioksida dalam darah
Hipoksemia	Tingkat oksigen yang sangat rendah dalam darah
HIS	Kontraksi Uterus
IMD	Inisiasi Menyusui dini
Intubasi	Proses di mana penyedia layanan kesehatan memasukkan selang melalui mulut atau hidung seseorang, lalu turun ke trakea (saluran napas/tenggorokan)
KMK	Bayi Kecil Untuk Masa Kehamilan
Mekonium	Tinja berwarna hitam kehijau-hijauan yang pertama kali keluar dari dubur bayi yang baru lahir
Morbiditas	Tingkat yang sakit dan yang sehat dalam suatu populasi
Mortalitas	Angka rata-rata kematian penduduk di suatu daerah atau wilayah

Pulse	Detak jantung
Respiration	Pernapasan
Sepsis	Infeksi
VTP	Ventilasi Tekanan Positif

Daftar Pustaka

- Al Yazidi, G., Boudes, E., Tan, X., Saint-Martin, C., Shevell, M., & Wintermark, P. (2015). Intraventricular hemorrhage in asphyxiated newborns treated with hypothermia: A look into incidence, timing and risk factors. *BMC Pediatrics*. <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0415-7>
- Amalia, S. (2020). FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN ASFIKSIA NEONATORUM. *Excellent Midwifery Journal*. <https://doi.org/10.55541/emj.v3i2.135>
- Arpiyatni Dina, P. (2022). HUBUNGAN ANTARA KETUBAN PECAH DINI, LILITAN TALI PUSAT DAN PREMATURE DENGAN KEJADIAN ASFIKSIA BAYI BARU LAHIR DI PUSKESMAS SUKALARANG KABUPATEN SUKABUMI TAHUN 2021. *SIBATIK JOURNAL: Jurnal Ilmiah Bidang Sosial, Ekonomi, Budaya, Teknologi, Dan Pendidikan*. <https://doi.org/10.54443/sibatik.v1i6.93>
- Arti, M., Al Kautzar, A. M., & Zelna, Z. (2020). Manajemen Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir pada Bayi Ny "A" dengan Hipotermi di RSUD Syekh Yusuf Gowa Tanggal 12 Oktober-01 Desember 2018. *Jurnal Midwifery*. <https://doi.org/10.24252/jmw.v2i1.13158>
- Aryunani. (2022). *Asuhan Kebidanan Bayi, Balita dan Anak Pra Sekolah* (Nova Elok Mardliyana (ed.); I). Penerbit Rena Cipta Mandiri.
- Febrianti, V. E., Veronica, S. Y., Kameliawati, F., & Sulistiawati, Y. (2021). Hubungan Ketuban Pecah Dini, Umur Kehamilan, Dan Partus Lama Dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum. *Wellness and Healthy Magazine*.
- Fridely, P. V. (2021). Pentingnya Melakukan Pengukuran Suhu Pada Bayi Baru Lahir Untuk Mengurangi Angka Kejadian Hipotermi. *Jurnal Ilmiah Bidan*.
- Kartika Sari, A., Sincihu, Y., & Ruddy, T. B. (2018). Tingkat Asfiksia Neonatorum Berdasarkan Lamanya Ketuban Pecah Dini pada Persalinan Aterm. *Online) Jurnal Ilmiah Kedokteran Wijaya Kusuma*.

- Khoiriah, A., & Pratiwi, T. (2020). FAKTOR-FAKTOR YANG BERPENGARUH TERHADAP KEJADIAN ASFIKSIA PADA BAYI BARU LAHIR. *Jurnal 'Aisyiyah Medika*. <https://doi.org/10.36729/jam.v4i2.218>
- Lumbantoruan, R. P., Ramadanti, A., & Lestari, H. I. (2017). Hubungan derajat asfiksia dengan kejadian hipoglikemia pada neonatus di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang. *Biomedical Journal of Indonesia*.
- Lunze, K., & Hamer, D. H. (2012). Thermal protection of the newborn in resource-limited environments. *Journal of Perinatology*. <https://doi.org/10.1038/jp.2012.11>
- Mank, A., Van Zanten, H. A., Meyer, M. P., Pauws, S., Lopriore, E., & Te Pas, A. B. (2016). Hypothermia in preterm infants in the first hours after birth: Occurrence, course and risk factors. *PLoS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0164817>
- Mccall, E. M., Alderdice, F., Halliday, H. L., Vohra, S., & Johnston, L. (2018). Interventions to prevent hypothermia at birth in preterm and/or low birth weight infants. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004210.pub5>
- Melinda, R. O., & Wartono, M. (2021). Berat badan lahir dan kejadian hipoglikemia pada neonatus. *Jurnal Biomedika Dan Kesehatan*. <https://doi.org/10.18051/jbiomedkes.2021.v4.164-169>
- Mullany, L. C., Katz, J., Khatry, S. K., LeClerq, S. C., Darmstadt, G. L., & Tielsch, J. M. (2010). Neonatal hypothermia and associated risk factors among newborns of southern Nepal. *BMC Medicine*. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-43>
- Murniati, L., Taherong, F., & Syatirah, S. (2021). MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR DENGAN ASFIKSIA (LITERATUR REVIEW). *Jurnal Midwifery*. <https://doi.org/10.24252/jmw.v3i1.21028>
- Pathak, B. G., Sinha, B., Sharma, N., Mazumder, S., & Bhandari, N. (2023). Effects of kangaroo mother care on maternal and paternal health: systematic review and meta-analysis. In *Bulletin of the World Health Organization*.

<https://doi.org/10.2471/BLT.22.288977>

- Pera Mandasari, P. M. (2019). HUBUNGAN ANTARA KALA II LAMA DAN PERDARAHAN ANTEPARTUM TERHADAP KEJADIAN ASFIKSIA DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA PRABUMULIH TAHUN 2016. *Jurnal Kebidanan : Jurnal Medical Science Ilmu Kesehatan Akademi Kebidanan Budi Mulia Palembang*. <https://doi.org/10.35325/kebidanan.v7i2.116>
- Redowati, T. E., & Admin, A. (2021). HUBUNGAN PARTUS LAMA DENGAN KEJADIAN ASFIKSIA NEONATORUM DI RSUD JENDRAL AHMAD YANI KOTA METRO TAHUN 2019. *Jurnal Kesehatan*. <https://doi.org/10.55919/jk.v7i4.63>
- Shi, Q., Zhang, J., Fan, C., Zhang, A., Zhu, Z., & Tian, Y. (2023). Factors influencing hypothermia in very low/extremely low birth weight infants: a meta-analysis. *PeerJ*. <https://doi.org/10.7717/peerj.14907>
- Utami, T., & Wilis Sukmaningtyas, M. S. (2020). Hubungan Usia Ibu dengan Kejadian Asfiksia Neonatorum pada Ibu Preeklampsia Berat. *Jurnal Menara Medika*.
- Wahyuni, S. (2023). *Perawatan Bayi Baru Lahir* (: Neila Sulung (ed.); I). Global Eksekutif Teknologi.
- Zhang, M. Q., Ying, P. D., Wang, Y. J., Zhao, J. lian, Huang, J. J., & Gong, F. Q. (2023). Intraoperative hypothermia in the neonate population: risk factors, outcomes, and typical patterns. *Journal of Clinical Monitoring and Computing*. <https://doi.org/10.1007/s10877-022-00863-9>

BAB X

MELAKUKAN OBSERVASI ASUHAN PERSALINAN DAN BAYI BARU LAHIR DENGAN PENDEKATAN CONTINUITY OF CARE DI PUSKESMAS PONED

(Sri Untari, M.Kes)

A. Deskripsi Pembelajaran

Bab ini menjelaskan bagaimana tim darurat ibu dan bayi di Puskesmas PONED, bersama dengan strategi kesinambungan perawatan, dapat digunakan untuk memantau persalinan dan perawatan bayi di wilayah praktik.

B. Tujuan Pembelajaran

1. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di Puskesmas
2. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang *Continuity of Care* pada ibu Bersalin.
3. Dengan menggunakan metode *Continuity of Care*, mahasiswa dapat melihat bagaimana seorang bayi dirawat dan dilahirkan di klinik.

C. Capaian Pembelajaran

Mahasiswa seharusnya dapat menggunakan strategi *Continuity of Care* untuk menyaksikan persalinan dan perawatan bayi baru lahir di area praktik setelah pembelajaran sesi ini.

Topik Bahasan

1. PELAYANAN OBSTETRI NEONATAL EMERGENSI DASAR (PONED) DI PUSKESMAS

Puskesmas PONED merupakan fasilitas kesehatan rawat inap yang menawarkan kemampuan dan fasilitas tingkat dasar sepanjang waktu, tujuh hari seminggu. Melayani ibu hamil, bersalin, atau baru melahirkan, mencakup bayi yang mengalami masalah, baik yang datang secara mandiri maupun yang dikirim oleh kader masyarakat, bidan desa, puskesmas, atau rumah sakit ke PONEK ketika kasusnya tidak dapat ditangani. (Dewiyana, 2018)

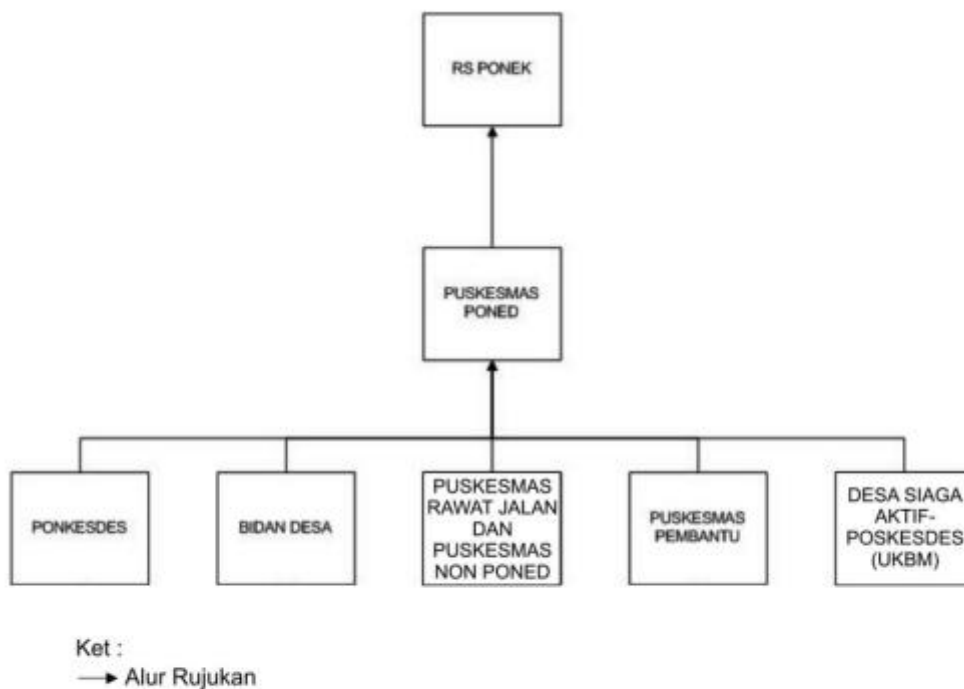
Kami mengembangkan Pelayanan Obstetri Darurat Neonatal Dasar (PONED) untuk menangani kegawatdaruratan obstetri dan neonatal yang terjadi pada masa kehamilan, setelah melahirkan, atau pada ibu nifas yang mengalami permasalahan obstetrik yang membahayakan nyawa ibu dan janin. Terdapat kesenjangan yang signifikan antara angka kematian ibu dan bayi (MMR dan AKB) di Indonesia dengan negara-negara ASEAN lainnya; proyek PONED pemerintah berupaya untuk mengatasi hal ini. (Dewiyana, 2018)

Sejak tahun 1968, puskesmas masuk ke Indonesia. Salah satu atau lebih pembangunan kesehatan wilayah kecamatan menjadi tanggung jawab Puskesmas, unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. (Keputusan Menteri Kesehatan No. 128 Tahun 2004 mengatur Kebijakan Dasar Puskesmas). Segala kegiatan Puskesmas harus dilaksanakan dengan mengacu pada peran dan tanggung jawab Puskesmas sebagai berikut:

1. Pusat pembangunan daerah yang berorientasi kesehatan
2. Pusat Pemberdayaan Masyarakat
3. Pusat Pelayanan Kesehatan Perorangan Primer
4. Pusat Pelayanan Kesehatan Masyarakat Primer.

Puskesmas menawarkan layanan berikut sesuai dengan tanggung jawab dan fungsi utamanya:

1. 6 (enam) Upaya Kesehatan Wajib
 - a. Promosi Kesehatan
 - b. Kesehatan Lingkungan
 - c. Kesehatan Ibu, Anak dan Keluarga Berencana
 - d. Perbaikan Gizi Masyarakat
 - e. Penanggulangan Penyakit
 - f. Pengobatan dan Penanganan Kegawat daruratan



Gambar Alur Rujukan yang bisa ke Puskesmas PONED

2. 9 (sembilan) Upaya Kesehatan Pengembangan
 - a. Kesehatan Sekolah
 - b. Kesehatan Olah Raga
 - c. Perawatan Kesehatan Masyarakat
 - d. Kesehatan Kerja
 - e. Kesehatan Gigi dan Mulut
 - f. Kesehatan Jiwa
 - g. Kesehatan Mata
 - h. Kesehatan Usia Lanjut
 - i. Pembinaan Pengobatan Tradisional

Alur Pelayanan Puskesmas PONED

Setiap kasus gawat darurat yang sampai di puskesmas yang dilengkapi PONEK harus segera ditangani, kemudian segala urusan administratif yang diperlukan (pendaftaran, pembayaran berdasarkan alur pasien) harus diselesaikan. Layanan harus mematuhi PROTAP, atau prosedur tetap.

Pelayanan di Puskesmas PONED

Puskesmas PONED wajib mempekerjakan tenaga kesehatan terlatih PONED, seperti TIM PONED (Dokter dan Dua Paramedis). Puskesmas PONED dapat memberikan pelayanan berikut, yang berkaitan dengan penanganan krisis yang melibatkan ibu dan bayi:

1. Preeklampsia dan eklampsia (hipertensi saat hamil)
2. Teknik untuk membantu evakuasi vakum selama persalinan dan distosia bahu
3. Pendarahan setelah melahirkan
4. Infeksi setelah melahirkan
5. BBLR dan masalah pemberian makan bayi baru lahir, hipoglikemia, penyakit kuning, dan hiperbilirubinemia
6. Asfiksia pada bayi
7. Masalah pernapasan bayi
8. Kejang pada bayi baru lahir
9. Infeksi neonatal
10. Kewaspadaan Universal Standar adalah tindakan umum yang digunakan sebelum operasi darurat obstetri dan neonatal.

Tim Pertolongan Emergency Maternal & Neonatal Di Puskesmas Poned

Untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi serta memberikan perawatan yang cepat dan tepat terhadap krisis ibu dan bayi, tim petugas medis yang dikenal sebagai tim darurat merespons situasi ini.

Tim emergency ini terdiri dari dokter umum, bidan dan perawat, dimana dalam pelaksanaa tugasnya dibedakan sebagai berikut:

1. Tim Merah (Koordinator)
 - a. Menenangkan keluarga
 - b. Penilaian awal bayi (pernafasan, frekuensi denyut jantung, tonus otot)
 - c. Membuat keputusan klinik
 - d. Melakukan langkah resusitasi
 - e. Menkoordinir langkah-langkah resusitasi dengan tim
 - f. Ikuti Instruksi dokter
 - g. Tetap bersama pasien
2. Tim Kuning
 - a. Mempersiapkan kelengkapan alat di troli emergensi setiap ganti dinas, dan setiap selesai tindakan.
 - b. Saat terjadi emergensi
 - 1) Memastikan troli emergensi ada di dekat meja resusitasi
 - 2) Melakukan observasi
 - 3) Bersama koordinator tetap bersama pasien
 - 4) Membantu koordinator melakukan langkah-langkah resusitasi (seperti: melakukan kompresi dada saat koordinator melakukan VTP, memberikan loading cairan atau obat-obatan)
 - 5) Dokumentasi semua tindakan dan hasil observasi serta obat-obatan dan cairan
3. Tim Hijau
 - a. Membawa peralatan yang diperlukan untuk resusitasi.
 - b. Beri tahu mereka dan buatlah janji dengan dokter.
 - c. Hubungi kami, berikan temuan laboratorium, dan ambil jika diperlukan.
 - d. Mengatur pengangkutan peralatan ke ruang perinatologi (Hamarno R, 2016).

2. CONTINUITY OF CARE PADA IBU BERSALIN

a. Pengertian

Continuty of care Dengan menghubungkan kebutuhan kesehatan perempuan dengan keadaan pribadi mereka yang unik, kebidanan mencakup suatu rangkaian kegiatan pelayanan yang berkelanjutan dan komprehensif yang dimulai sejak kehamilan dan berlanjut hingga persalinan, nifas, pelayanan Bayi Baru Lahir (BBL), dan pelayanan Keluarga Berencana (KB) (Ningsih, 2017)

Continuty of care Bidan memberikan pelayanan komprehensif, menjalin hubungan jangka panjang dengan klien untuk memberikan dukungan, dan berupaya menciptakan kepercayaan antara dirinya dan kliennya. (Astuti, 2017)

Menurut Reproductive, Maternal, Newborn And Child Health (RMNCH) dalam (Astuti, 2017), *Continuty of care* mencakup seluruh siklus hidup seorang wanita dan anaknya, mulai dari konsepsi hingga persalinan, pascapersalinan, dan seterusnya. Keluarga dan masyarakat saling menjaga satu sama lain melalui berbagai fasilitas kesehatan, seperti klinik dan layanan rawat jalan.

Continuty of care menyoroti pentingnya memupuk kepercayaan antara bidan dan klien untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga dan meningkatkan kesejahteraan fisik, mental, spiritual, dan emosional ibu dan keluarga mereka selama persalinan.

b. Dimensi

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengidentifikasi perawatan prakonsepsi, kehamilan, persalinan, dan beberapa tahun pertama kehidupan seorang anak sebagai waktu paling penting untuk keberlangsungan perawatan. Menghubungkan berbagai tingkat layanan, mulai dari rumah, komunitas, dan panduan kesehatan, merupakan komponen kedua dari kesinambungan layanan. Bidan dapat memberikan pelayanan sepanjang waktu dengan cara ini.

c. Tujuan

Mahasiswa mendapatkan pemahaman yang lebih mendalam mengenai filosofi pelayanan kebidanan melalui paradigma pembelajaran klinis *Continuity of Care* (CoC) dibandingkan dengan model pelayanan yang

terfragmentasi. Interpretasi, evaluasi, analisis, inferensi, penjelasan, dan pengaturan diri merupakan bagian dari berpikir kritis yang dapat dikaji dengan menggunakan paradigma ini (Astuti, 2017)

Menurut Saifuddin (2014), Tujuan umum pelayanan kehamilan berkelanjutan adalah sebagai berikut:

- a. Periksa wanita hamil dan anaknya secara berkala untuk memastikan keduanya baik-baik saja.
- b. Memastikan dan meningkatkan kesejahteraan emosional, psikologis, dan sosial ibu baru dan bayinya
- c. CS dan pengobatan persalinan lainnya lebih jarang digunakan ketika masalah atau kelainan selama kehamilan terdeteksi sejak dini.
- d. Meningkatkan persentase kelahiran normal dibandingkan dengan kelahiran dengan intervensi medis terencana (Ningsih, 2017)
- e. Siap secara fisik dan mental untuk persalinan jangka penuh dan persalinan yang aman dan bebas trauma.
- f. Siap secara fisik dan mental untuk persalinan jangka penuh dan persalinan yang aman dan bebas trauma.
- g. Mempersiapkan ibu dan keluarga untuk menyambut kelahiran bayinya dengan cara yang mendorong pertumbuhan dan perkembangan yang sehat

d. Manfaat

Manfaat dari *Continuity of care* adalah kecilnya kemungkinan melahirkan dengan SC, paling tidak klien mengalami kelahiran prematur sehingga mengurangi resiko kematian bayi baru lahir.

Berdasarkan temuan ini, terdapat banyak keuntungan jika melanjutkan pelayanan kebidanan, termasuk:

- a. Tujuh dari sepuluh wanita hamil lebih memilih bidan yang familiar dalam membantu persalinan karena berdasarkan pengalaman mereka, bidan lebih mampu memahami kebutuhan calon ibu.
- b. 16% akan mengurangi kematian bayi
- c. 19% akan mengurangi kematian bayi sebelum 24 jam
- d. 15% akan mengurangi pemberian obat analgesia
- e. 24% mengurangi kelahiran preterm
- f. 16% mengurangi tindakan episiotomi (Homer, C., Brodie, P., Sandall, J., & Leap, 2019).

Para pelajar juga mendapatkan banyak manfaat dari paradigma pembelajaran CoC, karena mereka mendapatkan pengetahuan langsung tentang layanan kebidanan melalui pendampingan klien dan pemberian layanan secara langsung. Selain itu, mengajarkan siswa untuk mengevaluasi argumen dengan tepat. Upaya menurunkan AKI dan AKB dilakukan melalui pelayanan kebidanan kooperatif (Diana, 2017).

Antenatal Care (ANC) merupakan landasan kesinambungan pelayanan, dimulai pada trimester pertama (usia kehamilan 0-13 minggu) dengan minimal enam kali kunjungan untuk pemeriksaan kehamilan rutin. 2 kali pada trimester pertama (usia kehamilan 14-27 minggu), 1 kali pada trimester kedua (usia kehamilan 28-40 minggu), 3 kali. Keluarga dapat menjadi elemen integral dari perawatan kehamilan yang diberikan oleh bidan kepada ibu hamil.

Semua pihak yang terlibat—ibu, keluarga, dan bidan—dilibatkan dalam pengambilan keputusan, namun ibulah yang pada akhirnya memutuskan.

Meskipun kedatangan bayi adalah sesuatu yang dinanti-nantikan oleh semua wanita dan keluarga, banyak ibu hamil yang mengkhawatirkan keselamatan dirinya dan bayinya yang belum lahir. Pada masa kehamilan penuh, sekitar 37-40 minggu, seorang wanita melahirkan bayi laki-laki atau perempuan dengan presentasi kepala tengkurap, seperti biasanya atau spontan. Pada tahap proses ini, kemampuan bidan untuk menenangkan ibu melalui kasih sayang sangat penting bagi kemampuan ibu untuk melahirkan dengan aman. Bidan memberikan pelayanan persalinan sejak timbulnya gejala persalinan hingga dua jam setelah bayi lahir. Tujuan mereka adalah mengawasi ibu dan bayi selama masa genting ini, karena ibu mungkin mengalami pendarahan nifas akibat atonia uteri. Untuk mengidentifikasi kasus hipotermia, bayi baru lahir dipantau hingga enam jam setelah melahirkan.

Selama fase nifas, perawatan diberikan kepada ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis, serta untuk meningkatkan dan memfasilitasi hubungan dengan bayi, keluarga, dan anggota masyarakat

lainnya. Hal ini juga mencakup identifikasi tantangan dan komplikasi yang timbul selama masa nifas dan selama menyusui, melakukan rujukan tepat waktu dan aman berdasarkan indikasi, serta memberikan asuhan kebidanan pasca melahirkan dan menyusui secara profesional dan beretika (H. P. Wahyuningsih, 2018). Periode pascapersalinan 40 hari atau 6 minggu memerlukan informasi terencana ketika memutuskan seberapa jauh jarak kehamilan. Tujuan pelayanan Keluarga Berencana (KB) adalah untuk menurunkan pernikahan dini, menurunkan angka kematian bayi dan ibu akibat kehamilan dini atau akhir, menyeimbangkan kebutuhan penduduk dengan pertumbuhan penduduk Indonesia, dan menghindari kepadatan penduduk. Oleh karena itu, untuk membantu ibu dan pasangan dalam memilih alat kontrasepsi yang terbaik, bidan harus mampu memberikan pelayanan keluarga berencana.

Jika pelayanan kebidanan tidak diberikan secara terus-menerus, maka dampaknya akan semakin besar kemungkinan ibu dan bayi tidak tertangani, sehingga berakibat pada tertundanya pengobatan dan tingginya angka kesakitan dan kematian (Saifuddin, 2014).

Profesi penting dalam mendukung perempuan di setiap tahap kehidupan adalah kebidanan. Selain itu, sebagian besar hasil penelitian menunjukkan bahwa bidan mempunyai dampak besar terhadap kesehatan dan kebahagiaan perempuan. Oleh karena itu, salah satu komponen kunci pemberdayaan perempuan adalah profesionalisme bidan. Landasan layanan kebidanan adalah memenuhi kebutuhan perempuan dan memberikan mereka kenyamanan, perilaku yang baik, dan keterampilan komunikasi yang efektif. Perempuan dapat berpartisipasi dalam pengambilan keputusan karena penting untuk mendengarkan mereka. membangun hubungan yang dapat dipercaya untuk memberikan perempuan kepercayaan diri terhadap situasi mereka (Ningsih, 2017)

Konsep model perawatan kontinuitas menekankan pada kondisi alam, seperti membantu perempuan melahirkan dengan bantuan sesedikit mungkin dan memperhatikan kesejahteraan sosial, psikologis, spiritual, dan fisik perempuan dan keluarganya. (Ningsih, 2017).

e. Pelayanan CoC

Upaya Kesiambungan Pelayanan yang dilakukan bidan seringkali terfokus pada peningkatan kesiambungan pelayanan sepanjang waktu. Tiga kategori layanan terdiri dari *Continuity of Care*: Hubungan, Informasi, dan Manajemen.

1. Manajemen

Perempuan dan bidan harus berkomunikasi agar dapat mempraktikkan penatalaksanaan yang berkesinambungan. Kesiambungan informasi mengacu pada ketersediaan waktu yang relevan. Ini adalah dua komponen penting dalam perencanaan dan pemberian layanan kebidanan. Ningsih (2017).

2. Informasi

Memberi perempuan akses terhadap pengetahuan memungkinkan mereka menjaga diri mereka sendiri dan menjadi aspek berkelanjutan dalam hubungan dan informasi. Selain membantu bidan mengoordinasikan semua layanan mereka, asuhan terencana juga menumbuhkan pengambilan keputusan kolaboratif dan rasa aman. Meskipun beberapa pasien tidak dapat berperan aktif, mereka mungkin belajar tentang layanan yang mereka dapatkan melalui koneksi yang berkelanjutan (Ningsih, 2017).

3. Hubungan

Membangun ikatan yang kuat dengan perempuan adalah bagian penting dalam memberikan perawatan bagi ibu. Sifat hubungan antara bidan dan perempuan merupakan landasan yang sangat penting, meskipun ada banyak aspek pelayanan kebidanan yang mempunyai pengaruh terhadap perempuan.

Memberikan informasi dan pendidikan kepada perempuan merupakan aspek kohesif dari kesiambungan informasi, dan mengakui serta mendukung peran mereka dalam layanan yang mereka terima merupakan komponen kesiambungan relasional. Faktor-faktor ini—kepercayaan, situasi, timbal balik, dan harapan—memiliki dampak terhadap pengalaman perempuan secara rutin selain kemampuan hubungan untuk bertahan. Selain itu, sensasi terkait diskontinuitas seperti kurangnya perhatian, kebingungan, dan kesenjangan pengetahuan juga ditemukan. Karena pasien mampu menentukan dengan baik apakah mereka telah mendapat informasi yang cukup dari

ahli medis, apakah mereka mengetahui rencana pelayanan, apakah mereka memiliki hubungan timbal balik, dan apakah semua itu benar Ningsih (2017).

Selain itu, bidan perlu memiliki keterampilan interpersonal, empati, dan kemampuan komunikasi dalam rangka memberikan pelayanan kebidanan. Pengembangan keterampilan emosional—khususnya empati dan kasih sayang—diprioritaskan. Hampir delapan kali lebih mungkin bagi perempuan yang mendapat perawatan berkelanjutan dari bidan untuk melahirkan di bidan yang sama. Wanita yang menerima pelayanan dari bidan dengan pendekatan berkelanjutan menyatakan kepuasan yang lebih besar terhadap informasi, konseling, klarifikasi, lokasi persalinan, perawatan prenatal, pilihan manajemen nyeri, dan pemantauan bidan. Penelitian serupa telah dilakukan di Denmark, menunjukkan bahwa jika dibandingkan dengan perempuan yang memilih untuk menjalani operasi, kesinambungan perawatan akan meningkatkan hasil akhir, menurunkan morbiditas ibu, mengurangi kebutuhan intervensi selama persalinan, termasuk operasi caesar, dan meningkatkan jumlah kelahiran normal. Wanita yang menggunakan program *Continuity of Care* dari *Women's Center Care* (WCC) mencapai hasil yang luar biasa, termasuk pengetahuan, rasa hormat terhadap wanita, perhatian psikologis, bantuan, keterlibatan dalam pengambilan keputusan, kebutuhan dan harapan selama persalinan, dan dukungan. Agar perempuan merasa dihargai, kesinambungan pelayanan kebidanan dapat memberdayakan mereka, mendorong keterlibatan mereka dalam layanan, dan meningkatkan pengawasan mereka.

Pentingnya perawatan psikologis selama persalinan juga diakui oleh para bidan. Namun kesiapan mereka untuk membantu perempuan baik secara praktis maupun emosional. Oleh karena itu, motivasi mereka dipengaruhi oleh persepsi mereka tentang ketidakmampuan dan kurangnya keahlian. Bidan harus memiliki kepercayaan diri untuk memberikan dukungan emosional selain keterampilan dan pengetahuan yang diperlukan untuk melaksanakan perannya dalam pelayanan. Menggunakan teladan dan didorong serta sadar akan

pentingnya kepedulian emosional adalah dua cara untuk meningkatkan diri dalam memberikan kepedulian emosional. Selain itu, bidan harus berpikir bahwa dukungan emosional dapat membantu perempuan mengatasi kekhawatiran dan kesedihan mereka (Jones et al., 2012).

Meskipun terdapat banyak layanan dan dukungan emosional yang dapat diakses, bidan dapat memberikan beragam strategi intervensi psikologis, termasuk konseling dasar, terapi perilaku kognitif, dan psikoterapi interpersonal. Terlepas dari kenyataan bahwa sebagian besar bidan tidak dididik secara eksplisit mengenai penggunaannya, psikoterapi interpersonal dan terapi perilaku kognitif masih terbatas. Tiga puluh persen sikap bidan dipengaruhi oleh masalah sistemik (prioritas organisasi, beban kerja, dan keterbatasan waktu) saat memberikan layanan. Kepuasan melahirkan yang lebih tinggi hanya akan diperoleh dari pelayanan asuhan bidan yang berkelanjutan (Jones et al., 2012).

Pusat pelayanan kebidanan seringkali diabaikan dalam kebijakan nasional terkait pelayanan kebidanan. Empat pilar kualitas layanan adalah layanan yang tepat, berpusat pada perempuan, aman, dan efektif. Oleh karena itu, untuk memastikan penyampaian layanan yang baik, penyedia layanan maupun klien tidak perlu memikul tanggung jawab apa pun, respons harus dilakukan secara efisien, dan rujukan tidak ditunda jika terjadi kesulitan. Hal ini dikendalikan untuk mengoptimalkan pemanfaatan potensi secara efektif. Selain itu, bidan memberikan pelayanan berdasarkan data empiris. Karena pendapat mereka didengarkan dan diterima dengan baik, perempuan dan keluarga merasa dilindungi, dihormati, dan diperlakukan dengan bermartabat ketika mereka berpartisipasi dalam pengambilan keputusan. Pendekatan "perawatan efektif dengan dampak yang paling kecil" harus diikuti untuk memberikan pelayanan maternitas terbaik dalam sistem berkualitas tinggi, yang juga mendukung praktik budaya masyarakat selama tidak menimbulkan risiko.

Penelitian menunjukkan bahwa perempuan yang melahirkan dengan bidan menjalani lebih sedikit operasi intrapartum, seperti operasi caesar, dan bahwa perempuan dalam kategori tinggi dan rendah

mendapatkan manfaat yang sama dari kesinambungan perawatan dari bidan. Ketika seorang pasien dianggap berisiko rendah selama akhir kehamilannya, bidan mungkin merasa kesulitan untuk memberikan perawatan dan dukungan penuh perhatian yang mereka perlukan selama persalinan. Sementara itu, hal ini juga meningkatkan standar perawatan bagi perempuan dengan kondisi sosial yang rumit dan berisiko tinggi. Bagi perempuan, kesinambungan perawatan sangat penting karena memberikan mereka rasa stabilitas dan kenyamanan selama masa kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Ningsih (2017)

Sindrom baby blues sangat jarang terjadi pada ibu yang mendapatkan pengobatan dari bidan yang mempunyai reputasi baik dalam melahirkan karena ibu tersebut lebih cenderung memiliki pengalaman melahirkan yang bahagia (Hildingson, 2020).

Berdasarkan penelitian sebelumnya, model Continuity of Care (CoC) merupakan ilustrasi praktik terbaik. Hal ini memungkinkan pelajar bidan untuk mendapatkan kepercayaan diri dan meningkatkan keterampilan kerja kemitraan saat mereka mendampingi perempuan selama kehamilan, persalinan, dan pasca melahirkan (Glover, 2009).

f. Komponen Model Pelayanan Persalinan Berkelanjutan

- 1) Pengiriman diaktifkan sesuai dengan standar
- 2) Memastikan masyarakat berpenghasilan rendah dapat melahirkan di fasilitas kesehatan
- 3) Membangun jaringan rujukan antara puskesmas dan rumah sakit pemerintah dan swasta
- 4) Menetapkan aturan untuk penjaminan mutu pelayanan di rumah sakit
- 5) Menjalankan strategi promosi
- 6) Memelihara sistem pemantauan kematian ibu dan bayi baru lahir (komunitas dan institusi)
- 7) Membangun sistem redit untuk standar pelayanan persalinan dan rujukan institusi kesehatan (Diana, 2017)

g. Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan CoC

Banyak elemen yang mempengaruhi pelaksanaan COC. Salah satunya adalah asuransi kesehatan. Wanita hamil yang memiliki asuransi kesehatan empat kali lebih mungkin mendapatkan perawatan CoC dibandingkan ibu

yang tidak memiliki asuransi (Saleh, Kiah, dan Wariyaka, 2022). Berdasarkan penelitian Kusumanigrum dan Soewondo tahun 2019, ibu yang memiliki asuransi kesehatan menggunakan layanan kesehatan bersalin 1.351 kali lebih sering. Asuransi dapat menurunkan pengeluaran konsumen, sehingga mendorong penerapan layanan kesehatan berkualitas lebih tinggi.

Soal Dan Pembahasan

1. Seorang perempuan usia 30 tahun G1 P0 A0 hamil 40 minggu sedang berada pada kala I persalinan di Puskesmas PONED, disamping klien terdapat 3 orang bidan yang siap menolong persalinan. Bidan yang bertugas menangkan keluarga klien pada kasus diatas termasuk dalam tim apa?
 - a. Tim Hijau
 - b. Tim Merah
 - c. Tim Kuning
 - d. Tim Biru
 - e. Tim PONED

2. Seorang perempuan usia 35 tahun G2 P1 A0 hamil 41 minggu sedang berada pada kala I persalinan di Puskesmas PONED, disamping klien terdapat 3 orang bidan yang siap menolong persalinan. Bidan yang bertugas mempersiapkan kelengkapan alat di troli emergensi setiap ganti dinas, dan setiap selesai tindakan adalah..
 - a. Tim Hijau
 - b. Tim Merah
 - c. Tim Kuning
 - d. Tim Biru
 - e. Tim PONED

3. Seorang perempuan usia 31 tahun G2 P1 A0 hamil 40 minggu sedang berada pada kala I persalinan di Puskesmas PONED, dengan hasil pemeriksaan T: 120/90 mmHg, S: 37 °C, RR: 24x/menit, pemeriksaan dalam pembukaan lengkap, ketuban jernih, tidak terdapat moulase, dengan bagian terbawah janin teraba UUK. Berdasarkan kejadian di atas, Puskesmas PONED tidak mampu memberikan layanan berikut, termasuk layanan terkait penanganan situasi yang melibatkan ibu dan bayi:
 - a. Hipertensi dalam kehamilan (preeklampsia, eklampsia) 2

- b. Perdarahan post partum
- c. Infeksi nifas
- d. Asfiksia pada bayi
- e. Pertolongan sungsang

Kunci jawaban

- 1. B**
- 2. C**
- 3. E**

Tugas

Lakukanlah asuhan secara berkelanjutan pada ibu bersalin dengan menggunakan format asuhan persalinan yang ada di dalam lampiran dibawah ini.

Glosarium

PONED	: Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar
PONEK	: Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
PONKESDES	: Pondok Kesehatan Desa, sarana kesehatan yang berada di desa / kelurahan yang merupakan pengembangan dari Pondok Bersalin Desa
Pre Eklamsia	: Peningkatan tekanan darah dan kelebihan protein dalam urine yang terjadi pada usia kehamilan lebih dari 20 minggu
Eklamsia	: Komplikasi kehamilan yang ditandai dengan tekanan darah yang tinggi dan kejang yang terjadi sebelum, selama dan setelah persalinan.
Hipertensi	: Kondisi ketika tekanan darah berada pada angka 130/80 mmHg atau lebih.
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah dengan masa kehamilan kurang dari 37 minggu
Hipoglikemia	: Keadaan dimana kadar gula kurang dari angka normal
Hiperbilirubinemia	: Kondisi akumulasi bilirubin dalam darah dengan kadar >3 mg/dl
VTP	: Ventilasi Tekanan Positif merupakan tindakan bantuan napas pada bayi baru lahir yang mengalami gangguan pernapasan
Resusitasi	: Prosedur medis darurat yang dapat membantu menyelamatkan jiwa seseorang, ketika pernapasan atau jantung berhenti
SC	: Seksio sesarea merupakan pelayanan maternal untuk melahirkan bayi melalui insisi di abdomen.
Atonio uteri	: tidak adanya kontraksi setelah plasenta lahir
Hipotermia	: Suhu tubuh dibawah 35°C

**FORMAT PENDAMPINGAN IBU BERSALIN
DENGAN MODEL ASUHAN KEBIDANAN CONTINUITY OF CARE**

1. RIWAYAT KELAHIRAN SAAT INI

TANGGAL PENGKAJIAN :

HARI POST PARTUM :

TEMPAT PENGKAJIAN

Kelahiran ke / P... A.... Anak Hidup Ke	:	.....
Tanggal Kelahiran/ Pukul		.....
Umur kehamilan		.....
Pendamping Kelahiran		Suami/Iu Kandung/ Ibu Mertua/ Keluarga lain
Transportasi Kelahiran		Motor/ Mobil/ lainnya
Tempat Kelahiran		Rumah/ PMB/ RB/ Puskesmas/ RS
Penolong Kelahiran		Dokter/Bidan/ Lain-lain
Cara Kelahiran		Normal/ Tindakan (Ekstraksi Vakum/SC)
Tindakan Induksi Kelahiran		Ya/Tidak
Keadaan Ibu		Sehat Sakit (Perdarahan/ Demam/ Kejang/ Infeksi) Meninggal
Komplikasi saat Kelahiran		() Dsitosia Bahu () Retensia Plasenta () Perdarahan () Rupture Uteri
Riwayat Rujukan		Ya/ Tidak
Tanggal di Rujuk		.....
Alasan Di Rujuk		() Pre Eklamsia- Eklamsia () Perdarahan () KPD () Infeksi

		() Penyakit yang menyertai: Jantung, Asma, Diabetes Melitus, Thyroid, Epilepsi () Lain-lain
Di Rujuk ke		.....
Tindakan Sementara saat merujuk		Pemasangan Infus Pemeberian Obat Lain-lain
Penggunaan JKN		Ya/ Tidak

- TEMPAT KELAHIRAN :
.....
- RUMAH SAKIT :
.....

2. RIWAYAT BAYI BARU LAHIR (DARI BUKU KIA)

Anak Ke	:	..... .....
Berat Badan Lahir	:	..... Gram
Panjang Badan Lahir	:	..... Cm
Lingkar Kepala	:	..... Cm
APGAR SCORE	:	1 menit pertama : 10 menit pertama : 15 menit pertama :
Suhu	:	..... .....
Jenis Kelamin	:	..... .....
Kondisi bayi saat lahir	:	() Segera menangis () Menangis beberapa saat () Tidak menangis () Seluruh Tubuh Kemerahan () Anggota Gerak Kebiruan

		<input type="checkbox"/> Seluruh Tubuh Biru <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan <input type="checkbox"/> Meninggal
Asuhan Bayi Baru Lahir	:	<input type="checkbox"/> Inisiasi Menyusui Dini <input type="checkbox"/> Suntikan Vitamin K <input type="checkbox"/> Salep Mata Antibiotika Profilaksis
Bagian daerah yang sudah melakukan SHK (Hasil Test Skrining Hypothiroid)	:	<input type="checkbox"/> (Ya/Tidak) Skrining Hypothiroid Kongenital <input type="checkbox"/> (Negative/Positif) Hasil Test Skrining Hypothiroid Kongenital Konfirmasi hasil SHK
Riwat Rujukan	:	Ya/Tidak
Tanggal Rujukan	:	..... .....
Alasan Rujukan	:	<input type="checkbox"/> asfiksia <input type="checkbox"/> Nafas Cepat <input type="checkbox"/> Apneu <input type="checkbox"/> Kelainan Kongenital <input type="checkbox"/> Berat Badan Lahir Kurang 2500 gram <input type="checkbox"/> Lain-lain
Dirujuk ke	:	..... .....
Tindakan Sementara	:	<input type="checkbox"/> Resusitasi <input type="checkbox"/> Pemasangan Infus <input type="checkbox"/> Pemberian Obat <input type="checkbox"/> Lain-lain

LEMBAR OBSERVASI

A. MASUK KAMAR BERSALIN ANAMNESA	Tgl	:	.....	Jam	:	.....
	His mulai tgl	:	.....	Jam	:	.....
	Darah	:	.....		
	Lendir	:	.....		
	Ketuban	:	.....	Jam	:	.....
	pecah/belum Keluhan lain	:	.....	Jam	:	.....
B. Keadaan Umum	Tensi	:	.....	Jam	:	.....
	Suhu/ Nadi	:	.....	Jam	:	.....
	Oedema	:	.....	Jam	:	.....
	Lain-lain	:	.....	Jam	:	.....
C. Pemeriksaan Obstetri	1. Palpasi	:	.....	Lama Jam	:	.....
	2. DJJ	:	.....		:	.....
	3. His 10"	:	.....		:	.....
	4. VT. Tgl	:	.....		:	.....
	5. Hasil	:	.....		
	6. Pemeriksaan	:	.....		

Observasi Kala 1 Fase Aktif (Ø < 4)

Tgl	Jam	His dlm 10'		DJJ	Tensi	Suhu	Nadi	VT	Ket
		Brp kali	Lamanya						

Daftar Pustaka

- Astuti, S. et al. (2017) Asuhan Ibu dalam Masa Kehamilan. Edited by E. K. Dewi and R. Astikawati. Jakarta: Erlangga
- Diana, S. (2017). *Model Asuhan Kebidanan Continuity of Care*. E-book stikes poltekkes majapahit.
- Glover, P and Sweet L, (2009) *An Exploration of the Midwifery Continuity of Care Program at One Australian University as a Symbiotic Clinical Education Model*, Nurse Education Today, Volume 33, Issue 3, March 2013, pages 262-67. DOI: [10.1016/j.nedt.2011.11.020](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.11.020)
- Hildingsson, I., Annika, K., Brigitta, L. (2020). *Childbirth Experience in Women Participating in a Continuity of Care Project. Women and Birth*. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.04.010>
- Jones, C. J., Creedy, D. K., Ed, M., Gamble, J. A., & Health, M. (2012). *Australian Midwives ' Attitudes Towards Care for Women With Emotional Distress*, 28, 216–221. <http://doi.org/10.1016/j.midw.2010.12.008>
- Kusumaningrum, F. and Soewondo, P. (2019) 'KESEHATAN SEBAGAI PENOLONG PERSALINAN DI INDONESIA (ANALISIS DATA SUSENAS 2017)', Jurnal Kesehatan Reproduksi, 9(2), pp. 109–124. doi: 10.22435/kespro.v9i2.1092.109-124.
- Ningsih, D. A. (2017) 'Continuity of Care Kebidanan', *OKSITOSIN: Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 4(2), pp. 67–77. doi: 10.35316/oksitosin.v4i2.362.
- Saifudin. (2014). *Buku Acuan Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Yogyakarta : Yayasan Bina Pustaka Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Saleh, U. K. S., Kiah, F. K. and Wariyaka, M. R. (2022) 'FAKTOR – FAKTOR YANG MEMENGARUHI PELAKSANAAN CONTINUITY OF CARE (CoC) OLEH BIDAN DI KOTA KUPANG', *Jurnal Ilmiah Obsgin*, 14(4), pp. 60–68.

Wahyuningsih, H.P (2018) Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui. Jakarta:
Kementerian Kesehatan R.I.

BIOGRAFI PENULIS



Tutik Iswanti, SST., M. Keb., Lahir di Sragen Jawa Tengah, 13 Agustus 1983. Menyelesaikan Pendidikan DIII Kebidanan di Akbid Pemda Kendal pada tahun 2004. Selanjutnya menyelesaikan Pendidikan D-IV Bidan Pendidik di Politeknik Karya Husada Jakarta pada tahun 2010 dan menyelesaikan Pendidikan S2 Kebidanan di Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta pada tahun 2017. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2004 menjadi bidan pelaksana dan tahun 2010 menjadi Dosen sampai sekarang. Saat ini penulis menjadi Dosen di Jurusan Kebidanan Rongkasbitung Poltekkes Kemenkes Banten mengampu mata kuliah Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir dan Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, pengajar bimbel Try Out, Pelatihan, Workshop dan Seminar. Penulis dapat dihubungi melalui email: tutik8375@gmail.com.



Ika Esti Anggraeni, S.ST., Bdn M. Kes Lahir di Tegal, tanggal 16 September 1987. Telah menyelesaikan DIV Kebidanan Poltekkes Kemenkes Semarang tahun 2011, lulus S2 Ilmu Kebidanan di Universitas Diponegoro Semarang tahun 2014. Menyelesaikan pendidikan profesi kebidanan di Poltekkes Kemenkes Semarang Tahun 2023. Menjadi dosen tetap dan menjabat sebagai Kepala Unit Laboratorium di Universitas Bhamada Slawi. Pernah mendapatkan Hibah Penelitian Kemdikbudristek dengan skema Penelitian Dosen Pemula (PDP) sebanyak 1 kali sebagai ketua dan 3 kali sebagai anggota. Saat ini menjadi Pengurus Cabang seksi pendidikan dalam kepengurusan IBI Cabang Di Kabupaten Tegal. Beberapa buku ajar sedang dalam proses penyusunan bersama dengan tim.
email: ika.esti@gmail.com



Bdn.Nila Trisna Yulianti,S.SiT.,M.Keb lahir di Balikpapan, Provinsi Kalimantan Timur, Balikpapan 28 Juli 1989. Jenjang Pendidikan Profesi Bidan ditempuh di Universitas Ngudi Waluyo Ungaran, lulus tahun 2023. Pendidikan S2 Ilmu Kebidanan, lulus tahun 2018 di Universitas Hasanuddin Makassar. Saat ini menjabat sebagai Direktur di Politeknik Borneo Medistra. Beberapa buku yang sudah di terbitkan diantaranya Buku Asuhan Kebidanan Persalinan & Bayi baru Lahir, Buku Asuhan Kebidanan persalinan & Bayi Baru lahir Bagi Dosen dan Mahasiswa Kebidanan, Buku Konsep Kebidanan, Buku Saku skrining depresi postpartum post section caesarea, Modul sehat dan bahagia dengan yoga, Modul gerakan dasar senam nifas, Buku Uji Kompetensi Jilid II Bidan, Buku Ajar Konsep Kebidanan, Buku Spa Vagina Mempercepat Proses Penyembuhan Luka Perineum, Buku Asuhan Bayi Baru Lahir, Buku Terapi Komplementer Pada Bayi, Balitadan Anak Sekolah. Email: nila@poltekborneomedistra.ac.id atau nilatrisnayulianti89@gmail.com, no hp *whatsapp*: 081258885178.



Lusi Afriyani, S.S.T.,M.Tr.Keb.Lahir di Wonosobo pada tanggal 09 maret 1993. Memulai pendidikan SMA Sejak tahun 2008 di SMA N 7 Tanjung Jabung Barat Jambi, kemudian pada tahun 2011 melanjutkan pendidikan D-III Kebidanan dan pada tahun 2014 melanjutkan D-IV Bidan Pendidik di Universitas Adiwangsa Jambi dan melanjutkan gelar S2 Pada Program Magiter Terapan Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Semarang dan lulus ditahun 2019. Saat ini bekerja sebagai dosen tetap di STIKes Kleuarga Bunda Jambi Program Studi D-III Kebidanan. Penulis mengampu mata kuliah Keterampilan Dasar Praktik Kebidanan, Asuhan Kebidanan pada Kehamilan dan Asuhan kebidanan pada persalinan. Penulis juga aktif dalam penulisan bookchapter, buku ajar, dan buku referensi serta aktif dalam mengajar Bimbel Ukom Online bersama Dosen se-nusantara di bawah naungan PT. Nuansa Fajar Cemerlang bersama Optimal serta meraih dosen berprestasi tingkat nasional tahun 2022. Selogan hidup: **PeTuAH IBU**, agar berguna bagi orang banyak. Penulis dapat dihubungi melalui E-mail: lusiafriyani038@gmail.com.



Bdn. Norma Jeepi Margiyanti, S.Si.T., M.Kes. Lahir di Rembang, 27 April 1986. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis jenjang D4 Kebidanan pada Universitas Ngudi Waluyo tahun 2007. Kemudian pada jenjang Profesi Kebidanan pada Institut Kesehatan Mitra Bunda tahun 2022, selanjutnya pada jenjang S2 pada Universitas Diponegoro Tahun 2010. Saat ini penulis sedang menempuh Pendidikan Doktorat pada Universitas Andalas. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2008 dan saat ini penulis bekerja di Institut Kesehatan

Mitra Bunda sebagai pengampu mata kuliah Asuhan Kebidanan Persalinan, Asuhan Kebidanan Pasca Persalinan, Pengantar Asuhan Kebidanan, danlainnya. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku Pengantar Asuhan Kebidanan dan Asuhan Kebidanan Pasca Persalinan. Publikasi hasil penelitian pada level nasional dan internasional. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: normajeepi02@gmail.com.



Sayuti S.Pd., S.ST., M.Kes. lahir di Malang tanggal 22 April 1983 putri dari Alm. Bapak Pathor dan Almh. Ibu Sugiati. Menempuh pendidikan formal di Universitas Negeri Malang jurusan Pendidikan Fisika Lulus tahun 2006, menempuh pendidikan kembali di AKBID WHN Malang Prodi D3 Kebidanan dan D4 Kebidanan di UNITRI Malang, selanjutnya menempuh pendidikan Magister di Universitas

Negeri Surakarta Solo. Saat ini penulis bekerja menjadi dosen di Program Studi D 3 Kebidanan Politeknik Kesehatan Malang mulai tahun 2010 sampai dengan sekarang, penulis mengampu mata kuliah Asuhan persalinan Normal dan bayi baru lahir, Promosi kesehatan dan asuhan kebidanan komunitas . Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, pengabdian masyarakat maupun menjadi pendamping di SOTH di Kota Batu. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: sayutiakbidwhn@gmail.com



Motto: "Berdoa dan berusahalah karena disana ada kata Semoga"

Motto: "Learn from yesterday, live for today, hope for tomorrow."

Dini Ariani, SST., M.Tr.Keb. Lahir di Banjar, 27 Februari 1987.

Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang D-IV pada Program Studi D-IV Bidan Pendidik, STIKES Aisyiyah Yogyakarta tahun 2011. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada STIKES Dharma Husada Bandung dan lulus pada tahun 2019. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2011 sampai saat ini bekerja di STIKes Muhammadiyah Ciamis mengampu mata kuliah Asuhan Kebidanan Persalinan dan BBL, Pengantar Askeb, Keterampilan Dasar Praktik Kebidanan, Anatomi dan Fisiologi. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: dini.ariani817@gmail.com



Shinta Ika Sandhi, S.Si.T., M. Kes. Lahir di Pemalang, 18

Mei 1986. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi DIV Kebidanan STIKES Ngudi Waluyo Tahun 2008. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Diponegoro Semarang dan lulus pada tahun 2014. Riwayat pekerjaan sebagai dosen diawali pada tahun 2008 dan saat ini penulis bekerja di Universitas Bhakti Kencana (Kampus Kendal) mengampu mata kuliah Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir, Asuhan Kegawatdaruratan Maternal

Neonatal, Komunikasi dalam Pelayanan Kebidanan dan Pengantar Asuhan Kebidanan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi salah satunya sebagai penulis buku dengan judul Buku Saku Pencegahan Muntaber, Buku Asuhan Kebidanan Komprehensif dan Buku Praktikum Laborat Kebidanan Pada Persalinan. Penulis juga aktif dalam publikasi hasil penelitian yang dilakukan pada jurnal nasional serta menjadi pembicara pada kegiatan

pengabdian masyarakat. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: shinta.ika@bku.ac.id.



Sri Untari., S.SiT., M.Kes lahir di Grobogan, 18 Agustus 1979, memiliki riwayat pendidikan D3 Kebidanan di Panti Wilasa Semarang lulus tahun 2001, DIV Bidan Pendidik di Stikes Ngudi Waluyo Ungaran lulus tahun 2006, S2 Pendidikan Profesi Kesehatan di UNS Surakarta lulus tahun 2012, saat ini penulis sebagai dosen tetap di Universitas An Nuur Purwodadi, aktif dalam kegiatan Tridharma, penulis sebagai salah satu pengajar prodi D3 Kebidanan, penulis juga aktif dalam kegiatan penelitian dan pengabdian. Sebagai seorang penulis menyadari masih banyak kekurangan dari hasil karya yg penulis hasilkan maka dari itu kritik dan saran yg membangun sangat penulis harapkan. Besar harapan penulis untuk selalu mendedikasikan ilmu yg bermanfaat untuk kemajuan Ilmu Kebidanan.

SINOPSIS

Buku ini berisi materi tentang Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi baru Lahir sesuai dengan Rencana Pembelajaran Semester (RPS) pada Program Studi Diploma DIII Kebidanan. Adapun materi dari buku ini yaitu :

BAB I Konsep Dasar Persalinan

BAB II faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

BAB III Perubahan Fisiologi dan Psikologi ibu dalam Masa Persalinan

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

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

BAB VI Pengisian dan Implementasi dari Hasil Partograf

BAB VII Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir Normal 1 jam

BAB VIII Konsep Dan Sistem Rujukan Pada Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal Pada Masa Persalinan

Bab IX Deteksi Kegawatdaruratan, Komplikasi Dan Penanganan Awal Pada Kegawatdaruratan Penyulit Pada Bayi Baru Lahir

Bab X Melakukan Observasi Asuhan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir Dengan Pendekatan *Continuity Of Care* Di Puskesmas Poned

Buku ini disertai dengan 3 contoh soal kasus beserta kunci jawabannya. Buku ini diharapkan dapat membantu mahasiswa dalam memahami Asuhan Kebidanan pada Persalinan dan BBL tepat sesuai asuhan kebidanan berdasarkan *evidence based*.

Buku ini berisi materi tentang Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi baru Lahir sesuai dengan Rencana Pembelajaran Semester (RPS) pada Program Studi Diploma DIII Kebidanan. Adapun materi dari buku ini yaitu :

BAB I Konsep Dasar Persalinan

BAB II faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

BAB III Perubahan Fisiologi dan Psikologi ibu dalam Masa Persalinan

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

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

BAB VI Pengisian dan Implementasi dari Hasil Partograf

BAB VII Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir Normal 1 jam

BAB VIII Konsep Dan Sistem Rujukan Pada Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal Pada Masa Persalinan

Bab IX Deteksi Kegawatdaruratan, Komplikasi Dan Penanganan Awal Pada Kegawatdaruratan Penyulit Pada Bayi Baru Lahir

Bab X Melakukan Observasi Asuhan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir Dengan Pendekatan Continuity Of Care Di Puskesmas Poned

Buku ini disertai dengan 3 contoh soal kasus beserta kunci jawabannya. Buku ini diharapkan dapat membantu mahasiswa dalam memahami Asuhan Kebidanan pada Persalinan dan BBL tepat sesuai asuhan kebidanan berdasarkan evidence based.

Penerbit :

PT Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F

Jalan S. Parman Kav. 22-24

Kel. Palmerah, Kec. Palmerah

Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480

Telp: (021) 29866919

ISBN 978-623-8411-97-9



Anggota IKAPI No. 624/DKI/2022