

BUKU AJAR

ASUHAN KEBIDANAN

PERSALINAN



Satra Yunola, S.ST, Bdn., M.Keb.
Helni Anggraini, S.ST, Bdn., M.Keb.
Elvina Indah Syafriani, S.ST., M.Keb.
Yollanda Dwi Santi Violentina, S.ST., M.Keb.

BUKU AJAR

ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN

Penulis:

Satra Yunola, S.ST, Bdn., M.Keb.

Helni Anggraini, S.ST, Bdn., M.Keb.

Elvina Indah Syafriani, S.ST., M.Keb.

Yollanda Dwi Santi Violentina, S.ST., M.Keb.



BUKU AJAR ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN

Penulis: Satra Yunola, S.ST, Bdn., M.Keb.
Helni Anggraini, S.ST, Bdn., M.Keb.
Elvina Indah Syafriani, S.ST., M.Keb.
Yollanda Dwi Santi Violentina, S.ST., M.Keb.

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Penata Letak: Achmad Faisal

No. ISBN: 978-623-8549-40-5

Cetakan Pertama: Juni, 2024

Hak Cipta 2024

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2024

by Penerbit PT 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

PENERBIT:

**PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F
Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah
Jakarta Barat, 11480
Anggota IKAPI (624/DKI/2022)**

KATA PENGANTAR

Penulis berterima kasih kepada Allah SWT, yang telah memberikan kesehatan, kesempatan, dan kemampuan kepada penulis, sehingga buku ini dapat diakses oleh pembaca. Penulisan buku ini merupakan ide dan gagasan dari pemenuhan tugas penulis sebagai dosen dalam menerapkan Tri Dharma Perguruan Tinggi, yaitu penelitian, pengabdian masyarakat, dan pengajaran. Pengajaran dapat dilakukan melalui praktik belajar mengajar, di mana pengetahuan diperoleh melalui berbagai referensi, salah satunya adalah buku ajar seperti ini.

Periode persalinan merupakan periode kritis dan dapat mengancam nyawa si ibu maupun si bayi, seorang tenaga kesehatan harus mampu memberikan asuhan yang tepat untuk mencegah dan menangani masalah yang mungkin muncul. Buku Bahan Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan dilengkapi dengan informasi tentang konsep persalinan, asuhan sayang ibu dan pelayanan kebidanan yang responsif. Buku ini dimaksudkan untuk menjadi sumber pengetahuan bagi pembaca, terutama bagi mahasiswa, bidan, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya.

Penulis sangat berharap buku ini bermanfaat bagi pembaca, meskipun penulis menyadari bahwa ada banyak kekurangan dalam penulisan dan penyusunan. Karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk memperbaiki penulisan buku berikutnya.

Tim Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB 1 KONSEP NORMAL	1
A. Konsep Normal dalam Persalinan	1
1. Pengertian.....	1
2. Proses Terjadinya Persalinan.....	1
3. Fase -Fase Persalinan.....	2
4. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan.....	4
5. Asuhan dan Pendekatan pada Persalinan Normal.....	5
B. Pengetahuan dan Keterampilan Klinik Kebidanan Dalam Persalinan dan Kelahiran yang Normal dan Kondisi Komplek	8
1. Konsep Persalinan Normal	8
2. Macam Macam Persalinan.....	8
3. Persalinan berdasarkan umur kehamilan	9
4. Sebab - Sebab Mulainya Persalinan.....	9
5. Tanda dan Gejala Persalinan Sudah Dekat	11
6. Tanda Pasti persalinan	12
BAB 2 PERAN BIDAN	15
A. Peran Bidan Sebagai Pendamping dan Pelindung dalam Persalinan dan Kelahiran (<i>Advocate</i>)	15
1. Peran Bidan	15
2. Peran Bidan Sebagai Advokator	15
3. <i>Health Promotion</i> (Promosi Kesehatan)	16
4. <i>Specific Protection</i> (Perlindungan Khusus)	17
5. <i>Early diagnosis and Promt Treatment</i> (Diagnosis dini dan pengobatan segera).....	17
6. <i>Dissability Limitation</i> (Pembatasan Ketidakmampuan).....	17
7. Rehabilitasi	18

B. Asuhan Sayang Ibu dan Pelayanan Kebidanan Yang Responsif.....	18
1. Pengertian Asuhan Sayang Ibu.....	18
2. Prinsip-Prinsip Asuhan Sayang Ibu.....	18
3. Pentingnya Asuhan Sayang Ibu	19
4. Penerapan Asuhan Sayang Ibu	19
5. Langkah Asuhan Sayang Ibu.....	20
C. Kesiapan dan ketahanan emosi dalam persalinan	21
1. Pengertian Emosional.....	21
2. Emosional Pada Persalinan.....	21
3. Ketahanan Emosional Persalinan	21
4. Peran Bidan dalam Kesiapan dan Ketahanan Emosional dalam Persalinan.....	22
BAB 3 PROMOSI DAN ADVOKASI	25
A. Meningkatkan Hasil Kelahiran Melalui Promosi dan Advokasi Contohnya pada <i>Gentle</i> dan <i>Active Birth</i>	25
1. Promosi.....	25
2. Advokasi	25
3. Gentle Birth	28
4. <i>Active Birth</i>	29
B. Mendampingi Ibu Bersalin.....	29
1. Peran Pendamping Persalinan	30
2. Peran Suami Dalam Pendampingan.....	31
3. Manfaat Pendampingan Suami	31
C. Mempertahankan Kenormalan Persalinan (Termasuk Analisis Pendekatan Gentle Birth Dan Asuhan Holistik Dalam Kehamilan).....	32
D. Perubahan Psikologis Selama Persalinan Dan Dampaknya	36
BAB 4 PERSALINAN	41
A. Faktor 5 P Dalam Persalinan.....	41
1. Passage	41
2. Passenger.....	51
B. Mempertahankan Kenyamanan dan Manajemen Nyeri.....	54
1. Fisiologi Nyeri Persalinan	54

2. Pendekatan Farmakologi dan Non Farmakologi untuk Mempertahankan Kenyamanan dan Manajemen Nyeri.....	54
3. Anastesi Lokal dan Analgesik	56
4. Pengaruh Warna dan Cahaya pada Proses Persalinan.....	57
C. Kala I Persalinan	59
1. Keadaan Umum	62
2. Kesadaran	62
3. Analisis Intake/Output.....	66
4. Dukungan pada Persalinan.....	67
5. Status Kesehatan Janin.....	69
6. Pemantauan DJJ	69
7. Selaput Ketuban	70
8. Status Persalinan	73
9. Mekanisme His.....	74
10. Evaluasi Aktifitas.....	80
D. Kala II Persalinan.....	94
1. Definisi Kala II Persalinan.....	94
2. Fisiologis Panggul dan Fetal Skull	96
E. Memantau Kesejahteraan Ibu dan Janin.....	112
1. Pemantauan ibu.....	112
2. Pemantauan janin	114
F. Kala III Persalinan.....	131
1. Pengertian.....	131
2. Periode Postpartum Dini	134
DAFTAR PUSTAKA	137

BAB 1

KONSEP NORMAL

A. Konsep Normal dalam Persalinan

1. Pengertian

Persalinan adalah rangkaian peristiwa keluarnya bayi yang sudah cukup berada dalam rahim ibunya, dengan disusul oleh keluarnya plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Fitriana, 2021).

Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam produk konsepsi dikeluarkan sebagai akibat kontraksi teratur, progresif, sering dan kuat (Walyani, 2021).

Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologis yang normal. Persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur. Mula-mula kekuatan yang muncul kecil, kemudian terus meningkat sampai pada puncaknya pembukaan serviks lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari rahim ibu. Persalinan normal adalah proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala dengan tenaga ibu sendiri tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi, umumnya berlangsung kurang dari 24 jam. Persalinan normal dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (Rohani, 2018).

2. Proses Terjadinya Persalinan

Sebab yang mendasari terjadinya partus secara teoritis masih merupakan kumpulan teoritis yang kompleks, Teori yang turut memberikan andil dalam proses terjadinya persalinan antara lain:

- a. Teori kerenggangan: otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi

- sehingga persalinan dimulai.
- b. Teori penurunan progesteron: Progesteron menurun menjadikan otot rahim sensitif sehingga menimbulkan his atau kontraksi.
 - c. Teori oksitosin: Pada akhir kehamilan kadar oksitosin bertambah sehingga dapat mengakibatkan his.
 - d. Teori pengaruh prostaglandin: Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan.
 - e. Teori plasenta menjadi tua: dengan bertambahnya usia kehamilan, plasenta menjadi tua dan menyebabkan villi corialis mengalami perubahan sehingga kadar esterogen dan progesteron turun. Hal ini menimbulkan kekejangan pembuluh darah dan menyebabkan kontraksi rahim.
 - f. Teori distensi rahim: keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus sehingga mengganggu sirkulasi uteroplasenter.
 - g. Teori berkurangnya nutrisi: bila nutrisi pada janin berkurang, maka hasil konsepsi akan segera dikeluarkan (Asrinah, 2018).

3. Fase -Fase Persalinan

- a. Kala I (Kala Pembukaan)

Menurut Bobak (2015) kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga servik membuka lengkap (10cm) Kala satu persalinan terdiri atas dua fase yaitu fase laten dan fase aktif . Menurut Bobak (2015) kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Kala pembukaan dibagi menjadi 2 fase, yaitu:

- 1) Fase laten

Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap, pembukaan serviks berlangsung perlahan dari 0 cm sampai 3 cm lamanya 8 jam.

- 2) Fase aktif

Kontraksi menjadi lebih kuat dan lebih sering pada fase aktif. Fase aktif berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 sub fase:

- a) Periode akselerasi: berlangsung 2 jam dari pembukaan 3 cm menjadi 4 cm

b) Periode dilatasi maksimal: berlangsung 2 jam dari pembukaan 4 cm berlangsung cepat menjadi 9 cm

c) Periode deselarasi: berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam dari pembukaan 9 cm menjadi 10 cm atau lengkap.

Pada fase ini akan timbul kontraksi, mulai dari kontraksi yang kecil dan sebentar sampai kontraksi yang makin kuat, sering, dan teratur. Kontraksi diawali dengan selang waktu 30 menit sampai 1 jam dari kontraksi pertama ke kontraksi berikutnya, sampai kontraksi yang makin kuat dan lama dengan selang waktu kurang lebih 3-5 menit selama 1-1,5 menit per kontraksinya. Pada fase pembukaan ini juga mulai terjadi penipisan pada segmen bawah rahim, yang diikuti oleh keluarnya lendir yang bercampur darah, sampai ke tahap terjadinya pembukaan jalan lahir dan pecahnya ketuban. Proses persalinan yang normal dimulai dengan keluarnya lendir bercampur darah, terbukanya jalan lahir, dan yang kemudian diikuti oleh pecahnya ketuban. Jika proses ini berjalan dengan baik (ketuban pecah terlebih dahulu), persalinan ini dapat dikatakan normal (Kuswanti, 2019).

b. Kala II

Menurut Bobak (2015) kala II adalah kala pengeluaran bayi, dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Tanda dan gejala kala II adalah :

- 1) His semakin kuat, kira – kira 2-3 menit sekali
- 2) Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rectum dan vaginanya
- 3) Vulva dan vagina dan sfingter ani terlihat membuka
- 4) Peningkatan pengeluaran lender darah pada primigravida berlangsung $1\frac{1}{2}$ -2 jam dan pada multigravida berlangsung $\frac{1}{2}$ -1 jam

c. Kala III

Menurut Bobak (2015) kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluran plasenta. Setelah bayi lahir, kontraksi lahir istirahat sebentar. Uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat dan berisi plasenta yang menjadi 2 kali sebelumnya. Beberapa saat kemudian, timbul his pelepasan dan pengeluaran urin, ditandai dengan tali pusat bertambah panjang. Dalam waktu 1-5 menit seluruh plasenta, terdorong ke dalam vagina dan akan lahir spontan atau

dengan sedikit dorongan dari atas semfisis atau fundus uteri. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc.

d. Kala IV

Mulai lahirnya plasenta selama 1-2 jam. Pada kala IV dilakukan observasi karena perdarahan post partum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan:

- 1) Tingkat kesadaran penderita
- 2) Pemeriksaan tanda-tanda vital, tekanan darah, nadi dan pernafasan, suhu
- 3) Kontraksi uterus
- 4) Terjadi perdarahan

Perdarahan dianggap masih normal bila jumlah tidak melebihi 400-500 cc.

4. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Asrinah (2018) adapun faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan adalah diantaranya sebagai berikut:

- a. Faktor Power, power adalah tenaga atau kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan tersebut meliputi his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligamen, dengan kerjasama yang baik dan sempurna dan tenaga mengejan.
- b. Faktor Passanger, yaitu faktor janin, yang meliputi sikap janin, letak, presentasi, bagian terbawah, dan posisi janin.
- c. Faktor Passage (jalan lahir), dibagi menjadi: (a) Bagian keras: tulang-tulang panggul (rangka panggul), (b) Bagian lunak: otot-otot, jaringan dan ligamen-ligamen.
- d. Faktor psikologi ibu, keadaan psikologi ibu mempengaruhi proses persalinan. Dukungan mental berdampak positif bagi keadaan psikis ibu, yang berpengaruh pada kelancaran proses persalinan.
- e. Faktor penolong, dengan pengetahuan dan kompetensi yang baik yang dimiliki penolong, diharapkan kesalahan atau malpraktik dalam memberikan asuhan tidak terjadi sehingga memperlancar proses persalinan (Asrinah, 2018).

5. Asuhan dan Pendekatan pada Persalinan Normal

a. Varney

Tujuh langkah varney merupakan alur proses manajemen asuhan kebidanan karena konsep ini sudah dipilih sebagai rujukan oleh para pendidik dan praktisi kebidanan di Indonesia walaupun *International Confederation of Midwives* (ICM) sudah mengeluarkan proses manajemen asuhan kebidanan (Kemenkes RI, 2017).

Terdapat tujuh langkah manajemen kebidanan menurut Varney yang meliputi langkah I pengumpuan data dasar, langkah II interpretasi data dasar, langkah III mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial, langkah IV identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera, langkah V merencanakan asuhan yang menyeluruh, langkah VI melaksanakan perencanaan, dan langkah VII evaluasi.

1) Langkah I Pengumpulan Data Dasar

Pengumpulan data dasar dilakukan pengkajian dengan pengumpulan semua data yang diperlukan untuk megevaluasi keadaan klien secara lengkap. Mengumpulkan semua informasi yang akurat dari sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

2) Langkah II Interpretasi Data Dasar

Interpretasi data dasar dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah klien atau kebutuhan berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Kata "masalah dan diagnosa" keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi membutuhkan penanganan yang dituangkan dalam rencana asuhan kebidanan terhadap klien. Masalah bisa menyertai diagnose. Kebutuhan adalah suatu bentuk asuhan yang harus diberikan kepada klien, baik klien tahu ataupun tidak tahu.

3) Langkah III Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Membutuhkan antisipasi, bila mungkin dilakukan pencegahan. Penting untuk melakukan asuhan yang aman (Kemenkes RI, 2017).

4) Langkah IV Identifikasi Kebutuhan

Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan

atau untuk dikonsultaikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

5) Langkah V Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

Merencanakan asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yg menyeluruh meliputi apa yang sudah diidentifikasi dari klien dan dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya.

6) Langkah VI Melaksanakan Perencanaan

Melaksanakan rencana asuhan pada langkah ke lima secara efisien dan aman. Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaanya.

7) Langkah VII Evaluasi

Dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnosa (Kemenkes RI, 2017).

b. SOAP

Catatan SOAP adalah metode komunikasi bidan-pasien dengan profesional kesehatan lainnya. Catatan ini mengomunikasikan tujuan-tujuan bidan dan pasien untuk pasien dan rencana asuhan. Komunikasi tersebut adalah untuk menyediakan konsistensi antara asuhan yang disediakan oleh berbagai profesional kesehatan (Kemenkes RI, 2017).

1) Data Subjektif

Data subjektif berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien, ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhan yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis, data subjektif ini akan menguatkan diagnosis yang disusun.

2) Data Objektif

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

3) Analisis

Langkah ini merupakan pendokumentasiyan hasil analisis dan intrepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Di dalam analisis menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan klien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat.

4) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan. Tujuan penatalaksanaan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya (Kemenkes RI, 2017).

c. Partografi

Menurut JNPK-KR (2017), partografi adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik. Tujuan utama dari penggunaan partografi adalah

- 1) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam
- 2) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama
- 3) Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatat secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir (JNPK-KR, 2017).

Jika digunakan dengan tepat dan konsisten, partografi akan membantu penolong persalinan untuk mencatat kemajuan persalinan, mencatat kondisi ibu dan janin, mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran, menggunakan informasi yang

tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan dan menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dengan tepat waktu (JNPK-KR, 2017).

Partograf harus digunakan untuk semua ibu dalam fase aktif kala I persalinan dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan, selama persalinan dan kelahiran bayi disemua tempat dan secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya (JNPK-KR, 2017).

Penggunaan partograf secara rutin dapat memastikan bahwa ibu dan bayinya mendapatkan asuhan yang aman, adekuat dan tepat waktu serta membantu mencegah terjadinya penyulit yang dapat mengancam keselamatan jiwa mereka (JNPK-KR, 2017).

Lima Benang Merah

- 1) Membuat Keputusan Klinik
- 2) Asuhan Sayang Ibu dan Asuhan Sayang Anak
- 3) Pencegahan Infeksi
- 4) Pencatatan (Rekam Medik) Asuhan Persalinan
- 5) Rujukan

B. Pengetahuan dan Keterampilan Klinik Kebidanan Dalam Persalinan dan Kelahiran yang Normal dan Kondisi Komplek

1. Konsep Persalinan Normal

Persalinan normal ialah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) dan lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam tanpa komplikasi, baik pada ibu maupun pada janin. (Yesie, 2019).

Tujuan asuhan persalinan normal adalah upaya kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjadi pada tingkat yang optimal. (Mutmainnah; dkk, 2017).

2. Macam Macam Persalinan

a. Persalinan Spontan

Yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut.

b. Persalinan Buatan

Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi forceps, atau dilakukan operasi Sectio Caesaria.

c. Persalinan Anjuran

Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin. (Kurniarum, 2016)

3. Persalinan berdasarkan umur kehamilan

1) Abortus

Pengeluaran buah kehamilan sebelum kehamilan 22 minggu atau bayi dengan berat badan kurang dari 500 gram.

2) Partus immaturus

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

3) Partus prematurus

Pengeluaran buah kehamilan antara 28 minggu dan 37 minggu atau bayi dengan berat badan antara 1000 gram dan 2499 gram.

4) Partus maturus atau aterm

Pengeluaran buah kehamilan antara 37 minggu dan 42 minggu atau bayi dengan berat badan 2500 gram atau lebih.

5) Partus postmaturus atau serotinus

Pengeluaran buah kehamilan setelah kehamilan 42 minggu.

4. Sebab - Sebab Mulainya Persalinan

Sebab mulainya persalinan belum diketahui dengan jelas. Agaknya banyak faktor yang memegang peranan dan bekerjasama sehingga terjadi persalinan. Beberapa teori yang dikemukakan adalah: penurunan kadar progesteron, teori oxytocin, keregangan otot-otot, pengaruh janin, dan teori prostaglandin. Beberapa teori yang menyebabkan mulainya persalinan adalah sebagai berikut:

a. Penurunan Kadar Progesteron

Progesterone menimbulkan relaxasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his.

Proses penuaan plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesterone mengalami

penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oxitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu. (Kurniarum, 2016)

b. Teori Oxitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Di akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga oxitocin bertambah dan meningkatkan aktivitas otot-otot rahim yang memicu terjadinya kontraksi sehingga terdapat tanda-tanda persalinan. Kurniarum, 2016)

c. Keregangan Otot-Otot

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Seperti halnya dengan Bladder dan Lambung, bila dindingnya teregang oleh isi yang bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot dan otot-otot rahim makin rentan. Contoh, pada kehamilan ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu sehingga menimbulkan proses persalinan. (Kurniarum, 2016).

d. Pengaruh Janin

Hipofise dan kelenjar suprarenal janin rupa-rupanya juga memegang peranan karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasa, karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturasi janin, dan induksi (mulainya) persalinan. (Kurniarum, 2016).

e. Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 atau E2 yang diberikan secara intravena, intra dan extra amnial menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap umur kehamilan. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat keluar. Prostaglandin dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. Hal ini juga didukung dengan

adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun daerah perifer pada ibu hamil, sebelum melahirkan atau selama persalinan. (Kurniarum, 2016).

5. Tanda dan Gejala Persalinan Sudah Dekat

a. *Lightening*

Beberapa minggu sebelum persalinan, calon ibu merasa bahwa keadaannya menjadi lebih enteng. Ia merasa kurang sesak, tetapi sebaliknya ia merasa bahwa berjalan sedikit lebih sukar, dan sering diganggu oleh perasaan nyeri pada anggota bawah. (Kurniarum, 2016).

b. *Pollikasuria*

Pada akhir bulan ke-IX hasil pemeriksaan didapatkan epigastrium kendur, fundus uteri lebih rendah dari pada kedudukannya dan kepala janin sudah mulai masuk ke dalam pintu atas panggul. Keadaan ini menyebabkan kandung kencing tertekan sehingga merangsang ibu untuk sering kencing yang disebut Pollakisuria. (Kurniarum, 2016).

c. *False labor*

Tiga (3) atau empat (4) minggu sebelum persalinan, calon ibu diganggu oleh his pendahuluan yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan dari kontraksi Braxton Hicks. His pendahuluan ini bersifat:

- 1) Nyeri yang hanya terasa di perut bagian bawah
 - 2) Tidak teratur
 - 3) Lamanya his pendek, tidak bertambah kuat dengan majunya waktu dan bila dibawa jalan malah sering berkurang
 - 4) Tidak ada pengaruh pada pendataran atau pembukaan cervix.
- (Kurniarum, 2016)

d. Perubahan cervix

Pada akhir bulan ke-IX hasil pemeriksaan cervix menunjukkan bahwa cervix yang tadinya tertutup, panjang dan kurang lunak, kemudian menjadi lebih lembut, dan beberapa menunjukkan telah terjadi pembukaan dan penipisan. Perubahan ini berbeda untuk masing-masing ibu, misalnya pada multipara sudah terjadi pembukaan 2 cm namun pada primipara sebagian besar masih dalam keadaan tertutup. (Kurniarum, 2016).

e. *Energy Sport*

Beberapa ibu akan mengalami peningkatan energi kira-kira 24-28 jam sebelum persalinan mulai. Setelah beberapa hari sebelumnya merasa

kelelahan fisik karena tuanya kehamilan maka ibu mendapati satu hari sebelum persalinan dengan energi yang penuh. Peningkatan energi ibu ini tampak dari aktifitas yang dilakukannya seperti membersihkan rumah, mengepel, mencuci perabot rumah, dan pekerjaan rumah lainnya sehingga ibu akan kehabisan tenaga menjelang kelahiran bayi, sehingga persalinan menjadi panjang dan sulit. (Kurniarum, 2016).

f. *Gastrointestinal Upsets*

Beberapa ibu mungkin akan mengalami tanda-tanda seperti diare, obstipasi, mual dan muntah karena efek penurunan hormon terhadap sistem pencernaan (Kurniarum, 2016).

6. Tanda Pasti persalinan

Yang merupakan tanda pasti dari persalinan adalah:

a. Timbulnya kontraksi uterus

Biasa juga disebut dengan his persalinan yaitu his pembukaan yang mempunyai sifat sebagai berikut:

- 1) Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan.
- 2) Pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan.
- 3) Sifatnya teratur, inerval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar.
- 4) Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan serviks.
- 5) Makin beraktifitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi.

Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit). Kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan serviks.

b. Penipisan dan pembukaan serviks

Penipisan dan pembukaan serviks ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula.

c. *Bloody Show* (lendir disertai darah dari jalan lahir)

Dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari canalis cervicalis keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa capillair darah terputus.

d. *Premature Rupture of Membrane*

Adalah keluarnya cairan banyak secara mendadak dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin robek. Ketuban

biasanya pecah kalau pembukaan lengkap atau hampir lengkap dan dalam hal ini keluarnya cairan merupakan tanda yang lambat sekali. Tetapi kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, malahan kadang-kadang selaput janin robek sebelum persalinan. Walaupun demikian persalinan diharapkan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar. (Kurniarum, 2016).

BAB 2

PERAN BIDAN

A. Peran Bidan Sebagai Pendamping dan Pelindung dalam Persalinan dan Kelahiran (*Advocate*)

1. Peran Bidan

- a. Mendukung ibu dan keluarganya secara fisik dan emosional selama persalinan dan kelahiran.
- b. Membuat diagnose, menangani komplikasi-komplikasi dengan cara pemantauan ketat dan deteksi dini selama persalinan dan kelahiran.
- c. Merujuk ibu untuk mendapatkan asuhan spesialis jika perlu
- d. Memberikan asuhan yang akurat kepada ibu, dengan intervensi minimal, sesuai dengan tahap persalinannya.
- e. Memperkecil resiko infeksi dengan melaksanakan pencegahan infeksi minimal, sesuai dengan tahap persalinannya.
- f. Memperkecil resiko infeksi dengan melaksanakan pencegahan infeksi yang aman.
- g. Selalu memberitahukan kepada ibu dan keluarganya mengenai kemajuan, adanya penyakit maupun intervensi yang akan dilakukan dalam persalinan
- h. Memberikan asuhan yang tepat untuk bayi segera setelah lahir
- i. Membantu ibu dengan pemberian asi dini (Sulistyowati, 2016)

2. Peran Bidan Sebagai Advokator

Menurut Sulistyowai (2016) Advokasi merupakan proses menciptakan dukungan, membangun konsensus, membantu perkembangan suatu iklim yang menyenangkan dan suatu lingkungan yang supportif terhadap suatu sebab atau issu tertentu melalui serangkaian tindakan yang direncanakan dengan baik. Bidan dapat melakukan advokasi untuk meningkatkan strategi dalam KIA/KB.

Peran bidan sebagai advokator terhadap pengambil keputusan dari kategori program ataupun sektor yang terkait dengan masalah maternal dan neonatal. melakukan advokasi berarti melakukan upaya-upaya agar pembuat keputusan atau penentu kebijakan tersebut mencapai kebijakan tersebut

mempercayai dan menyakini bahwa program yang ditawarkan perlu mendapat dukungan melalui kebijakan-kebijakan atau keputusan-keputusan politik.

(1) Tujuan Advokasi

Adalah diperolehnya komitmen dan dukungan dalam upaya kesehatan, baik berupa kebijakan, tenaga, sarana, kemudahan, keikutsertaan dalam kegiatan, maupun bentuk lainnya sesuai dengan keadaan dan suasana,

(2) Target Advokasi

- (a) Pembuat keputusan, pembuat kebijakan
- (b) Pemuka pendapat, pimpinan agama
- (c) LSM, Media dan lain - lain

(3) Persyaratan Advokasi

- (a) *Credible*, artinya program yang ditawarkan harus dapat meyakinkan para penentu kebijakan
- (b) *Feasible*, artinya program tersebut harus baik secara teknis, politik, maupun ekonomi
- (c) *Relevant*, artinya program tersebut harus sesuai dengan kebutuhan masyarakat
- (d) *Urgent*, artinya program tersebut memiliki tingkat urgensi yang tinggi
- (e) *High priority*, artinya program tersebut memiliki prioritas yang tinggi

3. *Health Promotion* (Promosi Kesehatan)

Promosi kesehatan adalah mempertinggi nilai kesehatan. Promosi kesehatan termasuk dalam pencegahan primer. Seorang bidan harus bisa melaksanakan promosi kesehatan dalam upaya promotif. Beberapa contoh ruang lingkup bidan dalam hal ini adalah:

- a. Melakukan pemeriksaan antenatal care kepada ibu hamil
- b. Konseling atau pendidikan kesehatan di masyarakat, dapat juga dalam bentuk pendidikan kesehatan
- c. Mengajurkan kepada masyarakat agar melakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala. (Supradewi, 2018)

4. *Specific Protection (Perlindungan Khusus)*

Perlindungan khusus adalah memberikan perlindungan khusus terhadap sesuatu penyakit. Ini juga termasuk dalam pencegahan primer. Contoh tugas dan tanggung jawab bidan diantaranya dalam perlindungan khusus adalah:

- a. Mengajurkan ibu membawa anaknya ke posyandu
- b. Mempromosikan kepada ibu agar dapat menjaga kebersihan perorangan di dalam keluarga
- c. Mengajurkan kepada Pasangan Usia Subur untuk melakukan KB

5. *Early diagnosis and Prompt Treatment (Diagnosis dini dan pengobatan segera)*

Diagnosis dini dan pengobatan segera mengandung arti agar mengenal dan mengetahui penyakit pada tingkat awal serta mengadakan pengobatan yang tepat dan segera. Diagnosis dini sudah masuk ke tahap pencegahan sekunder. Hal ini menjadi poin penting bagi seorang bidan untuk mengeliminasi keterlambatan yang sering menjadi masalah. Keterlambatan itu adalah terlambat mengenali, terlambat mengambil keputusan, dan terlambat merujuk. Sehingga wajib bagi bidan untuk dapat mengenal lebih awal dan melakukan pengobatan segera. Beberapa contoh implementasinya adalah pemberian MgSO₄ pada kasus pre eklamsi dan eklamsi, kemudian pemberian oksitosin ketika terjadi kasus-kasus saat persalinan.

6. *Dissability Limitation (Pembatasan Ketidakmampuan)*

Pembatasan ketidakmampuan adalah pembatasan kecacatan dengan berusaha untuk menghilangkan gangguan kemampuan bekerja yang diakibatkan sesuatu penyakit. Pencegahan sekunder ini juga perlu dikuasai oleh bidan. Beberapa upaya bidan dalam pembatasan kecacatan adalah:

- a. Memberikan pelayanan kesehatan secara profesional dan sesuai dengan wewenang bidan, dengan memenuhi semua hak-hak pasien
- b. Melakukan pendampingan pada pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan secara sempurna, baik dalam hal yang masih wewenang bidan ataupun dalam melakukan rujukan ketempat-tempat pelayanan kesehatan yang lebih canggih (rumah sakit yang mampu mengatasi penyakit pasien).

7. Rehabilitasi

Rehabilitasi adalah tahap pemulihan, dilakukan ketika seorang ibu setelah menjalani proses reproduksinya agar tetap sehat. Tujuannya adalah untuk berusaha mengembalikan seperti keadaan semula seperti sebelum hamil dan bersalin. Beberapa peran bidan dalam pencegahan tersier ini adalah:

- a. Memberikan semangat kepada ibu agar tetap bersemangat dalam memulihkan kesehatan
- b. Memberikan keyakinan dan menumbuhkan kepercayaan diri untuk bersosialisasi dengan masyarakat.
- c. Mencari dukungan kepada keluarga dan masyarakat agar dapat memberi dukungan untuk kesehatan ibu dan bayinya
- d. Memberikan pendidikan kesehatan untuk membentuk perilaku hidup bersih dan sehat. (Supradewi, 2018)

Dari kesimpulan diatas bahwa, Bidan memiliki peran penting sebagai pemberi asuhan dan pendamping persalinan diharapkan dapat memberikan pertolongan, bimbingan dan dukungan selama proses persalinan berlangsung. Asuhan yang mendukung selama persalinan merupakan standar pelayanan kebidanan.

B. Asuhan Sayang Ibu dan Pelayanan Kebidanan Yang Responsif

1. Pengertian Asuhan Sayang Ibu

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang diberikan bidan untuk saling menghargai budaya, kepercayaan dari keinginan sang ibu pada asuhan yang aman selama proses persalinan serta melibatkan ibu dan keluarga sebagai pembuat keputusan, tidak emosional dan sifatnya mendukung dan diharapkan dapat menurunkan dan mencegah angka kematian maternal dan neonatal. asuhan ini diberikan dengan memberikan rasa aman dan nyaman kepada ibu serta keluarganya selama proses persalinan.

2. Prinsip-Prinsip Asuhan Sayang Ibu

Dalam memberikan asuhan, bidan harus memiliki prinsip dan pedoman selama proses pertoongan berlangsung, terutama asuhan sayang ibu. Bidan harus benar-benar memperhatikan dan memberikan rasa aman dan nyaman pada ibu selama proses kelahiran bayi. berikut prinsip asuhan sayang ibu yang harus bidan ikuti:

- a. Rawat ibu dengan penuh hormat
- b. Mendengarkan dengan penuh perhatian apa yang dikatakan ibu.

- Hormati pengetahuan dan pemahaman mengenai tubuhnya. Ingat bahwa mendengar sama pentingnya dengan memberi nasehat.
- c. Menghargai hak-hak ibu dan memberikan asuhan yang bermutu serta sopan
 - d. Memberikan asuhan dengan memperhatikan privasi
 - e. Selalu menjelaskan apa yang akan dikerjakan sebelum anda meakukannya serta meminta izin dahulu
 - f. Selalu mendiskusikan temuan-temuan kepada ibu, serta kepada siapa saja yang ia inginkan untuk berbagi informasi ini
 - g. Selalu mendiskusikan rencana dan intervensi serta pilihan yang sesuai dan tersedia bersama ibu
 - h. Mengizinkan ibu untuk memilih siapa yang akan menemaninya selama persalinan, kelahiran dan pascasalin
 - i. Mengizinkan ibu menggunakan posisi apa saja yang diinginkan selama persalinan dan kelahiran
 - j. Menghindari penggunaan suatu tindakan medis yang tidak perlu (episiotomi, pencukuran dan edema).
 - k. Memfasilitasi hubungan dini antara ibu dan bayi baru lahir (*Binding and Attachment*)

3. Pentingnya Asuhan Sayang Ibu

Asuhan sayang ibu menghormati kenyataan bahwa kehamilan dan persalinan merupakan proses alamiah, maka intervensi dan pengobatan yang tidak perlu untuk proses alamiah ini harus dihindari. Asuhan sayang ibu berpusat pada pasien dan bukan pada petugas kesehatan. Melaksanakan asuhan sayang ibu sangat bermanfaat bagi ibu untuk menghindari terjadinya partus lama, partus tidak maju dan partus macet. Jika dalam proses persalinan bidan tidak memperhatikan hal itu maka akan mempengaruhi kenyamanan ibu dalam menghadapi persalinan hal ini menyebabkan ibu kurang nyaman dan merasa gelisah sehingga pengaruh terhadap proses persalinan (Risvianti, 2014).

4. Penerapan Asuhan Sayang Ibu

- a. Bidan menerapkan asuhan sayang ibu dalam persalinan dengan memberikan rasa aman dan nyaman terhadap sang ibu serta memberikan privasi selama persalinan.
- b. Bidan menganjurkan suami atau keluarga sang ibu untuk menemaninya selama proses bersalin berlangsung.
- c. Pada saat memasuki kala 2 petugas senantiasa mendampingi ibu dengan

menjadi pendengar yang baik memberikan informasi tentang kemajuan persalinan, memotivasi ibu dengan setiap rangsangan sehingga semua upaya yang dilakukan semata-mata memberikan suasana dan rasa nyaman ibu saat persalinan.

- d. Kala 3 (tiga) petugas memfasilitasi ibu untuk memeluk bayinya, mengabarkan setiap perkembangan persalinan dan serta senantiasa memantau kondisi ibu apakah dalam keadaan normal atau perlu pelayanan rujuk lanjut.
- e. Kala 4 (empat) dimana pada fase ini petugas terus memantau tanda-tanda vital kondisi ibu, memberikan edukasi dan konseling kepada ibu dalam perawatan diri dan bayi pasca persalinan, pemenuhan nutrisi ibu. Sehingga semua fase ini dilakukan oleh Petugas dan terus diberikan pendampingan hingga proses persalinan telah selesai secara menyeluruh.

5. Langkah Asuhan Sayang Ibu

Badan Coalition *Of Improving Maternity Service* (CIMS) melahirkan *Safe Motherhood Initiative* pada tahun 1987. CIMS merumuskan sepuluh langkah asuhan sayang ibu sebagai berikut:

- a. Menawarkan adanya pendampingan saat melahirkan untuk mendapatkan dukungan emosional dan fisik secara berkesinambungan
- b. Memberi informasi mengenai praktek kebidanan, termasuk intervensi dan hasil asuhan.
- c. Memberi asuhan yang peka dan responsif dengan kepercayaan, nilai dan adat istiadat.
- d. Memberikan kebebasan bagi ibu yang akan bersalin untuk memilih posisi persalinan yang nyaman bagi ibu.
- e. Merumuskan kebijakan dan prosedur yang jelas untuk pemberian asuhan yang berkesinambungan.
- f. Tidak rutin menggunakan praktek dan prosedur yang tidak didukung oleh penelitian ilmiah tentang manfaatnya, seperti: pencukuran, enema, pemberian cairan intervena, menunda kebutuhan gizi, merobek selaput ketuban, pemantauan janin secara elektronik.
- g. Mengajarkan pada pemberi asuhan dalam metode meringankan rasa nyeri dengan/ tanpa obat-obatan.
- h. Mendorong semua ibu untuk memberi ASI dan mengasuh bayinya secara mandiri.

- i. Mengajurkan tidak menyusut bayi baru lahir jika bukan karena kewajiban agama.
- j. Berupaya untuk mempromosikan pemberian ASI dengan baik.

C. Kesiapan dan ketahanan emosi dalam persalinan

1. Pengertian Emosional

Emosional memiliki kata dasar yakni emosi, emosi merupakan suatu ungkapan dari perasaan yang sesungguhnya ia rasakan yang ditunjukkan kepada seseorang maupun suatu hal yang membuat dia emosi. sedangkan emosional lebih mengarah pada karakteristik serta ekspresi dari sebuah emosi. Emosi ini dapat ditunjukkan ketika merasa senang mengenai sesuatu, marah kepada seseorang ataupun takut terhadap sesuatu.

2. Emosional Pada Persalinan

Perubahan emosional terjadi selama kehamilan. Hormon dapat memengaruhi Suasana hati dan karena kadarnya yang naik turun demikian juga dengan suasana hati ibu hamil menjelang persalinan. Oleh karena itu adalah hal yang normal apabila ibu ' merasa sedih, menangis, panik, sedikit tidak yakin atau merasa senang luar biasa.

Perasaan cemas, panik, gelisah dan takut menghadapi persalinan terutama primigravida berkaitan dengan emosional ibu yang berpengaruh pada proses persalinan.

Perasaan tersebut muncul pertama dikarenakan adanya ketidakstabilan psikologis yang dipicu oleh bayangan akan hal-hal buruk yang bisa terjadi selama persalinan, mulai dari rasa sakit saat kontraksi, kemungkinan harus operasi caesar, komplikasi persalinan, hingga kematian.

Oleh karena itu, seorang ibu memang harus menyiapkan mental menjelang: persalinan, karena bila tidak ibu akan mengalami stres tingkat tinggi (emosional) dan dikhawatirkan akan mempengaruhi kondisi ibu ataupun janinnya.

3. Ketahanan Emosional Persalinan

Adapun cara yang dapat dilakukan untuk menahan emosional pada persalinan, yaitu:

a. Relaksasi

Teknik relaksasi sederhana adalah: cara untuk mengatasi ketegangan, emosional, menenangkan diri dan, membantu

melepaskan stress. Teknik relaksai seperti pernapasan dalam dan mengimajinasikan hal-hal yang menyenangkan dan menenangkan, sangat berguna untuk mengelola emosi. Caranya yaitu:

- 1) Tarik napas dalam-dalam dari diafragma, Ambil napas dari jauh ke dalam tubuh dan bukan hanya dari dada.
 - 2) Persuasi pikiran dengan mengulang kata seperti "tetap tenang" atau "santai", saat menarik napas dalam-dalam.
 - 3) Latihan yoga dengan ritme pelan dan tidak berat membuat otot rileks, dan bisa merasa lebih tenang.
 - 4) Ambil waktu sepuluh menit setiap hari untuk meditasi atau merenung. Cara ini bermanfaat untuk mengatur kondisi mental.
- b. Ubah cara pikir

Ketika sedang marah atau emosi, ibu akan cenderung mengatakan sesuatu yang tidak perlu. Ibu bisa melampiaskan frustasi yang sebetulnya sama sekali tidak terkait dengan sumber masalah. Parahnya, hal ini justru akan merusak hubungan ibu dengan orang lain. karena itu, berpikir dan bersikaplah rasional. Sampaikan dengan baik rasa kesal dan cobalah mengubah nada suara menjadi lebih rendah.

- c. Berhenti khawatir

Marah bisa jadi merupakan bentuk dari rasa khawatir yang berlebih. ketika menjelang persalinan, kekhawatiran seringkali muncul, bahkan tanpa alasan. semakin ibu khawatir, maka semakin gelisahlah perasaan. Letakkan sejenak kekhawatiran, lalu istirahatkanlah pikiran dan pikirkan hal-hal yang menyenangkan. Ingatlah bahwa ada karunia kegembiraan yang sedang menuju kehidupan selanjutnya.

4. Peran Bidan dalam Kesiapan dan Ketahanan Emosional dalam Persalinan

Adapun beberapa tips yang dapat dilakukan oleh Bidan untuk menghadapi dan mengurangi rasa takut pada ibu melahirkan, yaitu:

- a. Cari tahu sumber rasa takut

Salah satu cara yang bisa dilakukan untuk mengurangi rasa takut melahirkan adalah mencari tahu sumber rasa takut tersebut. Rasa takut melahirkan bisa muncul karena pernah mendengar cerita persalinan orang lain yang cukup laa menegangkan atau trauma masa lalu yang berkaitan dengan kehamilan atau persalinan. Rasa takut juga bisa berakar dari emosional, depresi atau gangguan kecemasan yang sudah dialami oleh ibu hamil sebelum kehamilan.

b. Kendalikan emosi

Kondisi emosional seorang wanita akan dengan cepat berubah. Pada umumnya mereka akan berubah menjadi panik, cemas, ketakutan, dan merasa tertekan. Hal ini dianggap wajar, namun apabila ibu tidak dapat mengontrol emosi dengan baik maka dikhawatirkan akan mempengaruhi kondisi janin. Oleh karena itu, bidan menganjurkan untuk ibu tetap bersikap tenang.

Ketenangan ibu dalam menghadapi proses kelahiran akan sangat dibutuhkan. Mungkin bagi ibu yang telah melahirkan lebih dari satu kali, proses kelahiran akan menjadi lebih rileks karena telah merasakan bagaimana rasanya melahirkan. Sedangkan ibu yang baru pertama kali menghadapi proses persalinan, kondisi emosionalnya akan berbeda. Bagi Ibu yang baru pertama kali menghadapi proses persalinan, Ibu harus lebih banyak berdoa dan menenangkan diri, Ibu disarankan untuk berpikiran positif, pikiran positif akan mendorong energi positif pula dan hal ini akan sangat membantu Ibu tenang selama proses persalinan.

c. Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman

Rasa aman diberikan dalam bentuk lingkungan psikologis yaitu terbebas dari gangguan dan ancaman serta permasalahan yang dapat menganggu ketenangan pada ibu bersalin. Dalam hal ini, bidan dapat mengajari ibu untuk melakukan teknik relaksasi, misalnya dengan meditasi dengan cara duduk tenang, memejamkan mata, dan mengatur pernapasan perlahan-lahan dan teratur, setidaknya selama 10-20 menit agar lebih rileks menghadapi persalinan. Bidan juga akan memberi arahan mengenai posisi persalinan yang nyaman.

d. Kebutuhan akan Rasa Cinta dan Dukungan

Pemenuhan kebutuhan ini cenderung pada terciptanya hubungan yang harmonis dan kepemilikan. tak hanya memberikan edukasi pada ibu yang akan melahirkan, Bidan juga bertugas untuk membimbing serta mendampingi suami dan keluarga dalam memberikan dukungan kepada sang ibu. Dukungan minimal berupa sentuhan dan kata-kata pujian yang membuat nyaman serta memberi penguatan pada saat proses menuju persalinan berlangsung hasilnya akan mengurangi durasi kelahiran (Wijayanti, dkk. 2023).

BAB 3

PROMOSI DAN ADVOKASI

A. Meningkatkan Hasil Kelahiran Melalui Promosi dan Advokasi Contohnya pada *Gentle* dan *Active Birth*

1. Promosi

Promosi Kesehatan adalah upaya yang dilakukan terhadap masyarakat sehingga mereka mau dan mampu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Batasan promosi kesehatan ini mencakup 2 dimensi yaitu kemauan dan kemampuan. Sehingga tujuan dari Promosi Kesehatan itu sendiri adalah memampukan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka dan menciptakan suatu keadaan, yakni perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan (Susilowati, 2016).

Tujuan promosi kesehatan secara umum adalah merubah perilaku individu/masyarakat di bidang kesehatan, secara khusus menjadikan kesehatan sebagai suatu yang bernilai bagi masyarakat, menolong individu agar mampu secara mandiri/berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat, mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sasaran pelayanan kesehatan yang ada. Tujuan operasional promosi kesehatan untuk membuat masyarakat dapat mengerti, bertanggung jawab, melakukan langkah-langkah positif untuk kesehatannya sendiri, sesuai tujuan intervensi perilaku dalam promosi kesehatan. (Susilowati, 2016).

2. Advokasi

a. Pengertian

Advokasi merupakan proses menciptakan dukungan, membangun konsensus, membantu perkembangan suatu iklim yang menyenangkan dan suatu lingkungan yang suportif terhadapsuatu sebab atau issu tertentu melalui serangkaian tindakan yang direncanakan dengan baik. Bidan dapat melakukan advokasi untuk meningkatkan strategi dalam KIA / KB.

Advokasi adalah suatu pendekatan kepada seseorang/badan organisasi yang mempunyai pengaruh terhadap keberhasilan suatu

program atau kelancaran suatu kegiatan. advokasi dapat dilakukan terhadap pengambilan keputusan dari program atau sektor terkait masalah kesehatan maternal neonatal. Bidan melakukan upaya agar pembuat keputusan mempercayai dan meyakini bahwa dukungan yang ditawarkan perlu mendapatkan dukungan melalui suatu pendekatan:

- 1) Pembuat keputusan
 - 2) Pembuat kebijakan
 - 3) Tokoh masyarakat
 - 4) Pimpinan agama
 - 5) LSM, media dan lain-lain (Muzdalia, dkk. 2022)
- b. Tujuan advokasi

Tujuan advokasi adalah diperolehnya komitmen dan dukungan dalam upaya kesehatan, baik berupa kebijakan, tenaga, sarana, kemudahan, keikutsertaan dalam kegiatan, maupun bentuk lainnya sesuai dengan keadaan dan suasana. Salah satu tantangan yang terus menerus dihadapi bidan yang mengupayakan safe motherhood adalah bagaimana menangani isu-isu dalam masyarakat dengan lebih baik. Bidan harus menguasai keterampilan advokasi, menggerakkan massa, dan metodologi pembelajaran yang meningkatkan partisipasi anggota, serta pendekatan penyimpangan positif (*positive deviance*). Persyaratan program advokasi adalah

- 1) *Credible*, dapat meyakinkan para penentu kebijakan.
- 2) *Feasible*, baik secara teknis, politik maupun ekonomi.
- 3) *Relevant*, sesuai dengan kebutuhan masyarakat.
- 4) *Urgent*, memiliki tingkat urgensi yang tinggi
- 5) *High priority*, memiliki prioritas yang tinggi. (Muzdalia, dkk. 2022)

- c. Peran bidan sebagai advokator

Peran bidan sebagai advokator adalah melakukan advokasi terhadap pengambil keputusan dari kategori program ataupun sektor yang terkait dengan kesehatan maternal dan neonatal. Melakukan advokasi berarti melakukan upaya-upaya agar pembuat keputusan atau penentu kebijakan tersebut mempercayai dan meyakini bahwa program yang ditawarkan perlu mendapat dukungan melalui kebijakan-kebijakan atau keputusan-keputusan politik.

Metode yang digunakan oleh bidan harus mampu meyakinkan bahwa program membawa perbaikan ataupun perubahan positif bagi

pertumbuhan bangsa yang pada akhirnya adalah pertumbuhan negara (menyangkut nasib banyak orang). Agar proses advokasi berhasil dengan baik, bidan perlu menyiapkan data masalah dan perencanaan yang akan diambil sebagai solusi dan harus mampu memanfaatkan data-data tersebut sehingga sesuai harapan pimpinan sehingga pimpinan dapat memberi dukungan.

Beberapa peran bidan sebagai advokator adalah

- 1) Advokasi dan strategi pemberdayaan wanita dalam mempromosikan hak-haknya yang di perlukan untuk mencapai kesehatan yang optimal (kesetaraan dalam memperoleh pelayanan kebidanan).
- 2) Advokasi bagi wanita agar bersalin dengan aman.
- 3) Advokasi terhadap pilihan ibu dalam tatanan pelayanan. (Franciska & Novita, 2013).

d. Target Advokasi:

- 1) Pembuat keputusan, pembuat kebijakan
- 2) Pembuka pendapat, pimpinan agama
- 3) LSM , Media dan lain-lain

e. Persyaratan Advokasi:

- 1) Credible, artinya program yang ditawarkan harus dapat meyakinkan para penentukebijakan.
- 2) Feasible, artinya program tersebut harus baik secara teknis, politik, maupun ekonomi
- 3) Relevant, artinya program tersebut harus sesuai dengan kebutuhan masyarakat
- 4) Urgent, artinya program tersebut memiliki tingkat urgensi yang tinggi
- 5) High priority, artinya program tersebut memiliki prioritas yang tinggi Upaya pembangunan keluarga sejahtera dan pemberdayaan bidan tidak bisa dipisahkan

Bidan adalah ujung tombak pembangunan keluarga sejahtera dari sudut kesehatan dan pemberdayaan lainnya. Bidan menempati posisi yang strategis karena biasanya di tingkatdesa merupakan kelompok profesional yang jarang ada tandingannya. Masyarakat daneluarga Indonesia di desa, dalam keadaan hampir tidak siap tempur, menghadapi ledakan generasi muda yang sangat dahsyat. Bidan dapat mengambil peran yang sangat penting dalam membantu

keluarga Indonesia mengantar anak-anak dan remaja tumbuh kembang untuk berjuang membangun diri dan nusa bangsanya (Wijayanti, dkk. 2023).

3. Gentle Birth

Gentle Birth adalah metode melahirkan dengan pendekatan holistik yang ramah jiwa, menjunjung tinggi kearifan persalinan yang merunduk pada prinsip alam dan dilakukan pada lingkungan yang bersahabat dan familiar bagi seorang ibu. Gentle Birth, dilihat dari asal katanya, gentle dan birth, merupakan suatu proses kelahiran yang lembut. Disebut juga sebagai natural birth. Posisi Gentle Birth dalam sebuah kelahiran adalah menyampaikan pada satu pemahaman bagaimana persalinan dianggap satu hal alamiah yang merupakan siklus kehidupan manusia (Aprilia, 2014).

Gentle birth adalah tentang pemberdayaan, dimana dalam pemberdayaan diri. Ada 4 hal yang harus Anda lakukan untuk mencapai Gentle Birth:

- 1) Semangat
- 2) Bersungguh-Sungguh dan berkomitmen
- 3) Tidak mudah terpengaruh/Fokus
- 4) Menyatukan Antara Body, Mind & Soul

Beberapa elemen kunci dalam Gentle birth antara lain adalah:

- 1) Perlunya Persiapan
- 2) Perlunya dukungan untuk melahirkan secara normal dan alami
- 3) Lingkungan yang Meyakinkan dan Menenangkan
- 4) Dukungan yang Terus-menerus Selama Persalinan
- 5) Suasana yang Tenang
- 6) Cahaya yang Remang-remang
- 7) Kebebasan Bergerak dan selaran dengan alam serta memahami tubuh
- 8) Percaya Kekuatan Alam
- 9) Mengurangi & mencegah intervensi yang tidak perlu dalam persalinan
- 10) Belaian atau Sentuhan Pertama
- 11) Penundaan Pemotongan Tali Pusat
- 12) Inisiasi Menyusu Dini (IMD) & Rooming In
- 13) Hindari Birth Trauma dan kekerasan dalam persalinan dan kelahiran.
- 14) Pentingnya Napas Pertama

4. Active Birth

Metode *active birth* di Indonesia sebenarnya sudah dilaksanakan sebagai salah satu asuhan perawatan pada proses persalinan, yakni dalam hal mobilisasi yang menganjurkan ibu untuk memilih posisi yang dianggap paling nyaman dengan tujuan untuk meminimalkan rasa nyeri serta dapat mempengaruhi lamanya kala I dan kala II persalinan, hal ini sesuai dengan standar bidan menurut WHO tahun 2010 dalam hal bidan sebagai pendamping persalinan (Susanti, et al 2015).

Metode yang dapat dilakukan dalam teknik *active birth* yaitu seperti jalan-jalan, miring kekiri, mobilisasi, pendampingan suami, yoga, kompres hangat dingin, bola-bola persalinan (*birth ball*) yang sudah dilaksanakan oleh sebagai salah satu asuhan kebidanan pada proses persalinan untuk membantupartus lama (Reeder, S.J., et al 2017).

Keuntungan dari active birth diantaranya adalah untuk kemajuan persalinan, berkurangnya rasa sakit karena kontraksi rahim maju kearah depan rahim secara alamiah dan tidak melawan gravitasi, meningkatkan tenaga pada kala II, lebih kecil resiko robekan perineum pada kala II dan kondisi ibu serta bayi lebih optimal karena mengurangi terapi medis yang dapat menimbulkan efek samping pada keduanya (Simkin, P. & Bolding, 2017).

B. Mendampingi Ibu Bersalin

Pendamping adalah seseorang yang mendampingi dan langsung terlibat dalam pemandu persalinan, memberikan dukungan selama kehamilan, persalinan, dan nifas, supaya proses persalinan yang dilaluinya berjalan lancar sehingga tercipta rasa nyaman bagi ibu bersalin. Pendamping atau kehadiran seseorang selama proses persalinan baik itu sahabat atau keluarga dekat (suami) akan memiliki resiko lebih kecil mengalami komplikasi yang memerlukan tindakan medis dari pada ibu yang tanpa pendampingan. Kehadiran seorang pendamping akan membuat waktu persalinan berlangsung lebih singkat dan lebih mudah, dapat mengurangi stress dan kecemasan, karena hal ini dapat mempersulit proses kelahiran. Kehadiran pendamping selama proses persalinan berpengaruh positif baik secara psikologis dan kesiapan ibu secara fisik (Marmi, 2012).

Kehadiran dan dukungan dari pendamping akan membantu proses persalinan berjalan lancar karena pendamping dapat berbuat banyak untuk membantu ibu saat persalinan, (Sari dan Kurnia, 2015). Seorang suami yang

mendampingi istrinya melahirkan adalah hal yang sangat penting untuk dilakukan. Selain menjadikan ibu merasa lebih tenang, kehadiran suami bisa membuat ibu lebih siap dalam menghadapi persalinan sehingga prosesnya menjadi lancar dan buah hati dapat dilahirkan dengan sehat (Adrian, 2021).

Pendamping persalinan belum tentu adalah suami, yang terkadang dijadikan banyak pilihan oleh pada ibu bersalin, akan tetapi suami menjadi pilihan terbaik bagi semua orang dalam mendampingi ibu selama proses persalinan. Selain suami, ibu bisa memilih ibunya, kakak, ataupun sahabatnya untuk menjadi pendamping persalinan yang dikarenakan sebagai pendamping harus memiliki ikatan batin dan dukungan yang kuat saat ibu menjalani proses persalinan. Mereka harus memiliki keberanian saat ibu kesakitan sehingga ibu merasa tenang dan nyaman dalam menjalankan proses persalinannya (Anonim, 2021).

Pendampingan adalah perbuatan mendampingi, menemani dan menyertai dalam suka dan duka. Secara psikologis ibu bersalin membutuhkan sosok suaminya untuk mendampingi selama proses persalinan karena ibu membutuhkan dukungan dan pendampingan selama proses persalinan hingga melahirkan dengan rasa aman dan nyaman.

Cochrane Database of Systematic Reviews, yang berisi tinjauan tentang berbagai topik kesehatan yang melibatkan 5000 wanita menyatakan bahwa pendampingan selama proses bersalin dan kelahiran akan mengurangi persalinan dengan tindakan (vakum dan forceps, sectio cesaria), apgar score ditas 7, tidak terjadi lama persalinan, tingkat kecemasan ibu dalam menghadapi persalinan berkurang, dengan adanya pendamping ibu saat persalinan maka bidan dapat memberikan edukasi asuhan kesehatan pada orang mendampingi ibu saat bersalin (Maryunani, 2015).

1. Peran Pendamping Persalinan

- a. Membantu ibu untuk mengalihkan perhatian dari rasa nyeri dan cemas, dengan cara menemani ibu berjalan dan bercerita pada saat kala I berlangsung
- b. Membantu memberikan makan dan minum supaya ibu berenergi dan mencegah dehidrasi
- c. Memberikan perhatian atau support pada saat ibu berkontraksi dan memberikan pujian pada saat ibu berhasil melewati setiap kontraksi
- d. Membantu mengganti posisi tubuh ibu saat ibu lelah
- e. Memberikan pijatan lembut pada bagian punggung kaki dan pundak ibu

2. Peran Suami Dalam Pendampingan

Suami yang mendampingi pada saat proses persalinan akan memnciptakan hal positif terhadap persalinan diantaranya menurunkan morbiditas, mengurangi intensitas nyeri, mempercepat waktu persalinan dan dapat menurunkan persalinan dengan tindakan operasi, kehadiran suami pada saat persalinan dapat menimbulkan rasa nyaman, semangat, dukungan emosional, dan menyenangkan hati ibu. (Jannah, 2017).

Menurut Bobak dkk (2005) tigak peran suami selama proses persalinan dan melahirkan yaitu

a. Sebagai pelatih

Membantu ibu selama proses persalinan dan menunjukkan keinginan yang kuat untuk mengendalikan diri mereka dan mengontrol persalinan.

b. Sebagai partner

Bertindak sebagai teman satu tim selama proses persalinan dengan merespon semua permintaan ibu baik dukungan fisik maupun dukungan emosi

c. Sebagai saksi

Bertindak sebagai teman dan memberikan dukungan emosi dan moral

3. Manfaat Pendampingan Suami

a. Memberikan rasa tenang dan suport

Pada saat kondisi ibu tidak nyaman maka ibu memrlukan pegangan, dukungan dan semangat untuk mengurangi tingkat kecemasan dan ketakutannya

b. Selalu ada setiap dibutuhkan

Suami siap membantu setiap kebutuhan ibu

c. Meningkatkan kedekatan emosional suami -istri

Pada saat proses persalinan suami akan melihat langsung perjuangan seorang ibu untuk melahirkan anak sehingga menimbulkan rasa sayang pada istrin

d. Menumbuhkan naluri kebapakan

e. Suami akan menghargai ibu

Melihat pengorbanan istri saat persalinan sehingga suami kana lebih menenghargai istrinya dan menjaga perilakunya. Karena dia akan mengingat bagaimana besarnya pengorbanan istrinya

f. Membantu keberhasilan IMD

IMD akan tercapai dengan adanya dukungan dari suami terhadap

- istrinya.
- g. Pemenuhan nutrisi
Nutrisi ibu saat melahirkan akan terpenuhi karena tugas pendamping adalah memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan tubuh ibu
 - h. Membantu mengurangi rasa nyeri saat persalinan
Pendamping suami akan memberikan rasa nyaman dan aman bagi ibu yang sedang mengalami persalinan karena adanya dukungan dari orang yang paling di sayang sehingga dapat mengurangi rasa sakit dan nyeri yang dialami (Sari dan Kurnia, 2015)
Partisipasi suami yang cukup tinggi dalam pendampingan istri menunjukkan bahwa suami menyadari akan peran yang bisa dilakukannya dalam memberikan dukungan fisik dan dorongan moral kepada istri yang sedang melahirkan. Peran tersebut seperti mendengarkan keluhan ibu, memijat punggung ibu, memberikan ibu minum atau makan yang dapat mengurangi rasa kecemasan yang dialami ibu sehingga dengan adanya pendampingan suami proses persalinan berjalan dengan lancar, sari (2018).

Rasa sayang dan simpati yang diberikan oleh suami akan memberikan kekuatan tersendiri yang dapat memicu semangat ibu untuk lebih kuat dalam melalui proses persalinan. Kehadiran suami akan membawa ketenangan dan menjauhkan ibu dari kecemasan yang dapat mempersulit proses kelahiran dan persalinan. Kehadiran suami akan membawa pengaruh positif secara psikologis, dan berdampak positif pula pada kesiapan ibu secara fisik sehingga dapat mempermudah proses persalinan, Nikmah (2018).

C. Mempertahankan Kenormalan Persalinan (Termasuk Analisis Pendekatan Gentle Birth Dan Asuhan Holistik Dalam Kehamilan)

Gentle birth adalah metode persalinan yang tenang, lembut, santun dan memanfaatkan semua unsur alami dalam tubuh manusia. Gentle birth merupakan serangkaian proses yang harus dilakukan sejak masa kehamilan, proses persalinan hingga bayi dilahirkan. Manfaat gentle birth tidak hanya bisa dirasakan oleh ibu, tetapi juga menguntungkan bayi dan keluarga sekitarnya. Diantara manfaat gentle birth untuk ibu hamil salah satunya adalah ibu dapat bersalin dengan tenang, bebas dari ketakutan dan kecemasan, sementara kecemasan menjelang persalinan merupakan masalah yang pada umumnya dialami oleh ibu hamil (Aprilia, 2013).

Menurut Ernawati (2020), Motivasi yang diberikan kepada ibu hamil

berpengaruh kuat terhadap keinginan ibu hamil untuk melahirkan secara normal. Ruang lingkup hubungan antar manusia dalam arti luas adalah interaksi antara seseseorang dengan orang lain dalam suatu kehidupan untuk memperoleh kepuasan hati. Sedangkan faktor ekstrinsik lainnya yaitu Imbalan yaitu seseseorang dapat termotivasi karena adanya suatu imbalan sehingga orang tersebut ingin melakukan sesuatu, misalnya ibu melaksanakan persalinan secara gentle birth karena mempermudah dalam proses persalinan dan penyembuhan setelah bersalin.

Imbalan yang positif akan semakin memotivasi ibu untuk melaksanakan persalinan secara gentle birth. Kondisi lingkungan yaitu semua benda dan kondisi termasuk didalamnya manusia dan aktivitasnya, yang terdapat dalam dimana manusia berada dan mempengaruhi kelangsungan hidup serta kesejahteraan manusia, (Afiani, 2018). Gentle birth adalah Gentlebirth adalah salah satu cara untuk mempersiapkan ibu hamil saat kehamilan. Gentlebirth bukan hanya memandang ibu bersalin dari segi fisiologis tetapi memandang ibu bersalin sebagai klien secara holistik sebagai makhluk biospsikososial dan kultural, (Maharani et al, 2023).

Asuhan holistik merupakan asuhan dengan menggunakan konsep menyeluruh, yaitu keterpaduan antara jiwa dan raga dengan metode alamiah yang ilmiah serta ilahiah dimana tubuh manusia merupakan keterpaduan sistem yang sangat kompleks dan saling berinteraksi satu sama lainnya dengan sangat kompak dan otomatis tergantungnya satu fungsi/ elemen/ unsur tubuh manusia dapat mempengaruhi fungsi yang lainnya. (Uppal E, Davies S, Knowles H, 2014).

Hal yang harus dilakukan untuk mencapai Gentle birth:

- a. Semangat
Kekuatan batin yang mendorong ibu untuk melakukan persalinan normal, dengan semangat yang kuat, ibu dapat menghadapi tantangan dengan penuh keyakinan dan ketabahan
- b. Bersungguh-sungguh dan berkomitmen
Keyakinan/ kesediaan ibu untuk melakukan persalinan normal
- c. Tidak mudah terpengaruh/Fokus
Ibu memiliki kepercayaan diri yang tinggi sehingga tidak mudah terpengaruh terpengaruh orang lain dalam bertindak dan ibu mampu mentukan langkah terbaik untuk dirinya sendiri
- d. Menyatukan antara fisik, pikiran dan jiwa
Tubuh menjaga kesehatan fisik dan kemampuan ibu untuk berfungsi,

pikiran menampung semangat dan motivasi ibu untuk berfungsi, jiwa.

Beberapa hal yang penting dalam Gentle birth yaitu:

- a. Persiapan
- b. Dukungan/ perhatian suami atau keluarga untuk melahirkan secara normal tanpa intervensi
- c. Lingkungan yang meyakinkan dan menenangkan
- d. Suport yang diberikan selama proses persalinan
- e. Kebebasan bergerak dan sleran dengan alam serta memahami tubuh
- f. Percaya akan kekuatan alam
- g. Mencegah intervensi yang tidak diperlukan selamam proses persalinan
- h. Inisiasi menyusui dini dan rawat gabung ibu dan bayi

Beberapa hal yang di perhatikan selama kontraksi:

- a. Fokus rasa nyaman saat uterus berkontraksi
- b. Fokus pada nafas
- c. Hembusan lebih panjang dari tarikan nafas
- d. Selama berkontraksi, buat ibu senyaman mungkin dan releks
- e. Minta ibu untuk menentukan posisi yang nyaman

Analisa Kegiatan yang akan dilaksanakan di fasilitas ini adalah:

- a. Fase I: pemeriksaan kesehamilan, konsultasi, USG, Childbirth Preparation Class Overview

Diawal proses persalinan sebaiknya tidak hanya rebahan saja namun juga gerakkan tubuh Anda. Gantilah posisi setidaknya setiap setengah hingga dua jam sekali. Buatlah ruangan di dalam kamar Anda yang nyaman dan luas untuk bergerak. Anda bisa menggunakan tumpukan selimut dilatai sebagai alas kaki dan tungkai jika Anda ingin jongkok atau untuk alas lutut jika Anda ingin merangkak. Anda bisa menggunakan birthing ball atau beanbag chair untuk bersandar dan untuk menggoyangkan panggul Anda. Ketika kontraksi datang begitu kuat, cobalah untuk mandi air hangat atau sekedar berendam untuk meredahkan ketidaknyamanan yang ada. Berjalan sangat membantu Anda memendekkan fase pertama persalinan karena Anda memanfaatkan gaya gravitasi bumi. Beberapa variasi yang digunakan pada posisi berdiri ini adalah:

- 1) Berdiri

Anda berdiri sambil berpelukan atau memegang bahu dan leher

pasangan Anda sama seperti orang sedang berdansa. Anda juga dapat berdiri memegang suatu benda atau sambil menyenderkan tangan dan kepala di tembok.

2) Berjongkok

Posisi jongkok ini adalah posisi yang paling efektif yang bisa dipakai untuk semua tahap persalinan, baik pada saat awal persalinan maupun pada saat proses mengejan. Namun, yang perlu diperhatikan adalah posisi berjongkok sering membuat Anda cepat lelah jika tidak benar posisinya atau tidak hati-hati. Ketika berjongkok tekanan harus rata di seluruh telapak kaki, jangan hanya di ujung jemari kaki (berjinjit) atau jangan hanya di tungkai saja.

3) Duduk

Duduk dengan tubuh sedikit condong ke depan sangatlah bagus untuk membantu proses persalinan semakin cepat dan lancar. Selain nyaman untuk sang ibu, ternyata posisi ini juga mampu mengoptimalkan posisi janin di dalam kandungan supaya seajar dengan jalan lahir.

4) Berlutut atau Menungging

Posisi ini sering digunakan ibu yang mengalami rasa tidak nyaman di pinggang. Posisi ini sangat membantu mengurangi tekanan di tulang ekor dan pinggang.

5) Tidur miring

Posisi ini juga bisa digunakan untuk istirahat, Anda dapat memiringkan badan ke kanan dan ke kiri.

- b. Fase 2: parenting class, yoga/senam ibu hamil, spa dan pijat ibu hamil, hidroterapi. Pada fase kedua ini Anda harus lebih aktif dan berusaha untuk terhubung dengan tubuh Anda. Karena semakin rileks maka otot di jalan lahir akan lentur dan elastic. Namun, semakin Anda tegang maka proses persalinan akan lebih panjang dan lama.

Beberapa posisi yang dapat Anda lakukan di fase ini antara lain:

- 1) Posisi jongkok yang di sangga/didukung Posisi ini akan membuat diameter dipintu panggul Anda akan semakin lebar. Posisi ini juga membuat tekanan di perineum lebih rata sehingga mengurangi kemungkinan terjadinya robekan pada perineum.
- 2) Posisi berdiri Posisi berdiri saat proses persalinan terkadang membuat seorang ibu merasa lebih nyaman karena otomatis tekanan di tulang ekor.

- c. Fase 3: proses persalinan

D. Perubahan Psikologis Selama Persalinan Dan Dampaknya

Persalinan adalah proses di mana bayi, plasenta, selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup balan (setelah kehamilan 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (Wiknjosastro, 2008) Helen Varney tahun 2007 mengatakan persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan diakhiri dengan kelahiran plasenta.

Peristiwa kelahiran itu bukan hanya merupakan proses murni fisiologis belaka, akan tetapi banyak pula diwaranai komponen-komponen psikologis. Aktivitas melahirkan bayi mi takup bervariasi, dari yang amat mudah dan lancar sampai yang paling sukar, berlangsung mormal ataupun melalui proses yang ahmormal, contohnya dengan secsio ceasaria .

Perubahan psikologis selama persalinan perlu diketahui oleh penolong persalinan dalam melaksanakan tugasnya sebagai pendamping atau penolong persalinan, Perubahan psikologis pada kala satu, beberapa kendaan dapat terjadi pada ibu dalam persalinan, trauma bagi ibu yang pertama kali melahirkan, perubahan-perubahan yang di maksud adalah:

1. Perasaan udak enak,
2. Takut dan ragu-ragu akan persalinan yang di hadapi.
3. Ibu dalam menghadapi persalinan sering memikirkan antara lain apakah persalinan berjalan normal
4. Menganggap persalinan sebagai cobaan.
5. Apakah penolong persalinan dapat sabar dan bijaksana dalam menolongnya.
6. Apakah bayi normal apa tidak.
7. Apakah ia sanggup merawat bayinya.
8. Ibu cemas.

Secara umum, gangguan psikis ini disebabkan faktor :

1. Perubahan hormone Perlu diketahui, ketika mengandung bahkan setelah melahirkan terjadi "fluktuasi" hormonal dalam tubuh. Hal inilah yang antara lain menyebabkan terjadinya gangguan psikologis pada ibu yang baru melahirkan.
2. Kurangnya persiapan mental Kondisi psikis atau mental yang kurang dalam menghadapi berbagai kemungkinan seputar peran ganda merawat bayi, pasangan, dan diri sendiri. Penderitaan fisik dan beban jasmaniah selama berminggu-minggu terakhir masa kehamilan itu

menimbulkan banyak gangguan psikis dan pada akhirnya mereganggkan jalinan hubungan ibu dan anak yang semula tunggal dan harmonis. Maka beban inilah yang menjadi latar belakang dari impuls-impuls emosional yang diwarnai oleh siksa permusuhan terhadap bayinya. Lalu ibu tersebut mengharapkan jika bayi yang dikandungnya untuk segera dikeluarkan dari rahimnya.

Perubahan Psikologis Ibu saat Persalinan :

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 ia ingin berbicara, perlu ditemani, tidak tidur, ingin berjalan-jalan dan menciptakan kontak mata. Pada wanita yang dapat menyadari bahwa proses persalinan adalah hal wajar dan alami akan mudah beradaptasi dengan keadaan tersebut.
2. Fase Aktif : Saat kemajuan persalinan sampai pada waktu kecepatan maksimum rasa khawatir wanita menjadi meningkat. Kontraksi semakin kuat dan frekuensinya lebih sering sehingga wanita tidak dapat mengontrolnya. Pada keadaan ini wanita akan lebih serius. Wanita tersebut menginginkan seseorang untuk mendampinginya karena dia merasa takut tidak mampu beradaptasi dengan kontraksinya.

Secara psikologis, Istri membutuhkan dampingan suami selama proses persalinan. Proses persalinan merupakan masa yang paling berat bagi ibu, dimana ibu membutuhkan dukungan dari berbagai pihak, terutama suami agar dapat menjalani proses persalinan sampai melahirkan dengan aman dan nyaman. Dukungan yang terus menerus dari seorang pendamping persalinan kepada ibu selama proses persalinan dan melahirkan dapat mempermudah proses persalinan dan melahirkan, memberikan rasa nyaman, semangat, membesarakan hati ibu dan meningkatkan rasa percaya diri ibu. serta mengurangi kebutuhan tindakan medis. Dukungan suami dalam proses persalinan merupakan sumber kekuatan bagi ibu yang tidak dapat diberikan oleh tenaga kesehatan. Dukungan suami dapat berupa dorongan, motivasi terhadap istri baik secara moral maupun material serta dukungan fisik, psikologis, emosi, informasi, penilaian dan finansial. Dukungan minimal berupa sentuhan dan kata-kata pujian yang membuat nyaman serta memberi penguatan pada saat proses persalinan berlangsung hasilnya akan mengurangi durasi kelahiran.

Dilaporkan juga bahwa dengan kehadiran suami selama proses persalinan

secara bermakna lama persalinan menjadi lebih pendek. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa kehadiran suami atau anggota keluarga lain yang mendampingi ibu saat bersalin banyak memberi dampak positif bagi ibu khususnya dalam mengurangi kecemasan dan ibu akan menjadi lebih nyaman sehingga mendukung kelancaran proses persalinan. Ketenangan yang seharusnya didapatkan ibu selama persalinan tidak tercapai. Semua ini dapat diatasi dengan menanamkan kepercayaan pada diri ibu dan kepada petugas kesehatan baik dokter maupun bidan agar memberi perawatan selama kehamilan dan memberi perhatian kepada ibu dengan penuh kesabaran.

Kebutuhan Fisik Merupakan berhubungan dengan keadaan jasmani atau fisik seseorang terhadap barang dan jasa. Contoh yang termasuk ke dalam kebutuhan jasmani dalam bentuk barang antara lain pakaian, makanan, minuman, obat-obatan, dan vitamin. Adapun yang yang termasuk ke dalam kebutuhan jasmani dalam bentuk jasa antara lain kebutuhan rekreasi, mendengarkan musik, dan menonton televisi dan bioskop. (Wikipedia.com).

Kebutuhan Psikologis

- a. Kebutuhan Rasa Aman Disebut juga dengan "*safety needs*". Rasa aman dalam bentuk lingkungan psikologis yaitu terbebas dari gangguan dan ancaman serta permasalahan yang dapat mengganggu ketenangan hidup seseorang.
- b. Kebutuhan akan Rasa Cinta dan memiliki atau Kebutuhan Social Disebut juga dengan "*love and belongingness needs*". Pemenuhan kebutuhan ini cenderung pada terciptanya hubungan social yang harmonis dan kepemilikan.
- c. Kebutuhan Harga diri Disebut juga dengan "*self esteem needs*". Setiap manusia membutuhkan pengakuan secara layak atas keberadaannya bagi orang lain. Hak dan martabatnya sebagai manusia tidak dilecehkan oleh orang lain, bilamana terjadi pelecehan harga diri maka setiap orang akan marah atau tersinggung.
- d. Kebutuhan Aktualisasi Diri Disebut juga "*self actualization needs*". Setiap orang memiliki potensi dan itu perlu pengembangan dan pengaktualisasian. Orang akan menjadi puas dan bahagia bilamana dapat mewujudkan peran dan tanggungjawab dengan baik.

Perubahan Psikologis Masa Persalinan

Pada ibu hamil banyak terjadi perubahan, baik fisik maupun psikologis. Perubahan psikologis selama persalinan perlu diketahui oleh

penolong persalinan dalam melaksanakan tugasnya sebagai pendamping atau penolong persalinan. Perubahan psikologis pada kala satu. Beberapa keadaan dapat terjadi pada ibu dalam persalinan, terutama pada ibu yang pertama kali melahirkan sebagai berikut:

- a. Perasaan tidak enak
- b. Takut dan ragu akan persalinan yang akan dihadapi
- c. Sering memikirkan antara lain apakah persalinan berjalan normal
- d. Menganggap persalinan sebagai percobaan
- e. Apakah penolong persalinan dapat sabar dan bijaksana dalam menolongnya
- f. Apakah bayinya normal apa tidak
- g. Apakah ia sanggup merawat bayinya
- h. Ibu merasa cemas

Masalah psikologis yang mungkin terjadi :

- a. Kecemasan menghadapi persalinan, intervensinya: kaji penyebab kecemasan, orientasikan ibu terhadap lingkungan , pantau tanda vital (tekanan darah dan nadi), ajarkan teknik2 relaksasi, pengaturan nafas untuk memfasilitasi rasa nyeri akibat kontraksi uterus
- b. Kurang pengetahuan tentang proses persalinan. intervensinya: kaji tingkat pengetahuan, beri informasi tentang proses persalinan dan pertolongan persalinan yang akan dilakukan, informed consent.
- c. Kemampuan mengontrol diri menurun (pada kala I fase aktif) intervensinya: berikan support emosi dan fisik, libatkan keluarga (suami) untuk selalu mendampingi selama proses persalinan berlangsung
- d. Timbulnya rasa jengkel tidak nyaman, badan selalu kegerahan, tidak sabaran
- e. Sikap bermusuhan terhadap bayi.
- f. Munculnya ketakutan menghadapi nyeri persalinan resiko saat melahirkan
- g. Adanya harapan-hrapan terhadap jenis kelamin bayi yang akan dilahirkan
- h. Kegelisahan dan ketakutan menjelang kelahiran bayi
 - 1) Takut mati,
 - 2) Trauma kelahiran.
 - 3) Perasaan bersalah
 - 4) Ketakutan inriil (takut cacat, bayi bernasib buruk, beban hidup semakin berat dengan hadirnya bayi, takut kehilangan bayi).

Perubahan Psikologi Pada Ibu Bersalin Menurut Varney (2006) :

- a. Pengalaman sebelumnya Fokus wanita adalah pada dirinya sendiri dan fokus pada dirinya sendiri ini timbul ambivalensi mengenai kehamilan seiring usahanya menghadapi pengalaman yang buruk yang pernah ia alami sebelumnya, efek kehamilan terhadap kehidupannya kelak, tanggung jawab, yang baru atau tambahan yang akan di tanggungnya, kecemasan yang berhubungan dengan kemampuannya untuk menjadi seorang ibu.
- b. Kesiapan emosi Tingkat emosi pada ibu bersalin cenderung kurang bias terkendali yang di akibatkan oleh perubahan - perubahan yang terjadi pada dirinya sendiri serta pengaruh dari orang - orang terdekatnya, ibu bersalin biasanya lebih sensitive terhadap semua hal. Untuk dapat lebih tenang dan terkendali biasanya lebih sering bersosialisasi dengan sesama ibu -ibu hamil lainnya untuk saling tukar pengalaman dan pendapat.
- c. Persiapan menghadapi persalinan (fisik, mental, materi dsb) Biasanya ibu bersalin cenderung mengalami kekhawatiran menghadapi persalinan, antara lain dari segi materi apakah sudah siap untuk menghadapi kebutuhan dan penambahan tanggung jawab yang baru dengan adnya calon bayi yang akan lahir. Dari segi fisik dan mental yang berhubungan dengan risiko keselamatan ibu itu sendiri maupun bayi yang di kandungnya.

Support system Peran serta orang - orang terdekat dan di cintai sangat besar pengaruhnya terhadap psikologi ibu bersalin biasanya sangat akan membutuhkan dorongan dan kasih saying yang lebih dari seseorang yang di cintai untuk membantu kelancaran dan jiwa ibu itu sendiri.

BAB 4

PERSALINAN

A. Faktor 5 P Dalam Persalinan

1. Passage

Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013: 4), jalan lahir terbagi atas dua, yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak. Jalan lahir keras yaitu sebagai berikut

- a. Dua os coxae (disebut juga tulang innominata)
 - 1) Tulang usus (os ilium)
 - 2) Tulang duduk (os ischium)
 - 3) Tulang kemaluan (os pubis)
- b. Os Sacrum Berbentuk segitiga dengan lebar di bagian atas dan mengecil di bagian bawahnya.
- c. Os Coccygis

Berbentuk segitiga dengan ruas 3-5 buah dan bersatu, pada saat persalinan, tulang tungging dapat didorong ke belakang sehingga memperluas jalan lahir.

Jalan lahir yang tidak terdapat hambatan yang berat sehingga bisa dapat mengatasinya dengan baik, jalan lahir yang terdiri atas panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitu. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku, oleh karena itu ukuran panggul dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai.

Disamping kontraksi dominan di daerah fundus, pada kala I persalinan menyebabkan terjadinya pembukaan secara pasif mulut rahim, mendorong bagian janin terendah menuju jalan lahir, sehingga ikut aktif membuka mulut rahim. Peran obstetrik utama dasar panggul yang berbentuk selokan ini pada pelahiran adalah untuk menyegarkan sutura sagitalis kepala yang sedang turun dengan diameter antero-posterior pintu bawah panggul. Bagian terendah kepala janin menyentuh dasar panggul dan bergeser ke depan. Bagian ini adalah oksiput pada posisi fleksi yang benar, atau sinsiput pada kepala dalam keadaan defleksi

dengan posisi oksipitoposterior (Manuaba; 2012).

Hasil peneliti Tanjung (20220 membuktikan bahwa jalan lahir berhubungan dengan kontraksi uterus yang kuat. Jalan lahir yang baik yaitu jika pada posisi jalan lahir terada bagian keras tulang panggul, dan bagian lunak: otot-otot, jaringan dan ligamen, hampir semua ibu bersalin dengan jalan lahir baik dan kontraksi uterusnya kuat walaupun masih ada ibu bersalin dengan jalan lahir kurang baik, dan kontraksi uterusnya juga tidak baik.

Jalan lahir dalam persalinan dapat di pengaruhi oleh:

1. Tulang Panggul

Tulang merupakan sebuah material komposit yang terdiri dari kolagen yang diperkuat oleh Kristal hidroksiapatit. Tulang terdiri dari suatu struktur selular yang berpori (Tulang ringan/tulang kanseolus) yang diselebungi suatu kulit yang lebih padat. Sifat mekanik tulang berupa porositas dan kerapatananya bervariasi dan bergantung pada lokasi, pembebanan di daerah tersebut. Kerapatan menentukan kekuatan dan kelakuan tulang yang tumbuh berkembang untuk menahan beban tubuh yang ada. Beban yang terdapat pada tulang panggul bersifat dinamis. Beban dari gaya otot yang bekerja pada tulang panggul ketika bergerak kadang melebihi berat badan seseorang. Pada dasarnya, ada dua macam gaya, yaitu bending forces dan twisting force, Michael et.al (2017).

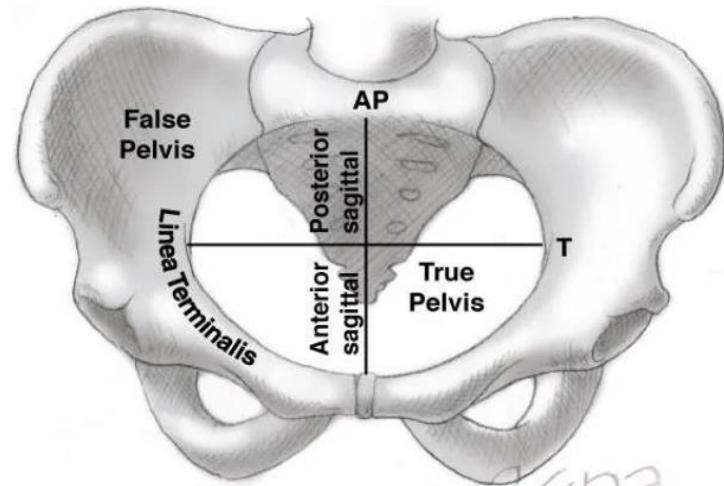
Tulang panggul merupakan salah satu tulang yang berperan penting dalam tubuh manusia dimana tulang panggul terletak di bagian bawah perut dan antara kedua tulang pinggul. Tulang ini berfungsi sebagai penyanga dan melindungi berbagai organ dalam sistem pencernaan dan reproduksi. Dhaneswara (2016).

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

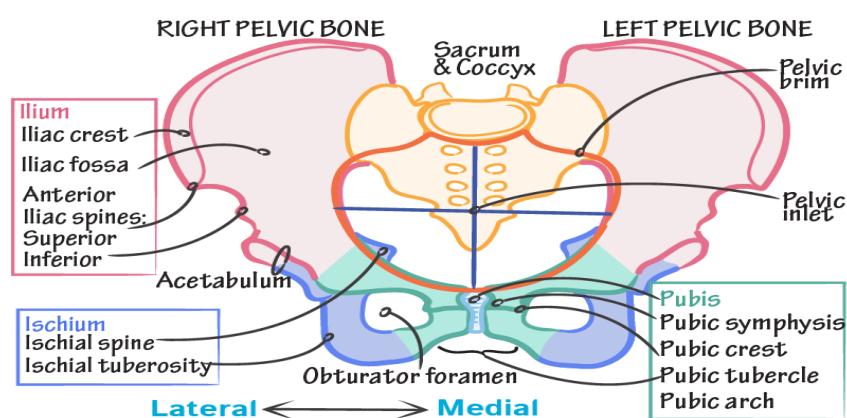
Pelvis (panggul) tersusun atas empat tulang: sakrum, koksigis, dan dua tulang inominata yang terbentuk oleh fusi ilium, iskium, dan

pubis. Tulang-tulang inominata bersendi dengan sakrum pada sinkondrosis sakroiliaka dan bersendi dengan tulang inominata sebelahnya di simfisis pubis (Cunningham, et al, 2014). Panggul dibagi menjadi dua regio oleh bidang imajiner yang ditarik dari promontorium sakrum ke pinggir atas simfisis pubis, yaitu:

- Panggul palsu Terletak di atas bidang, berfungsi untuk menyokong intestinum.
- Panggul sejati Terletak di bawah bidang, memiliki dua bukaan yaitu: arertura pelvis superior (pintu atas panggul) dan arertura pelvis inferior (pintu bawah panggul) (Baun, 2005). Selama proses kelahiran per vaginam, bayi harus dapat melewati kedua pembukaan panggul sejati ini (Amatsu Therapy Association and Amatsu Association of Ireland, 2006).



Gambar 4.1 Panggul Wanita Dewasa
Digambarkan diameter anteroposterior (AP) dan Transversal (T)



Gambar 4.2 Pelvis Anterior

2. Bidang Diameter Panggul

Panggul memiliki empat bidang imajiner:

- a. Bidang Pintu Atas Panggul Apertura Pelvis Superior.

Bentuk pintu atas panggul wanita cendrung lebih bulat sedangkan pada cendrung lebih lonjong. Terdapat empat diameter pintu atas panggul yang biasa digunakan yaitu :

- 1) Diameter anteroposterior (konjugata vera)

Jarak pinggir atas simfisis ke promontorium

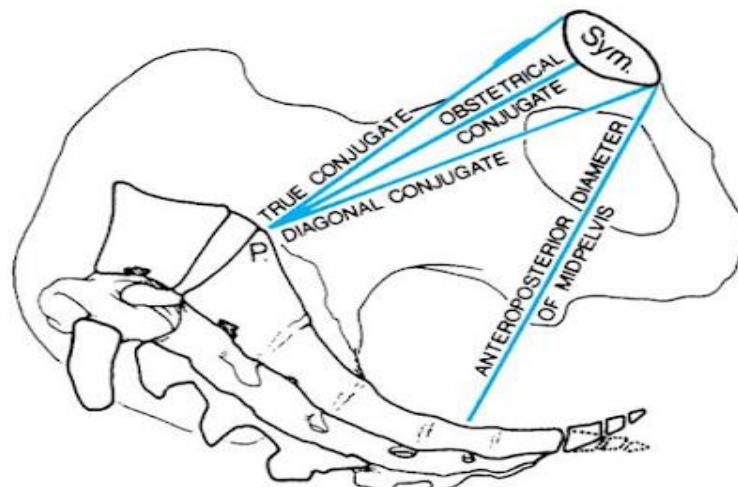
- 2) Konjugata obstetrik

Jarak dari bagian tengah simfisis pubis (*pubic symphysis*) sampai ke promontorium sakral (*sacral promontory*).

- 3) Konjugata diagonalis

Jarak dari bagian bawah simfisis pubis sampai ke promontorium sakral.

Cara mengukur konjugata diagonalis adalah jari tengah dan telunjuk tangan kanan dimasukkan ke dalam vagina untuk meraba promontorium. Jari telunjuk tangan kiri menandai sejauh mana masuk tangan kanan dan kemudian diukur dengan penggaris saat tangan dikeluarkan. Ukuran konjugata vera didapatkan dari konjugata diagonalis dikurangi 1,5 cm, sedangkan ukuran konjugata obstetric tidak jauh berbeda dari konjugata vera.



Gambar 4.3

Gambar diameter anteroposterior pintu atas panggul: konjugata vera, konjugata obstetris dan konjugata diagonalis
P = promontorium sakrum; Sym= simfisis pubis. Sumber: Cunningham, et al (2014)

Panggul tersebut sempit apabila ukurannya 1-2 cm kurang dari ukuran yang normal. Kesempitan panggul bisa pada pintu atas panggul, ruang tengah panggul, pintu bawah panggul atau kombinasi ketiganya. Kesempitan pintu atas panggul (*pelvic inlet*): Konjugata diagonal (KD) kurang 11,5 cm. Konjugata vera (KV) 10 cm.

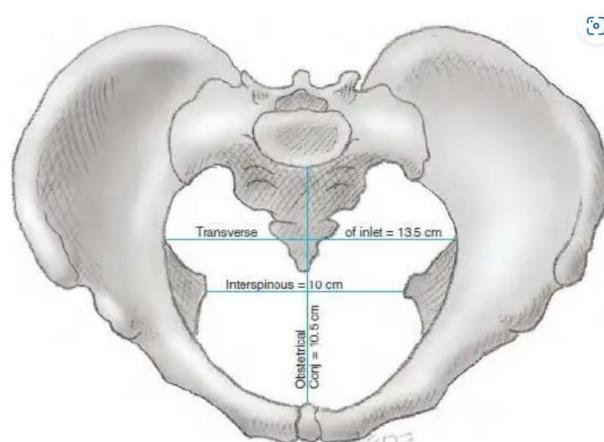
Pembagian tingkatan panggul sempit:

- 1) Tingkat I : KV 9-10 cm = borderline
- 2) Tingkat II : KV 8-9 cm = relatif
- 3) Tingkat III : KV 6-8 cm = ekstrim
- 4) Tingkat IV : KV 6 cm = mutlak

b. Bidang Panggul Tengah (Dimensi Panggul Terkecil)

Bidang luas panggul terbentang antara symphysis, pertengahan acetabulum, dan pertemuan antara ruas sacral II dan III. Bidang sempit panggul terdapat setinggi pinggir bawah symphysis, kedua spina ischiadika dan memotong sacrum + 1-2 cm diatas ujung sacrum

Panggul tengah diukur setinggi spina ischiadika, atau bidang dimensi panggul terkecil. Memiliki makna khusus setelah engagement kepala janin pada partus macet. Diameter interspinosus, berukuran 10 cm atau sedikit lebih besar, biasanya merupakan diameter pelvis terkecil. Diameter anteroposterior setinggi spina ischiadika normal berukuran paling kecil 11,5 cm.



Gambar 4.4

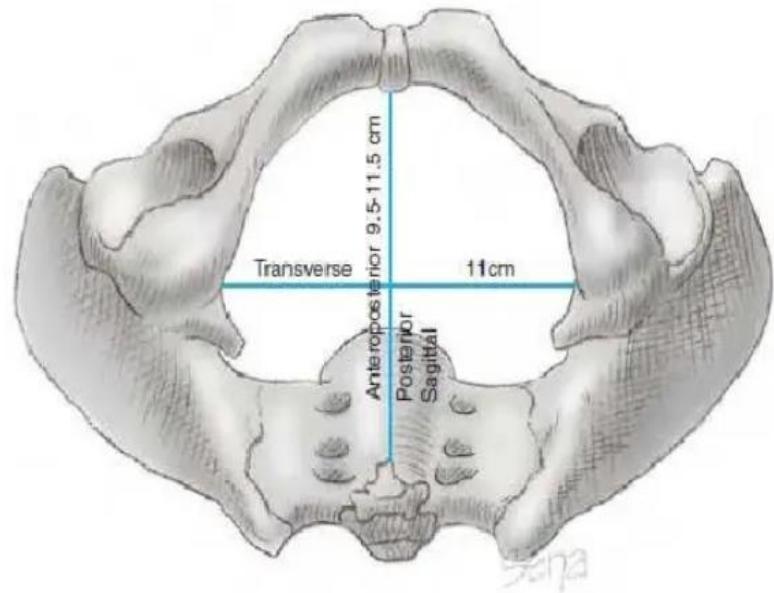
Gambar diameter Panggul wanita dewasa, diameter anteroposterior dan transversal pintu atas panggul serta

diameter transversal (interspinous) panggul tengah. Sumber: Cunningham et al. Williams Obstetrics, 23rd ed

c. Pintu Bawah Panggul Atau Disebut Pelvic Outlet

Pintu bawah panggul bukan suatu bidang, tetapi terdiri dari dua segitiga dengan dasar yang sama, ialah garis yang menghubungkan kedua tuber ischiadicum kiri dan kanan. Puncak dari segitiga yang belakang adalah ujung os sacrum, sisinya ialah ligamentum sacro tuberosum kiri dan kanan. Segitiga depan dibatasi oleh arcus pubis.

Pintu bawah panggul terdiri dari dua daerah yang menyerupai segitiga. Area-area ini memiliki dasar yang sama yaitu garis yang ditarik antara dua tuberositas iskium. Apeks dari segitiga posteriornya berada di ujung sakrum dan batas lateralnya adalah ligamentum sakroischiadika dan tuberositas iskium. Segitiga anterior dibentuk oleh area di bawah arkus pubis. Tiga diameter pintu bawah panggul yang biasa digunakan yaitu: anteroposterior, transversal, dan sagital posterior.



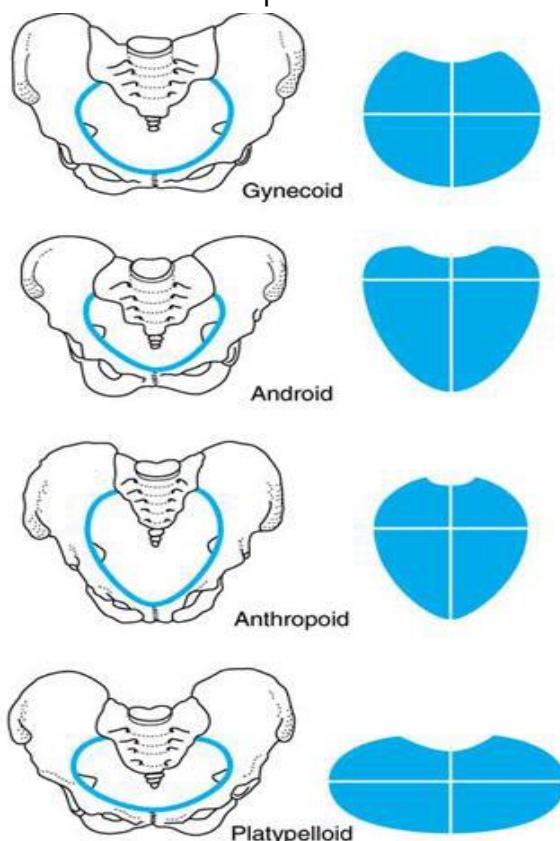
Gambar 4.5 Pintu Bawah Panggul

3. Bentuk Panggul

Menurut *Caldwell-Moloy* panggul terdiri dari:

- Jenis ginekoid: ditemukan pada 45% wanita. Panjang diameter anteroposterior hamper sama dengan transversa

- b) Jenis android: Bentuk PAP hamper segitiga. Pada umumnya pada pria. Diameter anteroposterior hamper sama panjangnya dengan diameter tranversa, tetapi diamete: tranversa dekat dengan sacrum. Bagian dorsal PAP gepeng, bagian ventral menyempit kemuka. Ditemukan pada 15% wanita
- c) Jenis anthropoid: bentuk PAP agak lonjong seperti telur, ditemukan pada 35% wanita. Jenis panggul ini diameter anteroposterior lebih besar daripada diameter tranversa
- d) Jenis platipelloid: ditemukan pada 5% wanita diameter transversal lebih besar dari pada diameter anteroposterior.



Gambar 4.6 Bentuk-Bentuk Panggul

Karakter segmen posterior menentukan tipe panggulnya, dan karakter segmen anterior menentukan kecenderungannya. Kedua hal ini ditentukan karena kebanyakan panggul bukan merupakan tipe murni, melainkan campuran, misalnya, panggul ginekoid dengan kecenderungan android berarti panggul posteriornya berbentuk ginekoid dan panggul anteriornya berbentuk android. (Cunningham, et al. 2014)

4. Penggeseran Organ Dasar Panggul

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang vagina). Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya dengan jalan lahir yang relatif kaku. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai. Tulang panggul dibentuk oleh gabungan tulang ilium, tulang iskium, tulang pubis, dan tulang-tulang sakrum.

Panggul memiliki empat bidang yang menjadi ciri khas dari jalan lahir yakni pintu atas panggul (PAP), bidang terluas panggul, bidang ter sempit panggul, dan pintu bawah panggul. Jalan lahir merupakan corong yang melengkung ke depan panjangnya 4,5 cm dan belakang 12,5 cm. Pintu atas panggul menjadi pintu bawah panggul seolah-olah berputar 90 derajat terjadi pada bidang ter sempit panggul. Pintu bawah panggul bukan merupakan satu bidang tetapi dua bidang segitiga.

Pintu atas panggul (PAP) merupakan bagian dari pelvis minor yang terbentuk dari promontorium, tulang sakrii, linea terminalis, dan pinggir atas simfisis. Jarak antara simfisis dan promontorium sekitar 11 cm. Yang disebut konjungata vera. Jarak terjauh garis melintang pada PAP adalah 12,5 sampai 13 cm yang disebut diameter transvera. Bidang dengan ukuran terbesar atau bidang terluas panggul merupakan bagian yang terluas dan berbentuk seperti lingkaran. Bidang ini memiliki batas anterior yakni pada titik tengah permukaan belakang tulang pubis. Pada lateral sepertiga bagian atas dan tengah foramen obturatorium, sedangkan batas posterior pada hubungan antara vertebra sakralis kedua dan ketiga.

Bidang dengan ukuran terkecil atau bidang ter sempit panggul merupakan bidang terpenting dalam panggul yang memiliki ruang yang paling sempit dan di tempat ini paling sering terjadi macetnya persalinan. Bidang ini terbentang dari apeks sampai arkus subpubis melalui spina ichiadika ke sakrum, biasanya dekat dengan perhubungan antara vertebra sakralis ke 4 dan ke 5. Bidang ter sempit panggul memiliki batas-batas yakni pada tepi bawah simfisis pubis, garis putih pada fasia yang menutupi foramen obturatorium, spina ischiadika, ligamentum sacrospinous, dan tulang sakrum. Pintu bawah panggul ialah batas bawah panggul sejati. Dilihat dari bawah, struktur ini berbentuk lonjong, seperti intan, di bagian anterior

dibatasi oleh lengkung pubis, di bagian lateral dibatasi oleh tuberositas isikum, dan dibagian posterior dibatasi oleh ujung koksigeum.

a. Ekspulsi janin

Ada beberapa gerakan yang terjadi pada ekspulsi janin, yaitu sebagai berikut:

a) Floating

Floating yaitu kepala janin belum masuk pintu atas panggul. Primigravida, floating biasa terjadi pada saat usia kehamilan 28 minggu sampai 36 minggu, namun pada multigravida dapat terjadi pada kehamilan atemn atau bahkan saat persalinan (Erawati, 2011).

b) Engagement

Engagement yaitu kepala janin sudah masuk pintu atas panggul. Posisi kepala saat masuk pintu atas panggul dapat berupa sinklitisme atau asinklitisme. Sinklitisme yaitu sutura sagitalis janin dalam posisi sejajar dengan sumbu panggul ibu. Asinklitisme yaitu sutura sagitalis janin tidak sejajar dengan sumbu panggul ibu. Asinklitisme dapat anterior atau posterior (Erawati, 2011).

c) Putaran paksi dalam

Putaran paksi dalam terjadi karena kepala janin menyesuaikan dengan pintu tengah panggul. Sutura sagitalis yang semula melintang menjadi posisi anterior posterior (Erawati, 2011).

d) Ekstensi

Ekstensi dalam proses persalinan ini yaitu kepala janin menyesuaikan pintu bawah panggul ketika kepala dalam posisi ekstensi karena di pintu bawah panggul bagian bawah terdapat os pubis. Dengan adanya kontraksi persalinan, kepala janin ter dorong ke bawah dan tertahan oleh os sakrum sehingga kepala dalam posisi ekstensi (Erawati, 2011).

e) Putaran paksi luar

Putaran paksi luar terjadi pada saat persalinan yaitu kepala janin sudah keluar dari panggul. Kepala janin menyesuaikan bahunya yang mulai masuk pintu atas panggul dengan menghadap ke arah paha ibu (Erawati, 2011).

5. Posisi Ergonomik Untuk Ibu Bersalin

Standar prosedur Asuhan Persalinan Normal, pada saat proses persalinan dalam memimpin meneran, bidan membantu ibu mengambil posisi yang nyaman. Persalinan merupakan proses yang normal, alami dan suatu proses dinamis dan interaktif. Ibu memiliki hak untuk melahirkan dengan SC. Persalinan aman dapat terjadi di rumah, klinik bersalin dan rumah sakit. Setiap tindakan yang dilakukan bidan harus berdasarkan evidence based dan kebutuhan pasien serta menyadari bahwa persalinan yang dilaluinya adalah fisiologis.

Pemilihan posisi bersalinan selain posisi terlentang bisa juga berjalan, berdiri, duduk, berlutut, berjongkok atau posisi lainnya sangat bermanfaat selama persalinan dan kelahiran. Ketika ibu telah memilih posisi yang nyaman menurutnya maka bidan harus menjelaskan kelebihan dan kekurangan dari posisi tersebut. Bidan juga diperbolehkan untuk memberikan pilihan posisi persalinan yang lebih efektif untuk meningkatkan kemajuan persalinan. Bidan memberikan dukungan emosional dan fisik selama persalinan agar ibu merasa aman dan nyaman. Selama memberikan asuhan kebidanan khususnya dalam pemilihan posisi persalinan harus tetap dalam batas kewenangan dan standar profesi bidan, dan mengutamakan keselamatan ibu dan bayi atau janin. Posisi persalinan yang baik yaitu tidak menimbulkan cedera bagi ibu dan bayi.

Penjelasan posisi bersalin sebaiknya diberikan sebelum memasuki masa persalinan supaya ibu lebih mudah memahami dan dapat menentukan pilihan dengan pertimbangan yang telah dipikirkan, dan harus didukung oleh suami atau keluarga. Penjelasan ini juga harus diberikan kepada suami atau keluarga agar membantu ibu dalam menentukan posisi yang nyaman selama persalinan. Selama proses persalinan berlangsung bidan terus memantau kemajuan persalinan salah satunya untuk melihat keefektifan pilihan posisi persalinan oleh ibu.

Pada proses melahirkan secara normal, pada umumnya posisi yang sering digunakan adalah posisi berbaring (Litotomi) atau setengah duduk. Tidak ada posisi melahirkan yang paling baik, posisi yang paling baik adalah posisi dimana seorang ibu merasakan nyaman (Farida,2008). Posisi berbaring (Litotomi) adalah suatu posisi melahirkan dimana seorang ibu berbaring di atas tempat tidur, dan

menggantungkan bctisnya pada penopang yang biasanya ada pada tempat tidur obstetri. Kelebihan dari posisi ini adalah bidan dapat mengukur perkembangan proses melahirkan. Namun kekurangan dari posisi ini adalah membuat ibu sulit untuk mengejan, hal ini dikarenakan gaya berat tubuh ibu sejajar dengan posisi bayi.

2. Passenger

Passanger adalah cara penumpang atau janin bergerak di sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yaitu ukuran kepala janin, persentasi, letak, sikap dan posisi janin (Rohani, 2011). Janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor yakni kepala janin, presentasi, leak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta harus melewati jalan lahir, maka dia dianggap sebagai bagian dari passenger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan normal (Sumarah, 2013). Cara penumpang atau janin bergerak di sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yaitu ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin. Plasenta juga harus melalui jalan lahir sehingga dapat juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin.

Presentasi digunakan untuk menentukan bagian janin yang ada di bagian bawah rahim. Sedangkan untuk bagian terbawah janin, hampir sama dengan presentasi hanya diperjelas istilahnya. Sikap fleksi menyeluruh pada janin dan terutama fleksi pada kepala, bersama kontraksi uterus yang efisien akan menghasilkan hubungan mekanis yang lebih baik dengan panggul (Yeyeh, 2013).

Hasil penelitian tanjung (2022) bahwa sebagian besar letak janin atau posisi janin dan letak plasenta dalam posisi normal sehingga akan meningkatkan kontraksi uterus yang dapat mempercepat proses persalinan kala II. Letak dalam uterus sangat penting dalam diagnosa persalinan. Beberapa letak seperti lintang dan letak dahi tidak dapat lahir spontan, jika tidak diperbaiki maka berbahaya bagi ibu maupun janin.

a. Power

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament. Kekuatan primer yang diperlukan dalam persalinan adalah his, sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah tenaga meneran ibu.

Power utama pada persalinan adalah tenaga atau kekuatan yang dihasilkan oleh his atau kontraksi dan retraksi otot rahim, kontraksi otot-

otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligamen, dengan kerjasama yang baik dan sempurna. Kekuatan yang mendorong janin keluar (power) terdiri dari (Hidayat, 2009) :

- 1) His (kontraksi otot uterus) yaitu kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Pada waktu kontraksi otot-otot rahim menguncup sehingga menjadi tebal dan lebih pendek. Kavum uteri menjadi lebih kecil serta mendorong janin dan kantung amneon ke arah segmen bawah rahim dan serviks.
- 2) Kontraksi otot-otot dinding perut.
- 3) Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan,
- 4) Ketegangan dan ligamentous action terutama ligamentum rotundum

Berdasarkan hasil penelitian Tanjung (2022) menyatakan bahwa power atau kekuatan ibu bersalin berhubungan dengan terjadinya kontraksi uterus dan hal tersebut menunjukkan bahwa ibu mampu meneran atau mengedan sesuai dengan anjuran bidan. Power yang baik saat mengedan akan meningkatkan kontraksi uterus dan dapat mempercepat proses persalinan, sedangkan jika power ibu tidak baik saat mengedan maka hal tersebut dapat memperlama proses persalinan terutama pada kala II. Masih ada power ibu yang tidak baik disebabkan ibu kesulitan untuk mengikuti anjuran dokter karena kurang berpengalaman atau baru pertama kali melahirkan.

b. Psikis (Psikologi)

Perasaan positif ini berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas "kewanitaan sejati" yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan atau memproduksi anak. Khususnya rasa lega itu berlangsung bila kehamilannya mengalami perpanjangan waktu, mereka seolah-olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu "keadaan yang belum pasti" sekarang menjadi hal yang nyata.

Perasaan positif berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas "kewanitaan sejati" yaitu munculnya rasa bangga bias melahirkan atau memproduksi anaknya. Mereka seolah-olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu "keadaan yang belum pasti" sekarang menjadi hal yang nyata (Ilmiah Shofa Widia, 2015).

Perubahan psikologis dan perilaku ibu, terutama yang terjadi selama fase laten, aktif, dan transisi pada kala 1 persalinan memiliki karakteristik masing-masing. Sebagian besar ibu hamil yang memasuki masa persalinan akan merasa takut. Apalagi untuk seorang primigravida yang pertama kali beradaptasi dengan ruang bersalin. Hal ini harus disadari dan tidak boleh diremehkan oleh petugas kesehatan yang akan memberikan pertolongan persalinan (Hidayat, 2013).

Ibu yang memiliki masalah dengan psikologisnya seperti rasa cemas yang dihadapinya maka akan mengalami kontraksi yang lemah dan sedang, sedangkan jika psikologis ibu saat bersalin baik maka kontraksi uterus akan kuat. Adanya masalah psikologis pada ibu bersalin akan mempengaruhi kontraksi uterus ibu bersalin yang menjadi lemah dan akan memperlambat proses persalinan.

c. Penolong

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin, dalam hal ini tergantung dari kemampuan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan. Penolong adalah Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin, dalam hal ini tergantung dari kemampuan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan (Rohani, 2011).

Bidan mempunyai tanggungjawab yang besar dalam proses persalinan. Kompetensi yang dimiliki penolong sangat bermanfaat untuk memperlancar proses persalinan dan mencegah kematian maternal dan neonatal. Dengan pengetahuan dan kompetensi yang baik diharapkan kesalahan atau malpraktik dalam memberikan asuhan tidak terjadi. Tidak hanya aspek tindakan yang diberikan, tetapi aspek konseling dan pemberian informasi yang jelas dibutuhkan oleh ibu bersalin untuk mengurangi tingkat kecemasan ibu dan keluarga (Asrinah, 2013).

Ibu bersalin yang percaya terhadap bidan penolongnya maka akan meningkatkan rasa percaya diri dalam menghadapi persalinan dan lebih siap sehingga kontraksi uterusnya juga menjadi kuat. Sebaliknya, jika ibu tidak percaya dengan bidan sebagai penolongnya maka akan timbul kecemasan yang berlebihan sehingga akan mengganggu kontraksi uterus yang melemah.

B. Mempertahankan Kenyamanan dan Manajemen Nyeri

1. Fisiologi Nyeri Persalinan

Maryunani (2010), dalam Andarmoyo, (2013), menjelaskan bahwa fisiologis nyeri persalinan terbagi sesuai tahap persalinan, yaitu:

a. Persalinan kala I

Nyeri pada kala I ditimbulkan oleh stimulus yang dihantarkan melalui saraf pada leher rahim (serviks) dan rahim/uterus bagian bawah. Nyeri ini timbul dari uterus dan adnexa saat berkontraksi, hal ini adakah nyeri visceral yang dialami. Intensitas nyeri berhubungan dengan kekuatan kontraksi dan tekanan yang ditimbulkan. Nyeri akan bertambah dengan adanya kontraksi isometric pada uterus yang melawan hambatan oleh leher rahim/uterus dan perineum. Selama persalinan bilamana serviks uteri/leher rahim dilatasi sangat lambat atau bilamana posisi fetus (janin) abnormal menimbulkan distorsi mekanik, kontraksi kuat disertai nyeri hebat. Hal ini karena uterus berkontraksi isomatik melawan obstruksi. Kontraksi uterus yang kuat merupakan sumber nyeri yang kuat.

b. Persalinan kala II

Selama persalinan kala II, pada saat serviks uteri/leher rahim dilatasi penuh, stimulasi nyeri berlangsung terus dari kontraksi badan rahim (orpus uteri) dan distensi segmen bawah rahim. Terjadi peningkatan secara progresif tekanan oleh fetus terhadap struktur di pelvis, dan menimbulkan peningkatan nyeri somatic, dengan regangan dan robekan fascia (aringan pembungkus otot) dan jaringan subkutan jalan lahir bagian bawah, distensi perineum, dan tekanan pada otot lurik perineum.

2. Pendekatan Farmakologi dan Non Farmakologi untuk Mempertahankan Kenyamanan dan Manajemen Nyeri

a. Manajemen Nyeri Farmakologi

Menghilangkan nyeri dengan pemberian obat-obatan pereda nyeri. Penggunaan pada nyeri sangat hebat dan berlangsung berjam-jam atau hingga berhari-hari. Obat-obatan yang digunakan jenis analgesik. Menurut Smeltzer & Bare (2013) terdapat tiga jenis analgesik, yaitu:

- 1) Non-narkotik dan anti inflamasi non-steroid (NSAID): dapat digunakan untuk nyeri ringan hingga sedang. Obat ini tidak menimbulkan depresi pernapasan.

- 2) Analgesik narkotik atau opioid: diperuntukkan nyeri sedang hingga berat, misalnya pasca operasi. Efek samping obat ini menimbulkan depresi pernapasan, efek sedasi, konstipasi, mual, dan muntah.
- 3) Obat tambahan atau adjuvant (koanalgesik): obat dalam jenis sedatif, anti cemas, dan pelemas otot. Obat ini dapat meningkatkan kontrol nyeri dan menghilangkan gejala penyertanya.

Obat golongan NSAID, golongan kortikosteroid sintetik, golongan opioid memiliki onset sekitar 10 menit dengan maksimum analgesik tercapai dalam 1-2 jam. Durasi kerja sekitar 6-8 jam (Permata, 2014).

b. Manajemen Nyeri non-Farmakologi

Menurut Smeltzer & Bare (2013) ada beberapa tindakan non-farmakologi yang dapat dilakukan secara mandiri oleh perawat, yaitu:

1) Stimulasi dan Masase Kutaneus

Masase merupakan stimulasi kutaneus tubuh secara umum yang dipusatkan pada punggung dan tubuh. Masase dapat mengurangi nyeri karena membuat pasien lebih nyaman akibat relaksasi otot.

2) Kompres Dingin dan Hangat

Kompres dingin menurunkan produksi prostaglandin sehingga reseptor nyeri lebih tahan terhadap rangsang nyeri dan menghambat proses inflamasi. Kompres hangat berdampak pada peningkatan aliran darah sehingga menurunkan nyeri dan mempercepat penyembuhan. Kedua kompres ini digunakan secara hati-hati agar tidak terjadi cedera.

3) *Transcutaneus Electric Nerve Stimulation* (TENS)

TENS dapat digunakan untuk nyeri akut dan nyeri kronis. TENS dipasang di kulit menghasilkan sensasi kesemutan, menggetar, atau mendengung pada area nyeri. Unit TENS dijalankan menggunakan baterai dan dipasangi elektroda.

4) Distraksi

Pasien akan dialihkan fokus perhatiannya agar tidak memperhatikan sensasi nyeri. Individu yang tidak menghiraukan nyeri akan lebih tidak terganggu dan tahan menghadapi rasa nyeri. Penelitian Fadli (2017) memaparkan bahwa ada pengaruh distraksi pendengaran terhadap intensitas nyeri pada klien fraktur.

Terdapat penurunan skor nyeri setelah diberikan terapi distraksi pendengaran.

5) Teknik Relaksasi

Relaksasi dapat berupa napas dalam dengan cara menarik dan menghembuskan napas secara teratur. Teknik ini dapat menurunkan ketegangan otot yang menunjang rasa nyeri. Penelitian Aini (2018) menunjukkan ada pengaruh teknik relaksasi napas dalam terhadap penurunan nyeri pada pasien fraktur.

6) Imajinasi Terbimbing

Pasien akan dibimbing dan diarahkan untuk menggunakan imajinasi yang positif. Dikombinasikan dengan relaksasi dan menggunakan suatu gambaran kenyamanan dapat mengalihkan perhatian terhadap nyeri.

7) Terapi Musik

Pengaruh signifikan pemberian musik instrumental terhadap penurunan skala nyeri pasien pra operasi fraktur. Musik instrumental dapat memberikan ketenangan pada pasien. Pemberian musik dapat mengalihkan perhatian pasien dan menurunkan tingkat nyeri yang dialami (Novitasari, 2019).

3. Anastesi Lokal dan Analgesik

a. Anastesi Lokal

1) Definisi Anestesi lokal

Anestesi lokal merupakan tindakan memanfaatkan obat bius yang cara kerjanya hanya menghilangkan rasa di area tertentu yang akan dilakukan tindakan (Saprol, 2010). Anestesi lokal dapat menyebabkan hilangnya rasa sakit tanpa disertai hilangnya kesadaran. Anestesi lokal merupakan obat yang menghambat hantaran saraf bila dikenakan secara lokal pada jaringan saraf dengan kadar yang cukup (Kusumah, 2011)

2) Mekanisme Anastesi Lokal

Anestesi lokal masuk kedalam tubuh berikatan dengan reseptor maka kanal Na^+ terblok sehingga menyebabkan perpindahan sodium yang mengakibatkan sodium dalam tubuh berkurang maka kecepatan depolarisasi membran ikut turun dengan begitu tidak terbentuk potensial aksi sepenuhnya. Transduksi nyeri yang membentuk sebuah modulasi nyeri tidak maksimal. Maka persepsi nyeri akan menjadi bervariasi atau dapat

disebut *Numeric Rating Scale* (Sinardja CD., 2016).

b. Analgesik

1) Definisi Analgesik

Analgesik adalah senyawa yang dapat menekan fungsi SSP (system saraf pusat) secara selektif, digunakan untuk mengurangi rasa sakit tanpa mempengaruhi kesadaran. Analgesik bekerja dengan meningkatkan nilai ambang persepsi rasa sakit (Siswandono, 2008). Analgesik dibagi menjadi dua jenis, yaitu analgesik narkotik dan analgesik non narkotik, pada analgetik jenis non narkotik terdapat analgetik ketorolac yang sering digunakan pada operasi SC (Fitri, 2012).

2) Mekanisme Analgesi

Cara kerja farmakologisnya analgesik dibagi menjadi 2 kelompok besar yaitu analgesik perifer (non narkotik) dan analgesik sentral (narkotik). Analgesik perifer terdiri dari obat – obat yang tidak bersifat narkotik dan tidak bekerja sentral karena tidak mempengaruhi kesadaran (salisilat, asam organik, dan quinolon). Analgesik sentral digunakan untuk menghalau rasa nyeri hebat seperti pada fraktur dan kanker melalui blok spinal, epidural, dan kaudal (Fitri, 2012).

4. Pengaruh Warna dan Cahaya pada Proses Persalinan

Metode terapi warna yang sering digunakan adalah

- a. Pernafasan warna, pernatasan warna adalah sebuah teknik bernafas dengan cara membayangkan suatu warna dalam bernafas. Teknik ini dilakukan ketika individu menghirup dan menghembuskan nafas.
- b. Meditasi, meditasi yakni membayangkan atau berimajinasi dengan memusatkan perhatian pada objek yang bersifat visual atau yang mengandung warna-warna dan dari bayangan yang di munculkannya mampu memberikan efek relaksasi pada tubuh.
- c. Air solarisasi, air solarisasi yakni terapi dengan media botol, gelas atau air dimana salah satu dan ketiga media itu harus diberi ari dan harus memiliki warna. Warna yang dimaksudkan tidak hanya warna dari airnya sendiri namun entah dari botol ataupun gelas yang dipakai bisa dengan warna-warna tertentu dan diberikan air biasa (air putih) kemudian airnya diminum.
- d. Aurasoma, aurasoma yakni terapi dengan teknik menugunakan botol-botol kecil yang beri dengan lapisan warna dengan minyak

esensial dan ekstrak tumbuhan.

- e. Warna kain sutra, warna kain sutra yakni terapi dengan teknik menggunakan kain sutra yang dipakaikan ke tubuh orang untuk digunakan dalam waktu tertentu dan kain-kain tersebut memiliki warna-warna tertentu.

Pilihan warna bisa merubah suasana hati Anda. Jadi sangat penting untuk memilih wama yang bisa memberikan pengaruh positif bagi ibu selama hamil dan pasca melahirkan seperti yang dilansir dari *Boldsky*, sebagai berikut:

1) Putih

Putih juga dikenal sebagai warna netral, putih jelas sinonim untuk musim panas karena merupakan kecerahan dan cahaya. Meskipun setiap budaya memiliki pendapat yang berbeda pada warna, putih melambangkan kepolosan. Putih juga seringkali disimbolkan dengan perdamaian dan kemurnian. Menggunakan warna putih untuk pihak rumah anda, bisa menjadi tugas yang sulit karena sifatnya yang cepat kotor, sehingga biasanya warna putih terbatas pada langit-langit rumah dan barang-barang dekoratif.

2) Coklat

Warna coklat dikenal sebagai warna dunia tapi bukan warna favorit di antara wanita, Namun warna ini memberikan rasa aman, keanggunan dan stabilitas. Ketika anda memilih warna coklat, anda harus memastikan kalau coklatnya itu tidak terlalu gelap karena akan melambangkan Stagnasi dan kesedihan, sehingga dianjurkan untuk menjaga warna terbatas pada furniture rumah Anda.

3) Biru

Warna ini berhubungan dengan ketenangan. Laut tenang dengan ombak yang besar dan langit biru yang luas jelas adalah contoh warna yang memberikan kehidupan. Biru dikatakan sebagai warna yang berpengaruh karena bisa menurunkan tekanan darah, denyut jantung dan pernapasan. Efek pendinginan pada warna biru membantu orang merasa santai bahkan di lingkungan lembab. Biru bisa digunakan untuk dinding, seprai dan bantal tapi pastikan bahwa biru muda digunakan sebagai lawan nuansa lebih gelap dari biru

4) Hijau kebiru-biruan (tosca)

Warna ini juga dikatakan berhubungan dengan ketenangan dan memiliki efek pendinginan pada tubuh serta pada pikiran. Demikian

juga warna ini dianggap sebagai warna alam yang sering ditemukan di sekitar kita. Ibu baru yang mengalami depresi, cemas, menderita gangguan syaraf dan kelelahan, bisa mendapatkan keuntungan dari lingkungan hijau. Warna ini dapat digunakan dalam dekorasi rumah dengan menjaga tanaman di dalam dan sekitar rumah atau mencoba untuk memiliki taman kecil atau rumput di rumah.

5) Kuning

Warna kuning seperti warna sinar matahari cerah adalah warna yang paling direkomendasikan untuk mengurangi mood yang buruk. Warna ini tidak hanya memberikan efek energi tetapi juga Memberikan kepercayaan diri kepada orang tersebut. Warna ini harus digunakan dalam warna kuning terang untuk energi yang lebih positif. Kuning dapat digunakan dari depan pintu atau pada dinding untuk memberikan pencahayaan alami. Sementara warna-warna alam akan membawa perubahan positif di kalangan ibu baru, perlu dicatat kalau warna terang yang memberikan nuansa cahaya Seharusnya membawa ketenangan dan kedamaian yang lebih dibandingkan dengan warna gelap yang memiliki efek buruk.

C. Kala I Persalinan

Kala 1 persalinan didefinisikan sebagai awal kontraksi sejati, yang ditandai oleh perubahan serviks yang progresif dan diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 cm). Hal ini dikenal sebagai tahap pembukaan serviks (JNPK-KR).

1. Fase - fase dalam Kala 1 persalinan:

a. Fase Laten

- 1) Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- 2) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm.
- 3) Pada umumnya fase laten berlangsung hampir sampai 8 jam
- 4) Kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantar 20 - 30 detik.

b. Fase Aktif

- 1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat / memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama atau lebih 40 detik)
- 2) Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm / jam (nulipara /

primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara)

- 3) Terjadi penurunan bagian terbawah janin.

2. Status Kesehatan Ibu

Ketika seorang wanita datang ke tempat persalinan dan mengeluh nyeri persalinan, maka yang tepat dilakukan adalah pengambilan data pemeriksaan anamesa dan pemeriksaan fisik yang dilakukan untuk mendiagnosis masalah ditambah menilai risiko kehamilan dan persalinan. Setelah itu baru kemudian dirawat di ruang persalinan untuk observasi pada kemajuan persalinan. Persalinan didiagnosis jika ada kontraksi rahim disertai penipisan serviks dan atau pecahnya membrane ketuban. Kemudian dilakukan pemantauan menggunakan partograf (memasukkan semua hasil observasi, asupan cairan dan output serta obat pada partograf). Garis waspada dan tindakan pada partograf bersama dengan pengamatan lain (misalnya, denyut jantung janin, suhu ibu, dll) digunakan untuk mengidentifikasi komplikasi selama persalinan. (Hoque, M. 2011)

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) merekomendasikan menggunakan partograf untuk mengikuti pemantauan persalinan, dengan tujuan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dan mengurangi morbiditas dan kematian ibu dan janin. Partograf terdiri dari representasi grafis persalinan dan pemantauan yang sangat baik untuk menganalisis pembukaan, kontraksi uterus dan presentasi janin dalam kaitannya dengan waktu. Partograf dinilai dan teruji secara praktis untuk mengurangi resiko morbiditas dan mortalitas, penggunaan partograf direkomendasikan untuk pemantauan rutin persalinan, dan membantu penyedia layanan kesehatan dalam mengidentifikasi lambatnya kemajuan Persalinan, dan dapat membantu memulai intervensi yang tepat untuk mencegah persalinan lama dan terhambat.

Pengamatan yang harus dilakukan pada persalinan antara lain: (Engida, Y. 2013)

1. Keadaan ibu.
2. Keadaan janin.
3. Kemajuan proses persalinan.

Cara melakukan pengamatan kondisi ibu dengan melakukan observasi atas hal-hal berikut ini:

1. Keadaan umum ibu
2. Suhu tubuh
3. Frekuensi denyut nadi
4. Tekanan darah
5. Produksi urine dan urinalisis untuk protein dan keton

Bila keadaan umum pasien tidak normal maka biasanya akan dapat dijumpai temuan abnormal lain selama masa observasi. Selain pada saat kontraksi uterus umumnya pasien dalam keadaan tenang, dan tidak terlihat pucat. Saat kontraksi uterus berlangsung, frekuensi pernafasan meningkat dan pasien mengeluhkan adanya rasa nyeri. Diluar kontraksi uterus, pasien tidak merasakan adanya nyeri. Saat dilatasi servik lengkap atau hampir lengkap, pasien biasanya terlihat gelisah, mungkin mengeluh mual dan ingin meneran. Keadaan umum pasien harus senantiasa diobservasi. Keadaan umum pasien dikatakan abnormal bila ditemukan hal-hal berikut ini:

1. Kecemasan berlebihan
2. Rasa nyeri yang hebat dan terus menerus
3. Terlihat sangat lelah
4. Dehidrasi
5. Pucat (wajah dan mukosa)

Penyebab wajah atau mukosa yang pucat dapat terjadi antara lain oleh karena Anemia kronis, kehilangan darah (plasenta previa, solusio plasenta atau ruptura uteri). Sedangkan suhu tubuh normal adalah antara 36°C – 37.6°C . Suhu tubuh diukur setiap 4 jam, sedangkan jenis penyebab kenaikan suhu tubuh ibu antara lain: infeksi, kelelahan dan dehidrasi ibu. Pengukuran denyut nadi ibu juga perlu dilakukan, rentang normal frekuensi denyut nadi adalah 80 sampai 100 denyut per menit. Pada persalinan kala I fase laten frekuensi denyut nadi dimonitor setiap 2 jam dan fase aktif setiap jam. Penyebab peningkatan frekuensi denyut nadi pada saat persalinan antara lain: kecemasan, nyeri, demam, kelelahan, syok. Sedangkan tekanan darah dilakukan pengukuran pada persalinan kala I fase laten, tekanan darah di periksa setiap 2 jam dan pada fase aktif setiap jam.

1. Keadaan Umum

Keadaan umum (pucat) klien untuk mendeteksi anemia:

Anemia merupakan masalah yang sangat sering terjadi. Sebagian besar penyedia layanan kesehatan masih menggunakan tanda-tanda fisik untuk mendiagnosis terjadinya anemia. Meskipun diagnosis anemia dengan mudah dapat dilakukan dengan Haemoglobinometer Sahli, atau baru-baru ini dilakukan secara elektrik, namun dokter dan petugas kesehatan mencoba untuk mendeteksi anemia dengan melihat konjungtiva, lidah, dan kepuatan. Seringkali dokter menggunakan penilaian klinis, yaitu pucat sebagai tes skrining. Hal ini berlaku terutama di rawat jalan rumah sakit umum yang kondisi pasiennya ramai, di mana sebagian besar dokter percaya bahwa estimasi keakuratan hemoglobin yang baik tidak sepadan dengan waktu dan usaha yang diperlukan untuk mendapatkan diagnosis yang tepat.

Kalantriet al (2009) melakukan penelitian dengan menggunakan tiga skala untuk pucat, yaitu ringan, sedang, berat. Sedangkan untuk haemoglobin, digunakan skala 7 g/dL, 9 g/dL and 12 g/dL. Rata-rata hemoglobin dari populasi penelitian adalah 11,1 (SD 2,6) g / dL. Dua puluh delapan pasien (7%) mengalami anemia berat, 55 (14%) mengalami anemia sedang, 170 (44%) mengalami anemia ringan dan 134 (35%) pasien non-anemia. Rata-rata hemoglobin di pasien rawat inap dan pasien rawat jalan adalah 10,80 g / dL dan 11,32 g / dL ($p = 0,04$). (Hoque,M. 2011)

2. Kesadaran

Glasgow Coma Scale (GCS) mulai digunakan pada tahun 1974 oleh Teasdale dan Jenneth berdasarkan teori tentang tingkat kesadaran. Metode ini merupakan metode yang sedehana. (Middleton, P. 2012)

Kegunaan GCS yang paling penting ada dua, yaitu:

- a. Untuk mengindikasi tingkat luka dan kesakitan, berdasarkan tiga domain intervensi, dan memungkinkan tenaga kesehatan untuk memonitor tingkat kesadaran pasien.
- b. Untuk memfasilitasi pemahaman, deskripsi yang jelas, dan komunikasi antar tenaga kesehatan.

GCS dirancang dengan memanfaatkan tiga domain, yaitu: membuka mata, respon verbal dan respon motorik. Ketiganya dijadikan patokan karena mewakili beberapa poin indikator penting, fungsi sistem saraf pusat, memberi peringkat untuk menunjukkan tingkat disfungsi. Indikator tersebut diwakili oleh tiga respon perilaku yang berbeda. Membuka mata merupakan informasi tentang proses oleh cortex otak dan tingkat rangsang. Respon verbal

mengukur integrasi dalam sistem saraf, cara bicara mewakili tingkatan integrasi korteks serebral dan sumsum tulang belakang. Respon motorik merupakan indikator yang baik dari keseluruhan fungsi sistem saraf dan integritas korteks serebral dan sumsum tulang belakang, karena berbagai kemungkinan pola gerak dan dianggap mewakili bagian dari sistem saraf pusat yang paling dipengaruhi oleh trauma. Jumlah GCS <8 sebagian besar mencerminkan perubahan respon motorik, mengacu pada pasien tanpa membuka mata atau respon verbal, sedangkan skor 9-15 tergantung pada mata dan perubahan faktor.

Penjelasan tentang domain GCS:

a. Mata

Nilai GCS 3 atau 4 menyiratkan bahwa pengolahan informasi sedang terjadi dan bahwa mekanisme rangsangan yang terkait di batang otak sedang berfungsi, sedangkan GCS 2 menunjukkan fungsi levels yang lebih rendah. Hal tersebut tidak benar, bagaimanapun, bahwa membuka mata mengindikasikan kesadaran, pasien dalam keadaan vegetatif persisten mungkin membuka mata spontan, yang merupakan tindakan refleksif tidak menunjukkan kesadaran diri atau lingkungan.

b. Verbal

Berbicara menunjukkan tingkat yang tinggi untuk integrasi di sistem syaraf, meskipun kurangnya pembicaraan dapat dikaitkan dengan beberapa faktor seperti: tracheostomi, endotrakeal tube atau disfasia.

Dalam skor verbal, menunjukkan bahwa pasien sadar diri dan lingkungan sekitarnya, dan biasanya digambarkan dalam bentuk pertanyaan tentang nama pasien, bulan dan tahun, dan nama rumah sakit atau fasilitas perawatan kesehatan. Pasien yang bingung mungkin berbicara tapi isinya disorientasi dan terdapat kesalahpahaman, menggunakan kata-kata acak. Suara dirasa mengerang dan tanpa kata-kata yang jelas.

c. Motorik

Skor motorik 6, 5 dan 4 menyiratkan adanya fungsi cerebral dan kemampuan untuk bereaksi dengan tepat terhadap stimulus berbahaya. Menerima perintah menunjukkan kemampuan untuk berproses dan mematuhi perintah verbal.

Skor 3, atau respon fleksor abnormal, menyiratkan adanya lesi pada belahan otak atau kapsul internal. Sedangkan skor 2 menggambarkan bagian otak tengah mengalami kerusakan. Respon fleksor abnormal merupakan sesuatu yang kompleks, tetapi melibatkan aduksi tungkai atas,

fleksi lengan, ekstensi pergelangan tangan dan jari-jari.

Cara untuk menggunakan metode GCS

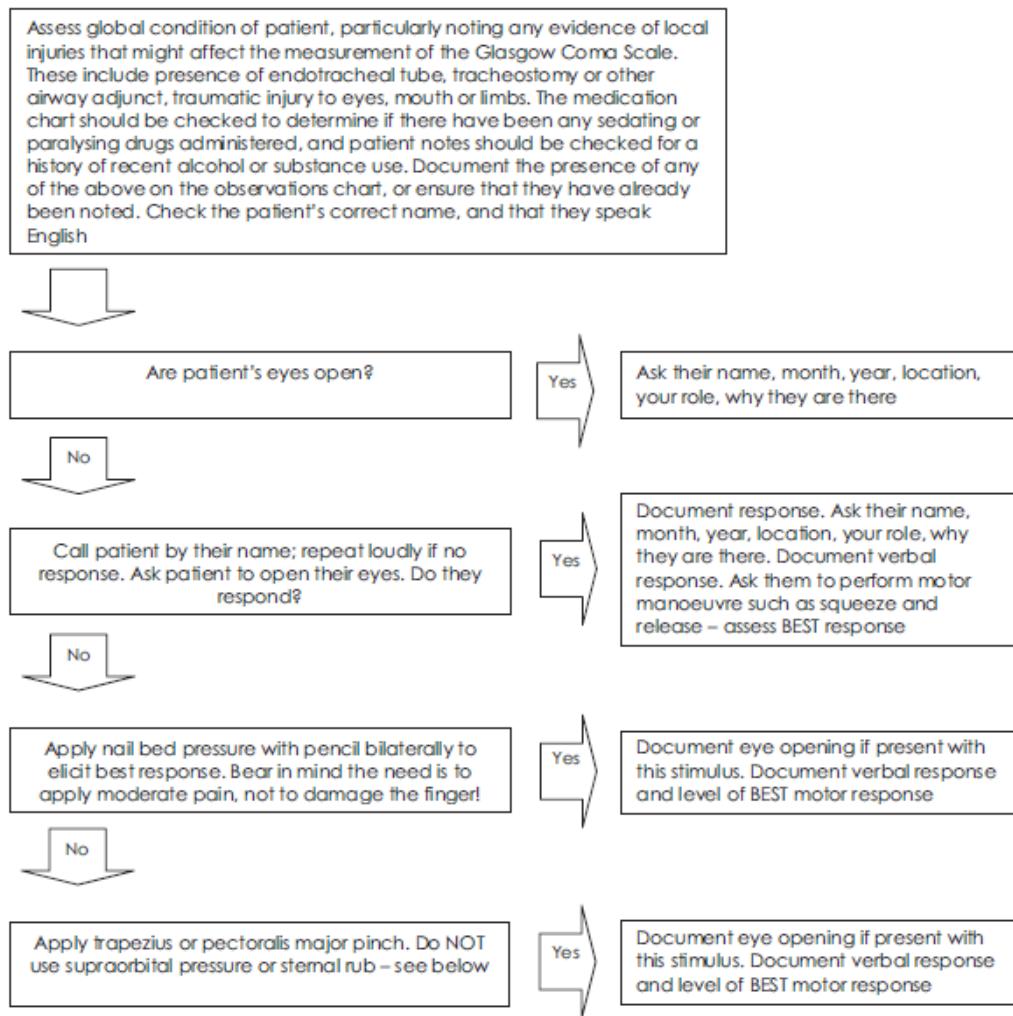


Fig. 7 Algorithm for implementing the GCS.

Hasil pemeriksaan tingkat kesadaran berdasarkan GCS disajikan dalam simbol E..V..M.. Selanjutnya nilai-nilai dijumlahkan. Nilai GCS yang tertinggi adalah 15 yaitu E4V5M6 dan terendah adalah 3 yaitu E1V1M1. Jika dihubungkan dengan kasus trauma kapitis maka didapatkan hasil :

GCS : 14 – 15 = CKR (cidera kepala ringan)

GCS : 9 – 13 = CKS (cidera kepala sedang)

GCS : 3 – 8 = CKB (cidera kepala berat)

Beberapa hal yang harus menjadi perhatian pada waktu kita melakukannya ke pasien, yaitu:

a. Pemeriksaannya dilakukan secara bersamaan

Pada praktiknya, tindakan mengobservasi EMV dapat dilakukan dalam satu waktu. Jadi tidak selalu harus satu persatu. cth : Eye dulu baru Motorik. Dan akan lebih efektif apabila kita melakukannya secara langsung. Seperti contoh pada kasus Severe HI. pada waktu kita memberikan rangsangan nyeri, kita dapat langsung memeriksa ketiga-tiganya (EMV).

b. Teknik bertanya yang tepat

Pertanyaan harus jelas dan keras (Khusus pasien Composmentis dan Somnolent). Jangan ragu untuk mengeluarkan suara keras dalam bertanya kepada pasien. Apalagi kalau pasien sudah terlihat tanda-tanda penurunan kesadaran.

c. Teknik memberikan rangsangan rangsangan nyeri yang tepat

Sesuai dengan judulnya, tujuan tindakan ini adalah memberikan rangsangan nyeri atau sakit. Ada beberapa teknik dalam memberikan rangsang nyeri yaitu :

- 1) Menekan dengan keras Prosesus Xipoideus/ulu hati dengan ibu jari. Harus keras
- 2) Menekan ujung kuku tangan dengan pulpen/atau dengan jepitan jari.
- 3) Menekan bagian tulang kelopak mata
- 4) Mencubit/memilin puting susu dengan keras.

Cara penulisannya berurutan E-V-M sesuai nilai yang didapatkan. Penderita yang sadar = compos mentis pasti GCSnya 15 (4-5-6), sedang penderita koma dalam, GCSnya 3 (1-1-1). Bila salah satu reaksi tidak bisa dinilai, misal kedua mata bengkak sedang V dan M normal, penulisannya X-5-6. Bila ada trakteostomi sedang E dan M normal, penulisannya 4-X-6. Atau bila tetra parese sedang E dan V normal, penulisannya 4-5-X. GCS tidak dapat dipakai untuk menilai tingkat kesadaran pada anak berumur kurang dari 5 tahun.

Jika ditotal skor GCS dapat diklasifikasikan :

- 1) Skor 14-15 : compos mentis
- 2) Skor 12-13 : apatis
- 3) Skor 11-12 : somnolent
- 4) Skor 8-10 : stupor
- 5) Skor < 5 : koma

Derajat Kesadaran:

- 1) Sadar : dapat berorientasi dan komunikasi
- 2) Somnolens : dapat dibangunkan dengan berbagai stimulasi, bereaksi secara motorik / verbal kemudian terlelap lagi. Gelisah atau tenang.
- 3) Stupor : gerakan spontan, menjawab secara refleks terhadap rangsangan nyeri, pendengaran dengan suara keras dan penglihatan kuat. Verbalisasi mungkin terjadi tapi terbatas pada satu atau dua kata saja. Non verbal dengan menggunakan kepala.
- 4) Semi Koma : tidak terdapat respon verbal, reaksi rangsangan kasar dan ada yang menghindar (contoh menghindari tusukan).
- 5) Koma : tidak bereaksi terhadap stimulus.

Kualitas Kesadaran

- 1) Compos mentis : bereaksi secara adekuat
- 2) Abstensia drowsy / kesadaran tumpul : tidak tidur dan tidak begitu waspada. Perhatian terhadap sekeliling berkurang. Cenderung mengantuk.
- 3) Bingung / confused : disorientasi terhadap tempat, orang dan waktu.
- 4) Delirium : mental dan motorik kacau, ada halusinasi dan bergerak sesuai dengan kekacauan pikirannya.
- 5) Apatis : tidak tidur, acuh tak acuh, tidak bicara dan pandangan hampa.

3. Analisis Intake/Output

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

Sebagian ibu masih berkeinginan untuk makan selama fase laten persalinan, tetapi memasuki fase aktif, hanya ingin minum saja. Pemberian makan dan minum selama persalinan merupakan hal yang tepat, karena memberikan lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi (dehidrasi dapat menghambat kontraksi/tidak teratur dan kurang efektif). Oleh karena itu, anjurkan ibu makan dan minum selama persalinan dan kelahiran bayi, anjurkan

keluarga selalu menawarkan makanan ringan dan sering minum pada ibu selama persalinan.

Makanan yang dianjurkan:

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

Selama persalinan baik metabolisme karbohidrat aerobik maupun anaerobik akan naik secara perlahan. Kenaikan ini sebagian besar disebabkan karena kecemasan serta kegiatan otot kerangka tubuh. Kegiatan metabolisme yang meningkat tercermin dengan kenaikan suhu badan, denyut nadi, pernafasan, kardiak output dan kehilangan cairan.

Kemampuan pergerakan gastrik serta penyerapan makanan padat berkurang akan menyebabkan pencernaan hampir berhenti selama persalinan dan menyebabkan konstipasi. Lambung yang penuh dapat menimbulkan ketidaknyamanan, oleh karena itu ibu dianjurkan tidak makan terlalu banyak atau minum berlebihan, tetapi makan dan minum semuanya untuk mempertahankan energi dan dehidrasi (Hany, H)

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

4. Dukungan pada Persalinan

Persalinan adalah saat yang menegangkan dan dapat menggugah emosi ibu dan keluarganya atau bahkan dapat menjadi saat yang menyakitkan dan menakutkan bagi ibu. Upaya untuk mengatasi gangguan emosional dan pengalaman yang menegangkan tersebut sebaiknya dilakukan melalui asuhan sayang ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayi, salah satunya adalah

dengan dukungan emosional, memberikan dukungan dan menghadirkan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayinya. Anjurkan mereka untuk berperan aktif dalam mendukung dan mengenali berbagai upaya yang mungkin sangat membantu kenyamanan ibu. Hargai keinginan ibu untuk menghadirkan teman atau saudara yang secara khusus diminta untuk menemaninya (Enkin, et al,2018).

Kehadiran pendamping selama proses persalinan, sentuhan, penghiburan dan dorongan orang yang mendukung sangat besar artinya karena dapat membantu ibu saat proses persalinan, Pendamping ibu saat proses persalinan sebaiknya adalah orang yang peduli pada ibu dan yang paling penting adalah orang yang di inginkan ibu untuk mendampingi selama proses persalinan karena efek perasaan wanita terhadap persalinan yang berbeda berkaitan dengan persepsi orang yang mendukung, maka dalam hal ini, ibu yang bersalin harus ditemani oleh orang yang ia percaya. (Rukiyah, 2015)

Kehadiran doula telah terbukti untuk mengurangi penggunaan obat penghilang rasa sakit. Sakit juga diyakini akan lebih ditoleransi ketika pasien nyaman, berada pada suhu normal/tidak dehidrasi, gizi baik, tenang, santai dan nyaman bersama pasangan mereka (Simkin, et al 2017). Hal ini karena faktor fisik mencerminkan kebutuhan dasar menurut hierarki Maslow.

Pendampingan persalinan telah terbukti meningkatkan rasa nyaman ibu dalam menjalani persalinan. Dukungan psikososial yang diberikan pun tergantung kepada pendamping yang ada. pendamping yang memberikan hasil terbaik adalah pendampingan yang dilakukan oleh orang yang telah terlatih. Selain itu, durasi dukungan juga memiliki pengaruh yang signifikan terhadap outcome yang dihasilkan. Ibu bersalin yang mendapat pendampingan secara terus menerus memiliki hasil yang lebih baik dibandingkan dengan mereka yang hanya mendapat dukungan yang sejenak. (Imran, O. 2009).

Macam-macam bentuk dukungan yaitu;

- a. Dukungan emosional (*emotional support*)

Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi, meliputi ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap anggota keluarga yang menderita kusta (misalnya; umpan balik, penegasan).

b. Dukungan materi (*tangibile assistance*)

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan yang praktis dan kongkrit, mencakup bantuan langsung seperti dalam bentuk uang, peralatan, waktu, modifikasi lingkungan maupun menolong dalam pekerjaan waktu mengalami stress.

c. Dukungan informasi (*information support*)

Keluarga berfungsi sebagai *Kolektor* dan *Deseminator* (penyebar) informasi dunia, mencakup memberi nasehat, petunjuk-petunjuk saran atau umpan balik. Bentuk dukungan keluarga yang diberikan keluarga adalah dorongan semangat, pemberian nasehat atau mengawasi pola makan sehari-hari dan pengobatan. Dukungan keluarga juga merupakan perasaan individu yang mendapat perhatian, disenangi, dan termasuk bagian dari masyarakat.

5. Status Kesehatan Janin

Kondisi janin selama persalinan dapat dikaji dengan mendapatkan informasi mengenai frekuensi dan pola denyut jantung janin, pH darah janin dan cairan amniotic.

Pemantauan kesejahteraan janin merupakan bagian penting dalam penatalaksanaan kehamilan dan persalinan. Teknologi yang begitu cepat berkembang memberikan banyak harapan akan semakin baiknya kualitas pelayanan kesehatan bagi ibu hamil, melahirkan dan maupun nifas. Kemajuan ini tidak mudah untuk diikuti oleh Negara yang sedang berkembang seperti Indonesia, selain mahalnya harga peralatan, juga terbatasnya sumber daya manusia yang handal dalam pengoperasian alat-alat canggih tersebut.

6. Pemantauan DJJ

Pemeriksaan denyut jantung janin menjadi sangat penting karena denyut jantung janin merupakan indikator utama adanya kehidupan janin dalam kandungan. Saat ini pemeriksaan denyut jantung janin dapat dilakukan dengan menggunakan ultrasonic doppler fetal monitor (UDFM) yang merupakan alat deteksi denyut jantung janin yang cukup efektif dengan biaya yang relatif murah. Alat ini mampu mendeteksi denyut jantung janin mulai usia kehamilan 10-12 minggu.

Frekuensi DJJ normal 110 – 160 kali/menit. Pemantauan DJJ setidaknya dilakukan setiap 30 menit sekali selama fase aktif kala 1 dan setidaknya setiap 15 menit sekali selama kala 2. Namun, apabila pada pasien dengan risiko tinggi maka pemantauan setidaknya minimal setiap 15 menit sekali pada fase aktif

kala 1 dan 5 menit sekali pada kala 2.

Denyut jantung janin diatur oleh banyak faktor, yaitu :

- a. Sistem Saraf Simpatik
- b. Sistem saraf Parasimpatik
- c. Baroreseptor
- d. Kemoreseptor
- e. Susunan Saraf Pusat
- f. Sistem Pengaturan Hormonal
- g. Sistem kompleks proprioseptor, serabut saraf nyeri, baroreseptor, *stretchreceptors* dan pusat pengaturan (standarisasi)

Tata Cara Pemantauan Janin

Banyak cara yang dapat dipakai untuk melakukan pemantauan kesejahteraan janin, dari cara sederhana hingga yang canggih.

a. Cara Sederhana

Dengan cara sederhana, pemantauan dilakukan melalui analisa keluhan ibu(anamnesis), pemantauan gerak harian janin dengan kartu gerak janin, pengukuran tinggi fundus uteri dalam sentimeter, pemantauan denyut jantung janin (DJJ) dan analisa penyakit pada ibu.

b. Cara dengan alat:Doppler, Monoaural/stetoskop pinard, Ultrasonografi, EFM (CTG, dll)

7. Selaput Ketuban

Air ketuban tak bisa dipisahkan dari kehidupan janin. Ditinjau dari fungsinya, cairan ini sangat penting untuk melindungi pertumbuhan dan perkembangan janin, yaitu; menjadi bantalan untuk melindungi janin terhadap trauma dari luar, menstabilkan perubahan suhu, pertukaran cairan, sarana yang memungkinkan janin bergerak bebas, sampai mengatur tekanan dalam rahim. Tak hanya itu air ketuban juga berfungsi melindungi janin dari infeksi. Air ketuban yang volumenya cukup; tidak berwarna keruh, berfungsi menjamin kecukupan nutrisi dan oksigen untuk si janin. Namun sebaliknya, kelebihan atau kekurangan cairan ketuban akan mengganggu fungsi yang dapat menimbulkan komplikasi pada ibu ataupun janin. Cairan ketuban yang mengelilingi janin yang sedang berkembang di dalam rahim memegang peranan penting dalam pertumbuhan normal janin. Cairan bening ini menyelimuti dan melindungi bayi sekaligus sebagai persediaan cairan bagi

bayi.

Setelah lewat masa kehamilan 12 minggu, sebagian besar kandungan cairan ketuban adalah urin janin. Jumlah cairan ketuban meningkat hingga sekitar usia kehamilan 28-32 minggu, yaitu sekitar kurang sedikit dari 1 Liter. Setelah itu, jumlah cairan ketuban umumnya tetap sama hingga usia bayi cukup untuk dilahirkan (sekitar 37-40 minggu), saat di mana jumlah cairan ketuban mulai berkurang. Akan tetapi pada beberapa kasus kehamilan, jumlah cairan ketuban ini dapat terlalu atau terlalu banyak. Kedua kasus tsb. kadang-kadang menimbulkan masalah untuk ibu dan bayi atau merupakan tanda adanya masalah lain. Tetapi, pada sebagian besar kasus, bayi dapat dilahirkan dengan sehat.

a) Fungsi Amnion disaat Persalinan

Ada beragam fungsi cairan ketuban. Di antaranya sebagai bantalan/peredam atau pelindung yang menjaga janin terhadap benturan dari luar. Cairan ketuban juga memungkinkan janin leluasa bergerak sekaligus tumbuh bebas ke segala arah. Selain itu sebagai benteng terhadap kuman dari luar tubuh ibu dan menjaga kestabilan suhu tubuh janin. Cairan ketuban juga merupakan alat bantu diagnostik dokter pada pemeriksaan amniotesis.

Perlu diketahui, air ketuban tidak membuka apalagi mendorong janin keluar. Yang bertugas untuk itu adalah kontraksi rahim (his). Jadi walaupun ketuban sudah pecah atau kadar airnya tinggal sedikit, pembukaan mulut rahim dan dorongan bayi untuk lahir tetap akan terjadi selama ada kontraksi.

Faktor penyebab cairan ketubah berkurang

1. Proses menelan. Janin bisa menelan cairan ketuban sebanyak 20 ml per jam atau kurang lebih setengah dari jumlah total cairan ketuban per hari. Tetapi, jumlah cairan yang ditelan ini hampir sebanding dengan produksi urin janin.
2. Ketuban bocor atau pecah.
3. Menurunnya fungsi plasenta akibat kehamilan yang melebihi waktu.
4. Kelainan kongenital (janin) yang berhubungan dengan kelainan sistem saluran kemih, seperti; ginjal tidak berkembang secara normal, atau terjadi penyumbatan saluran kemih.

b) Cara Mengenali Air Ketuban

1. Dengan lakmus
2. Makroskopis :
 - Bau amis, adanya lanugo, rambut, dan verniks kaseosa
 - Bercampur mekoneum

- Mikroskopis : lanugo dan rambut
 - Laboratorium : kadar urea (ureum) rendah dibanding dengan air kemih.
- c) Pemantauan Ketuban dengan Memanfaatkan Teknologi

1. *Amniotic Fluid Index (AFI)*

Cairan amnion berperanan penting dalam perkembangan paru, perlindungan terhadap trauma dan infeksi. Selaput ketuban yang utuh tidak menjamin tidak terjadinya infeksi intra uterin oleh karena pada 10% pasien kehamilan aterm dengan selaput ketuban utuh ditemukan adanya kolonisasi bakteri. AFI ditentukan dalam PBF dan menggambarkan volume cairan amnion. Perhitungan AFI adalah dengan membagi abdomen ibu dalam 4 kuadran, pada masing masing kuadran diukur panjang vertikal kantung maksimal dengan USG dalam sentimeter dan kemudian dijumlahkan pada 4 kuadran. Volume cairan amnion normal :

- a. Volume pada minggu ke 28 < 800 ml
- b. > 28 minggu : jumlah cairan amnion ↓
- c. Minggu ke 40 jumlah cairan amnion ± 500 ml

Volume cairan amnion abnormal :

- a. Oligohidramnion : AFI < 5
 - Ketuban Pecah Dini
 - 60% kasus berkaitan dengan PJT
- b. Polihidramnion : AFI > 20 (2 liter)

2. Ultrasonografi (USG)

Ultrasonografi merupakan suatu metode diagnostik dengan menggunakan gelombang ultrasonik untuk mempelajari struktur jaringan berdasarkan gambaran echo dari gelombang ultrasonik yang dipantulkan oleh jaringan. USG pada trimester ketiga ini digunakan untuk mengevaluasi beberapa parameter seperti pergerakan janin, tekanan janin, pernapasan janin, volume cairan ketuban dan kematangan plasenta. Biasanya aspek-aspek tersebut dinilai dan dihitung oleh seorang yang terlatih secara khusus.

3. Amnioskopi

Adalah tindakan untuk melihat air ketuban (liquor amni) melalui ketuban yang utuh melalui suatu alat yang disebut sebagai amnioskop. Amnioskop ini dimasukan melalui kanalis servikalis. Pada kehamilan aterm dengan kelainan amnioskopi ini dapat berfungsi sebagai deteksi apabila bayi dalam kondisi yang membahayakan.

4. Amniosintesis

Amniosintesis adalah tindakan aspirasi cairan amnion dengan pungsi melalui

dinding abdomen (transabdominal) atau melalui serviks uteri (trans servikal). Amniosintesis baru dapat dikerjakan bila cairan amnion sudah cukup banyak. Amniosintesis dilakukan untuk menganalisa air ketuban sehingga dapat :

- a. Menentukan secara spektroskopik kadar bilirubin amnion.
- b. Mendiagnosa iso-imunisasi Rh
- c. Menentukan kadar kreatinin amnion, jika kadar kreatinin amnion meningkat berarti janin cukup viable untuk dilahirkan.
- d. Melakukan pemeriksaan sitologik air ketuban (amnion).
- e. Melakukan pemeriksaan kadar enzim alkali fosfatase dan kadar alkali fosfatase tahan panas yang dapat digunakan untuk menentukan usia kehamilan, keadaan janin dan plasenta.
- f. Menghilangkan tekanan mekanik dan dekompreksi pada kasus hidramnion terutama yang disertai keluhan sesak napas dan gelisah.

8. Status Persalinan

Perawatan dan pemantauan yang berkualitas tinggi pada persalinan diperlukan untuk menentukan status persalinan dan mencegah komplikasi kelahiran mati dan bayi baru lahir yang timbul dari hipoksia terdeteksi dan asidemia, serta kematian ibu dan morbiditas dari komplikasi seperti fistula vesikovaginal, laserasi saluran genital, infeksi, perdarahan, serta memburuknya penyakit hipertensi.

a. Pemantauan Kemajuan Persalinan (HIS)

His (kontraksi) adalah serangkaian kontraksi rahim yang teratur karena otot-otot polos rahim yang bekerja dengan baik dan sempurna secara bertahap akan mendorong janin melalui serviks (rahim bagian bawah) dan vagina (jalan lahir), sehingga janin keluar dari rahim ibu. Kontraksi menyebabkan serviks membuka secara bertahap (mengalami dilatasi), menipis dan tertarik sampai hampir menyatu dengan rahim. Perubahan ini memungkinkan janin bisa lahir.

His (kontraksi) adalah gelombang kontraksi ritmis otot polos dinding uterus yang dimulai dari daerah fundus uteri pada daerah di mana tuba falopii memasuki dinding uterus, awal gelombang tersebut didapat dari 'pacemaker' yang terdapat di dinding uterus daerah tersebut. Resultant efek gaya kontraksi tersebut dalam keadaan normal mengarah ke daerah lokus minoris yaitu daerah kanalis servikalis (jalan lahir) yang membuka, untuk mendorong isi uterus ke luar. His dapat terjadi sebagai akibat dari:

- 1) Kerja hormon oksitosin

- 2) Regangan dinding uterus oleh isi konsepsi
- 3) Rangsangan terhadap pleksus saraf Frankenhauser yang tertekan massa konsepsi.

His biasanya mulai dirasakan dalam waktu 2 minggu (sebelum atau sesudah) tanggal perkiraan persalinan. Penyebab yang pasti dari mulai timbulnya his tidak diketahui, mungkin karena pengaruh dari oksitosin (hormon yang dilepaskan oleh kelenjar hipofisa dan menyebabkan kontraksi rahim selama persalinan). Persalinan biasanya berlangsung selama tidak lebih dari 12-14 jam (pada kehamilan pertama) dan pada kehamilan berikutnya cenderung lebih singkat (6-8 jam).

Kontraksi rahim dikatakan baik dan ideal apabila :

- 1) Kontraksi simultan simetris di seluruh uterus
- 2) Kekuatan terbesar (dominasi) di daerah fundus
- 3) Terdapat periode relaksasi di antara dua periode kontraksi
- 4) Terdapat retraksi otot-otot korpus uteri setiap sesudah his
- 5) Serviks uteri yang banyak mengandung kolagen dan kurang mengandung serabut otot, akan tertarik ke atas oleh retraksi otot-otot korpus, kemudian terbuka secara pasif dan mendatar (cervical effacement). Ostium uteri eksternum dan internum pun akan terbuka.

Faktor-faktor yang mempengaruhi timbulnya nyeri saat kontraksi rahim berlangsung adalah:

- 1) Iskemia dinding korpus uteri yang menjadi stimulasi serabut saraf di pleksus hipogastrikus diteruskan ke sistem saraf pusat menjadi sensasi nyeri
- 2) Peregangan vagina, jaringan lunak dalam rongga panggul dan peritoneum, menjadi rangsang nyeri.
- 3) Keadaan mental pasien (pasien bersalin sering ketakutan, cemas/anxietas, atau eksitasi).
- 4) Prostaglandin meningkat sebagai respons terhadap stress

9. Mekanisme His

Dalam persalinan perbedaan antara segmen atas rahim dan segmen bawah rahim lebih jelas lagi. Segmen atas memegang peranan yang aktif karena berkontraksi dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan. Sebaliknya segmen bawah rahim memegang peranan pasif dan makin tipis dengan majunya persalinan karena diregang. Jadi segmen atas berkontraksi menjadi tebal dan mendorong anak keluar sedangkan segmen

bawah dan serviks mengadakan relaksasi dan dilatasi menjadi saluran yang tipis dan teregang yang akan dilalui bayi. Kontraksi otot rahim mempunyai sifat yang khas seperti :

- a. Setelah kontraksi maka otot tersebut tidak berelaksasi kembali ke keadaan sebelum kontraksi tapi menjadi sedikit lebih pendek walaupun tonusnya seperti sebelum kontraksi yang disebut retraksi. Sehingga rongga rahim mengecil dan anak berangsur didorong ke bawah dan tidak banyak naik lagi ke atas setelah His hilang akibatnya segmen atas semakin majunya persalinan apalagi setelah bayi lahir.
- b. Tidak akan ada kemajuan dalam persalinan

Pada ligamentum rotundum dalam persalinan yang mengandung otot-otot polos apabila uterus berkontraksi maka otot-otot ligamentum rotundum ikut berkontraksi hingga ligamentum rotundum menjadi pendek. Di ligamentum rotundum pada tiap kontraksi fundus yang tadinya bersandar pada tulang punggung berpindah ke depan mendesak dinding perut ke depan. Perubahan letak uterus waktu kontraksi penting karena sumbu rahim akan searah dengan sumbu jalan lahir. Dengan adanya kontraksi dari ligamentum rotundum fundus uteri terhambat pada ligamentum rotundum dalam persalinan yang mengandung otot-otot polos apabila uterus berkontraksi maka otot-otot ligamentum rotundum ikut berkontraksi hingga ligamentum rotundum menjadi pendek. Di ligamentum rotundum pada tiap kontraksi fundus yang tadinya bersandar pada tulang punggung berpindah kedepan mendesak dinding perut ke depan. Perubahan letak uterus waktu kontraksi penting karena sumbu rahim akan searah dengan sumbu jalan lahir. Dengan adanya kontraksi dari ligamentum rotundum fundus uteri terhambat sehingga waktu kontraksi fundus tidak dapat naik keatas. Apabila fundus naik keatas waktu kontraksi maka kontraksi tersebut tidak dapat mendorong anak turun kebawah.

Perubahan-perubahan akibat his, karena adanya kontraksi uterus (his) mengakibatkan perubahan-perubahan, antara lain :

- a. Pada uterus dan serviks : uterus teraba keras/padat. Karena kontraksi. Tekanan hidrostatis air ketuban dan tekanan intrauterine naik serta menyebabkan serviks menjadi mendatar (effacement) dan terbuka (dilatasi)
- b. Pada ibu : rasa nyeri karena iskemia rahim dan kontraksi rahim juga ada kenaikan nadi dan tekanan darah.

- c. Pada janin : Pertukaran oksigen pada sirkulasi uterus – plasenter berkurang, maka timbul hipoksia janin. Denyut jantung janin melambat dan kurang jelas didengar karena adanya iskemia fisiologis. Jika benar-benar terjadi hipoksia yang agak lama, misalnya pada kontraksi tetanik, maka terjadi gawat janin aspeksia dengan denyut jantung janin diatas 160/menit, tidak teratur.

Hal Penting dalam Penilaian Kontraksi Rahim :

1. Frekuensi adalah jumlah his dalam waktu tertentu biasanya permenit atau per 10 menit.
2. Amplitudo atau intensitas adalah kekuatan his diukur dalam mmHg. Dalam praktek, kekuatan his hanya dapat diraba secara palpasi apakah sudah kuat atau masih lemah.
3. Aktivitas his adalah frekuensi dan amplitudo diukur dengan unit Montevideo. Contoh : frekuensi suatu his 3x per 10 menit dan amplitudonya 50 mmHg, maka aktivitas rahim = $3 \times 50 = 150$ unit Montevideo.
4. Durasi his adalah lamanya setiap his berlangsung diukur dengan detik, misalnya selama 40 detik.
5. Datangnya his : apakah datangnya sering, teratur, atau tidak.
6. Interval adalah masa relaksasi.

Pembagian his dan sifat-sifatnya:

1. His pendahuluan
His tidak kuat dan tidak teratur menyebabkan "show"
2. His pembukaan
His pembukaan serviks sampai terjadi pembukaan lengkap 10 cm. Mulai kuat teratur dan sakit.
3. His pengeluaran (his mengedan) atau kala III
Sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi dan lama. His untuk mengeluarkan janin. Koordinasi bersama antara: his kontraksi otot perut, kontraksi diafragma dan ligament.
4. His pelepasan uri (kala III)
Kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
5. His pengiring (kala III)
Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri (merian), pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

Alat Untuk Mengukur Kontraksi Uterus

1. EHG

Electrohysterography (EHG) adalah pengukuran aktivitas listrik rahim dan dapat dilakukan dengan menempatkan elektroda pada permukaan perut. *Electrohysterographic* (EHG) merupakan pengukuran yang murah dan non-invasif. Selain itu, EHG telah menunjukkan bahwa sinyal EHG non-invasif dengan cara menyebar dari sel ke sel, sehingga dapat diketahui penyebab kontraksi rahim. Oleh karena itu, mengingat keterbatasan praktek kandungan saat ini, manfaat yang signifikan bisa diharapkan dari pengenalan analisis sinyal EHG untuk pemantauan kontraksi rutin.

Penelitian telah menunjukkan bahwa sinyal EHG telah disinkronkan dengan sinyal listrik yang dihasilkan oleh otot polos miometrium, yang juga terkait dengan kontraksi uterus pada semua spesies hewan, termasuk manusia. Selain itu, EHG juga menyediakan informasi yang relevan untuk menilai efisiensi kontraksi, karena fakta bahwa kemajuan kehamilan dan waktu kelahiran berkaitan dengan aktivitas listrik uterus yang mengalami perubahan tercermin dalam sinyal EHG.

2. CTG

Cardiotocography (CTG) adalah pemantauan denyut jantung dan rahim kontraksi janin. Sejak tahun 1960 itu secara rutin digunakan oleh dokter kandungan untuk menilai kesejahteraan janin. Banyak upaya untuk memperkenalkan metode pemrosesan sinyal otomatis dan evaluasi telah dilakukan selama 20 tahun terakhir, namun masih belum ada kemajuan yang signifikan mirip dengan yang di domain variabilitas denyut jantung orang dewasa, di mana database akses terbuka yang tersedia (misalnya MIT-BIH). Berdasarkan hasil penelaahan menyeluruh dari publikasi yang relevan, disajikan dalam makalah ini, kekurangan dari kondisi saat ini yang jelas. Kurangnya kerjasama antara dokter dan teknisi di lapangan menghalangi kemajuan klinis.

Pemantauan Kemajuan Persalinan (Pemeriksaan dalam dan Penurunan bagian terbawah janin)

Pemeriksaan vagina menggunakan dua kriteria obyektif untuk menilai kemajuan persalinan: dilatasi serviks dan turunnya bagian presentasi janin.

Dilatasi serviks (pembukaan rahim), yang diukur dengan pemeriksaan vagina digital, digunakan hampir secara universal untuk memandu pengambilan keputusan tentang kemajuan persalinan. Hal ini dapat menjadi satu-satunya

pengukuran kemajuan, tetapi lebih biasanya digunakan dengan pengamatan klinis lainnya seperti konsistensi dan posisi serviks, posisi dan tingkat turunnya kepala janin dalam panggul ibu. Dalam sebagian besar, tapi tidak semua pengaturan, temuan-temuan dari pemeriksaan vagina dicatat pada partogram (alat yang biasanya berbentuk dokumen kertas pracetak yang digunakan oleh tenaga kesehatan untuk merekam grafis pengamatan pada ibu dan bayi) dan alat ini kemudian digunakan untuk panduan pengambilan keputusan.

Partogram menampilkan berbagai informasi klinis. Mencakup tiga parameter kondisi yaitu ibu, kondisi janin dan kemajuan persalinan. Bagian kemajuan persalinan biasanya meliputi dilatasi serviks, penurunan janin dan posisi. Dua parameter terakhir ini juga dapat dinilai secara eksternal. Dilatasi serviks biasanya dinilai secara rutin dengan pemeriksaan digital melalui vagina.

Pemeriksaan vagina adalah sebuah pemeriksaan dalam dari vagina dan serviks dan sering disebut VE dalam atau pemeriksaan dalam. Pemeriksaan vagina menggunakan dua kriteria obyektif untuk menilai kemajuan persalinan, yakni dilatasi serviks dan turunnya bagian presentasi janin. Namun, pemeriksaan tersebut selalu tidak tepat karena potensi variabilitas antar-pengamat. Penilaian serviks dianggap "landasan pengelolaan persalinan" dan tetap menjadi metode yang paling diterima untuk mengukur kemajuan persalinan.

Beberapa penilaian yang diikuti selama melakukan tindakan pemeriksaan vagina antara lain:

1. Konsistensi serviks (dari keras ke konsistensi serviks lunak)
2. Bagaimana penipisan serviks (pendek dan tipis)
3. Pembukaan serviks (dari 0 cm hingga 10 cm atau pembukaan lengkap)
4. Bagaimana letak janin, misalnya posterior posterior (kepala di bawah, tetapi menghadap ke perut ibu), anterior (kepala di bawah tetapi menghadap ke belakang), sungsang (kaki di bawah atau bokong di bawah)
5. Seberapa jauh bayi bergerak turun ke dalam panggul (disebut descent)
6. Penempelan kepala bayi pada serviks. Secara umum, semakin kepala menekan leher rahim, semakin efektif pelebaran tersebut. Dalam persalinan sungsang, bokong/kaki bayi lebih lembut dari kepala dan karenanya dilatasi mungkin sedikit lebih lambat

Persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur. Mula-mula kekuatan yang muncul kecil, kemudian terus meningkat sampai pada puncaknya pembukaan serviks

lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari rahim ibu.

Pada persalinan yang lancar, bertambahnya pembukaan akan disertai dengan turunnya bagian terendah janin. Pada saat terjadi penurunan janin, jaringan lunak dan struktur tulang memberi tekanan yang menyebabkan turunnya janin melalui jalan lahir dengan serangkaian gerakan. Secara kolektif, gerakan ini disebut mekanisme persalinan. Selama kelahiran pervaginam, presentasi janin, posisi, dan ukuran janin akan menentukan mekanisme yang tepat karena janin berespons terhadap tekanan eksternal. Mekanisme persalinan merupakan gerakan janin yang mengakomodasikan diri terhadap panggul ibu. Hal ini sangat penting untuk kelahiran melalui vagina oleh karena janin harus menyesuaikan diri dengan ruangan yang tersedia di dalam panggul. Sehingga janin harus menyesuaikan dengan menempati posisi diameter panggul yang paling besar.

Penurunan kepala janin (engagement) ke dalam pelvis biasanya dimulai sebelum persalinan. Janin ibu nulipara biasanya turun ke dalam pelvis selama minggu terakhir kehamilan sedangkan pada multigravida, tonus otot biasanya lebih lemah dan dengan demikian, engagement tidak terjadi hingga persalinan benar-benar dimulai. Selama kala satu persalinan, kontraksi dan retraksi otot uterus menyebabkan ruang dalam uterus menjadi lebih sempit, memberikan tekanan pada janin untuk menurun. Setelah ruptur forewater dan pengerahan upaya maternal, kemajuan persalinan dapat terjadi dengan cepat.

Penurunan bagian terendah janin dapat dinilai dari pemeriksaan dalam berdasarkan bidang hodge/bidang khayal. *Hugh I. Hodge*, menemukan bidang-bidang lain dalam panggul untuk mengetahui seberapa jauh penurun kepala pada panggul yang dikenal dengan Bidang Hodge Penilaian ini sedikit sulit, butuh ketepatan menentukan batas bidang hodge, terutama bidang hodge I,II. Bidang Hodge dipelajari untuk menentukan sampai di mana bagian terendah janin turun ke dalam panggul pada persalinan dan terdiri atas empat bidang:

- 1) Bidang Hodge I : bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promontorium.
- 2) Bidang Hodge II: bidang ini sejajar dengan bidang Hodge I terletak setinggi bagian bawah simfisis.
- 3) Bidang Hodge III: bidang ini sejajar dengan bidang Hodge I dan II, terletak setinggi spina iskiadika kanan dan kiri.
- 4) Bidang Hodge IV: bidang ini sejajar dengan bidang Hodge I, II, dan III, terletak setinggi os koksigeus

10. Evaluasi Aktifitas

a. Posisi

Hampir setiap calon ibu menginginkan melewati proses melahirkan dengan persalinan normal. Namun, tidak banyak ibu yang mengetahui berbagai macam posisi melahirkan secara normal. Kebanyakan ibu hanya terbayang posisi telentang. Padahal ada beberapa posisi melahirkan lain yang dapat dicoba.

Menurut Syafrudin (2012) posisi dalam persalinan adalah posisi yang digunakan untuk persalinan yang dapat mengurangi rasa sakit pada saat bersalin dan dapat mempercepat proses persalinan. Persalinan dan kelahiran merupakan suatu peristiwa yang normal, tanpa disadari dan mau tidak mau harus berlangsung. Untuk membantu ibu agar tetap tenang dan rileks sedapat mungkin bidan tidak boleh memaksakan pemilihan posisi yang diinginkan oleh ibu dalam persalinannya.

1) Posisi Berbaring Atau Litotomi

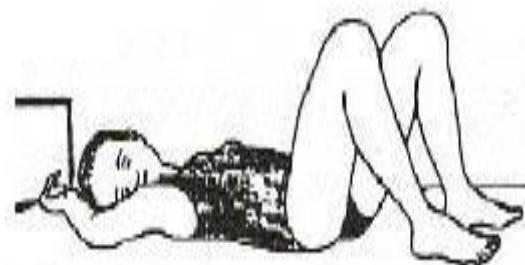
Posisi ini mengharuskan si ibu berbaring miring ke kiri atau ke kanan. Salah satu kaki diangkat, sedangkan kaki lainnya dalam keadaan lurus. Posisi yang akrab disebut posisi lateral ini, umumnya dilakukan bila posisi kepala bayi belum tepat. Ibu terlentang di tempat tidur bersalin dengan menggantung kedua pahanya pada penopang kursi khusus untuk bersalin.

Menurut Dr. Dwi Rahmiati Hasyar posisi miring ini di Indonesia terjadi sekitar < 40%. Normalnya, posisi ubun-ubun bayi berada di depan jalan lahir. Posisi kepala bayi dikatakan tidak normal jika posisi ubun-ubunnya berada di belakang atau di samping. Nah, dalam kondisi tersebut biasanya dokter akan mengarahkan ibu untuk mengambil posisi miring. Ke arah mana posisi miring si ibu tergantung pada di mana letak ubun-ubun bayi. Jika berada di kiri, maka ibu dianjurkan mengambil posisi miring ke kiri sehingga bayi diharapkan bisa memutar.

Kelebihan: Dokter bisa lebih leluasa membantu proses persalinan. Jalan lahir pun menghadap ke depan, sehingga dokter dapat lebih mudah mengukur perkembangan pembukaan dan waktu persalinan pun bisa diprediksi secara lebih akurat. Kepala bayi lebih mudah dipegang dan diarahkan. Sehingga apabila terjadi perubahan posisi kepala bayi, maka dokter langsung bisa mengarahkan pada posisi yang seharusnya

Kelemahan: Posisi berbaring membuat ibu sulit untuk mengejan. Hal ini karena gaya berat tubuh ibu yang berada di bawah dan sejajar dengan posisi bayi. Posisi ini pun diduga bisa mengakibatkan perineum (daerah di antara anus dan vagina) meregang sedemikian rupa sehingga menyulitkan persalinan. Pengiriman oksigen melalui darah yang mengalir dari si ibu ke janin melalui plasenta pun jadi relatif berkurang. Hal ini karena letak pembuluh besar berada di bawah posisi bayi dan tertekan oleh massa/berat badan bayi. Apalagi jika letak ari-ari juga berada di bawah si bayi. Akibatnya, tekanan pada pembuluh darah bisa meninggi dan menimbulkan perlambatan peredaran darah balik ibu

Posisi melahirkan ini juga sangat cocok bagi ibu yang merasa pegal-pegal di punggung atau kelelahan karena mencoba posisi yang lain. Sayangnya, posisi miring menyulitkan dokter untuk membantu proses persalinan. Dalam arti, kepala bayi susah dimonitor, dipegang, maupun diarahkan. Dokter pun akan mengalami kesulitan saat melakukan tindakan episiotomi.



Gambar 4.7

2) Posisi Miring Atau Lateral

Ibu berbaring miring ke kiri atau ke kanan dengan salah satu kaki diangkat, sedangkan kaki lainnya dalam keadaan lurus. Posisi ini umumnya dilakukan bila posisi kepala bayi belum tepat.

Kelebihan: Selain peredaran darah balik ibu bisa mengalir lancar, pengiriman oksigen dalam darah dari ibu ke janin melalui plasenta juga tidak terganggu. Sehingga proses pembukaan akan berlangsung secara perlahan-lahan sehingga persalinan berlangsung lebih nyaman.

Kelemahan: Posisi miring ini menyulitkan dokter untuk membantu proses persalinan karena letal kepala bayi susah dimonitor, dipegang, maupun diarahkan. Dokter pun akan mengalami kesulitan saat melakukan tindakan episiotomi



Gambar 4.8

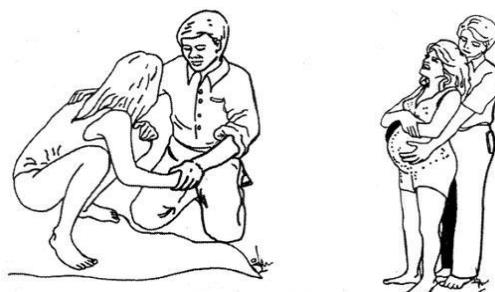
3) Posisi Jongkok

Posisi ini sudah dikenal sebagai posisi bersalin yang alami. Beberapa suku di Papua dan daerah lain memiliki kebiasaan melakukan persalinan dengan cara berjongkok seperti ini. Oleh karena memanfaatkan gravitasi tubuh, ibu tidak usah terlalu kuat mengejan. Sementara bayi pun lebih cepat keluar lewat jalan lahir. Tak heran karena berbagai keunggulan tersebut, beberapa RS/RSB di Jakarta menerapkan posisi persalinan ini untuk membantu pasiennya.

Di Indonesia < 10% posisi miring ini terjadi menurut Dr. Dwi Rahmiati Hasyar. Biasanya ibu berjongkok di atas bantal-an empuk yang berguna menahan kepala dan tubuh bayi. Bagi para dokter, posisi ini dinilai kurang menguntungkan karena menyulitkan pemantauan perkembangan pembukaan dan tindakan-tindakan persalinan lainnya, semisal episiotomi.

Kelebihan: Merupakan posisi melahirkan yang alami karena memanfaatkan gaya gravitasi bumi, sehingga ibu tidak usah terlalu kuat mengejan.

Kekurangan: Selain berpeluang membuat cedera kepala bayi, posisi ini dinilai kurang menguntungkan karena menyulitkan pemantauan perkembangan pembukaan dan tindakan-tindakan persalinan lainnya, semisal episiotomi.



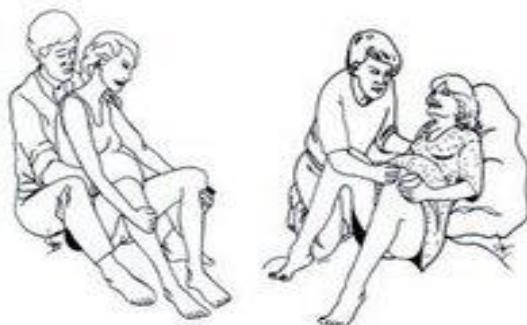
Gambar 4.9

4) Posisi Setengah Duduk

Diakui atau tidak, posisi ini merupakan posisi yang paling umum diterapkan di berbagai RS/RSB di segenap penjuru tanah air. Pada posisi ini, ibu duduk dengan punggung bersandar bantal, kaki ditekuk dan paha dibuka ke arah samping. Posisi ini cukup membuat ibu nyaman. Dari hasil penelitian menurut Dr. Dwi Rahmiati Hasyar terdapat >50% kejadian pada posisi setengah duduk.

Kelebihannya: Sumbu jalan lahir yang perlu ditempuh janin untuk bisa keluar jadi lebih pendek. Suplai oksigen dari ibu ke janin pun juga dapat berlangsung secara maksimal.

Kelemahan: Posisi dapat menimbulkan rasa lelah dan keluhan punggung pegal. Apalagi jika proses persalinan tersebut berlangsung lama.



Gambar 4.10

5) Merangkak

Posisi merangkak sangat cocok untuk persalinan dengan rasa sakit pada punggung.

Keuntungan : ibu merasa lebih nyaman dan efektif untuk meneran, mempermudah janin dalam melakukan rotasi, membantu ibu mengurangi nyeri punggung, dan peregangan pada perinium berkurang.



Gambar 4.11

6) Menungging

Keuntungan: Mendorong kepala bayi keluar dari panggul selama kontraksi, kadang-kadang dianjurkan pada persalinan dini jika kontraksi sering terjadi dan untuk mengurangi nyeri pinggang, serta mengurangi tekanan pada leher rahim yang bengkak.

b. Nyeri

Proses persalinan merupakan pengalaman emosi dan melibatkan mekanisme fisik dan psikologi. Nyeri persalinan merupakan pengalaman subyektif yang dialami ibu tentang sensasi fisik yang terkait dengan kontraksi uterus, dilatasi dan penipisan serviks serta penurunan janin selama persalinan. Rasa nyeri pada persalinan disebabkan oleh kombinasi peregangan segmen bawah rahim (selanjutnya serviks) dan *iskemia (hipoksia)* otot-otot rahim. Reaksi terhadap nyeri merupakan respon yang sifatnya sangat individual. Reaksi ini tergantung pada kepribadian, kondisi emosional serta tingkat pemahaman pasien, latar belakang kultural, keluarga serta pendidikannya, dan pengalaman sebelumnya. (Maguire,Simon et al, 2008).

Nyeri persalinan dapat menimbulkan stres yang menyebabkan pelepasan hormon yang berlebihan seperti katekolamin dan steroid. Nyeri persalinan juga dapat menyebabkan timbulnya hiperventilasi sehingga kebutuhan oksigen meningkat, kenaikan tekanan darah, dan berkurangnya motilitas usus serta vesika urinaria. Apabila nyeri persalinan tidak diatasi akan menyebabkan terjadinya partus lama.

Pengalaman melahirkan sebelumnya juga dapat mempengaruhi respon ibu terhadap nyeri. Ibu yang melahirkan dalam keadaan rileks, semua lapisan otot dalam rahim akan bekerja sama secara harmonis sehingga persalinan akan berjalan lancar, mudah dan nyaman.

Metode penghilang rasa sakit dapat dibagi menjadi dua kelompok utama: yang farmakologi dan nonfarmakologi. Salah satu keterbatasan yang paling signifikan yang terkait dengan nyeri farmakologis adalah bahwa hampir setiap obat yang digunakan untuk analgesia persalinan di ibu dapat melewati plasenta. Ini memiliki efek merusak pada kedua ibu dan janin. Sistem pernapasan janin dapat melemah, dan pengalaman persalinan ibu panjang dan gangguan refleks pada tahap kedua persalinan. Tiga prinsip yang penting untuk menghilangkan rasa sakit di kebidanan meliputi kesederhanaan, keamanan dan mempertahankan homeostasis janin, dan metode non-farmakologis memenuhi semua ini. Tidak ada efek pada persalinan, dan tidak

ada efek samping pada ibu atau janin.

Beberapa metode non farmakologis yang dapat mengurangi nyeri persalinan :

a). Refleksiologi

Refleksiologi adalah metode non-invasif dan nonfarmakologi nyeri. Hal ini didasarkan pada sistem zona dan daerah refleks pada kaki dan telapak tangan yang mencerminkan citra seluruh tubuh (termasuk otot, saraf, kelenjar dan tulang) di urutan yang sama persis dan posisi seperti dalam tubuh

Untuk sesi refleksiologi, ibu jari dan jari telunjuk yang digunakan untuk bekerja pada kaki. Pijat ringan pertama diberikan pada semua kaki dan kemudian tekanan diterapkan pada daerah yang bersangkutan dan ditetapkan. Sebagai Gambar 1 menunjukkan, daerah-daerah tersebut adalah: 1) kelenjar hipofisis, di pusat ibu jari; 2) plexus Solar, hampir empat jari lebar di bawah dasar jari-jari kaki, terletak di pusat (tengah diafragma); 3) Lumbar dan sacral tulang belakang (wilayah sumsum tulang belakang) dan 4) daerah genital, di bawah pergelangan kaki.

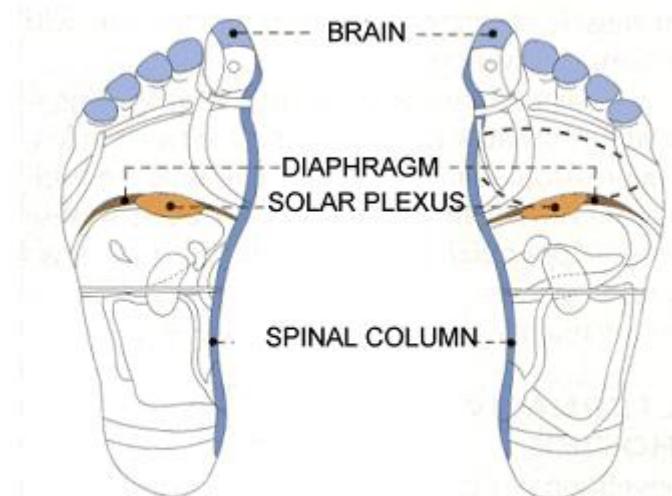


Fig. 1: Reflexology session, feet areas

Gambar 4.12

Metode pekerjaan dilakukan berdasarkan buku referensi dari refleksiologi dan disetujui oleh seorang spesialis dalam reflexology. Ketika subjek pada dilatasi 4-5 cm (fase aktif), refleksiologi dilakukan oleh peneliti sekali dan untuk 20 menit pada setiap kaki (Total 40 menit). Maka peneliti mengikuti studi sampai setelah melahirkan. Kelompok dukungan yang menerima spiritual, dukungan emosional dan verbal dari peneliti selama 40

menit yang dimulai pada tahap pelebaran 4 cm, ke dalam fase aktif persalinan. Kelompok perawatan rutin manfaat dari perawatan rutin saja. Keparahan nyeri dievaluasi dengan skala analog visual (pengguna nyeri 0-10 cm). Skor nyeri juga dicatat dalam dilatasi serviks 6-7 cm dan 8-10 cm. Durasi tiga tahap kerja dijelaskan sebagai berikut: Tahap pertama: Ketika serviks adalah sekitar 4 cm melebar dan sampai 10 cm, tahap kedua: Dari 10 dilatasi untuk melahirkan bayi, tahap ketiga: Jangka waktu antara kelahiran bayi dan pelepasan plasenta .

Penelitian ini menunjukkan bahwa refleksologi dapat menurunkan durasi tahapan pertama, kedua dan ketiga persalinan serta mengurangi intensitas nyeri persalinan. Oleh karena itu, penggunaan refleksologi dalam perawatan bersalin tampaknya menunjukkan tingkat kepuasan yang tinggi ibu dan bahkan staf. Refleksologi adalah daerah yang relatif baru di perawatan kebidanan dan dapat membantu untuk mengurangi tingkat kumulatif operasi caesar elektif yang terutama karena takut persalinan pervaginam. Ini adalah teknik sederhana dan nyaman yang tidak memerlukan alat perangkat keras, hanya dengan bantuan yang cukup terlatih, dengan tujuan mengurangi nyeri persalinan ibu hamil.

b). Terapi Panas

Panas sebagai metode non farmakologi nyeri membantu mengurangi intensitas rasa sakit dan meningkatkan konsistensi rasa sakit.

Sampel dipilih berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi dan pelebaran leher rahim mereka dinilai dengan pemeriksaan vagina dan kasus-kasus dengan dilatasi <3-4 cm secara acak dialokasikan ke dalam dua kelompok dan setelah mengambil testimonial tertulis teknik ini dijelaskan dan rasa sakit menguasai digunakan untuk kedua kelompok. Sebelum intervensi apapun, tingkat keparahan nyeri diukur ketika leher rahim melebar menjadi 3-4 cm. Pada kelompok terapi panas setelah pembentukan hubungan sentimental yang baik dengan yg melahirkan, botol air panas digunakan untuk memanaskan kembali rendah dari yg melahirkan berdasarkan kecenderungan pasien. Waktu minimum untuk menggunakan botol air panas pada tahap pertama adalah 80 menit. Pada tahap kedua tenaga kerja botol air panas dengan bungkus steril dimasukkan ke dalam perinea pasien. Waktu minimum untuk botol air panas di wilayah perinea adalah 5 menit. Evaluasi keparahan nyeri tahap pertama persalinan itu dilakukan di serviks dilatasi 3-4 cm, 6-7 cm dan 9-10 cm. Dan evaluasi keparahan nyeri pada tahap kedua persalinan itu dilakukan setelah melahirkan. Skala linear McGill

digunakan untuk mengevaluasi dan mengukur keparahan nyeri.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa persepsi rasa sakit rata-rata pada tahap pertama dan kedua persalinan menunjukkan perbedaan statistik yang signifikan antara terapi panas dan kelompok perawatan rutin. Perbedaan ini menunjukkan bahwa jumlah rata-rata dari persepsi rasa sakit pada kelompok terapi panas kurang dibandingkan dengan kelompok kontrol pada tahap pertama dan kedua persalinan dan terapi panas mengurangi nyeri persalinan.

Sehubungan dengan hasil penelitian ini dan perbandingan dengan penelitian lain dapat disimpulkan bahwa terapi panas memiliki beberapa efek yang berguna dan menyebabkan sedikit rasa sakit di yg melahirkan. Meskipun survei disebutkan mempelajari pengaruh perendaman dalam air hangat, entitas utama dari semua survei pemanasan wilayah atau lingkungan, sehingga studi ini digunakan untuk membandingkan dengan penelitian kami.

c). Terapi Panas dan Dingin

Efek panas diskrit dan dingin terhadap penurunan nyeri persalinan telah dilaporkan tetapi tidak ada evaluasi efek panas simultan dan dingin

Instrumen pengumpulan data termasuk bentuk informasi, checklist pengamatan, dan Skala Analog Visual (VAS) untuk evaluasi keparahan nyeri. Panas memiliki efek pendek dan langsung pada nyeri dan setidaknya 20 menit berbaring di air hangat meningkatkan proses persalinan. Di sisi lain, efek dingin lebih panjang dan meningkatkan ambang nyeri setelah 5 sampai 10 menit. Berdasarkan informasi ini, protokol untuk kelompok intervensi ditetapkan. Selama tahap pertama dari proses persalinan, peserta kelompok intervensi menerima paket air hangat dengan suhu 38-40 ° C dan ditutupi dengan handuk di perut mereka, perut bagian bawah, dan rendah kembali selama setengah jam sepanjang kontraksi. Setelah itu, mereka menerima kantong es ditutupi dengan handuk di bagian yang sama dari tubuh selama 10 menit. Kemudian, panas digunakan sekali lagi setelah 30 menit dan proses ini diulang. Selama tahap kedua persalinan, kali ini mengalami penurunan setengah, jadi pak air hangat ditutupi dengan handuk steril ditempatkan pada perineum pasien selama 15 menit dilanjutkan dengan kantong es selama 5 menit. Kelompok kontrol hanya menerima perawatan rutin. Keparahan nyeri dievaluasi pada awal fase aktif dan kemudian selama percepatan, slop maksimum, dan fase deselerasi. Keparahan nyeri selama tahap kedua persalinan juga dievaluasi setelah melahirkan. Evaluasi

keparahan nyeri dilakukan dengan cara yang sama pada kelompok kontrol. Selain itu, durasi pertama, kedua, dan ketiga tahapan pengiriman pada kedua kelompok diukur. Kepuasan pasien tentang pengalaman kerja dievaluasi pada akhir pengiriman dengan mempertanyakan dari mereka dengan lima poin Likert Item.

Salah satu metode untuk mengurangi nyeri persalinan adalah pemanfaatan panas dan dingin. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dibandingkan dengan perlakuan rutin, pemberian panas intermiten dan dingin di daerah nyeri termasuk punggung bawah, perut, bagian bawah perut, dan perineum secara signifikan dapat mengurangi nyeri persalinan. Hasil ini konsisten dengan yang sebelumnya. Waters dan Raisler diselidiki pijat es di titik Hugo selama kontraksi untuk mengurangi rasa sakit dan melaporkan pengurangan nyeri persalinan pada awal persalinan.

Penelitian ini juga menunjukkan bahwa durasi pertama dan ketiga tahapan persalinan pada kelompok intervensi lebih pendek dari kontrol. Ada laporan yang bertentangan tentang pengaruh panas dan dingin pada durasi persalinan. Eckert et al. menempatkan ibu dalam air hangat tetapi tidak dapat menyebabkan perbedaan dalam durasi tahapan kerja. Tidak konsisten, Moneta et al. melaporkan bahwa menempatkan ibu dalam air hangat (37°C) selama 20 menit dikaitkan dengan penurunan rata-rata durasi tahap pertama persalinan.

Meskipun dalam penelitian ini durasi tahap kedua persalinan menurun tetapi konsisten dengan studi Behmanesh ini, itu tidak bisa mencapai signifikansi statistik. Hal tersebut disebabkan dalam kedua studi intervensi selama tahap kedua persalinan dilakukan hanya pada perineum, dan perut dan daerah pinggang tidak terlibat, intervensi tidak cukup berpengaruh untuk mempengaruhi kontraksi. Efek menguntungkan dari panas selama fase III persalinan bisa disebabkan efeknya pada peningkatan kenyamanan ibu dan akibatnya meningkat endorphin dan oksitosin yang dapat menyebabkan kontraksi uterus yang tepat dan pengiriman sebelumnya plasenta.

Temuan menunjukkan pemanasan lokal dengan kompres dingin intermiten merupakan metode yang efektif untuk mengurangi nyeri persalinan dalam berbagai tahapan, selain memperpendek pertama dan ketiga tahap persalinan. Selain itu, metode ini tidak memiliki efek negatif pada hasil persalinan seperti kesehatan janin, pengiriman instrumental, perinea dan kontraksi rahim. Oleh karena itu, diharapkan metode ini akan

meningkatkan kepuasan ibu, sehingga mendorong mereka untuk memilih pengiriman alami. Panas dan terapi dingin adalah metode penghilang rasa sakit non-farmakologis murah, sederhana, aman, dan efektif yang aplikasi tidak memerlukan keahlian khusus dan sangat tersedia ketika metode farmakologis tidak dapat diakses.

d). Akupunktur

Akupunktur adalah suplemen yang baik untuk metode penghilang rasa sakit yang ada.

Wanita berbahasa Denmark dengan kehamilan tunggal yang normal yang melahirkan di usia cukup bulan (37-42 minggu kehamilan) dan dengan janin dalam presentasi kepala yang memenuhi syarat untuk penelitian. Bidan memberitahu semua wanita antenatal tentang proyek, baik secara tertulis dan lisan dalam. Mereka diberi informasi netral mengenai berbagai metode penghilang rasa sakit untuk menghindari bias dalam mendukung salah satu metode.

Lima puluh bidan telah disertifikasi setelah menyelesaikan kursus 5 hari dalam teknik Barat akupunktur kebidanan dan menerima setidaknya 6 bulan pelatihan klinis menggunakan akupunktur selama persalinan. Seorang bidan proyek hadir di ruang persalinan setiap saat selama persalinan aktif.

Berdasarkan pengalaman internasional dan pengalaman dari proyek percontohan, 34 titik akupunktur tertentu dapat digunakan (Gbr. 1). Pengobatan individual sesuai dengan mobilitas wanita dan lokalisasi nyeri. Jarum yang stainless steel akupunktur jarum suntik steril dalam tiga ukuran: 0,20 15, 30 0,30, dan 0,35 mm 50. Tidak ada stimulasi listrik digunakan. Durasi tusuk jarum bisa bervariasi dari 30 menit sampai 2 jam dan bisa diulang. Jarum dihilangkan jika wanita merasa tidak nyaman atau pada wanita dengan patologi kebidanan. Tusuk jarum ini juga dihentikan jika tidak ada bidan proyek yang tersedia untuk mengambil alih.

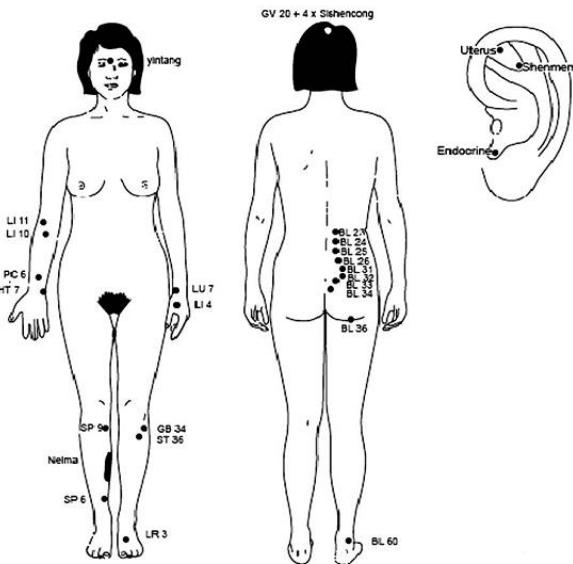


Fig. 1. Acupuncture points. All acupuncture points have Chinese names and those on the meridians also have names and numbers after the meridian. Two extra points located outside the specific pathways are named Yintang and Sishencong. Shenmen is an ear point, which corresponds to the lungs and is used for general analgesia and relaxation.

Gambar 4.13

Dalam akupunktur dan TENS kelompok, analgesik konvensional tambahan yang diberikan berdasarkan permintaan. Pengobatan tambahan terdiri dari bak mandi, papula air steril, nitrous oxide, petidin, dan analgesia epidural.

Penggunaan metode farmakologis dan invasif secara signifikan lebih rendah pada kelompok akupunktur (akupunktur vs tradisional, $p < 0,001$; akupunktur vs TENS, $p = 0,031$). Skor nyeri yang sebanding. Akupunktur tidak mempengaruhi durasi persalinan atau penggunaan oksitosin. Berarti skor Apgar pada 5 menit dan pH value tali pusat secara signifikan lebih tinggi di antara bayi pada kelompok akupunktur dibandingkan dengan bayi di kelompok lain. Kesimpulan: Akupunktur mengurangi kebutuhan untuk metode farmakologis dan invasif selama persalinan.

c. Psikologis

Kehamilan, persalinan dan menjadi seorang ibu merupakan peristiwa dan pengalaman penting dalam kehidupan seorang wanita. Peristiwa-peristiwa itu mempunyai makna yang berbeda-beda bagi setiap wanita maupun keluarganya. Bagi banyak wanita, peristiwa-peristiwa itu bermakna positif dan merupakan fase transisi yang menyenangkan ke tahap baru dalam siklus kehidupannya. Namun, sebagaimana tahap transisi lain dalam fase kehidupan, peristiwa itu dapat pula menimbulkan stress, sehingga respons yang terjadi dapat berupa kebahagiaan, maupun sebaliknya, seperti krisis lain dalam

kehidupan, dapat juga menyebabkan kekecewaan. Terdapat tiga faktor utama dalam persalinan, yaitu faktor jalan lahir (*passage*), faktor janin (*passenger*), dan faktor tenaga atau kekuatan (*power*). Selain itu, dalam persalinan dapat ditambahkan faktor psikis (kejiwaan) wanita menghadapi kehamilan, persalinan, dan nifas. Karena itulah seorang wanita memerlukan kematangan fisik, emosional, dan psikoseksual serta psikososial sebelum menikah dan menjadi hamil. Perasaan cemas, takut, dan nyeri akan membuat wanita tidak tenang menghadapi persalinan dan nifas.

Persalinan merupakan masa yang cukup berat bagi ibu, dimana proses melahirkan layaknya sebuah pertaruhan hidup dan mati seorang ibu, terutama pada ibu primipara, dimana mereka belum memiliki pengalaman melahirkan. Rasa cemas, panik, dan takut yang melanda ibu dengan semua ketidakpastian serta rasa sakit yang luar biasa yang dirasakan ibu dapat mengganggu proses persalinan dan mengakibatkan lamanya proses persalinan. Rasa cemas dapat timbul akibat kekhawatiran akan proses kelahiran yang aman untuk dirinya dan bayinya.

Kecemasan persalinan adalah respon yang dialami ibu yang sedang menghadapi persalinan yang dimungkinkan oleh perasaan takut menghadapi proses persalinan), prasangka – prasangka buruk yang akan menimpa dirinya ketika akan bersalin. Berdasarkan pengalaman yang selama ini diperoleh utamanya pengalaman yang dialami langsung selama proses kehamilan, salah satu dampak penting terjadinya stress adalah diproduksinya adrenalin dan noradrenalin yang memberi dampak pada ibu utamanya pada bayi berupa abortus, kelahiran bayi premature sampai pada kematian janin dan ibu melahirkan. Jika hal ini dibiarkan terjadi maka angka mortalitas dan morbiditas akan semakin meningkat.

Beberapa hal yang bisa dilakukan untuk mengatasi masalah psikis ibu dalam menghadapi proses persalinan antara lain :

a). *Massage therapy*

Berbagai cara alternatif seperti terapi pijat digunakan di negara-negara maju, maka tidak mengherankan bahwa persentase operasi caesar menurun. *World Health Organizations* (WHO) merekomendasikan bahwa tingkat SC tidak harus lebih tinggi dari 10-15%, serta tingkat morbiditas dan mortalitas bayi setelah melahirkan. Kelahiran anak adalah peristiwa yang menyakitkan dan stres dalam kehidupan wanita yang disertai dengan kelelahan, ketakutan dan perasaan negatif dan sebagai hasil persalinan yang memburuk. Metode alternatif juga dapat

memberikan kepuasan ibu. Ibu selalu mencari cara untuk meringankan rasa sakit yang parah sehingga dalam hal ini menggunakan metode yang tepat menyentuh tampaknya berguna dan membuat mereka merasa lebih santai, oleh karena itu, di samping analgesik, nyeri persalinan dapat dikontrol dan secara psikis mengurangi stress dengan cara alternatif.

Pijat adalah salah satu metode yang dapat menyebabkan relaksasi, mengurangi kejang otot dan mengurangi kecemasan. Diperkirakan bahwa pijat dapat bekerja melalui dua jalur berbeda: dengan menghalangi impuls nyeri dengan meningkatkan transfer A-Fibers dan juga dengan merangsang endorfin yang akan dilepasakan secara lokal. Pijat sebagai rangsangan sensorik yang sangat berguna tidak hanya metode yang paling sering digunakan, tetapi juga salah satu cara yang paling menyenangkan dan diterima untuk mengurangi rasa sakit di sebagian besar penyakit. Aromaterapi dan pijat cukup dapat mengurangi kecemasan sehingga mereka dapat dianggap sebagai perawatan selama persalinan. Penelitian sebelumnya melaporkan bahwa ibu menerima pijat selama persalinan dirasakan kurang kecemasan dan rasa sakit di punggung dan kaki mereka dan telah lebih santai sedangkan setelah menerima pijat, penurunan denyut jantung dan pola relaksasi di EEG telah terbukti. Pijat terbukti memiliki beberapa efek luar biasa pada bayi juga. Neonatus prematur menunjukkan pola-pola distress kurang dan neonatus aterm menunjukkan peningkatan lebih pertumbuhan bulan pertama usia mereka. Untuk mengurangi kecemasan selama persalinan dan juga meningkatkan kepuasan selama dan setelah persalinan, menghadirkan petugas, orang yang dibarengi dengan ibu selama seluruh persalinan dan memberikan dukungan sendiri (doula), tampaknya tepat sebagai pendekatan nonmedikal. Dalam hal ini, panjang pendek persalinan, penurunan tingkat operasi caesar, lebih rendah membutuhkan untuk anestesi epidural, dilatasi serviks yang lebih besar, persentase yang lebih rendah dari gawat janin dan skor Apgar neonatal lebih tinggi dilaporkan oleh artikel sebagai manfaat menggunakan doula selama persalinan. Beberapa penelitian yang dilakukan untuk menyelidiki efek pijat dan penyajian petugas pada parameter seperti selama persalinan. Juga efektivitas pijat adalah berbeda di berbagai negara karena perbedaan sensitivitas untuk rasa sakit dan cara-cara alternatif. Dalam penelitian ini, efek berbeda antara kehadiran petugas dan terapi pijat pada nyeri.

Mortazavi et al tahun 2012 melakukan penelitian tentang "*Effects of massage therapy and presence of attendant on pain, anxiety and satisfaction during labor*" menunjukkan bahwa pijat yang diberikan selama 30 menit pada masing-masing latent phase (3–4 cm cervical dilation), active phase (5–7 cm cervical dilation), and deceleration phase (8–10 cm cervical dilation) dengan cara memijat punggung, mengelus perut dan menekan sakrum efektif sebagai intervensi alternatif, untuk mengurangi rasa sakit dan kecemasan selama persalinan dan meningkatkan tingkat kepuasan. Juga, mendukung peran petugas dalam mempengaruhi secara positif tingkat kecemasan dan kepuasan pasien.

b). Hydrotherapy

Rebecca D. Benfield tahun 2010 meleakukan penelitian dengan judul *The Effects of Hydrotherapy on Anxiety, Pain, Neuroendocrine Responses, and Contraction Dynamics During Labor*, didapatkan hasil Hydrotherapy dikaitkan dengan penurunan kecemasan, tingkat vasopressin dan oxytocin pada 15 dan 45 menit (semua $p < .05$). Tidak ada perbedaan yang signifikan antara pre-immersion dan nyeri immersion atau kadar kortisol. Nyeri lebih berkurang untuk wanita dengan nyeri awal tinggi dibandingkan perempuan dengan tingkat dasar rendah pada 15 dan 45 menit. Kadar kortisol menurun dua kali lebih banyak di 15 menit hydrotherapy untuk wanita dengan nyeri awal yang tinggi dibandingkan bagi mereka dengan dasar nyeri yang rendah . Tingkat beta-endorphin meningkat pada 15 menit tetapi tidak berbeda antara baseline dan 45 menit. Selama perendaman, frekuensi uterus-kontraksi menurun. Pergeseran volume plasma positif pada 15 min berkorelasi dengan durasi kontraksi. Kesimpulan : Hydrotherapy selama persalinan mempengaruhi respon neuroendokrin yang memodifikasi proses psikofisiologis.

c). Kehadiran Pendamping Persalinan

Kehadiran pendamping persalinan adalah orang yang paling dekat dan paling berkewajiban memberikan dukungan ketika salah satunya mengalami kesulitan, diantaranya suami, keluarga (orang tua, mertua, saudara), professional (bidan, Doula) dapat mempengaruhi psikis ibu dalam menghadapi proses persalinan.

Hasil penelitian menyebutkan bahwa pendampingan akan berdampak positif jika dilakukan terhadap ibu bersalin secara terus menerus. Seorang yang telah berpengalaman/profesional akan

memberikan dampak yang lebih baik terhadap ibu bersalin. Selain itu, kedekatan emosi ibu bersalin dengan pendamping akan memberikan rasa nyaman untuk ibu hamil.

D. Kala II Persalinan

1. Definisi Kala II Persalinan

Persalinan kala II merupakan salah satu dari serangkaian tahap persalinan, di mana pada tahap ini dimulai saat pembukaan serviks lengkap dan berakhir dengan lahirnya seluruh tubuh janin. Lamanya kala dua adalah 50 menit untuk primigravida dan 30 menit untuk multigravida.

Persalinan Kala II persalinan adalah proses pengeluaran buah kehamilan sebagai hasil pengenalan proses dan penatalaksanaan pembukaan, batasan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi, kala II juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi (JNPK-KR, 2016). Kala dua persalinan adalah kala pengeluaran, dimulai saat serviks telah membuka lengkap dan berlanjut hingga bayi lahir.

Asuhan Persalinan bertujuan untuk memberikan asuhan yang memadai selama proses persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi (saiffudin, 2009)

Selama proses kala II persalinan terjadi perubahan suhu tubuh ibu yang meningkat dan ibu mengalami kelelahan pada saat mengejan selama kontraksi. Asuhan sayang ibu selama kala II yang di berikan oleh bidan yaitu:

- 1) Konsep asuhan sayang ibu menurut Pusdiknakes, 2003 adalah sebagai berikut:
 - (a) Asuhan yang aman berdasarkan evidence based dan ikut meningkatkan kelangsungan hidup ibu. Pemberian asuhan harus saling menghargai budaya, kepercayaan, menjaga privasi, memenuhi kebutuhan dan keinginan ibu.
 - (b) Asuhan sayang ibu memberikan rasa nyaman dan aman selama proses persalinan, menghargai kebiasaan budaya, praktik keagamaan dan kepercayaan dengan melibatkan ibu dan keluarga dalam pengambilan keputusan.
 - (c) Asuhan sayang ibu menghormati kenyataan bahwa kehamilan dan persalinan merupakan proses alamiah dan tidak perlu intervensi

tanpa adanya komplikasi.

(d) Asuhan sayang ibu berpusat pada ibu, bukan pada petugas kesehatan.

(e) Asuhan sayang ibu menjamin ibu dan keluarganya dengan memberitahu tentang apa yang terjadi dan apa yang bisa diharapkan.

2) Ada 10 Langkah Asuhan Sayang Ibu

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

(b) Memberi informasi mengenai praktek kebidanan, termasuk intervensi dan hasil asuhan.

(c) Memberi asuhan yang peka dan responsif dengan kepercayaan, nilai dan adat istiadat.

(d) Memberikan kebebasan bagi ibu yang akan bersalin untuk memilih posisi persalinan yang nyaman bagi ibu.

(e) Merumuskan kebijakan dan prosedur yang jelas untuk pemberian asuhan yang berkesinambungan.

(f) Tidak rutin menggunakan praktek dan prosedur yang tidak didukung oleh penelitian ilmiah tentang manfaatnya, seperti: pencukuran, enema, pemberian cairan intervana, menunda kebutuhan gizi, merobek selaput ketuban, pemantauan janin secara elektronik.

(g) Mengajarkan pada pemberi asuhan dalam metode meringankan rasa nyeri dengan/ tanpa obat-obatan.

(h) Mendorong semua ibu untuk memberi ASI dan mengasuh bayinya secara mandiri.

(i) Menganjurkan tidak menyunat bayi baru lahir jika bukan karena kewajiban agama.

(j) Berupaya untuk mempromosikan pemberian ASI dengan baik.

3) Prinsip Umum Sayang Ibu

(a) Memahami bahwa kelahiran merupakan proses alami dan fisiologis.

(b) Menggunakan cara-cara yang sederhana dan tidak melakukan intervensi tanpa ada indikasi.

(c) Memberikan rasa aman, berdasarkan fakta dan memberi

- kontribusi pada keselamatan jiwa ibu.
- (d) Asuhan yang diberikan berpusat pada ibu.
 - (e) Menjaga privasi serta kerahasiaan ibu.
 - (f) Membantu ibu agar merasa aman, nyaman dan didukung secara emosional.
 - (g) Memastikan ibu mendapat informasi, penjelasan dan konseling yang cukup.
 - (h) Mendukung ibu dan keluarga untuk berperan aktif dalam pengambilan keputusan.
 - (i) Menghormati praktek-praktek adat dan keyakinan agama.
 - (j) Memantau kesejahteraan fisik, psikologis, spiritual dan sosial ibu/keluarganya selama kehamilan, persalinan dan nifas
 - (k) Memfokuskan perhatian pada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit
- 4) Asuhan Sayang Ibu dalam Proses Persalinan Antara Lain
- (a) Memanggil ibu sesuai nama panggilan sehingga akan ada perasaan dekat dengan bidan
 - (b) Meminta ijin dan menjelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan bidan dalam pemberian asuhan.
 - (c) Bidan memberikan penjelasan tentang gambaran proses persalinan yang akan dihadapi ibu dan keluarga
 - (d) Memberikan informasi dan menjawab pertanyaan dari ibu dan keluarga sehubungan dengan proses persalinan.

2. Fisiologis Panggul dan Fetal Skull

a. Tulang Panggul

Dasar panggul terdiri dari otot, ligamen, fasia, yang bertindak sebagai sling untuk menunjang kandung kemih, organ reproduksi dan rektum. Sling ini dari jaringan lunak yang tertutup oleh tulang panggul. (Eickmeyer, 2017).

Tulang panggul terdiri dari dua buah tulang os coxae, os sacrum dan os coccygeus. Os coxae atau tulang panggul dextra dan sinistra merupakan tulang yang berbentuk besar, irregular dan masing-masing berkembang dari fusi tiga tulang ilium, ischium, dan pubis. Setelah pubertas tiga tulang tersebut menyatu membentuk tulang panggul (Moore et al., 2013)

Ilium merupakan tulang yang paling besar membentuk bagian atas dan belakang panggul. Ditulang tersebut terdapat linea

terminalis sebagai batas panggul mayor dan minor. Pinggir atas paling tebal disebut crista iliaca. Bagian ujung depan crista iliaca disebut spina iliaca anterior superior (SIAS). Di bagian ujung belakang crista iliaca adalah spina iliaca posterior superior (SIPS) (Sumiasih & Budiani, 2016).

Os sacrum merupakan tulang yang berbentuk segitiga, terdiri dari lima ruas tulang yang bersatu. Permukaan depan cekung, kiri dan kanan dari garis tengah terdapat lubang disebut /oramina sacralia anterior. Lubang-lubang ini sebagai tempat masuknya plexus sacralis.

Os coccygeus yang berbentuk segitiga, terdiri dari 3-5 ruas tulang dan bersatu. Saat persalinan dapat ditolak ke belakang 1-2 cm untuk memperluas jalan lahir (Moore et al., 2013: Sumiasih & Budiani, 2016)

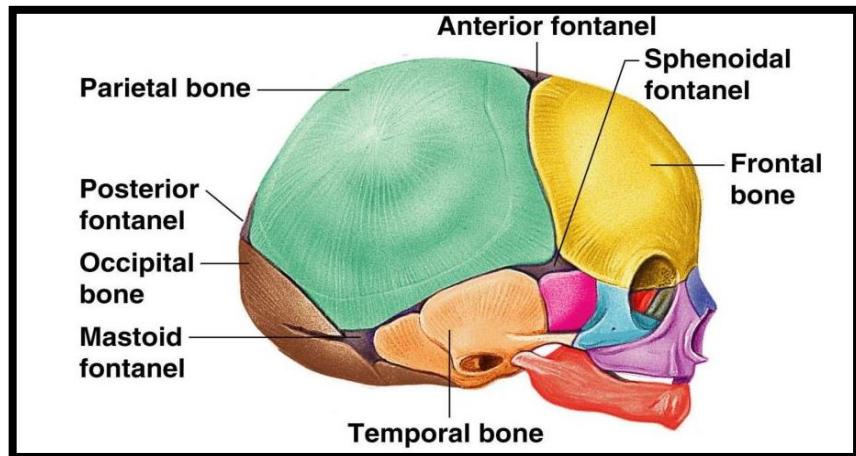
b. Bagian-Bagian Panggul

Panggul (fungsional), terdiri dari:

- (a) pelvis mayor/panggul palsu (false pelvis) terletak di atas linea terminalis. Berfungsi untuk menyokong intestinum.
- (b) Pelvis minor panggul sejati (true pelvis) terletak di bawah linea terminalis saluran dengan sumbu melengkung ke depan (sumbu carus) Pelvis Minor/True Pelvis
 - (1) Bidang atas saluran (bulat) pintu atas panggul (pelvic inlet/apertura pelvis superior).
 - (2) Bidang bawah saluran pintu bawah panggul (pelvic outlet/apertura pelvis inferior).
 - (3) di antara kedua pintu D ruang panggul (pelvic cavity)

c. Fetal Skull

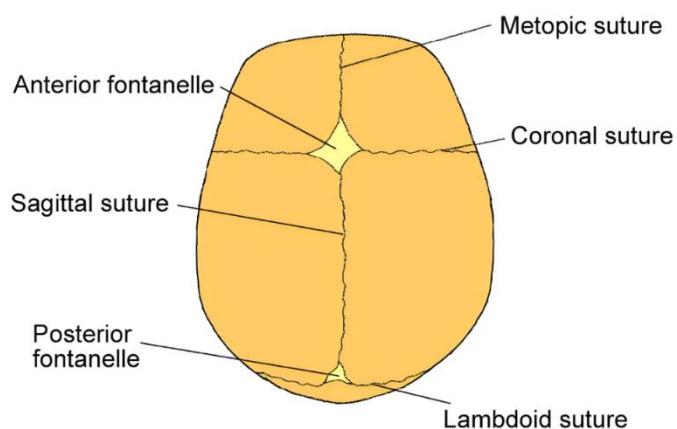
Fetal Skull adalah bagian bayi yang paling sulit untuk melewati saluran panggul ibu, karena sifat tulang tengkorak yang keras. Memahami anatomi tengkorak janin dan diameternya akan membantu mengenali kemajuan persalinan, dan apakah kepala bayi 'berpresentasi' dengan benar saat turun dari jalan lahir. Ini akan memberi pemahaman yang lebih baik tentang kemungkinan persalinan normal, atau jika ibu memerlukan rujukan karena penurunan kepala bayi tidak membuat kemajuan yang memadai.



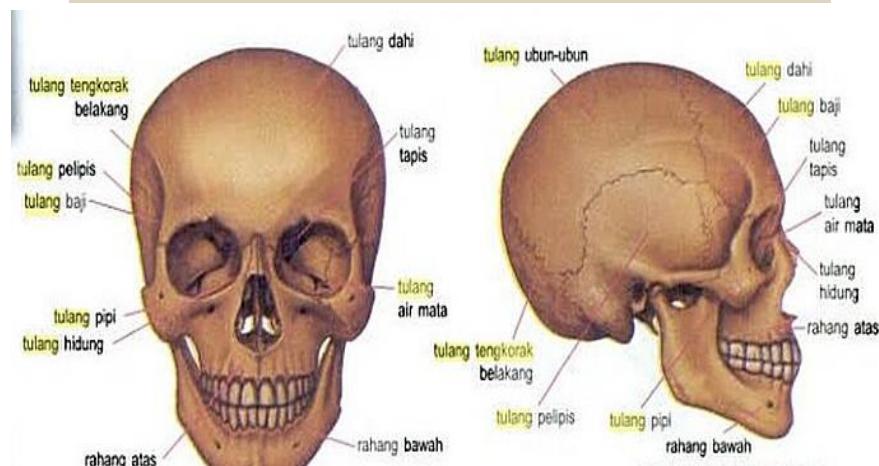
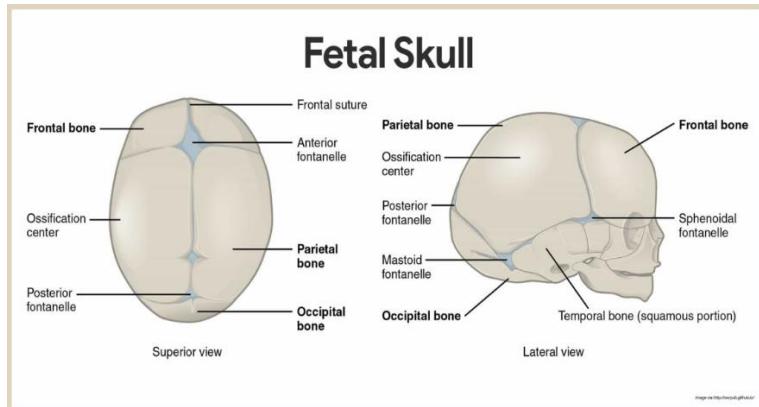
Gambar 4.14 Fetal Skull

Kepala bayi terdapat kranium untuk melindungi otak yang terdapat di dalamnya dan apabila tulang kranium telah mengalami osifikasi sempurna maka tulang-tulang atap kranium akan menjadi jauh lebih padat dibanding tulang wajah. Apabila bayi lahir premature maka tulang tersebut masih jauh dari osifikasi sempurna

Pada bayi cukup umur (at term) terdapat dacrah sempit pada membran antara tulang-tulang yang osifikasinya masih belum sempurna. Osifikasi yang belum sempurna menguntungkan karena keadaaan tersebut memungkinkan tulang kranium saling tumpang tindih pada saat kepala tertekan (mengalami kompresi) dan ter dorong melewati pelvis akibat kontraksi uterus.



Gambar 4.15



Gambar 4.16 Tulang tengkorak kepala

Bagian tengkorak merupakan hal yang penting dalam persalinan karena posisi tengkorak yang paling depan atau yang paling dulu keluar saat persalinan. Bagian - bagian tengkorak adalah:

- Tulang dahi (os frontale) 2 buah.
- Tulang ubun-ubun (os parietal) 2 buah.
- Tulang pelipis (os temporale) 2 buah.
- Tulang belakang kepala (os occipitale) 1 buah.

Diantara tulang-tulang tersebut terdapat sela tengkorak yang disebut sutura, yang mana dapat membantu dalam persalinan. Sutura dan ubun -ubun menetukan presentasi/bagian terendah dari kepala anak dalam jalan lahir.

Macam-macam sutura

- Sutura Sagitalis (sela panah) antara kedua ossa parietalis.
- Sutura Coronaria (sela mahkota) antara os frontale dan os parietal.
- Sutura Lambdoldea antara os occipitale dan kedua ossa parietal.
- Sutura Frontalis antara os frontale kiri kanan

a. Perubahan Fisiologi Pada Kala II Persalinan

Proses fisiologis kala II persalinan diartikan sebagai serangkaian peristiwa alamiah yang terjadi sepanjang periode tersebut dan diakhiri dengan lahirnya bayi secara normal (dengan kekuatan ibu sendiri). Gejala dan tanda kala II juga merupakan mekanisme alamiah bagi ibu dan penolong persalinan bahwa proses pengeluaran bayi sudah dimulai. Terkadang kesulitan transisi antara kala satu dan dua persalinan biasanya merupakan indikator perubahan dan penyesuaian kembali yang dibuat secara fisik dan emosional agar persalinan berlanjut secara sukses. Perubahan perilaku dan sikap fisik wanita memberikan petunjuk visual dan auditori kepada bidan yang mencirikan akhir kala I persalinan dan awal kala II. Selama waktu ini, hormone sres yang berhubungan dengan persalinan berada dipuncaknya, menunjukkan respons fisiologis yang menyenangkan terhadap persalinan.

Perubahan fisiologis secara umum yang terjadi pada persalinan kala II:

- 1) His menjadi lebih kuat dan lebih sering
- 2) Timbul tenaga untuk meneran
- 3) Perubahan dalam dasar panggul
- 4) Lahirnya fetus

Perubahan Fisiologis Kala II Persalinan

- 1) Kontraksi Uterus /His Dimana kontraksi ini bersifat nyeri yang disebabkan oleh anoxia dari sel-sel otot tekanan pada ganglia dalam serviks dan Segmen Bawah Rahim (SBR), regangan dari serviks, regangan dari tarikan pada peritoneum, itu semua terjadi pada saat kontraksi.



Gambar 4.17 Fisiologi Kontraksi persalinan

Perubahan yang dirasakan yaitu :

- 1) Mengalami kontraksi yang datar hampir secara beriringan, merasa lebih intens dan nyeri (karena pengaruh resceptor regangan dan efek oksitosin).
- 2) Merasa sensasi ingin mengejan, meskipun serviks tidak cukup terdilatasi secara penuh tidak ada rasional untuk mencegah wanita mengejan jika mereka menyiginkannya.
- 3) Wanita memiliki sensasi ingin buang air besar selama kontraksi
- 4) Wanita dapat merintih dipuncak kontraksi dan menunjukkan kongesti pada wajahnya selama ia melakukan upaya mengejan
- 5) Anus menonjol kemudian mendatar karena adanya kontraksi
- 6) Desakan untuk mengejan memungkinkan bagian presentasi janin untuk menekan jaringan didasar panggul.
- 7) Sekitar 1 cm diatas spina iskiadika, tekanan dari bagian presentasi janin menstimulasi reseptor saraf didasar panggul (reflex ferguson) dan ibu mengalami desakan yang tidak dapat tergelincir turun.
- 8) Pada peristiwa kelahiran, saat dianjurkan untuk mengejan segera diawali kontraksi, mekanisme penarikan dapat menghilang atau dicegah, menyebabkan kekurangan atau kerusakan.
- 9) Kontraksi dapat mereda selama periode 10-12 menit atau sampai dengan 2 jam, wanita biasanya mengambil kesempatan ini untuk tidur atau tidur-tiduran

Perubahan - Perubahan Uterus

- 1) Segmen atas rahim aktif berkontraksi, dinding bertambah tebal
- 2) Segmen bawah rahim SBR pasif, makin tipis
- 3) Selama persalinan, uterus berubah bentuk menjadi dua bagian yang berbeda. Segmen atas yang berkontraksi secara aktif menjadi lebih tebal ketika persalinan berlangsung. Bagian bawah, relative pasif disbanding dengan segmen atas, dan bagian ini berkembang menjadi jalan lahir yang berdinding jauh lebih tipis. Segmen bawah uterus analog dengan ismus uterus yang melebar dan menipis pada perempuan yang tidak hamil, segmen bawah secara bertahap berbentuk ketika kehamilan bertambah tua dan menipis sekali pada saat persalinan
- 4) Segmen atas uterus cukup kencang atau keras, sedangkan konsistensi segmen bawah uterus jauh kurang kencang.

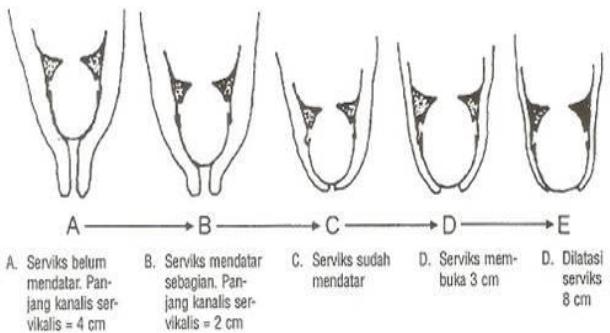
- 5) Segmen atas berkontraksi, mengalami retraksi, dan mendorong janin keluar, sebagai respons terhadap gaya dorong kontraksi segmen atas, sedangkan segmen bawah uterus dan serviks akan semakin lunak berdilatasi dan dengan demikian membentuk suatu saluran muscular dan fibromuskular yang menipis sehingga janin dapat menonjol keluar
- 6) Bagian atas uterus atau segmen aktif, berkontraksi kebawah meski pada saat isinya berkurang, sehingga teyang miometrium tetap konstan. Efek akhirnya adalah mengencangkan yang kendur, dengan mempertahankan kondisi menguntungkan yang diperoleh dari ekspansi janin dan mempertahankan otot uterus tetap menempel erat pada isi uterus.

Perubahan Bentuk Uterus

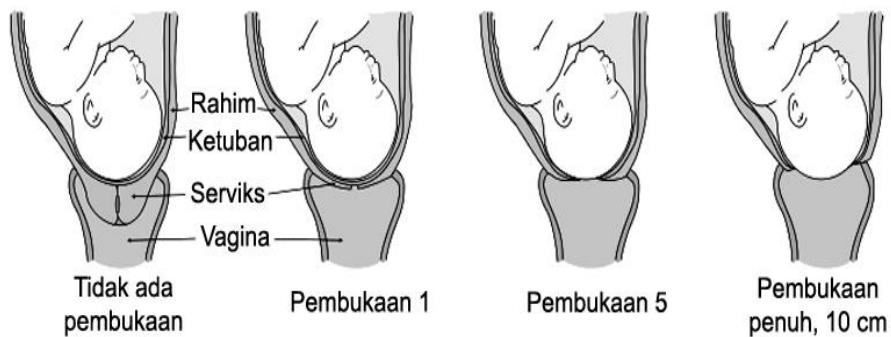
- 1) Setiap kontraksi menghasilkan pemanjangan uterus berbentuk ovoid disertai pengurangan diameter horizontal.
- 2) Pengurangan diameter horizontal menimbulkan pelurusan kolumna vertebralis janin, dengan menekan kutub atasnya rapat-rapat terhadap fundus uterus, sementara kutub bawah didorong lebih jauh kebawah dan menuju kepanggul. Pemanjangan janin berbentuk ovoid yang ditimbukannya diperkirakan telah mencapai antara \$ sampai 10 cm, tekanan yang diberikan dengan cara ini dikenal sebagai tekanan sumbu janin.
- 3) Dengan memanjangnya uterus, serabut longitudinal ditarik tegang dan karena segmen bawah dan serviks merupakan satu-satunya bagian uterus yang fleksibel, bagian ini ditarik keatas pada kutub bawah janin. Efek ini merupakan faktor yang penting untuk dilatasi serviks pada otot-otot segmen bawah dan serviks.

Perubahan pada Serviks

Perubahan pada serviks pada kala II ditandai dengan pembukaan lengkap, pada pemeriksaan dalam tidak teraba lagi bibir portio, Segmen Bawah Rahim (SBR), dan Serviks



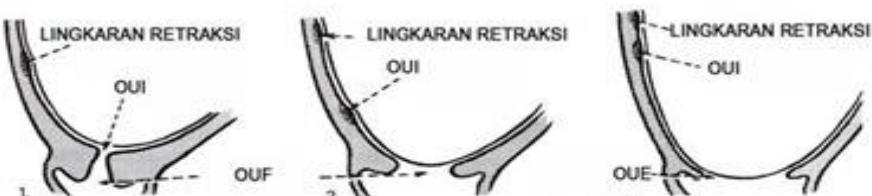
Gambar 4.18 Pembukaan dan penipisan



Gambar 4.19 Pembukaan servik



DILATASI SERVIK Pada primigravida pendataran mendahului proses dilatasi. Pada multipara pendataran dan dilatasi terjadi secara bersamaan.



"SHOW" dan pembentukan "FOREWATERS"

Pendataran dan Dilatasi servik melepaskan selaput ketuban dari daerah ostium uteri internum-OUI dengan menyebabkan sedikit perdarahan serta membebaskan sumbatan servik (operculum). Ini menyebabkan timbulnya 'show' dan memungkinkan pembentukan forewater yang berfungsi untuk membuka servik-dilatasii.



Gambar 4.19 Pendataran

Perubahan Pada Vagina Dan Dasar Panggul

- 1) Jalan lahir disokong dan secara fungsional ditutup oleh sejumlah lapisan jaringan yang bersama-sama membentuk dasar panggul. Struktur yang paling penting adalah levator ani (kumpulan otot pada panggul) dan fasia (jaringan ikat yang membentuk lapisan dibawah kulit atau disekitar otot) yang membungkus permukaan atas dan bawahnya, yang demi praktisnya dapat dianggap sebagai dasar panggul. Kelompok otot ini menutup ujung bawah rongga panggul sebagai sebuah diafragma sehingga memperlihatkan permukaan atas yang cekung dan bagian bawah yang cembung.
- 2) Pada pemeriksaan pervaginam tepi dalam otot ini dapat diraba sebagai tepi tali tebal yang membentang kebelakang dari pubis dan melingkar vagina sekitar 2 cm diatas hymen.
- 3) Sewaktu kontraksi, m.levator in menarik rectum dan vagina ketas sesuai arah simfisis pubis sehingga bekerja menutup vagina.
- 4) Pada kala satu persalinan selaput ketuban dan bagian terbawah janin memainkan peran penting untuk membuka bagian atas vagina. Namun setelah ketuban pecah, perubahan-perubahan dasar panggul seluruhnya dihasilkan oleh tekanan yang diberikan oleh bagian terbawah janin.
- 5) Perubahan yang paling nyata terdiri atas peregangan serabut-serabut m.levatores ani dan penipisan bagian tengah perineum, yang berubah bentuk dari massa jaringan berbentuk baji setebal 5 cm menjadi (kalau tidak dilakukan episiotomy) struktur membrane tipis yang hampir transparan dengan tebal kurang dari 1 cm.
- 6) Ketika perineum teregang maksimal, anus menjadi jelas terbuka dan terlihat sebagai lubang berdiameter 2 sampai 3 cm dan disini dinding anterior rectum menonjol

Pola Penurunan Janin

- 1) Pada banyak nulipara, masuknya bagian kepala janin kepintu atas panggul telah tercapai sebelum persalinan mulai, dan penurunan janin lebih jauh tidak akan terjadi sampai awal persalinan. Sementara itu, pada multipara masuknya kepala janin kepintu atas panggul mulanya tidak begitu sempurna, penurunan lebih jauh akan terjadi pada kala I persalinan
- 2) Dalam pola penurunan dalam persalinan normal, terbentuknya kurva hipercbolik yang khas ketika station kepala janin diplot pada suatu

- fungsi suatu persalinan
- 3) Dalam pola penurunan aktif biasanya terjadi setelah dilatasi serviks sudah maju untuk beberapa lama
 - 4) Pada nulipara, kecepatan turun biasanya cepat selama fase lereng maksimum dilatasi serviks. Pada waktu ini, kecepatan turun bertambah sampai maksimum, dan laju penurunan maksimal ini dipertahankan sampai bagian terbawah janin mencapai dasar perineum

b. Mekanisme Persalinan

Persalinan kala II dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Tanda-tanda persalinan sudah dekat adalah

- 1) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
- 2) Perincum menonjol
- 3) Ibu kemungkinan merasa ingin BAB
- 4) Vulva vagina dan spinchter anus membuka
- 5) Jumlah pengeluaran lendir dan darah meningkat

Mekanisme persalinan merupakan gerakan janin yang mengakomodasikan diri terhadap panggul ibu. Hal ini sangat penting untuk kelahiran melalui vagina oleh karena janin itu harus menyesuaikan diri dengan ruangan yang tersedia di dalam panggul. Diameterdiameter yang besar dari janin harus menyesuaikan dengan diameter yang paling besar dari panggul ibu agar janin bisa masuk melalui panggul untuk dilahirkan.

- 1) Diameter
 - (1) Diameter biparietal, yang merupakan diameter melintang terbesar dari kepala janin, dipakai di dalam definisi penguncian (engagement).
 - (2) Diameter subokskipitobregmantika ialah jarak antara batas leher dengan oksiput ke anterior fontanel: ini adalah diameter yang berpengaruh membentuk presentasi kepala.
 - (3) Diameter oksipitomental, yang merupakan diameter terbesar dari kepala janin: ini adalah diameter yang berpengaruh membentuk presentasi dahi.

- 2) Gerakan-gerakan utama anak dalam kelahiran
 - (1) Turunnya kepala
 - (2) Fleksi
 - (3) Putaran paksi dalam
 - (4) Ekstensi
 - (5) Putaran paksi luar
 - (6) Ekspuls

Turunnya kepala di bagi 2 yaitu :

1) Masuknya kepala ke pintu atas panggul

Masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul pada primigravida sudah terjadi pada bulan terakhir kehamilan tetapi pada multipara biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul biasanya dengan sutura sagitalis melintang dan dengan fleksi yang ringan. Apabila sutura sagitalis berada di tengah-tengah jalan lahir, tepat diantara symphysis dan promotorium, maka dikatakan kepala dalam keadaan synclitismus.

Pada synclitismus os parietale depan dan belakang sama tingginya. Jika sutura sagitalis agak ke depan mendekati symphysis atau agak ke belakang mendekati promotorium, maka dikatakan asynclitismus. Dikatakan asynclitismus posterior, ialah kalau sutura sagitalis mendekati symphysis dan os parietale belakang lebih rendah dari os parietale depan, dan dikatakan asynclitismus anterior ialah kalau sutura sagitalis mendekati promotorium sehingga os parietale depan lebih rendah dari os parietale belakang. Pada pintu atas panggul biasanya kepala dalam asynclitismus posterior yang ringan.

2) Majunya kepala

Pada primigravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk ke dalam rongga panggul dan biasanya baru mulai pada kala II. Pada multipara sebaliknya majunya kepala dan masuknya kepala dalam rongga panggul terjadi bersamaan. Majunya kepala ini bersamaan dengan gerakan-gerakan yang lain yaitu : fleksi, putaran paksi dalam, dan ekstensi.

Penyebab majunya kepala antara lain :

- (a) Tekanan Cairan intrauterin
- (b) Tekanan langsung oleh fundus pada bokong
- (c) Kekuatan mengejan

(d) Melurusnya badan anak oleh perubahan bentuk rahim.

3) Fleksi

Dengan majunya kepala biasanya fleksi bertambah hingga ubun-ubun kecil jelas lebih rendah dari ubun-ubun besar. Keuntungan dari bertambah fleksi ialah bahwa ukuran kepala yang lebih kecil melalui jalan lahir: diameter subokspitobregmatika (9.5 cm) menggantikan diameter subokspitofrontalis (11 cm).

Fleksi ini disebabkan karena anak didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir pintu atas panggul, serviks, dinding panggul atau dasar panggul. Akibat dari kekuatan ini adalah terjadinya fleksi karena moment yang menimbulkan fleksi lebih besar dari moment yang menimbulkan defleksi.

4) Putaran paksi dalam

Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphisis. Pada presentasi belakang kepala bagian yang terendah ialah dacrah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar ke depan dan ke bawah symphysis. Putaran paksi dalam mutlak perlu untuk kelahiran kepala karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul.

Putaran paksi dalam bersamaan dengan majunya kepala dan tidak terjadi sebelum kepala sampai Hodge III, kadang-kadang baru setelah kepala sampai di dasar panggul.

Sebab-sebab terjadinya putaran paksi dalam adalah :

- (1) Pada letak fleksi, bagian belakang kepala merupakan bagian terendah dari kepala
- (2) Bagian terendah dari kepala ini mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah dcpn atas dimana terdapat hiatus genitalis antara m. levator ani kiri dan kanan.
- (3) ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter anteroposterior.

5) Ekstensi

Sctelah putaran paksi selesai dan kepala sampai di dasar panggul.

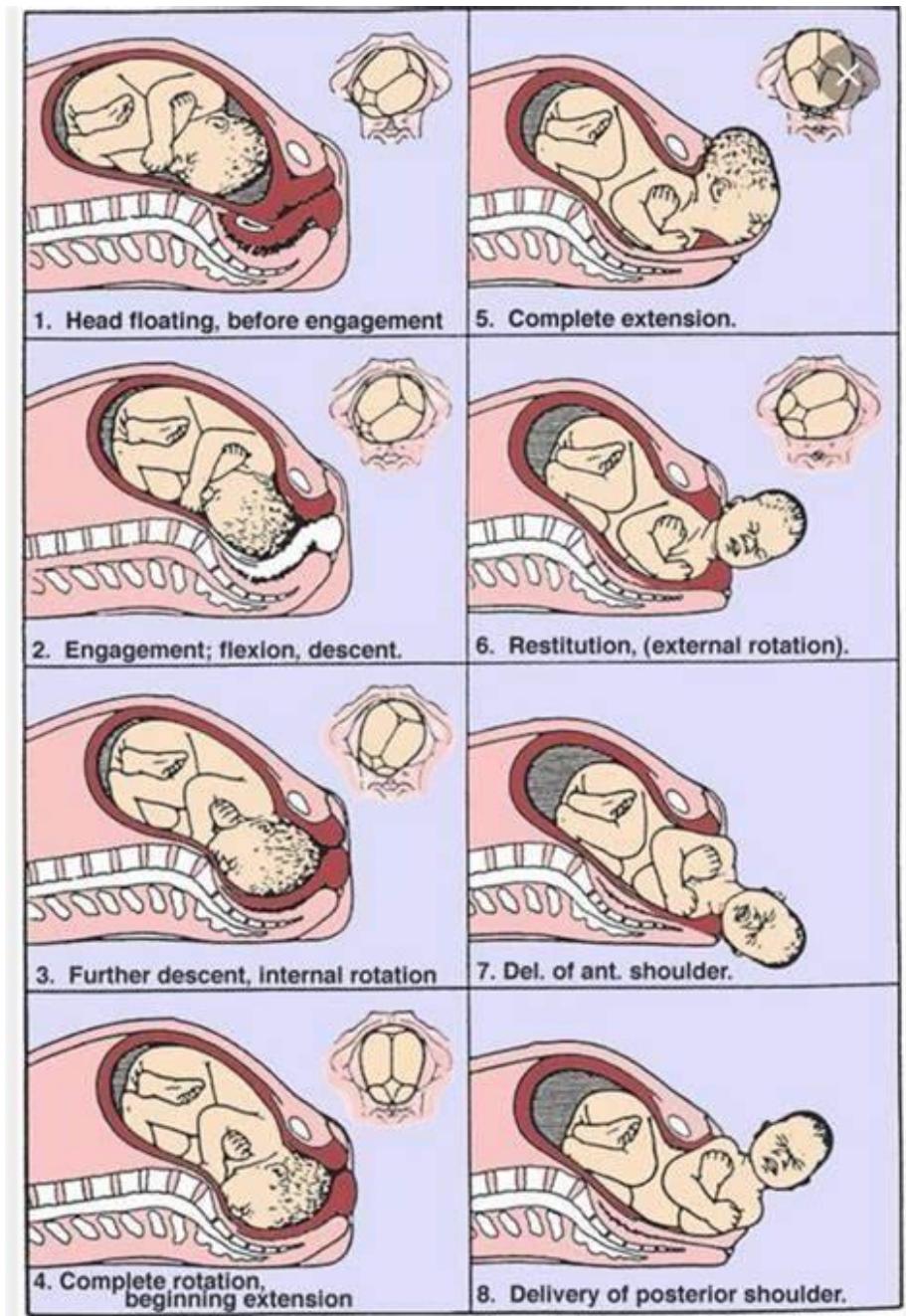
terjadilah ekstensi atau deflksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya. Pada kepala bekerja dua kekuatan, yang satu mendesaknya ke bawah dan satunya disebabkan tahanan dasar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

6) Putaran paksi luar

Setelah kepala lahir, maka kepala anak memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Gerakan ini disebut putaran restitusi (putaran balasan -putaran paksi luar). Selanjutnya putaran dilanjutkan hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadicum sepihak. Gerakan yang terakhir ini adalah putaran paksi luar yang sebaliknya dan disebabkan karena ukuran bahu (diameter biacromial) menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul.

7) Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai di bawah symphysis dan menjadi hypomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir.



Gambar 4.20 kepala bayi saat persalinan

Macam-macam kelainan pada persalinan

Keadaan normal presentasi janin adalah belakang kepala dengan penunjuk ubunubun kecil dalam posisi transversal (saat memasuki pintu atas panggul) dan posisi anterior (setelah melewati pintu tengah panggul), dengan presentasi tersebut kepala janin akan masuk panggul dalam ukuran terkecilnya (sirkumferensi subokspitobregmitikus). Hal tersebut dicapai bila sikap kepala janin fleksi.

Sikap yang tidak normal akan menimbulkan kesulitan persalinan yang

disebabkan karena diameter kepala yang harus melalui panggul menjadi lebih besar. Berdasarkan kelainannya, partus macet karena kelainan passanger dibedakan menjadi beberapa macam, yaitu : a) Partus Macet karena kelainan presentasi janin Menurut Prawirohardjo Sarwono (2014), Presentasi adalah titik tunjuk untuk menentukan bagian terendah janin.

Adapun Kelainan presentasi janin dibedakan menjadi beberapa macam yaitu :

1) Presentasi Puncak Kepala

Menurut Marmi, dkk (2011) presentasi puncak kepala atau disebut juga presentasi sinsiput, terjadi apabila derajat defleksinya ringan, sehingga ubun-ubun besar menjadi bagian terendah. Pada umumnya presentasi puncak kepala merupakan kedudukan sementara yang kemudian akan berubah menjadi presentasi belakang kepala.

2) Presentasi Dahi

Menurut Rukiyah dan Lia (2010), presentasi dahi adalah keadaan dimana kedudukan kepala berada diantara fleksi maksimal, sehingga dahi merupakan bagian terendah. Janin dengan presentasi dahi dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu kemiringan anterior uterus, kontraksi pelvis, polihidramnion dan abnormalitas kongenital misalnya, anensefalus. Pada umumnya presentasi dahi bersifat sementara untuk kemudian dapat berubah menjadi presentasi belakang kepala atau presentasi muka, atau tetap menjadi presentasi dahi, oleh karena itu apabila tidak terdapat gawat janin menunggu kemajuan persalinan dapat dilakukan. Bila presentasinya tetap presentasi dahi, maka janin tidak dapat dilahirkan per vaginam karena besarnya diameter oksipitomental yang harus melewati panggul, maka tindakan seksio sesarea diperlukan untuk melahirkan janin dengan presentasi dahi (Prawirahardjo Sarwono, 2010).

3) Presentasi Muka

Menurut Cunningham, dkk (2014) presentasi muka merupakan presentasi kepala dengan defleksi maksimal hingga oksiput mengenai punggung dan muka terarah ke bawah. Penyebab presentasi muka yaitu adanya pembesaran leher yang nyata atau lilitan tali pusat di sekitar leher dapat menyebabkan ekstensi, janin anensefalus, panggul sempit, janin sangat besar, pantas tinggi dan perut gantung.

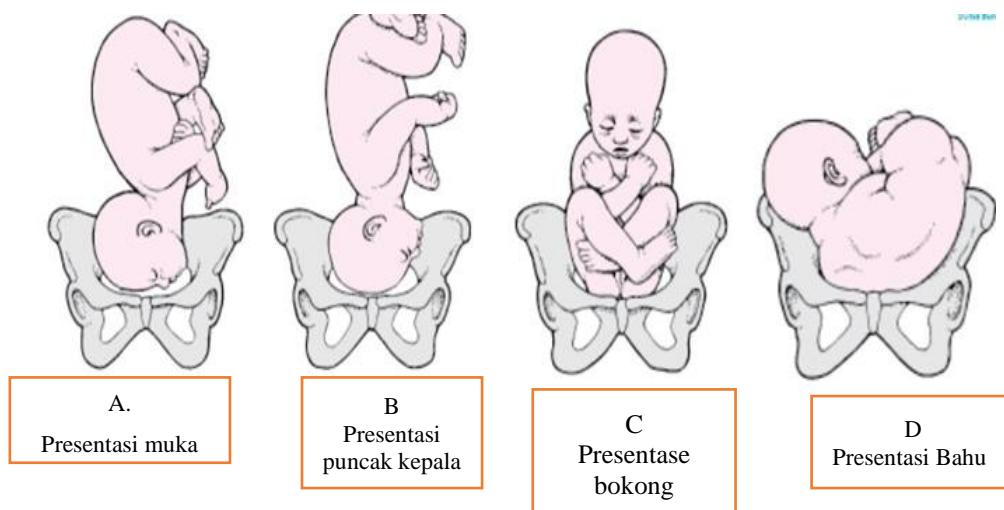
4) Presentasi Bokong

Presentasi bokong adalah janin letak memanjang dengan bagian terendahnya bokong, kaki atau kombinasi keduanya. Faktor resiko

terjadinya presentasi bokong adalah panggul sempit, terdapat lilitan tali pusat atau tali pusat pendek, kelainan uterus (uterus arkuatum, uterus septum, aterus dupleks), terdapat tumor di pelvis minor yang mengganggu masuknya kepala janin ke pintu atas panggul, plasenta previa, kehamilan ganda (Manuaba, 2012).

5) Presentasi Bahu

Presentasi bahu adalah janin dalam kondisi melintang di dalam uterus dengan sumbu janin tegak lurus atau hampir tegak lurus dengan sumbu panjang ibu dan bahu sebagai bagian terendah janin. Penyebab presentasi bahu yaitu dinding perut yang kendur pada multipara, kesempitan panggul, plasenta previa, prematuntas, kelaiman bentuk rahim seperti uterus arkuatum, mioma uteri dan kehamilan ganda (Fauziyah Yulia, 2012).



Gambar 4.21

c. Asuhan Kebidanan Persalinan Kala II

Kala II persalinan adalah mulai dan pembukaan serviks lengkap (10 cm). dan berakhir sampai bayi lahir. Kala II persalinan merupakan tahapan persalinan dimana janin dilahirkan (dimulai dari dilatasi serviks lengkap dan berakhir dengan kelahiran bayi). Primigravida berlangsung 2 jam, dan multigravida berlangsung 1 jam.

E. Memantau Kesejahteraan Ibu dan Janin

1. Pemantauan ibu

a. Kontraksi

His atau kontraksi harus selalu dipantau selama kala II persalinan karena selain dorongan meneran pasien, kontraksi uterus merupakan kunci dari proses persalman, dalam pemantauan kontraksi uterus pada kala II sebagai benkut:

- 1) Frekuensi kontraksi uterus lebih dari 3 kali dalam 10 menit.
- 2) Intensitasnya kontraksi kuat
- 3) Durasinya 60- 70 detik

b. Tanda tanda kala II

Bidan harus dapat melakukan identifikasi Keadaan ibu bersalin mengenai tanda-tanda yang khas dari kala II dengan tepat. Kepastian dari diagnose persalinan kala II sangat menentukan proses persalinan kala II ibu bersalin sendiri, adapun tanda dan gejala kala II sebagai berikut:

- a) Merasa ingin meneran dan biasanya sudah tidak bisa menahan
- b) Perincum menonjol
- c) Merasa seperti ingin buang air besar
- d) Lubang vagina dan sfingter ani membuka e) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat (bila ketuban sudah pecah)

c. Tanda-tanda vital

Pemeriksaan tanda vital pada ibu bersalin sangat perlu dilakukan dengan frekuensi pemeriksaan yang meningkat jika dibandingkan pada kala I persalinan, Tujuan dari pemeriksaan ini adalah melakukan deteksi dini kemungkinan adanya penyulit pada persahnhan. Tekanan darah diperiksa setiap 15 menit dengan waktu pemeriksaan diantara dua kontraksi. Hasil yang didapat adalah adanya kenaikan sistol 10 mmHg di rata-rata dan nilai ini normal. Tanda vital lainnya seperti suhu, nadi, dan pemasangan diperiksa setiap jam.

d. Kandung kemih

Pemantauan kandung kemih selama kala II persalinan merupakan dari pemantauan pada kala II persalinan, selama kala II harus terus dilakukan pemantauan agar ibu bersalin dapat berkemih secara spontan. Namun jika ditemukan adanya distensi pada kandung kemih, perlu dipertimbangkan untuk dilakukan kateterisasi. beberapa pertimbangan untuk melakukan kateterisasi pada ibu bersalin.

1. Ketidaknyamanan bagi ibu bersalin
2. Apakah kandung kemih memang perlu untuk dikosongkan sebelum

melakukan pengosongan kandung kemih, perlu dilakukan identifikasi lebih dulu apakah:

- a) Apakah kandung kemih Distensi?
 - b) Apakah ibu bersalin sudah berkemih dalam 2 jam terakhir?
 - c) Kapan dan jenis intake cairan apa yang masuk sejak terakhir berkemih
 - d) Peningkatan resiko infeksi kandung kemih akibat tindakan pemasangan kateter
- e. Hidrasi
- Pemberian hidrasi pada kala II persalinan didasarkan pada perubahan fisiologi pada persalinan kala II yang mengalami peningkatan suhu sehingga akan mmmgeluarkan banyak keringat, keadaan ini semakin bertambah jika ruangan tidak dilengkapi dengan AC, Kondisi kekurangan cairan akibat berkringat terlalu banyak, semakin meningkat pada primigravida karena lama kala II lebih panjang dari pada multigravida. Tindakan hidrasi dalam kondisi ini menjadi sangat penting jika keadaan ibu bersalin pada akhir kala 1 lemah, sehingga ibu bersalin perlu mendapatkan suplai energy berupa minuman yang manis.
- f. Kemajuan persalinan dan upaya meneran

Adapun criteria kemajuan persalinan kasil dari upaya mendorong ibu bersalin yang efektif adalah sebagai berikut:

- a) Perineum menonjol
- b) Pembukaan anus
- c) Mekanisme persalinan
- d) Pada tahap selanjutnya semakin terlihat bagian teendah janin di jalan lahir

Upaya meneran ibu bersalin dipantau keefektifannya secara terus menerus dengan menggunakan indicator kemajuan tersebut. Bimbingan cara meneran yang sudah diajarkan pada waktu sebelumnya bisa tidak dilaksanakan karena berbagai hal. Dalam kondisi ini sebaiknya tidak menyalahkan ibu bersalin karena akan mempengaruhi kondisi psikologisnya dan sangatnya akan menurun. Bidan memberikan instruksi sederhana namun mudah dimengerti, dan menumbuhkan kembali sengatnya

2. Pemantauan janin

- a. Saat bayi belum lahir
 - 1) Frekuensi denyut jantung janin Aspek yang dipantau saat janin sebelum lahir adalah frekuensi denyut jantung janin, adalah satu-satunya indicator yang menunjukkan kesejahteraan janin dalam uterus. Denyut jantung janin di periksa setiap 30 menit dan hasilnya ditulis dalam partografi.
 - 2) Bagian terendah janin Aspek ini sangat penting dilakukan pemantauan terhadap bagian terendah janin. Hal ini berkaitan dengan posisi ubun-ubun kecil jika janin dengan presentasi kepala, letak muka, atau ubun-ubun besar yang mengindikasikan kemungkinan akan adanya kesulitan dalam proses kelahiran kepala. Pemanatauan molase harus dilakukan untuk menilai apakah proses penyesuaian kepala janin lahir berlangsung baik.
 - 3) Penurunan bagian terendah janin.
Pemantauan ini berkaitan dengan proses kemajuan persalinan mulai dari penurunan sampai dengan lahirnya kepala. Penurunan kepala yang lambat disertai dengan frekuensi denyut jantung janin abnormal menidentifikasi adanya hilang tali pusat

- b. Menolong Kelahiran Bayi Secara Asuhan Persalinan Normal Dan Islami
 - 1) Sesuai pinsip asuhan sayang ibu, posisi ibu bersalin disesuaikan dengan keinginan ibu dan kondisi kesehatan bayi.
 - 2) Langkah-laangkan tindakan bidan berdasarkan prinsip pertolongan Asuhan Persalinan Normal dan Islami (APN).

c. Asuhan Persalinan Normal

MENGENALI GEJALA DAN TANDA KALA DUA

1. Mendengar dan melihat tanda kala dua persalinan

- Ibu ada merasa ada dorongan kuat dan meneran
- Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina
- Pirenium tampak menonjol
- Vulva dan sphincter ani membuka

MENYIAPKAN PERTOLONGAN PERSALINAN

2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir.

Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi siapkan:

- Tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat
- 3 handuk/kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi)
- Alat penghisap lendir
- Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi

Untuk ibu

- Menggelar kain di perut bawah ibu
- Menyiapkan oksitosin 10 unit
- Alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set

3. Pakai celemek plastic atau dari bahan yang tidak tembus cairan

4. Melepas dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering

5. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk priksa dalam

6. Masukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)

MEMASTIKAN PEMBUKAAN LENGKAP DAN KEADAAN JANIN

7. Membersihkan vulva dan pirenium, menyekanya dengan hati-hati dari anterior(depan) ke posterior(belakang) menggunakan kasa atau kapas yang dibasahi air DTT

- Jika introitus vagina, pirenium atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang
- Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia
- Jika terkontaminasi, lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut dalam larutan klorin 0,5% (langkah #9). Pakai sarung tangan DTT/ steril untuk melaksanakan langkah lanjutan

8. Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap

- Bila slaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi
9. Dekontaminasi sarung tangan (celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan clorin 0,5%, lepas sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam clorin 0,5% selama 10 menit) cuci tangan setelah sarung tangan dilepaskan
 10. Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus mereda (delaksasi) untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal (120-160 x/menit)
 - Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
 - Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan DJJ, semua temuan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan dama partografi

MENYIAPKAN IBU DAN KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES MENERAN

11. Beritahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik, kemudian bantu ibu menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
 - Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada
 - Jelaskan pada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu dan meneran secara benar
12. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat. Pada kondisi itu ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang di inginkan dan pastikan ibu merasa nyaman
13. Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat
 - Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif
 - Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila cara tidak sesuai
 - Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama)
 - Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi
 - Anjurkan keluarga member dukungan dan semangat untuk ibu
 - Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum)
 - Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai
 - Segara rujuk jika bayi belum atau tidak akan lahir segera lahir setelah pembukaan lengkap dan pimpin meneran ≥ 120 menit (dua jam) pada primigravida atau ≥ 60 menit (1 jam) pada multigravida
14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran adalaman selang waktu 60 menit

PERSIAPAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI

15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu

17. Buka tutup partus set dan priksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan
18. Pakai sarung tangan DTT / steril pada kedua tangan

PERTOLONGAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI

Lahirnya Kepala

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

Perhatikan:

- *Jika tali pusat melilit secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi*
- *Jika tali pusat melilit secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat di antara dua klem tersebut*

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

Lahirnya bahu

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

Lahirnya Badan dan Tungkai

23. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah untuk menolong kepala dan bahu. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk di antara kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk)

ASUHAN BAYI BARU LAHIR

25. Lakukan penilaian (selintas):

- Apakah bayi cukup bulan?
- Apakan bayi menangis kuat dan / atau bernafas tanpa kesulitan?
- Apakah bayi bergerak dengan aktif

Bila salah satu jawaban "TIDAK" lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia (lihat penuntun belajar resusitasi bayi Asfiksia). Bila semua jawaban "YA" lanjut ke-26

26. Keringkan tubuh bayi

- Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/ kain yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu
27. Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gamelli)
 28. Beritahu ibu bahwa dia akan di suntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.
 29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit (intramuscular) di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
 30. Setelah dua menit sejak bayi lahir (cukup bulan), pegang tali pusat dengan satu tangan pada skitar 5 cm dari pusar bayi, kemudian jari telunjuk dan jari tengah tangan lain menjepit tali pusat dan geser hingga 3 cm proksimal dari pusar bayi. Klem tali pusat pada titik tersebut kemudian tahan klem ini pada posisinya, gunakan jari telunjuk dan tengah tangan lain untuk mendorong isi tali pusat ke arah ibu (sekitar 5 cm) dan klem tali pusat pada skitar 2 cm distal dari klem pertama.
 31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat
 - Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah di jepit (lindungi perut bayi), dan lakukan penggantungan tali pusat di antara 2 klem tersebut.
 - Ikat tali pusat dengan benang DTT/ steril pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusat dengan simpul kunci pada sisi lainnya
 - Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan
 32. Letakkan bayi dengan tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu dan bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari putting susu atau aerola mamae ibu.
 - Selimuti ibu-bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi
 - Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam
 - Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusui untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara
 - Biarkan bayi barada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu

MENEJEMEN AKTIF KALA TIGA PERSALINAN (MAK III)

33. Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari pulva
34. Letakkan satu tangan di atas kain pada perut bawah ibu (di atas simfisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat
35. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah invesio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berulangnya dan ulangi kembali prosedur di atas.

- Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau keluarga untuk melakukan stimulasi putting susu.

Mengeluarkan placenta

36. Bila pada penekanan bagian bawah dinding depan uterus kearah dorsal ternyata di ikuti dengan pergeseran tali pusat kearah distal maka lanjutkan dorongan kearah cranial hingga placenta dapat dilahirkan
- Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya di regangkan (jangan ditarik secara kuat terutama bila uterus tidak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (ke arah bawah-sejajar lantai-atas)
 - Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klim hingga bejarak 5-10 cm dari vulva dan lahirkan placenta
 - Jika placenta tidak lapas dalam 15 menit menegangkan tali pusat
 - 1) Ulangi pemberian oksitosin 10 unit
 - 2) Lakukan kateterisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh
 - 3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
 - 4) Ulangi tekanan dorsa-kranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya
 - 5) Jika placenta tidak lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan manual placenta
37. Saat placenta muncul di introitus vagina lahirkan placenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar placenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan placenta pada wadah yang telah disediakan
- Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem ovum DTT/steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.

Rangsangan taktil (masase) uterus

38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, etakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).
- Lakukan tindakan yang diperlukan (kompresi bimanual interna, kompresi aorta abdominalis, tampone kondom-kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil/masase.

MENILAI PERDARAHAN

39. Priksa kedua sisi placenta (maternal-fetal) pastikan placenta lahir lengkap. Masukkan placenta ke dalam kantung plastic atau tempat khusus
40. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan pirenium. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi yang luas dan menimbulkan perdarahan.
Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan.

ASUHAN PASCA PERSALINAN

41. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdaarahan pervaginam
42. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% bersihkan noda darah dan cairan tubuh, lepaskan secara terbalik dan rendam sarung tangan dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering

Evaluasi

43. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik serta kandung kemih kosong
44. Ajarkan ibu/ keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
45. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
46. Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik
47. Pantau kedaan bayi dan pastikan bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/ menit)
 - Jika bayi sulit bernafas, merintah, atau retraksi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit.
 - Jika nafas bayi terlalu cepat atau sesak nafas, segera rujuk ke RS rujukan.
 - Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi satu selimut

Kebersihan dan keamanan

48. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit) cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi
49. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
50. Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lender dan darah di ranjang atau sekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
51. Pastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang di inginkan.
52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
53. Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
54. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
55. Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi
56. Dalam 1 jam pertama, beri salep/tetes mata profilaksis infeksi, vitamin k1 1 mg I.M di paha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pernafasan bayi (normal 40-60 kali /menit) dan temperature tubuh (normal 36,5-37,5 derajat celcius) setiap 15 menit.

57. Setelah 1 jam pemberian vit K1 berikan suntik imunisasi hepatitis-B dipaha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
58. Lepaskan sarung tangan dengan keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
59. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

Dokumentasi

60. Lengkapi paragraf (halaman depan dan belakang) periksa tanda-tanda vital dan sauhan kala IV persalinan.
- d. Melakukan penilaian Bayi Baru Lahir
- 1) Pada 30 Detik Pertama (90-30 detik)
Penilaian awal dilakukan pada setiap bayi baru lahir untuk menentukan apakah tindakan resusitasi harus segera dimulai. Segera setelah lahir dilakukan penilaian pada semua bayi dengan cara petugas bertanya pada diri sendiri dan harus menjawab segera dalam waktu singkat:
 - 1) Apakah bayi lahir cukup bulan?
 - 2) Apakah air ketuban jernih dan tidak bercampur mekonium?
 - 3) Apakah bayi bernafas adekuat atau menangis?
 - 4) Apakah tonus otot baik?Bila semua jawaban diatas "Ya" berarti bayi kondisi baik dan tidak memerlukan tindakan resusitasi. Pada bayi ini segera dilakukan Asuhan Bayi Normal. Bila salah satu atau lebih jawaban "Tidak" bayi memerlukan tindakan resusitasi segera dimulai dengan langkah awal resusitasi.
 - 2) Nilai APGAR
Sebuah metode penilaian cepat untuk menilai keadaan klinis bayi baru lahir pada usia 1 menit, yang dinilai sendiri atas 5 komponen, yaitu: Frekuensi jantung (*Pulse*), usaha nafas (*Respiration*), tonus otot (*Activity*), refleks pada rangsangan (*Grimace*), dan wama kulit (*Appearance*).
Nilai APGAR diukur pada menit pertama dan kelima setelah kelahiran. Pengukuran pada menit pertama digunakan untuk menilai bagaimana ketahanan bayi melewati proses kelahiran. Pengukuran pada menit kelima menggambarkan sebaik apa bayi dapat bertahan setelah keluar dari rahim ibu. Pengukuran nilai APGAR dilakukan untuk menilai apakah bayi membutuhkan bantuan nafas atau mengalami kelainan jantung.

3) Kriteria APGAR

Tanda	0	1	2
Warna kulit (Appearance)	biru seluruh tubuh	tubuh merah, ekstr biru	merah seluruh tubuh
Pulse (Denyut jantung)	Tidak ada	< 100 x/menit	> 100 x/menit
Grimace (reaksi thd rangsang)	tdk ada reaksi	Sedikit menyerangai	bersin
Aktifity (tonus otot)	tidak ada	sedikit fleksi	Gerakan aktif
Respiratory	Tidak ada	Merintih	Menangis kuat

e. Melakukan Amniotomi Dan Episiotomi

1) Amniotomi

Tindakan membuka selaput amnion, dengan membuat robekan kecil yang kemudian melebar secara spontan. Akibatnya gaya berat cairan dan tekanan didalam rongga amnion. Tindakan ini umumnya dilakukan pada pembukaan lengkap.

a) Indikasi amniotomi

- (1) Kala II pembukaan lengkap dan ketuban belum pecah
- (2) Akselerasi persalinan Tindakan untuk meningkatkan frekuensi, lama dan kekuatan kontraksi uterus dalam persalinan.
- (3) Persalinan pervaginam dengan menggunakan instrumen Salah satu syarat persalinan dengan menggunakan instrument adalah ketuban sudah pecah dipecahkan sehingga dapat mengurangi komplikasi/ penyulit.

b) Kontra indikasi amniotomi

(1) Polihidramnion

Polihidramnion/ hidramnion jika cairan ketuban lebih dari normal, biasanya terjadi pada trimester ketiga. Pada kondisi normal, volume air ketuban maningkat dan mencapai kuantitas maksimal 1 liter.

(2) Presentasi muka

Dilihat dari faktor predisposisi letak muka adalah panggul sempit dan anak yang besar, kelainan tulang leher, lilitan tali pusat, dan

lain-lain. Jika dilakukan amniotomi dapat membahayakan bagi ibu dan janin.

(3) Tali pusat menumbung

Jika dilakukan amniotomi maka tali pusat akan menmbung sehingga asupan nutrisi dan O₂ dari ibu melalui plasenta menuju kejanin mengalami gangguan sehingga janin mengalami asfiksia.

(4) Letak lintang presentasi bahu

Pada letak lintang tidak boleh dilakukan amniotomi, olch karena pada letak lintang ini tidak bisa lahir secara spontan

c) Prinsip amniotomi

(1)Teknik Aseptik

(2)Kepala (presentasi) sudah didasar panggul

(3)Dilakukan diantara dua kontraksi (His mulai turun)

(4)Alatnya efektif dan mudah digunakan Setelah pemecahan ketuban, pertahankan tangan tetap berada didalam sampai timbul kontraksi

(5)Evaluasi DJJ

d) Prosedur Amniotomi

- (1) Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilaksanakan
- (2) Melakukan komunikasi dengan ibu pasien selarna tindakan
- (3) Memakai alat pelindung din (APD) lengkap
- (4) Mencuci tangan dan mengeringkan dengan handuk kering
- (5) Memakai sarung tangan steril atau desinfeksi tingkat tinggi (DTT)
- (6) Mendengarkan denyut jantung janin (DJJ)
- (7) Melakukan pemeriksaan dalam di antara kontraksi dan raba secara hati-hati selput ketuban untuk memastikan kepala telah masuk panggul dan tidak teraba tali pusat/bayan-bagian janin. Catatan: pemeriksaan dalam lebih nyaman dilakukan di antara kontraksi, kecuali jika selput ketuban tidak teraba.
- (8) Menggunakan tangan yang lain, mcencmpatkan sc tengah kocherke dalam vagina dan memandu dengan jari tangan.
- (9) Memegang ujung klem di antara ujung jari, menggerakkan jari dengan lembut dan menyobek kulit ketuban sampai pecah. Membiarakan air ketuban membasahi jari tangan.
- (10) Menggunakan tangan yang lain untuk mengambil setengah kocher dan meletakkan ke dalam larutan klorin
- (11) Tangan yang satu tetap berada di dalam vagina tetap untuk

- mengetahui penurunan kepala dan memastikan tali pusat/bagian-bagian kecil teraba
- (12) Mengeluarkan tangan secara Icmbut dari dalam vagina (setelah diketahui penurunan kepala dan tidak ada tali pusat/bagian janin lain)
 - (13) Melakukan evaluasi warna ketuban, adakah mekonium atau darah
 - (14) Memeriksa ulang denyut jantung janin (DJJ)
 - (15) Melepas sarung tangan secara terbalik, dan melakukan dekontaminasi alat yang habis dipakai
 - (16) Cuci tangan diair mengalir, dan keringkan dengan handuk kering
 - (17) Melakukan dokumentasi

2) Episiotomi

Episiotomi merupakan suatu tindakan incise pada perineum yang menyebabkan terpotongnya selaput lender vagina, cicin selaput darah, jaringan pada septum rektovaginal, otot-otot dan fasia perineum dan kulit sebelah depan. Episiotomi adalah incise pundedum/ perineum untuk melebarkan orifisum (lubang/ muara) vulva sehingga mempermudah jalan keluarnya bayi.

- a) Tujuan episiotomi
 - (1) Mempersingkat kala II
 - (2) Mempercepat tekanan pada kepala bayi
 - (3) Mengendalikan robekan perineum untuk memudahkan menjahit
 - (4) Menghindari robekan perineum spontan
 - (5) Mempercepat kemungkinan ruptura perineum totalis
- b) Indikasi episiotomi
 - (1) Perineum sangat kaku'tipis
 - (2) Bayi besar, gawat janin
 - (3) Letak bayi tidak normal
 - (4) Persalinan dengan instrumen
 - (5) Ibu dengan penyulit
- c) Manfaat episiotomi
 - (1) Mencegah terjadinya robekan perineum derajat tiga
 - (2) Menjaga uretra dan klitoris dari trouma yang luas
 - (3) Mengurangi lama persalinan kala II
 - (4) Memperbesar vagina jika diperlukan manipulasi untuk

- melahirkan bayi
- (5) Mengurangi risiko terjadinya luka intrakranial pada bayi prematur
- d) Macam macam episiotom
- (1) Episiotomi Medialis, arah guntingannya dibuat digaris tengah
 - (2) Episiotomi Mediolateralis, arah guntingannya dari garis tengah kesamping menjauhi anus
 - (3) Episiotomi Lateralis, Guntingannya 1-2 cm diatas commisuro posterior kesamping
- e) Kerugian episiotomi
- (1) Menyebabkan nyeri
 - (2) Menyebabkan ketidak nyamanan
 - (3) Terjadi perdarahan
 - (4) Incisi dapat bertambah panjang
 - (5) Selalu ada resiko terjadi infeksi
 - (6) Dispareunia dan ketakutan untuk memulai hubungan seksual
- f) Prosedur episiotomi
- (1) Lakukan antiseptic pada daerah perineum
 - (2) Hisap larutan lidokain 2%, oplos dengan agudest menjadi 1% dengan perbandingan 1:1
 - (3) Letakkan 2 jari (telunjuk dan jari tengah) diantara bagian terendah janin dan perineum, kemudian lakukan anastesi dengan lidocain 1% (Lakukan anaspirasi sebelum disuntikkan)
 - (4) Tunggu 1-2 menit agar efek anastesi bekerja
 - (5) Gunakan gunting steril/ DTT yang tajam
 - (6) Masukkan 2 jari kedalam vagina diantara kepala bayi dan perineum. Kedua jari agak direnggangkan dan berikan sedikit tekanan lembut kearah luar perineum. Posisikan gunting kearah sudut yang akan diepisiotomi, (Episiotomi dilakukan saat perincum tampak tipis dan pucat)
 - (7) Gunting perineum 2-3 cm dengan 1-2 kali gunting yang mantap pada saat kontraksi. Hindari menggunting sedikit demi sedikit, karena akan menimbulkan tepi yang tidak rata sehingga akan menyulitkan penjahitan dan waktu penyembuhannya lebih lama.
 - (8) Jika bagian terendah bayi belum lahir lakukan tekanan pada luka episiotomy dengan dilapisi kasa untuk mengurangi perdarahan
 - (9) Kendalikan kelahiran bayi untuk mencegah perluasan episiotomi

- (10) Setelah kelahiran bayi dan plasenta, periksa apakah episiotomi, perineum dan vagina mengalami perluasan/laserasi. Jika ya lakukan penjahitan
- f. Perubahan Psikologi Pada Ibu Bersalin Menurut Varney (2007) :
- 1) Pengalaman sebelumnya
Fokus wanita adalah pada dirinya sendiri, terkadang timbul ambivalensi mengenai kehamilan seiring usahanya menghadapi pengalaman yang buruk yang pernah ia alami sebelumnya, efek kehamilan terhadap kehidupannya kelak, tanggung jawab yang baru atau tambahan yang akan di tanggungnya, kecemasan yang berhubungan dengan kemampuannya untuk menjadi seorang ibu.
 - 2) Kesiapan emosi
Tingkat emosi pada ibu bersalin cenderung kurang terkendali karena ibu lebih sensitif terhadap semua hal. Hal ini disebabkan oleh perubahan pada dirinya sendiri serta dukungan dari orang terdekatnya, oleh karena penting bagi ibu untuk melakukan sosialisasi sesama ibu hamil supaya bisa saling tukar pengalaman dan pendapat.
 - 3) Persiapan menghadapi persalinan (fisik, mental,materi dsb)
Ibu bersalin cenderung mengalami kekhawatiran dalam menghadapi persalinan, dari segi materi yaitu persiapan kebutuhan dan tanggung jawab yang baru terhadap bayi yang dilahirkan. Dari segi fisik dan mental yaitu berhubungan dengan risiko keselamatan ibu dan bayi yang di kandungnya.
 - 4) Support system/ dukungan dari orang terdekat sangat berpengaruh terhadap psikologi ibu bersalin. Dorongan/ dukungan dan kasih sayang yang dari orang terdekat membuat ibu menjadi tenang dan sangat membantu kelancaran proses persalinan
- g. Mempertahankan kenyamanan dan manajemen nyeri
- 1) Fisiologi Nyeri
Menurut Torrance & Serginson (1997), ada tiga jenis sel saraf dalam proses penghantaran nyeri yaitu sel syaraf aferen atau neuron sensori, serabut konektor atau interneuron dan sel saraf eferen atau neuron motorik. Sel-sel syaraf ini mempunyai reseptor pada ujungnya yang menyebabkan impuls nyeri dihantarkan kesum-sum tulang belakang dan otak. Reseptor-reseptor ini sangat khusus dan memulai

impuls yang merespon perubahan fisik dan kimia tubuh. Reseptor-reseptor yang berespon terhadap stimulus nyeri disebut nosiseptor. Stimulus pada jaringan akan merangsang nosiseptor melepaskan zat-zat kimia, yang terdiri dari prostaglandin, histamin, bradikinin, leukotrien, substansi p, dan enzim proteolitik. Zat-zat kimia ini akan mensensitasi ujung syaraf dan menyampaikan impuls ke otak (Torrance & Serginson, 1997).

Menurut Smeltzer & Bare (2002) kornu dorsalis dari medula spinalis dapat dianggap sebagai tempat memproses sensori. Serabut perifer berakhir disini dan serabut traktus sensori asenden berawal disini. Juga terdapat interkoneksi antara sistem neural desenden dan traktus sensori asenden. Traktus asenden berakhir pada otak bagian bawah dan bagian tengah dan impuls-impuis dipancarkan ke korteks serebri. Agar nyeri dapat diserap secara sadar, neuron pada sistem asenden harus diaktifkan. Aktivasi terjadi sebagai akibat input dari reseptor nyeri yang terletak dalam kulit dan organ internal. Terdapat interkoneksi neuron dalam kornu dorsalis yang ketika diaktifkan, menghambat atau memutuskan taransmisi informasi yang menyakitkan atau yang menstimulasi nyeri dalam jaras asenden. Seringkali area ini disebut "gerbang". Kecendrungan alamiah gerbang adalah membiarkan semua input yang menyakitkan dari perifer untuk mengaktifkan jaras asenden dan mengaktifkan nyeri. Namun demikian, jika kecendrungan ini berlalu tanpa perlawan, akibatnya sistem yang ada akan menutup gerbang. Simulasi dari neuron inhibitor sistem assenden menutup gerbang untuk input nyeri dan mencegah transmisi sensasi nyeri (Smeltzer & Bare, 2002).

Teori gerbang kendali nyeri merupakan proses dimana terjadi interaksi antara stimulus nyeri dan sensasi lain dan stimulasi serabut yang mengirim sensasi tidak nyeri memblok transmisi impuls nyeri melalui sirkuit gerbang penghambat. Sel-sel inhibitor dalam kornu dorsalis medula spinalis mengandung cukafalin yang menghambat transmisi nyeri (Wall, 1978 dikutip dari Smicitzer & Bare, 2002).

2) Manajemen Nyeri

a) Managemen Farmakologi

Managemen farmakologi merupakan suatu pendekatan yang digunakan untuk menghilangkan nyeri dengan menggunakan obat-obatan. Obat merupakan bentuk pengendalian nyeri yang

paling sering diberikan oleh perawat dengan kolaborasi dengan dokter. Terdapat tiga kelompok obat nyeri yaitu:

(1) Analgetik non opioid Obat Anti Inflamasi Non Steroid (OAISN)

Etekif untuk penatalaksanaan nyeri ringan sampai sedang terutama asetomenofn (Tylenol) dan OAISN dengan ef anti peritik, analgetik dan anti inflamasi, Asam asetilsalisilat (aspirin) dan Ibuprofin (Morfin, Advil) merupakan OAINS yang sering digunakan untuk mengatasi nyeri akut derajat ringan. OAINS menghasilkan analgenk dengan bekerja ditempat cedera melalui inhibisi sintesis prostaglandin dari prekursor asam arakidonat. Prostaglandin mensintesis nosiseptor dan bekerja secara sinergis dengan produk inflamatorik lain di tempat cedera, misalnya bradikinin dan histamin untuk menimbulkan hiperanalgtik. Dengan demikian OAINS mengganggu mekanisme transduksi di nosiseptor aferen primer dengan menghambat sintesis prostaglandin.

(2) Analgesia opioid

Merupakan analgetik yang kuat yang bersedia dan digunakan dalam penatalaksanaan nyeri dengan skala sedang sampai dengan berat. Obat-obat ini merupakan patokan dalam pengobatan nyeri pasca operasi dan nyeri terkait kanker. Morfin merupakan salah satu jenis obat ini yang digunakan untuk mengobati nyeri berat. Berbeda dengan OAINS yang bekerja diperifer, Morfin menimbulkan efek analgetiknya di sentral. Morfin menimbulkan efek dengan mengikat reseptor opioid di nukleus modulasi di batang otak yang menghambat nyeri pada sistem assenden.

(3) Adjuvan / Koanalgetik

Merupakan obat yang memiliki efek analgetik atau efek komplementer dalam penatalaksanaan nyeri yang semula dikembangkan untuk kepentingan lain. Contoh obat ini adalah Carbamazepin (Tegretol) atau Fenytoin (Dilantin) (Price & Wilson, 2006).

b) Manajemen Non-Farmakologi

Beberapa hal yang dapat dilakukan dalam mengatasi (memanajemen) nyeri saat persalinan, yaitu salah satunya dengan memberikan terapi non farmakologis. Terapi nonfarmakologis yaitu

terapi yang digunakan yakni dengan tanpa menggunakan obat-obatan, tetapi dengan memberikan berbagai teknik yang setidaknya dapat sedikit mengurangi rasa nyeri saat persalinan tiba. Beberapa hal yang dapat dilakukan ialah:

(1) Distraksi

Distraksi adalah memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain nyeri. Ada empat tipe distraksi, yaitu distraksi visual, misalnya membaca atau menonton televisi, Distraksi auditory, misalnya mendengarkan musik, Distraksi taktile, misalnya menarik nafas dan massase, Distraksi kognitif, misalnya bermain puzzle.

(2) Hypnosis-diri

Hypnosis-diri dengan membantu merubah persepsi nyeri melalui pengaruh sugesti positif. Hypnosis-diri menggunakan sugesti dari dikesan tentang perasaan yang rileks dan damai. Individu memasuki keadaan rileks dengan menggunakan bagian ide pikiran dan kemudian kondisikondisi yang menghasilkan respons tertentu bagi mereka (Edelman & Mandel, 1994).

Hypnosis-diri sama seperti dengan melamun. Konsentrasi yang efektif mengurangi ketakutan dan stres karena individu berkonsentrasi hanya pada satu pikiran. Selain itu juga mengurangi persepsi nyeri merupakan salah satu sederhana untuk meningkatkan rasa nyaman ialah membuang atau mencegah stimulasi nyeri. Hal ini terutama penting bagi klien yang immobilisasi atau tidak mampu merasakan sensasi ketidaknyamanan, Nyeri juga dapat dicegah dengan mengantisipasi kejadian yang menyakitkan, misalnya seorang klien yang dibiarkan mengalami konstipasi akan menderita distensi dan kram abdomen. Upaya ini hanya klien alami dan sedikit waktu ekstra dalam upaya menghindari situasi yang menciptakan nyeri (Mander, 2003).

(3) Stimulus

Kutaneus Terapi stimulasi kutaneus adalah stimulasi kulit yang dilakukan untuk menghilangkan nyeri massase, mandi air hangat, kompres panas atau dingin dan stimulasi saraf elektrik transkutan (TENS) merupakan langkah-langkah sederhana dalam upaya menurunkan persepsi nyeri. Cara kerja khusus

stimulasi kutaneus masih belum jelas. Salah satu pemikiran adalah cara ini menyebabkan pelepasan endorfin, sehingga memblok transmisi stimulasi nyeri. Teori 'Gate-kontrol mengatakan bahwa stimulasi kutaneus mengaktifkan transmisi tersebut saraf sensori A-Beta yang lebih besar dan lebih cepat. Proses ini menurunkan transmisi nyeri melalui serabut dan delta-A berdiameter kecil. Gerbang sinaps menutup transmisi impuls nyeri. Bahwa keuntungan stimulasi kutaneus adalah tindakan ini dapat dilakukan dirumah, sehingga memungkinkan klien dan keluarga melakukan upaya kontrol gejala nyeri dan penanganannya.

Penggunaan yang benar dapat mengurangi persepsi nyeri dan membantu mengurangi ketegangan otot. stimulasi kutaneus jangan digunakan secara langsung pada daerah kulit yang sensitif (misalnya luka bakar, luka memar, cram kulit, inflamasi dan kulit dibawah tulang yang fraktur) (Mander,2004).

(4) Massase

Masasse adalah melakukan tekanan tangan pada jaringan lunak, biasanya otot, atau ligamentum, tanpa menyebabkan gerakan atau perubahan posisi sendi untuk meredakan nyeri, menghasilkan relaksasi, dan / atau memperbaiki sirkulasi. Masase adalah terapi nyeri yang paling primitive dan menggunakan refleks lembut manusia untuk menahan, menggosok, atau meremas bagian tubuh yang nyeri (Bare & Smeltzer, 2002).

Menurut penelitian Ristanti dkk tahun 2020 mengatakan effleurage massage dan relaksasi pernafasan membuat pasien lebih nyaman pada relaksasi otot, Pada prinsipnya rangsangan berupa usapan pada saraf berdiameter besar yang banyak pada kulit harus dilakukan pada awal rasa sakit atau sebelum impuls rasa sakit yang dibawa oleh saraf berdiameter kecil mencapai konteks serebral. effleurage massage pada abdomen yang dilakukan secara teratur dengan latihan pernafasan selama kontraksi digunakan untuk mengalihkan wanita dari nyeri sclama kontraksi (Cevik Akkoz and Karaduman, 2019). Begitu pula adanya effleurage massage yang mempunyai efek distraksi juga dapat meningkatkan pembentukan endorphin system

control dasenden. effleurage massage membuat pasien lebih nyaman pada relaksasi otot.

(5) Terapi Hangat dan Dingin

Terapi hangat dan dingin bekerja dengan menstimulasi reseptor tidak nyeri (non-nosiseptor). Terapi dingin dapat menurunkan prostaglandin yang memperkuat sensitifitas reseptor nyeri. Agar efektif es harus diletakkan di arca sekitar pembedahan. Penggunaan panas dapat meningkatkan aliran darah yang dapat mempercepat penyembuhan dan penurunan nyeri (Smeltzer & Bare, 2002)

(6) Relaksasi pernafasan

Relaksasi pernafasan yang merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajakan pada klien bagaimana cara melakukan pernafasan, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi pernafasan juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Smeltzer & Bare, 2002). Menurut kegunaanya teknik relaksasi pernafasan dianggap mampu meredakan nyeri, prosesnya menarik nafas lambat melalui hidung (menahan inspirasi secara maksimal) dan menghembuskan nafas melalui mulut secara perlahan-lahan.

F. Kala III Persalinan

1. Pengertian

Kala III persalinan merupakan kala uru yaitu lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Manajemen aktif kala III merupakan penatalaksanaan pengeluaran plasenta, sebagian besar kasus kesakitan dan kematian ibu di Indonesia disebabkan oleh atonia uteri dan retensi plasenta yang sebenarnya dapat dicegah dengan melakukan manajemen aktif kala III (Tanjung, 2019).

Manajemen aktif kala III telah dilaksanakan secara rutin dalam pengelolaan persalinan kala III. Namun menuai kontroversi karena bertentangan dengan filosofi kebidanan dan tidak semua wanita mempunyai nilai dan filosofi yang sama. Pada beberapa wanita menginginkan persalinan yang alamiah tanpa intervensi apapun, termasuk pemberian obat-obatan (Susiloringtyas, 2012).

Pada proses kala III atau tahap pengeluaran plasenta mengalami perlambatan kemungkinan ibu dikatakan mengalami retensi plasenta yang selanjutnya 2 menyebabkan ibu berisiko mengalami perdarahan yang melebihi batas normal (Manurung, 2011 dalam Sutrang, 2023). Kala III persalinan merupakan periode lahirnya bayi sampai plasenta, akan tetapi komplikasi dapat terjadi walaupun plasenta sudah dilahirkan. Tingkat kehilangan darah sepanjang tahap ini dipengaruhi oleh seberapa cepat kontraksi otot rahim dan plasenta dalam memisahkan diri dari dinding rahim. Menurut Sukarni & ZH, (2013) perdarahan dianggap patologis apabila jumlahnya melebihi dari 500ml.

a) Mekanisme pelepasan plasenta

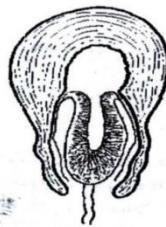
Pemisahan plasenta ditimbulkan dari kontraksi dan retraksi miometrium sehingga mempertebal dinding uterus dan mengurangi ukuran area plasenta. Area plasenta menjadi lebih kecil sehingga plasenta mulai memisahkan diri dari dinding uterus karena plasenta tidak elastis seperti uterus dan tidak dapat berkontraksi atau berretraksi. Pada area pemisahan, bekuan darah retroplasenta terbentuk. Berat bekuan darah ini menambah tekanan pada plasenta dan membantu pemisahan. Kontraksi uterus selanjutnya juga membantu melepaskan plasenta dari uterus dan mendorongnya keluar vagina disertai dengan pengeluaran selaput ketuban dan bekuan darah retroplasenta (Rohani, 2018).

b) Metode pelepasan plasenta

Menurut Rohani (2018) ada dua metode untuk pelepasan plasenta, yaitu sebagai berikut:

1) Metode schultze

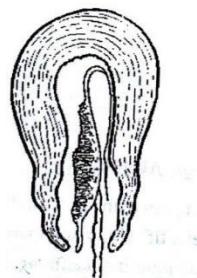
Metode yang lebih umum terjadi, plasenta terlepas dari satu titik dan merosot ke vagina melalui lubang dalam kantong amnion, permukaan fetal plasenta muncul pada vulva dengan selaput ketuban yang mengikuti di belakang seperti payung terbalik saat terkelupas dari dinding uterus. Permukaan maternal plasenta tidak terlihat dan bekuan darah berada dalam kantong yang terbalik, kontraksi dan retraksi otot uterus yang menimbulkan pemisahan plasenta juga menekan pembuluh darah dengan kuat dan mengontrol perdarahan. Hal tersebut terjadi karena terdapat serat otot oblik dibagian atas segmen uterus.



Gambar 4.22 Pelepasan Plasenta Metode Schultze

2) Metode matthew duncan

Plasenta turun melalui bagian samping dan masuk ke vulva dengan pembatas lateral terlebih dahulu seperti kancing yang memasuki lubang baju, bagian plasenta tidak berada dalam kantong. Pada metode ini kemungkinan terjadinya bagian selaput ketuban yang tertinggal lebih besar karena selaput ketuban tidak terkelupas semua. Metode ini adalah metode yang berkaitan dengan plasenta letak rendah didalam uterus. Proses pelepasan berlangsung lebih lama dan darah yang hilang sangat banyak (karena hanya ada sedikit serat oblik dibagian bawah segmen).



Gambar 4.23 Pelepasan Plasenta Metode Duncan

c) Kelahiran plasenta

Menurut Rohani (2013), untuk memastikan plasenta sudah lepas dapat dilakukan pemeriksaan dengan 3 teknik, yaitu:

1) Kustner

Dengan meletakkan tangan disertai tekanan diatas simfisis, tali pusat ditegangkan, maka bila tali pusat masuk berarti plasenta belum terlepas, apabila diam atau maju berarti plasenta sudah terlepas.

2) Klein

Sewaktu ada his, rahim didorong sedikit, bila tali pusat kembali berarti plasenta belum terlepas, tetapi bila plasenta diam atau turun berarti plasenta sudah lepas.

3) Strassman

Tegangkan tali pusat dan ketok pada fundus, bila tali pusat

bergetar berarti plasenta belum terlepas, tetapi apabila plasenta tidak bergetar berarti sudah terlepas.

d) Tanda pelepasan plasenta

Menurut Aprilia (2011) tanda pelepasan plasenta adalah sebagai berikut:

- (1) Tali pusat bertambah panjang.
- (2) Perubahan ukuran dan bentuk uterus dari bentuk diskoid menjadi globuler dan keras.
- (3) Semburan darah secara tiba-tiba.
- (4) Fundus uteri naik ke atas, lebih tinggi sedikit diatas pusat.

2. Periode Postpartum Dini

a. Perubahan fisik pada post partum dini

1) Uterus

Pemeriksaan uterus meliputi mencatat posisi, ukuran dan konsistensi antara lain:

a) Penentuan posisi rahim

Perhatikan apakah fundus berada di atas atau di bawah umbilikus, dan apakah berada di garis tengah abdomen atau di satu sisi.

b) Penentuan ukuran uterus

Palpasi dan penghitungan jumlah lebar jari dari umbilikus atas atau bawah digunakan untuk menentukan TFU di bagian atas fundus.

c) Penentuan konsistensi uterus

Rahim yang terasa seperti batu dan rahim yang licin adalah dua jenis konsistensi rahim yang berbeda.

2) Serviks

Serviks adalah bagian dasar rahim dengan bentuk menyempit. Serviks menghubungkan rahim ke saluran vagina dan bertindak sebagai saluran bagi janin dan rahim untuk masuk ke saluran vagina saat melahirkan. Leher rahim akan terbuka seperti corong tepat setelah melahirkan. Tubuh rahim berkontraksi sementara serviks tetap tidak berkontraksi, menyebabkan hal ini. Karena mengandung banyak pembuluh darah yang bersifat lunak, leher rahim berubah warna menjadi merah kehitaman. Setelah melahirkan, pemeriksa masih dapat melewati serviks. Hanya 2-3 jari yang dapat melewati serviks setelah 2 jam persalinan, dan hanya 2-3 jari yang dapat melewati setelah 1 minggu persalinan, dan serviks menutup setelah 6 minggu persalinan.

3) Vagina

Vagina adalah saluran yang menghubungkan rongga rahim ke seluruh tubuh. Dengan panjang 6.5 cm dan 9 cm, dinding depan dan belakang vagina saling berdekatan. Terutama saat melahirkan, dinding vagina mengalami tekanan dan peregangan yang ekstrim.

Vagina tetap lemas selama beberapa hari pertama setelah persalinan. Vagina kembali ke keadaan tidak hamil setelah 3 minggu, dan rugae vagina secara bertahap muncul kembali. Vagina juga berfungsi sebagai saluran keluarnya sekret dari rongga rahim pada masa nifas yang disebut dengan lochea, selama berfungsi sebagai bagian lunak dan jalan lahir yang menghubungkan rongga rahim dengan bagian luar tubuh. Pada masa nifas, lochea memiliki ciri-ciri sebagai berikut: Pada hari 1-2 setelah melahirkan, lochea rubra adalah darah segar yang digabungkan dengan bagian membran amnion, sel desidua, sisa-sisa vernix caseosa, lanugo, dan Meconium.

b. Manajemen post partum dini

Menurut varney, pendokumentasian pada postpartum dini meliputi:

1) Pengkajian

Data Subjektif

(a) Ibu mengatakan bahwa bayinya telah lahir.

Data objektif:

(a) Jam bayi lahir spontan

(b) Perdarahan pervaginam

(c) TFU

(d) Selama 15 menit pertama intensitas kontraksi uterus: (kuat, sedang, lemah atau tidak ada).

2) Interpretasi data

Periksa apakah pasien saat ini dalam tahap postpartum dini dan dalam keadaan sehat, dan lihat apakah masalahnya telah diidentifikasi.

Contoh diagnostik dalam tindakan. Pada pemeriksaan seorang perempuan P1AO normal.

Masalah: Saat diminta bekerja sama untuk mendorong, pasien tidak merespon diagnosis potensial.

Pada langkah ini, bidan menilai apakah kondisi pasien di masa lalu berpotensi memburuk di masa depan.

3) Antisipasi tindakan segera jika diagnosis yang mungkin ditemukan.

4) Perencanaan

- (a) Berikan selamat kepada pasien atas keberhasilan persalinan janin
 - (b) Perhatikan kontraksi uterus ibu
 - (c) Memberikan dukungan mental pasien
 - (d) Menjaga kenyamanan pasien dengan menjaga kebersihan tubuh bagian bawah (perineum)
- 5) Pelaksanaan
Menempatkan rencana ke dalam tindakan sambil terus-menerus menilai mereka.
- 6) Evaluasi
Jelaskan temuan pengamatan mengenai kemanjuran perawatan yang diberikan.
- c. Kebutuhan pendidikan kesehatan Health Education pada postpartum dini
Pengetahuan sangat penting karena menentukan cara berpikir dan sikap dalam melakukan tindakan. Pengetahuan merupakan pengalaman intrinsik bagi penerima dan merupakan integrasi antara sikap, pengalaman masa lalu dan masa kini dari individu. Faktor pengetahuan sangat menentukan cara berpikir yang tercermin dalam sikapnya. Makin tinggi pendidikan dan sikap ibu makin mudah menerima informasi atau nilai-nilai yang ada dalam lingkungannya (Monica, 2014).
Menumbuhkan pengetahuan dan kesadaran perilaku menyusui tersebut, perlu suatu tindakan yang dapat memotivasi dengan memberikan pengetahuan dan memotivasi pada ibu post partum dengan suatu tindakan pendidikan kesehatan merupakan tindakan yang efektif.
Pendidikan kesehatan merupakan suatu pembelajaran yang dapat memotivasi masyarakat dalam berbagai tindakan untuk menyehatkan masyarakat melalui peran serta aktif masyarakat itu sendiri. Perubahan perilaku masyarakat dari perilaku kurang sehat menjadi perilaku sehat dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal (Notoatmodjo, 2013).
Menurut Notoatmodjo (2013) tujuan pokok dari pendidikan kesehatan adalah sebagai berikut:
- a) Tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga dan masyarakat dalam membina dan memelihara perilaku sehat dan lingkungan sehat, serta berperan aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.
 - b) Terbentuknya perilaku sehat pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang sesuai dengan konsep hidup sehat baik fisik, mental dan social sehingga dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian.

DAFTAR PUSTAKA

- Ai Yeyeh, Rukiyah & Pratiwi. 2013. Asuhan Kebidanan I (Kehamilan). Cetakan Kedua. Jakarta: Trans Info Media
- Aini, 2018. Pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan nyeri pada pasien fraktur', Jurnal Kesehatan, 9(2), pp. 262–266
- Andarmoyo, 2013. Konsep Dan Proses Keperawatan Nyeri. Yogyakarta: Ar-Ruzz
- Anonim. Indonesian Renal Registry. 5th report of Indonesian renal registry.
- Aprilia, Y. 2014. Gentle Birth Balance. Bandung: Penerbit Qanita
- Aprilia, Yesie & Ritchmond, Brenda Lynn. 2013. Gentle Birth: Melahirkan Nyaman Tanpa Rasa Sakit. Jakarta: PT. Gramedia Widiasarana Indonesia;
- Asrinah, A. 2018. Asuhan Kebidanan Masa Peralihan. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Asrinah, d. 2013. Asuhan Kebidanan Persalinan.. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Ayudita, dkk. 2023. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Managemen Nyeri dan Persalinan Kala I-IV S1 Kebidanan. Mahakarya Citra Utama. Jakarta
- Bare & Smeltzer. (2002). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddart (Alih Bahasa Agung Waluyo). Edisi 8 vol.3. Jakarta : EGC.
- Bobak, Irene M. 2004. Buku Ajar Keperawatan Maternitas Edisi 4. Jakarta: EGC
- Bobak, L. 2015. Buku Ajar Keperawatan Maternitas, Alih Bahasa Maria A Wijayarini, Peter I, cetakan I. Jakarta : EGC
- Bobak. Irene M. et.al. 2005. Keperawatan Maternitas. Jakarta: EGC
- Cevik, Semra Akkoz dan Serap Karaduman. 2019. The effect of sacral massage on labor pain and anxiety: A randomized controlled trial. Turkey: Wiley
- Cunningham, .G, Leveno K.J, Bloom S.L, et al. 2007. Williams Obstetrics. 22th edition.McGraw-Hill Company, New York
- Cunningham, F G, dkk. 2014. Obstetri Williams Volume I. Jakarta: EGC
- Dhaneswara, Y.A., "Analisis Pengaruh Clearance Terhadap Keausan dan Impingement Gerakan Salat pada Sendi Panggul Buatan Produk Undip Tipe Bipolar Menggunakan Metode Elemen Hingga", Skripsi, Universitas Diponegora, Indonesia, 2016

- Erawati Ambar Dwi. 2011. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan Normal. Jakarta: EGC
- Fadli, H. (2017). Pengaruh Distraksi Pendengaran terhadap Intensitas Nyeri pada Klien Fraktur di Rumah Sakit Nene Mallomo Kabupaten Sidenreng Rappang. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*. 11 (2). 135-137.
- Fauziyah Yulia. 2012. Obstetri Patologi untuk Mahasiswa Kebidanan dan Keperawatan. Yogyakarta: Nuha Medik
- Fitri, N. 2012. Profil penggunaan analgesik dalam menghilangkan nyeri pasien kanker. Jakarta
- Fitriana, Y., & Nurwiandani, W. (2021). Asuhan Persalinan Konsep Persalinan Secara Komprehensif dalam Asuhan Kebidanan. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Franciska & Novita, 2013. Promosi kesehatan dalam pelayanan kebidanan. Jakarta Selemba Med
- Hidayat, dkk. 2009. Asuhan Kebidanan Patologi. Yogyakarta: Nuha Medika
- Ilmiah, Widia Shofa. (2015) Asuhan Persalinan Normal. Yogyakarta: Nuha Medika
- Jannah, N. 2017. Askeb II Persalinan Berbasis Kompetensi. Jakarta: EGC.
- JNPK-KR 2017. Asuhan Persalinan Normal. Jakarta: Departemen Kesehatan Indonesia
- JNPK-KR. 2016. Asuhan Persalinan Normal dan Inisiasi Menyusui Dini. Jakarta: Depkes RI.
- Kemenkes RI, 2017. Profil Kesehatan Indonesia Tahun2016. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. J Med dan Rehabil.
- Kurniarum. A. 2016. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Jakarta Selatan : Pusdik SDM Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- Kuswanti, I. 2019. Asuhan Kebidanan. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Maharani, K., & Pramusinta, L. (2023). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Gentle Birth Terhadap Motivasi Ibu Melahirkan Secara Gentle Birth: The Influence of Health Education About Gentle Birth on The Motivation of Gentle Birth Mothers. *Indonesian Journal of Midwifery (IJM)*, 6(2), 107-113
- Manuaba. 2012. Pengantar Kuliah Obstetri. Jakarta: EGC

- Marmi, 2012. Intranatal Care Asuhan Kebidanan Pada Persalinan. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Marmi. (2011) Asuhan Kebidanan Patologi. Yogyakarta: Pustaka Belajar
- Maryunani, A. 2015. Nyeri Dalam Persalinan, Teknik dan Cara Penanganannya. Jakarta: TIM
- Michael Archdeacon, dkk., Pelvis and Acetabulum System- Operative technique, Rev 3, Switzerland: Stryker GmbH Bohnackerweg, 2017
- Monica. 2014. Kepemimpinan dan Managemen Keperawatan, Alih Bahasa Elly Nurachmat, EGC, Jakarta.
- Mutmainnah; dkk, 2017. Asuhan persalinan dan bayi baru lahir. Yogyakarta: ANDI
- Muzdalia, dkk. 2022. Belajar Promosi Kesehatan. Eksismedia Grafisindo. Bandung
- Nikmah, "Hubungan Pendampingan Suami dengan Tingkat Kecemasan Ibu Primigravidarum saat Menghadapi Persalinan," *J. Qual. Women's Heal.*, vol. 1, no. 2, pp. 15–21, 2018, doi: 10.30994/jqwh.v1i2.12.
- Notoatmodjo. 2013. Ilmu Kesehatan Masyarakat. Rineka cipta. Jakarta
- Novitasari, 2019. Pengaruh Terapi Musik dan Terapi Video Game terhadap Tingkat Nyeri Anak Usia Prasekolah yang Dilakukan Pemasangan Infus. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 1(1), 168– 177.
- Permata, 2014. Penggunaan Analgesik Pasca Operasi Orthopedi di RSUP Dr. Kariadi Semarang. *Jurnal Media Medika Muda*. 5 (7). 360-369
- Prawiroharjo, Sarwono. 2014. Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Sarwono Prawirohardj
- Price, Wilson. (2006). Patofisiologi Vol 2 ; Konsep Klinis Proses-proses Penyakit. Penerbit Buku Kedokteran. EGC. Jakarta.
- Pusdiknakes. 2003. Asuhan Kebidana Postpartum. Jakarta: PUSDIKNAKESWHO-JHPIEGO
- Reeder, S.J., et al. (2017). Maternity nursing: family, newborn, and women's health care. 18th ed. Philadelphia. Lippincott
- Risvianti, Devi. 2014. Pelaksanaan Asuhan Sayang Ibu Terhadap Proses Persalinan di RS Bangil Pasuruan

- Rohani, 2018. Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan, Jakarta: Salemba Medika.
- Rukiyah, A.Y. 2013. Asuhan Neonatus Bayi dan Balita. Jakarta: TIM
- Saifuddin, Abdul Bari. 2009. Ilmu Kebidanan. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Sari, E.P dan Kurnia. 2015. Asuhan Kebidanan Persalinan (Intranatal Care). Jakarta: TIM
- Simkin, P.&Bolding, A. (2017). Update on nonpharmacologic capproachestorelieve labor pain and prevent suffering. Journal of Midwifery &Women's Health
- Smeltzer & Bare. 2013. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah: Brunner& Suddarth (edisi 8 ed., Vol.2). Jakarta: EGC
- Sukarni K, I., & ZH, M. (2013). Kehamilan, Persalinan dan Nifas Dilengkapi Dengan Patologi (1st ed.). yogyakarta: Nuha Medika.
- Susanti, et al. (2015). Pengaruh Active Birth Terhadap Proses Persalinan KalaI Fase Aktif. Jurnal Ilmiah Kebidanan, 4, 199– 210
- Susiloningtyas, I., & Purwanti, Y. (2012). Kajian Pengaruh Manajemen Aktif Kala III Terhadap Pencegahan Perdarahan PostPartum (Sistematik Review). Majalah Ilmiah Sultan Agung, Vol. 50, No. 128
- Susilowati, 2016. Gizi dalam Daur Kehidupan. Bandung: Refika Aditama
- Sutrang, L.I. dkk. 2023. Manajemen Asuhan Kebidanan Intranatal Fisiologi Pada Ny"J" dengan Gestasi 39 Minggu 6 Hari Inpartu Kala III Di Puskesmas Jumpandang Makassar. Jurnal Midwifery. Vol 5 No 2, August 2023
- Tanjung, M. F. A. (2019). Tingkat Pengetahuan Bidan Tentang Manajemen Aktif Kala Iii. Jurnal Ilmiah Maksitek, 4(2),
- Tanjung, Rani Darma Sakti; Jahriani, Nani. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan Normal Di Klinik Harapan Bunda Kabupaten Padang Lawas Utara Tahun 2021. Jurnal Gentle Birth, 2022, 5.1: 1-7.
- Torrance and Serginson. 1997. Fisiologi Nyeri
- Umboh, 2015. Hubungan Antara Umur, Parietas Dan Pendampingan Suami Dengan Intensitas Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif Deselerasi Di Ruang Besalin RSUD Prof. Dr. H. Aloe Saboe Kota Gorontalo. Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat Unsrat, 5, 406-413

Umoh A.V, Abah M.G, Umoiyoho A.J. Breech Presentation-An Overview. Ibon Medical Journal. 27th May 2015.

Uppal E, Davies S, Knowles H, K. S. The art of midwifery: can images of birth enhance holistic care? Nurse Education in Practice.2014;1–8

Uppal E, Davies S, Knowles H, K. S. The art of midwifery: can images of birth enhance holistic care? Nurse Education in Practice.2014;1–8

Varney, H. 2007. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4. Jakarta: EGC

Varney, Helen, dkk. 2007. Asuhan Kebidanan Vol.2. Jakarta: EGC

Varney, Helen. 2007. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4. Jakarta : EGC

Walyani, 2021. Asuhan kebidanan pada kehamilan. In Asuhan kebidanan pada kehamilan. Pustaka Baru Press.

Wijayanti, dkk. 2023. BukuAjar Mengenal Dasar dan Evidence Base Askeb Persalinan dan BBL S1 Kebidanan

Wiknjosastro H. Ilmu Kebidanan. Edisi ke-4 Cetakan ke-2. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2009; 523 – 529

Y. Berhan, A Haileamlak.The risks of planned vaginal breech delivery versus planned caesarean section for term breech birth: a meta-analysis including observational studies. BJOG 2016;123:49-57

Yesie, 2019. Gentle Birth. Jakarta: Penerbit Gramedia Widiasarana Indonesia, Anggota IKAPI



Asuhan Kebidanan pada masa persalinan akan mempelajari materi tentang hal-hal berikut: konsep normal dalam persalinan, asuhan dan pendekatan pada persalinan normal, asuhan sayang ibu dan pelayanan kebidanan yang responsif, perubahan psikologis selama persalinan dan dampaknya, dan mempertahankan kenyamanan dan manajemen nyeri. Buku ini dapat digunakan sebagai referensi bagi mahasiswa kesehatan, terutama mereka yang memberikan asuhan kebidanan pada masa persalinan. Salah satu kelebihan buku ini adalah materi yang berkaitan dengan penerapan pelayanan asuhan kebidanan pada masa persalinan, yang mengikuti perkembangan ilmu kebidanan dengan penerapan asuhan berdasarkan bukti yang sangat penting untuk diterapkan. Selain itu, materi yang berkaitan dengan deteksi dini komplikasi yang terjadi selama masa persalinan dan penanganannya. Buku ini ditulis dengan bahasa yang mudah dipahami sehingga setiap pembaca dapat mengerti terkait dengan isi dari buku. Dengan selesainya buku ini, saya ingin mengucapkan terima kasih kepada semua orang yang telah berpartisipasi dalam proses penulisan.

ISBN 978-623-8549-40-5



9 786238 549405

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



Anggota IKAPI No. 624/DKI/2022