Nuansa Fajar Cemerlang
optimal



BUKU AJAR ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN

Retnaning Muji Lestari, S.ST., M.H
Rochany Septiyaningsih, S.ST., MPH
Bdn. Detty Afriyanti Sukandar, S.ST, M.Keb
Dr. Agustina A. Seran, S.Si.T., MPH
Ni Nengah Arini Murni, SST.,M.Kes
Siti Komariyah, S.SiT, M.Kes
Hafsah, S.ST., M.Keb

BUKU AJAR ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN

Penulis:

Retnaning Muji Lestari, S.ST., M.H.

Hafsah, S.ST., M.Keb

Ni Nengah Arini Murni, SST.,M.Kes.

Rochany Septiyaningsih, S.ST., MPH.

Bdn. Detty Afriyanti Sukandar. S.ST, M.Keb.

Siti Komariyah, S.SiT., M.Kes.

Dr. Agustina A. Seran, S. Si. T., MPH.

Nuansa Fajar Cemerlang

BUKU AJAR ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN

Penulis: Retnaning Muji Lestari, S.ST., M.H.
Hafsah, S.ST., M.Keb
Ni Nengah Arini Murni, SST.,M.Kes.
Rochany Septiyaningsih, S.ST., MPH.
Bdn. Detty Afriyanti Sukandar. S.ST, M.Keb.
Siti Komariyah, S.SiT., M.Kes.
Dr. Agustina A. Seran, S. Si. T., MPH.

Desain Sampul: Ivan Zumarano
Penata Letak: Achmad Faisal

ISBN: 978-623-8549-30-6

Cetakan Pertama: Mei, 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)

PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa. Berkat rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan buku ajar Asuhan Kebidanan Persalinan. Tujuan penyusunan buku ajar ini adalah untuk bahan belajar bagi mahasiswa maupun dosen tentang asuhan kebidanan persalinan. Dengan tersusunya buku ajar ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan referensi, serta meningkatkan motivasi belajar bagi para pembaca.

Terimakasih penulis ucapkan kepada seluruh pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan buku ajar ini. Tanpa dukungan dari pihak-pihak tersebut, buku ini tidak akan dapat terselesaikan dengan baik. Penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dalam penyusunan buku ini, oleh karena itu masukan, saran serta kritik yang membangun penulis harapkan. Semoga buku ini dapat bermanfaat.

Salatiga, 31 Maret 2024

Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA iii

DAFTAR ISI iv

BAB 1 MENDAMPINGI IBU BERSALIN 1

A. Definisi Pendamping 2

B. Manfaat Mendampingi Ibu Bersalin 2

C. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pendamping 3

D. Dampak Dari Tidak Adanya Pendampingan Ibu Bersalin 4

E. Latihan 5

F. Rangkuman Materi 5

G. Daftar Pustaka 6

BAB 2 PERUBAHAN PSIKOLOGIS SELAMA PERSALINAN DAN DAMPAKNYA 7

A. Pengertian Psikologis Ibu Bersalin 9

B. Perubahan Psikologis Dalam Persalinan 9

C. Dampak Perubahan Psikologis Dalam Persalinan 13

D. Faktor Yang Mempengaruhi Psikologis Dalam Persalinan 13

E. Cara Mencegah Gangguan Psikologis Dalam Persalinan 14

F. Peran Bidan Dalam Menghadapi Perubahan Psikologis Pada Ibu Bersalin 16

G. Latihan 18

H. Rangkuman Materi 19

I. Daftar Pustaka 20

BAB 3 FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERSALINAN 21

A. Power (Kekuatan Ibu) 23

B. *Passage* (Jalan Lahir) 24

C. *Passanger* 26

D. Psikis 27

E. Penolong 28
F. Latihan 30
G. Rangkuman Materi 32
H. Daftar Pustaka 33

BAB 4 KALA I PERSALINAN 34
A. Fisiologis Persalinan Kala I 36
B. Pemeriksaan Obstetri Kala I 40
C. Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Kala I 43
D. Partograf 46
E. Pendokumentasian Persalinan Kala I 53
F. Latihan 56
G. Rangkuman Materi 57
H. Daftar Pustaka 58

BAB 5 KALA II PERSALINAN 59
A. Pengertian Kala II 61
B. Fisiologi Kala II 61
C. Pemantauan Kala II 62
D. Fase Kala II (Aderhold dan Robert) 62
E. Posisi Bersalin Kala II 62
F. Memimpin Ibu Meneran 64
G. Mekanisme Persalinan Normal 65
H. Tanda Gejala Kala II 68
I. Diagnosis Kala II 68
J. Pertolongan Persalinan Kala II 68
K. Latihan 70
L. Rangkuman Materi 71
M. Daftar Pustaka 72

BAB 6 KALA III PERSALINAN 73
A. Fisiologi Kala III 75
B. Manajemen Aktif Kala III 80
C. Pemantauan Kala III 82
D. Kebutuhan Ibu Bersalin Kala III 83
E. Komplikasi Kala III 83
F. Tindakan-Tindakan Kala III 89
G. Latihan 93
H. Rangkuman Materi 95
I. Daftar Pustaka 96

BAB 7 PERIODE POST PARTUM DINI 97
A. Definisi Periode Postpartum Dini 99
B. Perubahan Fisik Pasca Persalinan 99
C. Perubahan Emosional Selama Periode Postpartum Dini 101
D. Mengenal Tanda dan Gejala Komplikasi Potensial Selama Periode Postpartum Dini 101
E. Mengembangkan Strategi Perawatan Diri Yang Efektif Selama Periode Postpartum Dini 102
F. Dukungan Sosial Yang Ada dan Pentingnya Dukungan Ini Selama Periode Postpartum Dini 103
G. Latihan 105
H. Rangkuman Materi 106
I. Daftar Pustaka 107

PROFIL PENULIS 109
SINOPSIS BUKU 113

BAB 1

MENDAMPINGI IBU BERSALIN

Hafsah, S.ST., M.Keb

Pendahuluan

Persalinan merupakan proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup didunia luar dari rahim melalui jalan lahir atau jalan lainnya. Proses persalinan merupakan proses yang terjadi secara alamiah sehingga akan menjadi sejarah bagi seorang wanita dalam hidupnya. Persalinan menjadi bagian penting dalam perjalanan seorang wanita seutuhnya yang membutuhkan kesiapan fisik dan mental dalam menghadapi proses persalinan. Kesiapan seorang wanita secara psikologi dalam menghadapi proses persalinan terlihat dari kondisi tenang dalam proses persalinan. Salah satu faktor yang dapat mempengaruhi rasa tenang dalam proses persalinan yaitu adanya pendamping yang mampu memberikan dukungan penuh dalam proses persalinan. Pendamping dalam proses persalinan memiliki peranan penting untuk mengurangi beberapa resiko yang dapat terjadi pada proses persalinan yang mampu mengakibatkan morbiditas dan mortalitas ibu dan janin dalam proses persalinan (Admin & Meta Rosdiana, 2019).

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Instruksional:
Mampu memahami tentang mendampingi ibu bersalin

Capaian Pembelajaran :
Setelah melaksanakan pembejaran diharapkan mahasiswa mampu :

1. Menjelaskan definisi pendamping persalinan
2. Menjelaskan manfaat mendampingi ibu bersalin
3. Menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi pendampingan
4. Menjelaskan dampak dari tidak adanya pendampingan ibu bersalin.

URAIAN MATERI

A. Definisi Pendamping

Kata pendamping berasal dari kata "damping" yang memiliki arti kata dekat, karib, persaudaraan. Pendamping adalah perorangan atau lembaga yang melakukan pendampingan, dimana antara pendamping dan yang didampingi terjadi keterikatan dan kerjasama tanpa adanya batas golongan serta status sosial. Pendampingan adalah perilaku kehadiran seseorang (orang terdekat) yang dapat memberikan dukungan fisik maupun psikis secara aktif dan terus menerus serta berkesinambungan. Pendamping dalam proses persalinan dapat memberikan pengaruh yang cukup besar kepada ibu bersalin sehingga berkurangnya resiko komplikasi yang dapat terjadi dalam proses persalinan (Nurrochmi, 2019).

Pendamping terbaik yang dapat memberikan kekuatan secara psikologi kepada ibu bersalin yaitu suami yang mampu mendampingi ibu bersalin menjalankan proses persalinan yang sangat sakral. Dukungan secara fisik dan psikis selama mendapingi ibu bersalin mampu menurunkan Angka Kematian Ibu yang dapat menjadi ancaman besar bagi ibu bersalin. Suami merupakan pria yang telah menjadi pasangan hidup secara resmi seorang istri yang telah melangsungkan pernikahan dan menjalankan rumah tangga yang baik sehingga tidak dipungkiri rasa tentram, tenang, nyaman, aman serta siap menghadapi "bersama" proses persalinan (Dewi & Safitri, 2023).

Suami yang telah siap mendampingi istri melalui masa yang sangat panjang dimulai selama masa kehamilan, persalinan, nifas, dan pada masa istri menjalan peran "ibu" dalam keluarga membantu ibu untuk sehat secara mental yang akan mempengaruhi kondisi fisik ibu. Ibu akan merasakan kebahagiaan ketika pasangan hidup mampu memahami dan mendukung segala kebutuhan ibu dan buah hati. Kebutuhan yang diberikan tidak hanya secara ekonomi tetapi juga kebutuhan lainnya secara batin. Pengalaman bahagia yang dirasakan oleh yang didampingi dan yang mendampingi selama proses persalinan menjadi bagian penting untuk menjalankan peran baru sebagai "ibu dan ayah" bagi buah hati secara maksimal (Hesti et al., 2022).

B. Manfaat Mendampingi Ibu Bersalin

Pendampingan kepada ibu bersalin mampu memberikan manfaat yang luar biasa bagi ibu dan janinnya. Salah satu manfaat yang dapat memberikan efek besar yaitu meningkatnya kualitas persalinan yang baik. Suami yang terlibat mendampingi ibu bersalin sebagai sosok kepala rumah tangga dapat memainkan

peran yang dominan dalam mengurangi angka kematian ibu. Suami yang sudah terbiasa mendukung istri dengan menunjukan perhatian, cinta dan kasih sayang, mengamati kebutuhan dan hak istri sebagai sosok ibu bagi buah hatinya serta membantu peran istrinya didalam rumah tangga menjadi salah satu perilaku terbaik yang akan memberikan dampak kesiapan ibu menghadapi proses persalinan dengan baik (Kashaija et al., 2020). Suami yang mendampingi ibu dalam proses persalinan dan mengurangi rasa cemas, takut dan mengurangi nyeri dalam proses persalinan (Defiany et al., 2013).

Kehadiran suami dalam proses persalinan, berada didalam ruangan bersama ibu bersalin dapat memberikan ketentraman bagi istri yang akan bersalin. Suami memiliki hak untuk tetap berada diruang bersalin untuk mendampingi ibu bersalin dan akan merasa lebih nyaman jika didampingi oleh tenaga kesehatan khususnya bidan. Dukungan emosional dari suami serta tenaga kesehatan dapat membantu ibu bersalin untuk lebih percaya diri dan memberikan pengalaman persalinan yang positif. Emosi ibu yang tenang saat didampingi oleh suami dapat menyebabkan sel-sel saraf mengeluarkan hormon oksitosin yang reaksinya akan mempermudah proses persalinan dengan adanya kontraksi pada rahim selain itu juga suami yang mendampingi istri dalam proses persalinan semakin menghargai istri dan menguatkan hubungan batin antar pasangan serta buah hati (Ma et al., 2019). Kehadiran suami saat mendampingi ibu bersalin mampu mengurangi rasa nyeri sehingga akan memerlukan sedikit pereda nyeri dalam persalinan serta mampu mengurangi tindakan medis dalam proses persalinan (Adam & Umboh, 2015).

C. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pendamping

Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pendamping meliputi :

1. Faktor sosial ekonomi

   Suami sebagai pendamping yang lebih mapan secara finansial akan cenderung lebih memberikan perhatian penuh dalam proses persalinan, hal ini berbeda dengan suami yang secara ekonomi tidak mapan maka akan cenderung kurang mampu memberikan perhatian penuh kepada ibu selama proses persalinan karena beberapa kebutuhan finansial yang harus dipersiapkan untuk biaya persalinan.
2. Budaya

   Adanya beberapa budaya yang tidak memperbolehkan seorang suami untuk melihat istri melahirkan karena bertentangan dengan nilai budaya.

3. Lingkungan

   Lingkungan menjadi salah satu faktor penentu pembentukan karaktek sosok suami. Tidak adanya keterlibatan suami dalam mendampingi ibu bersalin di beberapa daerah dikarenakan rasa takut dan khawatir berlebih menghadapi proses persalinan bersama istri.

4. Pengetahuan

   Suami yang memiliki pengetahuan yang baik akan berusaha semaksimal mungkin mendampingi ibu bersalin dengan segala kondisi sehingga ibu akan merasa lebih tenang dan tidak cemas menghadapi persalinan sendiri, begitu pula sebaliknya jika suami memiliki pengetahuan yang kurang cenderung akan acuh untuk memperhatikan kebutuhan ibu dalam persalinan.

5. Umur

   Umur suami dalam mendampingi ibu dalam proses persalinan telihat dari sikap dewasa dan matang akan berperan secara aktif dalam mendampingi ibu dalam proses persalinan.

6. Pendidikan

   Pendidikan mampu mendewasakan pribadi seseorang. Seseorang yang memiliki pendidikan yang baik secara tidak langsung akan menyadari bahwa pendidikan kesehatan yang dimiliki olehnya akan membantu istrinya menghadapi proses persalinan dengan lancar tanpa komplikasi. Pendidikan suami yang baik akan meningkatkan kemampuan suami dalam mengambil keputusan yang akan mempengaruhi kesejahteraan ibu dan bayinya.

D. Dampak Dari Tidak Adanya Pendampingan Ibu Bersalin

Beberapa dampak yang bisa dialami oleh seorang yang tidak didampingi saat bersalin yaitu rasa cemas menghadapi persalinan. Gangguan psikiatri dapat terjadi pada ibu yang dapat mengakibatkan kecemasan berat. Tingkat kecemasan yang tinggi dapat membuat ibu takut menghadapi proses persalinan (Nurianti et al., 2021).

Adapun dampak lainnya yang bisa terjadi pada ibu bersalin yang tidak didampingi oleh suami dalam proses persalinan yaitu meningkatnya rasa nyeri dalam proses persalinan. Rasa nyeri yang dialami ibu dapat membuat ibu semakin khawatir dan tidak tenang sehingga berpengaruh kepada janin. Kondisi tidak tenang, panik, khawatir akan rasa nyeri mengakibatkan peningkatan resiko-resiko dalam persalinan baik yang berdampak pada ibu maupun janinnya (Rejeki et al., 2020).

Pentingnya pengetahuan ibu bersalin tentang pentingnya pendamping dalam proses persalinan akan membantu ibu menghadapi persalinan dengan bahagia. Pendamping yang tidak dapat mendampingi ibu bersalin akan meningkatkan peluang persalinan lama serta beberapa masalah lainnya dalam kala II salah satunya kala II lama serta partus macet (Persalinan & Fitria, 2020). Dampak besar yang dapat terjadi pada ibu bersalin tanpa pendamping yaitu adanya resiko kematian ibu dan kematian janin yang bisa terjadi dalam proses persalinan dengan siklus panjang sebelum proses persalinan akibat tidak adanya pendampingan (Muhdar et al., 2020)..

E. Latihan

1. Apa yang Anda pahami tentang definisi pendamping ibu bersalin ?
2. Jelaskan manfaat mendampingi ibu bersalin !
3. Apa saja faktor-faktor yang mempengaruhi pendampingan ?
4. Bagaimana dampak dari tidak adanya pendampingan ibu bersalin ?

F. Rangkuman Materi

Proses persalinan merupakan proses sakral yang dialami oleh seorang ibu. Proses persalinan menguras tenaga baik secara fisik maupun psikis sehingga membutuhkan pendamping yang mampu memberikan dukungan penuh dalam menjalankan proses persalinan dengan bahagia. Pendamping terbaik yang dapat membantu ibu untuk mengurangi beberapa dampak dalam proses persalinan yaitu pasangan hidup ibu (suami). Suami yang mendampingi ibu bersalin dalam proses persalinan mampu meningkatkan rasa percaya diri yang tinggi sehingga mempengaruhi ibu menyelesaikan proses persalinan secara alamiah dan bahagia. Pengalaman proses persalinan yang bahagia membantu ibu menjalankan peran baru sebagai “ibu” dengan baik.

G. Daftar Pustaka

Adam, J., & Umboh, J. (2015). Hubungan Antara Umur, Parietas dan Pendampingan Suami Dengan Intensitas Nyeri Persalinan Kala 1 Fase Aktif Deselarasi di Ruang Bersalin RSUD Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo. *Jikmu*, *5*(2a), 361–374.

Admin, & Meta Rosdiana. (2019). Hubungan Pendampingan Suami Terhadap Tingkat Kecemasan Ibu Bersalin Di Rb Citra Palembang Tahun 2018. *Jurnal Kesehatan Dan Pembangunan*, *9*(17), 54–60. https://doi.org/10.52047/jkp.v9i17.29

Defiany, D., Sumarni, S., Hendrisita, F., Yulinda, F., & Erlyta, N. N. (2013). Pendamping persalinan sebagai pengurang rasa nyeri saat bersalin di RS Margono Soekarjo Purwokerto. *Bidan Prada : Jurnal Ilmiah Kebidanan*, *4*(1), 190–198. http://ojs.akbidylpp.ac.id/index.php/Prada/article/view/80

Dewi, U., & Safitri, T. (2023). Edukasi Persiapan Persalinan Pada Suami Ibu Hamil Melalui Media E-Modul Sumping (Support Suami Pendamping) Di Praktik Mandiri Bidan Kota Tanjungpinang. *Segantang Lada : Jurnal Pengabdian Kesehatan*, *1*(1), 72–77. https://doi.org/10.53579/segantang.v1i1.104

Hesti, N., Wildayani, D., & Zulfita, Z. (2022). Edukasi Persiapan Fisik dan Mental Serta Pendamping Persalinan pada Kelompok Ibu Hamil. *Jurnal Pustaka Mitra (Pusat Akses Kajian Mengabdi Terhadap Masyarakat)*, *2*(2), 154–159. https://doi.org/10.55382/jurnalpustakamitra.v2i2.178

Kashaija, D. K., Mselle, L. T., & Mkoka, D. A. (2020). Husbands' experience and perception of supporting their wives during childbirth in Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *20*(1), 1–9. https://doi.org/10.1186/s12884-019-2715-7

Ma, B., Bo, B., Tunçalp, Ö., Ma, B., Bo, B., & Tunçalp, Ö. (2019). *evidence synthesis (Review)*. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2.www.cochranelibrary.com

Muhdar, M., Rosmiati, R., & Tulak, G. T. (2020). Determinan Antara Terhadap Kematian Ibu Bersalin. *Jurnal Kesehatan Andalas*, *9*(3), 351. https://doi.org/10.25077/jka.v9i3.1458

Nurianti, I., Saputri, I. N., & Crisdayanti Sitorus, B. (2021). Hubungan Dukungan Suami Dengan Kecemasan Ibu Hamil Dalam Menghadapi Proses Persalinan. *Jurnal Kebidanan Kestra (Jkk)*, *3*(2), 163–169. https://doi.org/10.35451/jkk.v3i2.493

Nurrochmi, E. (2019). Pendamping Persalinan. *23-24*.

Persalinan, P., & Fitria, S. (2020). Pengetahuan Ibu Bersalin Tentang Manfaat Pendampingan Keluarga Saat. *Jurnal Kesehatan As-Shiha*, *1*, 82–87.

Rejeki, N. S., Kp, S., Kep, M., & Mat, S. (2020). *Buku ajar Manajemen Nyeri (Non Farmaka) i BUKU AJAR MANAJEMEN NYERI (NON FARMAKA)*.

BAB 2

PERUBAHAN PSIKOLOGIS SELAMA PERSALINAN DAN DAMPAKNYA

Ni Nengah Arini Murni, SST.,M.Kes.

Pendahuluan

Masa transisi seorang wanita ketika akan menjadi seorang ibu merupakan faktor yang terkait dengan perubahan psikologi selama kehamilan, psikologi menjelang persalinan, dan psikologi pasca melahirkan.

Kondisi psikologi menjelang persalinan bukan hanya perasaan sedih. Mirip seperti masalah psikologi pasca melahirkan, psikologi menjelang persalinan dapat membuat seorang ibu mengalami gangguan kesehatan mental seperti merasa cemas dan marah.

Bab ini memberikan gambaran tentang perubahan psikologis selama persalinan dan dampak perubahan psikologis yang terjadi dalam persalinan. Adapun pokok materi yang dibahas dalam bab ini adalah

1. Pengertian psikologis dalam persalinan
2. Perubahan psikologis pada persalinan
3. Dampak yang terjadi dan asuhan yang dapat diberikan pada ibu bersalin mengalami perubahan psikologis dalam persalinan
4. Faktor yang mempengaruhi psikologis dalam persalinan
5. cara mencegah gangguan psikologis dalam persalinan
6. Peran bidan dalam menghadapi perubahan psikologis dalam persalinan

Langkah – Langkah proses pembelajaran untuk memahami perubahan psikologis selama persalinan yaitu;

1. Bacalah materi tentang perubahan psikologis ibu bersalin dengan baik
2. Bacalah referensi lainnya tentang topik psikologis ibu bersalin seperti buku refrensi, jurnal, artikel, atau hasil penelitian dan studi kasus yang tersedia.

Materi dalam Bab ini memberikan kemampuan mahasiswa untuk memahami perubahan psikologis pada persalinan dan dampaknya terhadap ibu, sehingga dapat memberikan asuhan kebidanan pada ibu dalam persalinan yang mengalami perubahan psikologis dengan pendekatan manajemen kebidanan berdasarkan konsep pengetahuan, sikap dan keterampilan berbasis *evidence based.*

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Intruksional:

Memahami perubahan psikologis selama persalinan dan dampaknya

Capaian Pembelajaran:

1. Mampu menjelaskan pengertian psikologis ibu bersalin
2. Mampu menjelaskan perubahan psikologis pada persalinan
3. Mampu menjelaskan dampak perubahan psikologis dalam persalinan
4. Mampu menjelaskan factor yang mempengaruhi perubahan psikologis dalam persalinan
5. Mampu menjelaskan cara mencegah gangguan psikologis dalam persalinan
6. Mampu menjelaskan peran bidan dalam menghadapi perubahan psikologis pada ibu bersalin

URAIAN MATERI

A. Pengertian Psikologis Ibu Bersalin

Keadaan psikologis ibu bersalin adalah keadaan emosi atau jiwa yang dapat dialami oleh ibu selama proses persalinan. Persalinan atau melahirkan merupakan peristiwa penting dalam kehidupan Wanita. Hal ini menjadi peristiwa yang menyenangkan karena telah berakhirnya masa kehamilan dan ibu akan memberikan yang terbaik bagi anaknya. Akan tetapi tidak jarang pula ditemui, menjelang persalinan calon ibu merasakan ketegangan dan ketakutan yang luar biasa. Sebagian besar kaum wanita menganggap persalinan adalah peristiwa kodrati yang harus dilalui tetapi sebagian menganggap sebagai peristiwa khusus yang sangat menentukan kehidupan selanjutnya.

Pengalaman persalinan selalu diidentikkan dengan peristiwa yang menyakitkan, dan bagi sebagian besar kaum perempuan merupakan peristiwa yang sangat berpengaruh besar dalam kehidupannya. Pada masa persalinan berbagai pikiran yang muncull antara lain bisa bersalin normal atau tidak, apakah harus operasi sesar, apakah harus digunting jalan lahirnya, apakah akan mampu mengejan, bila jalan lahir robek dan harus dijahit rasanya sakit atau tidak.

Hal dapat Ini berpengaruh terhadap kondisi psikologis ibu selama persalinan dan pasca melahirkan karena beberapa wanita mengalami perubahan emosional. Peristiwa ini wajar tetapi akan berdampak buruk bagi ibu, bayi dan keluarga jika dibiarkan berlarut – larut.

Peran bidan dalam meningkatkan rasa percaya diri ibu yang akan melahirkan sangat dibutuhkan. Pengetahuan bidan tentang perubahan fisik dan psikologis normal pada kehamilan dan persalinan sangat penting sehingga bidan bisa mengidentifikasi perubahan yang terjadi selama proses persalinan dan mendeteksi abnormalitas, sehingga seorang bidan dalam memberikan asuhan kebidanan yang sesuai.

B. Perubahan Psikologis Dalam Persalinan

Perubahan psikologi ibu yang muncul pada saat memasuki masa persalinan sebagian besar berupa perasaan takut maupun cemas, terutama pada ibu *primigravida* yang umumnya belum mempunyai pengalaman mengenai kejadian - kejadian yang akan dialami pada akhir kehamilannya. Menurut Frazer, dkk, (2009) persepsi ibu terhadap persalinan dan kelahiran merupakan hal yang krusial dalam penyesuaian emosi ibu. Persalinan disambut oleh ibu dengan berbagai respon emosi antara lain:

1. Kebahagiaan dan antisipasi untuk mengungkapkan ketakutan;
2. Ketakutan terhadap hal yang tidak diketahui, ketakutan terhadap teknologi;
3. Intervensi dan hospitalisasi;
4. Ketegangan, ketakutan dan kecemasan mengenai nyeri dan kemampuan untuk melatih kontrol diri selama persalinan;
5. Perhatian mengenai kesejahteraan bayi dan kemampuan pasangan untuk melakukan koping;
6. Ketakutan terhadap kematian, kuatnya perasaan semacam ini dapat meningkat jika ibu mengalami komplikasi

Menurut Lailiyana, dkk, (2011) perubahan – perubahan psikologis yang terjadi:

1. Banyak wanita normal merasakan sangat bersemangat dan merasa gembira di saat merasakan kesakitan pertama menjelang kelahiran bayinya. Perasaan positif ini berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah terjadi suatu ''realitas kewanitaan'' sejati, yaitu munculnya rasa bangga melahirkan atau memproduksi anak. Khususnya rasa lega itu berlangsung ketika proses persalinan dimulai. Mereka seolah-olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu ''keadaan yang belum pasti'' kini bener- benar akan terjadi atau terealisasi secara konkret
2. Seorang wanita dalam proses kelahiran bayinya merasa tidak sabar mengikuti naluriah, dan mau mengatur sendiri, biasanya mereka menolak nasehat-nasehat dari luar. Sikap-sikap yang berlebihan ini pada hakekatnya merupakan ekspresi dari mekanisme melawan ketakutan. Selanjutnya, jika proses kesakitan pertama menjelang kelahiran ini di sertai dengan banyak ketegangan batin dan rasa cemas atau ketakutan yang berlebihan, atau di sertai kecenderungan yang sangat kuat lebih aktif dan mau mengatur sendiri proses kelahiran bayinya, maka proses kelahiran bayi dapat menyimpang dari normal dan spontan, serta prosesnya sangat terganggu dan merupakan kelahiran yang abnormal. Sebaliknya, jika wanita yang bersangkutan bersikap sangat pasif atau menyerah, keras kepala, dan tidak bersedia memberikan partisipasi sama sekali, maka sikap ini dapat memperlambat proses pembukaan dan pendataran serviks, juga mengakibatkan his menjadi sangat lemah bahkan berhenti secara total dan proses kelahiran menjadi sangat terhambat dan harus diakhiri dengan pembedahan sesar.
3. Wanita mungkin takut dan khawatir jika mereka berada pada lingkungan yang baru/asing, diberi obat, lingkungan RS yang tidak menyenangkan,

tidak mempunyai otonomi sendiri, kehilangan identitas dan kurang perhatian. Beberapa Wanita menganggap persalinan lebih tidak realistas sehingga mereka merasa gagal dan kecewa.

4. Pada ibu multigravida sering khawatir/cemas terhadap anak-anaknya yang tinggal di rumah. Dalam hal ini bidan tidak dapat berbuat banyak untuk menghilangkan kecemasan ini. Suami atau pasangan dapat memberikan perhatian dan tempat mereka untuk berbagi. Banyak hal yang mempengaruhi pasangan dalam memberikan perhatian di antaranya status social atau gender. Beberapa Wanita dapat menjadi kuat dan mampu melalui proses persalinan dengan dukungan dari pasangan. Perhatian pasangan merupakan hal paling dasar yang menjadi kebutuhan seorang wanita dalam proses persalinan ini. Pendekatan dan motivasi pada pasangan dapat dilakukan oleh bidan sejak ANC yang dilakukan untuk membangun kekuatan mengungkapkan perhatian yang menjadi kebutuhan Seorang wanita dalam menghadapi persalinan. Ini akan sangat berpengaruh terhadap apa yang mereka lakukan bagi bayi mereka.

Menurut Kurniarum, A. (2016) perubahan psikologis yang sering terjadi pada ibu bersalin kala I dan II adalah

1. Perubahan psikologis Kala I :
    a. Kecemasan dan ketakutan pada dosa-dosa atau kesalahan-kesalahan sendiri. Ketakutan tersebut berupa rasa takut jika bayi yang yang akan dilahirkan dalam keadaan cacat, serta takhayul lain.
    b. Timbulnya rasa tegang, takut, kesakitan, kecemasan dan konflik batin. Hal ini disebabkan oleh semakin membesarnya janin dalam kandungan yang dapat mengakibatkan calon ibu mudah capek, tidak nyaman badan, dan tidak bisa tidurnyenyak, sering kesulitan bernafas dan macam-macam beban jasmaniah lainnya diwaktu kehamilannya.
    c. Sering timbul rasa jengkel, tidak nyaman dan selalu kegerahan serta tidak sabaran sehingga harmoni antara ibu dan janin yang dikandungnya menjadi terganggu. Ini disebabkan karena kepala bayi sudah memasuki panggul dan timbulnya kontraksi-kontraksi pada rahim sehingga bayi yang semula diharapkan dan dicintai secara psikologis selama berbulan-bulan itu kini dirasakan sebagai beban yang amat berat
    d. Ketakutan menghadapi kesulitan dan resiko bahaya melahirkan bayi.

1) Adanya rasa takut dan gelisah terjadi dalam waktu singkat dan tanpa sebabsebab yang jelas
2) Ada keluhan sesak nafas atau rasa tercekik, jantung berdebar-debar
3) Takut mati atau merasa tidak dapat tertolong saat persalinan
4) Muka pucat, pandangan liar, pernafasan pendek, cepat dan *takikardi*

e. Adanya harapan-harapan tentang jenis kelamin bayi yang akan dilahirkan.
f. Sikap bermusuhan dengan bayinya.
   a) Keinginan untuk memiliki janin yang unggul
   b) Cemas kalau bayinya tidak aman di luar rahim
   c) Belum mampu bertanggung jawab sebagai seorang ibu
g. Kegelisahan dan ketakutan menjelang kelahiran bayi.
   a) Takut mati
   b) Trauma kelahiran
   c) Perasaan bersalah
   d) Ketakutan riil

2. Perubahan psikologis Kala II
   a. Panik dan terkejut dengan apa yang terjadi pada saat pembukaan lengkap
   b. Bingung dengan apa yang terjadi pada saat pembukaan lengkap
   c. Frustasi dan marah
   d. Tidak memperdulikan apa saja dan siapa saja yang ada di kamar bersalin
   e. Rasa lelah dan sulit mengikuti perintah
   f. Fokus pada dirinya sendiri

Berikut adalah beberapa gejala jika mengalami masalah psikologi menjelang persalinan yang paling umum (Indhryani. Ria, 2022):

1. Pikiran cemas dan kekhawatiran berlebihan tentang bayi
2. Merasa putus asa dan kewalahan
3. Kurangnya minat pada aktivitas yang biasa dinikmati
4. Merasa bersalah tentang perasaan, atau rasa bersalah secara umum
5. Merasa kurang tertarik untuk makan atau makan berlebihan
6. Mengalami kesulitan berkonsentrasi
7. Susah tidur
8. Penuh amarah

9. Keengganan untuk mengikuti pedoman kesehatan menjelang persalinan
10. Tidak mempercayai orang lain ketika mereka mencoba meyakinkan suatu hal
11. Mendorong orang lain menjauh, ingin memutuskan hubungan dengan orang yang dicintai
12. Mulai merokok, minum, menggunakan narkoba
13. Mengalami pikiran untuk bunuh diri.

C. Dampak Perubahan Psikologis Dalam Persalinan

1. Kecemasan yang dirasakan saat menjelang melahirkan seringkali tidak nampak saat proses persalinan karena menurut Kartono (2007) penderitaan hebat dan syok akibat rasa sakit yang dialami saat proses persalinan menyebabkan perhatian ibu yang sedang melahirkan terhadap lingkungan berkurang karena kesadaran dan konsentrasi tertuju pada kesakitan yang hebat dan kepanikan jelang kelahiran bayi.
2. Setelah lahir bayi muncul berbagai macam kondisi psikologis. Yaitu meskipun sebelum melahirkan ibu dihinggapi rasa takut setelah proses persalinan ibu menjadi lega atau puas terbebas dari gangguan tidur dan kelelahan fisik selama proses persalinan. (Cahyo, Rismawati, Widagdo, dan Solikha, 2008).
3. Menurut Kartono (2007) kebahagiaan memiliki anak menjadi kompensasi atau upah dari penderitaan dan segala hambatan yang terjadi selama kehamilan dan selama proses persalinan.
4. Salah satu factor yang mempengaruhi proses persalinan adalah faktor psikologis ibu. Psikologis ibu dapat mempengaruhi persalinan apabila ibu mengalami kecemasan, stress, bahkan depresi. Hal ini akan mempengaruhi kontraksi yang dapat memperlambat proses persalinan. Disamping itu, ibu yang tidak siap secara mental juga akan sulit diajak kerja sama dalam proses persalinannya. (Lailiyana, dkk, 2011)
5. Rasa takut dan cemas yang dialami ibu akan berpengaruh pada lamanya persalinan karena kontraksi menjadi kurang baik, dan mengakibatkan pembukaan serviks menjadi lebih lambat (Sondakh, 2013).

D. Faktor Yang Mempengaruhi Psikologis Dalam Persalinan

Kondisi psikologis wanita sedang bersalin tergantung pada persiapan dan bimbingan antisipasi yang diterima selama persiapan menghadapi persalinan, dukungan yang diterima wanita dari pasangannya, orang terdekat lain, keluarga,

dan pemberi perawatan, lingkungan tempat wanita tersebut berada dan apakah bayi yang dikandungnya merupakan bayi yang diinginkan (Varney, et al., 2007). Berikut merupakan factor yang dapat mempengaruhi psikologis ibu bersalin;

1. Pengalaman sebelumnya
2. Persiapan menghadapi persalinan (fisik, mental, materi dsb)
3. Lingkungan
4. Mekanisme koping
5. Sikap terhadap kehamilan

Menurut penelitian Sugesti (2015); factor yang mempengaruhi gambaran ibu jelang melahirkan dan pasca melahirkan yaitu;

1. Konflik dalam perkawinan
2. Kesehatan
3. Fisik
4. Ekonomi
5. Pekerjaan
6. Budaya
7. Dukungan sosial
8. Lingkungan sosial

E. Cara Mencegah Gangguan Psikologis Dalam Persalinan

Berbagai macam gangguan psikologi dapat terjadi saat masa persalinan. Masa persalinan bisa berarti masa sebelum persalinan, pada saat persalinan dan setelah persalinan. Jika tidak diatasi segera dapat mengakibatkan dampak yang buruk terhadap psikologis atau kesehatan mental seorang ibu, sehingga diperlukan cara untuk mengatasi gangguan psikologi selama masa persalinan.

Menurut Nababan (2021) berikut berbagai macam gangguan psikologis yang dapat terjadi saat proses persalinan dan cara mengatasinya:

1. Kecemasan

   Kecemasan adalah kondisi yang sering terjadi menjelang persalinan. Ibu hamil yang menantikan proses kelahiran pertama kali biasanya akan mulai gugup dan cemas. Mereka akan sering memikirkan hal-hal yang menurutnya dapat membahayakan bayi dan dirinya. Apabila kecemasan ini tidak dikelola dengan baik, maka kondisi mental ibu tersebut akan semakin memburuk. Tidak menutup kemungkinan pula ia bisa sampai mengalami gangguan psikologis (obsesif kompulsif).

   Dukungan dari orang terdekat (suami atau keluarga) terbukti efektif dalam mengatasi kecemasan pada ibu hamil. Mendengar pengalaman yang menyenangkan tentang persalinan akan lebih baik, sebab bagaimana pun

juga seringkali ibu yang akan melahirkan justru terpapar oleh informasi - informasi yang semakin membuatnya khawatir.

2. Ketakutan

   Ketakutan merupakan bentuk kekhawatiran pada sesuatu yang jelas objeknya. Ketakutan berbeda dengan kecemasan. Sementara kecemasan merupakan suatu bentuk kekhawatiran pada objek yang tidak jelas (hanya ada di pikiran dan tidak jelas bentuknya seperti apa). Dalam masa persalinan, seorang wanita bisa saja menjadi takut pada proses persalinan normal. Ia membayangkan apakah janin yang akan dilahirkannya selamat atau tidak. Atau kesakitan yang ada pada saat bersalinan apakah ia sanggup jalani atau tidak.

   Untuk mengatasi ketakutan, maka seorang wanita perlu ditenangkan terlebih dahulu. Mendengarkan apa yang menjadi keluhannya adalah hal yang baik yang bisa dilakukan. Sikap menggurui atau memintanya berhenti takut justru tidak akan membantu mengurangi ketakutannya

3. Sikap Kurang Kooperatif (Pasif)

   Sikap pasif timbul jika seorang ibu selama hamil memiliki keengganan pada saat akan melahirkan. Ini juga didorong dengan dukungan yang lemah dari lingkungan sekitar. Perhatian suami dan keluarga yang kurang akan menimbulkan sikap yang pasif dari seorang wanita hamil. Oleh karenanya, penting untuk memberikan dukungan kepadanya.

   Untuk mengatasi kondisi ini, kita bisa memberikan sistem dukungan yang baik berupa bentuk perhatian dan kasih sayang kepadanya. Bagaimana pun juga, hal ini akan sangat berpengaruh pada kelancaran proses persalinannya nanti.

4. Hipermaskulin

   Kondisi hipermaskulin menggambarkan antara ingin atau tidak punya anak. Padahal, ia sudah berada di saat-saat menjelang persalinannya. Akibatnya, emosinya menjadi tidak stabil. Ini biasanya terjadi pada wanita karir, karena ia ingin mempertahankan cara dia bekerja, tetapi di sisi lain juga merindukan kehadiran anak. Gangguan psikologi pada masa reproduksi bisa menjadi salah satu penyebabnya.

   Untuk mengatasinya maka kita bisa memberikan sistem dukungan yang baik. Mendengarkan keluhannya dan sama-sama mencari penyelesaian bersama adalah hal yang tepat untuk dilakukan.

5. Hiperaktif

   Menjelang persalinan, seorang wanita juga bisa menjadi lebih hiperaktif karena ia ingin segera melaksanakan proses persalinan. Oleh karenanya, ia

menjadi lebih banyak beraktivitas demi proses persalinan yang berlangsung sesegera mungkin.

Menenangkan ibu hamil dengan cara memberikan pengertian - pengertian tentang proses persalinan adalah hal yang bisa dilakukan untuk mengatasi permasalahan ini. Psikologi konseling juga bisa dilakukan agar wanita menjadi lebih siap

6. Kompleks Maskulin

   Kompleks maskulin adalah bentuk dari hiperaktif yang tidak tertangani. Pada saat persalinan, seorang wanita menjadi lebih agresif lagi. Sikapnya menunjukkan bahwa proses persalinan yang ia alami harus segera selesai dan tidak ingin membuang-buang waktu. Sikapnya menjadi lebih pengatur pada orang-orang di sekitarnya.

   Untuk mengatasi gangguan psikologi pada masa persalinan ini, maka ada baiknya tenaga medis yang membantu persalinan menghadirkan orang paling terdekatnya (suami).

7. Halusinasi Hipnagonik

   Pada saat akan bersalin, seorang wanita pasti akan mengalami kontraksi - kontraksi. Ada fase istirahat selama kontraksi tersebut. Seorang ibu bisa mengalami kondisi tidur semu. Di sinilah terjadi kondisi halusinasi hipnagonik. Ia akan menjadi tidak tenang karena muncul pikiran-pikiran yang tidak-tidak. Bahkan, kadang bisa juga muncul gangguan psikosomatis. Untuk mengatasinya, maka kita bisa tetap mempertahankan interaksi pada ibu menjelang persalinan.

F. Peran Bidan Dalam Menghadapi Perubahan Psikologis Pada Ibu Bersalin

Kondisi psikologis ibu melibatkan emosi dan pesiapan intelektual, pengalaman tentang kelahiran bayi sebelumnya, kebiasaan adat istiadat dan dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu. Partisipasi dan keterlibatan aktif seorang ibu selama persalinan merupakan persiapan alami dalam menerima seorang bayi. Mereka menganggap persalinan adalah pengalaman yang penuh dengan perasaan dan melibatkan seluruh anggota keluarga.

Biasanya anggota keluarga merasakan kegembiraan ketika melihat kelahiran seorang bayi yang sebelumnya merasa cemas akan kemampuan seorang ibu dalam menanggulangi rasa sakit pada proses persalinan, ada beberapa wanita menganggap persalinan adalah pengalaman yang tidak menyenangkan, Ketika merasakan sakit, merasa selalu diawasi oleh dokter atau bidan dan ia merasa sedikit partisipasi didalamnya.

Perasaan nyaman dan tenang ibu pada masa persalinan dapat diperoleh dari dukungan suami, keluarga, penolong persalinan, dan lingkungan. Perasaan

ini dapat membantu ibu untuk mempermudah proses persalinan. Kehadiran suami untuk memberi dukungan kepada istri dan membantu proses persalinan, ternyata banyak mendatangkan kebaikan bagi proses persalinan itu sendiri. Kehadiran suami disamping istri, membuat istri merasa lebih tenang dan lebih siap dalam menghadapi proses persalinan (Musbikin, 2012).

Beberapa cara untuk mempersiapkan Kesehatan mental dalam mempersiapkan psikologis ibu menjelang persalinan, yaitu:

1. **Menghadirkan Pendamping persalinan yang tepat**

   Partner yang bisa membantu bisa jadi adalah pasangan, orang penting lainnya, teman, atau doula. Bukan siapa yang dimiliki ibu, tetapi selama mereka dapat membantu mendukung dan memberikan dorongan yang dibutuhkan ketika merasa paling lemah, maka merekalah pendamping terbaik.

2. **Menjauhi cerita atau pikiran negative tentang persalinan**

   Memikirkan semua hal yang mungkin salah sebelum kelahiran tidak akan membantu mengatasi kecemasan menjelang persalinan. Jika seseorang memikirkan hal negatif tentang persalinan, segera mengubah pikiran itu menjadi sesuatu yang positif. Persiapkan persalinan dengan mempraktikkan strategi penurunan kecemasan. Misalnya melatih pernapasan hingga prenatal yoga. Melatih pikiran untuk membayangkan bahwa persalinan dapat dilakukan dengan baik dan bayangkan kelahiran bayi sebagai pengalaman positif, karena hal ini dapat membantu mempersiapkan mental selama menjelang dan selama proses persalinan

3. **Kelas Persiapan Persalinan**

   Kelas persiapan kelahiran seperti kelas ibu hamil membantu mempersiapkan ibu menjelang persalinan.

Di kelas-kelas ini, ibu akan mempelajari tanda-tanda persalinan, latihan pernapasan untuk membantu mengatasi kontraksi yang menyakitkan, dan apa yang diharapkan selama persalinan dan melahirkan. Selain itu, kelas persiapan kelahiran memberi ibu dan pasangan sebuah kesempatan untuk menjalin ikatan dan berlatih cara melewati proses persalinan yang sehat. Kelas-kelas ini mendorong ibu untuk mempelajari apa yang diharapkan dengan tantangan mental psikologi menjelang persalinan dan melahirkan, serta memberi kesempatan untuk berinteraksi dengan ibu hamil lainnya dan pasangan kelahiran mereka.

G. Latihan

Sekarang setelah selesai mempelajari Topik 2 ini. Agar lebih memahami, maka silahkan mengerjakan latihan dibawah ini

Tugas Kelompok:

1. Buatlah kelompok terdiri dari 4 orang mahasiswa.
2. Anggota pertama mempelajari tentang : Perubahan psikologis pada ibu bersalin Kala I.
3. Anggota kedua mempelajari tentang : Perubahan psikologis pada ibu bersalin Kala II.
4. Anggota ketiga mempelajari tentang : Perubahan psikologis pada ibu bersalin Kala Ill.
5. Anggota keempat mempelajari tentang : Perubahan psikologis pada ibu bersalin Kala IV
6. Setelah semua anggota selesai mempelajari tugas masing - masing, lanjutkan dengan diskusi bersama - sama seluruh anggota kelompok tentang materi yang sudah dipelajari masing - masing. Hasil diskusi dibuat satu ringkasan sehingga mudah untuk dipelajari.

Petunjuk Mengerjakan Latihan:

1. Pelajarilah materi Topik 4 ini baik - baik.
2. Silahkan membaca buku - buku yang membahas tentang perubahan psikologis pada ibu bersalin. Akan lebih baik apabila juga dapat mengkaji perubahan psikologis pada ibu yang pernah melahirkan terkait pengalaman selama proses persalinan. Untuk menambah pengetahuan atau wawasan sebagai bahan mengerjakan latihan diatas.
3. Buatlah ringkasan materi sesuai tugas yang harus dikerjakan.
4. Diskusikan dengan kelompok hasil tugas yang sudah dikerjakan.
5. Buatlah catatan untuk hal - hal penting yang harus diingat.
6. Hasil diskusi dibuat laporan sehingga mudah untuk dipelajari
7. Pelajarilah materi bahan ajar ini. Untuk menambah wawasan sebagai bahan mengerjakan latihan diatas, silahkan membaca juga buku - buku yang membahas tentang filosofi, ruang lingkup dan prinsip pokok dalam asuhan persainan.
8. Buatlah ringkasan materi sesuai tugas yang harus dikerjakan.
9. Buatlah catatan - catatan penting yang perlu diingat dan pahami.
10. Hasil tugas latihan dibuat laporan sehingga mudah untuk dipelajari

H. Rangkuman Materi

1. Keadaan psikologis ibu bersalin adalah keadaan emosi atau jiwa yang dapat dialami oleh ibu selama proses persalinan
2. Perubahan psikologi ibu yang muncul pada saat memasuki masa persalinan sebagian besar berupa perasaan takut maupun cemas, terutama pada ibu *primigravida* yang umumnya belum mempunyai pengalaman mengenai kejadian - kejadian yang akan dialami pada akhir kehamilannya
3. Berbagai macam gangguan psikologi dapat terjadi saat masa persalinan. Masa persalinan bisa berarti masa sebelum persalinan, pada saat persalinan dan setelah persalinan. Jika tidak diatasi segera dapat mengakibatkan dampak yang buruk terhadap psikologis atau kesehatan mental seorang ibu, sehingga diperlukan cara untuk mengatasi gangguan psikologi selama masa persalinan
4. Melakukan persiapan persalinan yang matang akan membantu menyiapkan psikis atau mental ibu dalam menghadapi proses persalinan seperti kelas ibu, menghadirkan pendamping persalinan dan berpikiran positif tentang proses persalinan.

I. Daftar Pustaka

Cahyo, K., Rimawati, E., Widagdo, L., & Solikha, D. A. "Kajian Adaptasi Psikologis Pada Ibu Setelah Melahirkan (Post Partum) di Ruang Rawat Inap RSUD Kota Semarang". Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia, 3, No. 1. 2008

Fraser, D.M & Cooper M.A. "*Buku Ajar Bidan Myles* (*Myles Textbook for Midwives*)". Edisi 14. Jakarta: ECG. 2009.

Lailiyana, Ani Laila, Isrowiyatun Daiyah, & Ari Susanti. " Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan". Jakarta: EGC. 2011.

Kartono, K. "Psikologi Wanita 2 Mengenal Wanita Sebagai Ibu Dan Nenek". Bandung; Mandar Maju. 2007

Kurniarum, A. "Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir". Jakarta; Pusdik SDM Kesehatan, BPPSDM Kemenkes RI. 2016

Musbikin, I. (2012). Persiapan Menghadapi Persalinan Dari Perencanaan Kehamilan Sampai Mendidik Anak. Yogyakarta: Mitra Pustaka.

Nababan, Lolli. 2021. "Modul Ajar Psikologi Kehamilan, Persalinan, dan Nifas" http://repository.stikessaptabakti.ac.id/161/

Ria Indhryani. 2022. "Cara Mengatasi Masalah Psikologi Menjelang Persalinan" https://www.orami.co.id/magazine/masalah-psikologi-menjelang-persalinan#google_vignette. Artikel Kesehatan Mental

Sondakh. J. 2013. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi baru Lahir. Jakarta : Erlangga

Sugesti, Rini. "Gambaran Psikologis Ibu Jelang Melahirkan dan Pasca Melahirkan". Skripsi. 2015

BAB 3

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERSALINAN

Rochany Septiyaningsih, S.ST., MPH.

Pendahuluan

Bab ini membahas tentang faktor-faktor yang mempengaruhi proses persalinan. Persalinan merupakan momen penting dalam kehidupan seorang wanita, yang dipengaruhi oleh berbagai aspek fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan. Memahami faktor-faktor yang memengaruhi persalinan adalah kunci untuk memberikan perawatan yang holistik dan efektif kepada ibu dan bayi.

Buku ini bertujuan untuk mengidentifikasi berbagai faktor yang dapat mempengaruhi proses persalinan, mulai dari faktor-faktor fisiologis dalam tubuh ibu hingga pengaruh lingkungan eksternal yang dapat memengaruhi pengalaman persalinan. Dengan pemahaman yang mendalam tentang hal ini, tenaga medis dan profesional kesehatan lainnya dapat memberikan perawatan yang sesuai dan mendukung selama proses persalinan.

Dalam bidang kesehatan maternal, terdapat konsep yang dikenal sebagai "empat p", yaitu power (kekuatan), passage (jalur), passenger (bayi), dan psikis (kejiwaan ibu). Konsep ini membantu kita memahami secara komprehensif bagaimana setiap aspek ini mempengaruhi proses persalinan. Selain itu, penting juga untuk mempertimbangkan peran penolong atau tenaga medis dalam menyediakan dukungan dan bantuan selama persalinan.

Setiap faktor ini memiliki peran yang kompleks dan penting dalam menentukan pengalaman dan hasil persalinan. Dengan demikian, pembahasan yang komprehensif tentang mereka akan membantu meningkatkan pemahaman dan kemampuan profesional kesehatan untuk memberikan perawatan yang terbaik kepada ibu dan bayi.

Dengan membaca buku ini, diharapkan pembaca akan mendapatkan wawasan yang lebih dalam tentang faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan dan bagaimana mereka dapat mempengaruhi pasuhan kebidanan. Semoga buku ini menjadi sumber pengetahuan yang berharga dan bermanfaat bagi semua yang terlibat dalam perawatan ibu hamil dan persalinan..

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Intruksional:

Memahami faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan.

Capaian Pembelajaran:

Pada akhir pembelajaran, mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan tentang faktor Power.
2. Menjelaskan tentang faktor Passage.
3. Menjelaskan tentang faktor Passanger.
4. Menjelaskan tentang faktor psikis ibu bersalin.
5. Menjelaskan tentang faktor penolong persalinan.

URAIAN MATERI

Persalinan atau proses kelahiran bayi dipengaruhi oleh sejumlah faktor yang meliputi:

A. Power (Kekuatan Ibu)

Energi yang mendorong janin melalui proses persalinan terdiri dari kontraksi rahim (his), kontraksi otot perut, kontraksi diafragma, dan pergerakan ligamen. Daya utama yang diperlukan dalam persalinan adalah his, sedangkan daya sekundernya adalah usaha meneran yang dilakukan oleh ibu.

His (kontraksi uterus) adalah kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominan, terkoordinasi dan relaksasi. Pembagian his dan sifat-sifatnya:

1. His palsu atau his pendahuluan: tidak kuat, tidak teratur, tidak menyebabkan pembukaan serviks, lebih ringan, lebih pendek serta dapat hilang dibawa istirahat dan perubahan posisi.
2. His pembukaan (kala I): menyebabkan pembukaan serviks, semakin kuat, teratur dan sakit.
3. His pengeluaran (kala II): sangat kuat, simetris, teratur, dan koordinatif, digunakan untuk mengeluarkan janin.
4. His pelepasan uri (kal III): terkoordinasi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
5. His pengiring (kala IV), kontraksi lemah yang terasa seperti meriang dan berlangsung beberapa jam atau hari setelah persalinan.

Tenaga mengejan adalah usaha aktif yang dilakukan oleh ibu selama proses persalinan untuk membantu mendorong bayi keluar dari rahim dan melalui jalan lahir. Ini merupakan fase terakhir dari proses persalinan, yang dikenal sebagai fase pengeluaran. Selama fase ini, ibu merasakan dorongan kuat untuk mengejan ketika kontraksi rahim mencapai puncaknya. Tujuan dari tenaga mengejan adalah untuk membantu mendorong bayi melalui jalan lahir dan memfasilitasi kelahirannya. Ini adalah fase aktif di mana ibu berpartisipasi secara aktif dalam proses persalinan.

Tenaga mengejan biasanya dimulai setelah serviks terbuka sepenuhnya (10 sentimeter) dan ibu merasakan dorongan yang kuat untuk mengejan selama kontraksi rahim. Tenaga mengejan dilakukan selama kontraksi rahim,

dan ibu diminta untuk menahan napas dan mengejan sebanyak mungkin selama kontraksi.

Tenaga mengejan seringkali diarahkan oleh tenaga medis yang memantau kemajuan persalinan. Mereka akan memberi instruksi kepada ibu tentang kapan harus mengejan, seberapa lama mengejan, dan bagaimana melakukan teknik mengejan yang efektif. Teknik mengejan yang efektif melibatkan mengambil napas dalam, menahan napas, dan mengejan dengan menggunakan otot-otot perut yang dalam. Ibu mungkin diberi arahan untuk mengejan seperti berusaha untuk buang air besar.

Selama fase pengeluaran dan tenaga mengejan, penting untuk diingat bahwa ini adalah fase yang sangat melelahkan. Ibu mungkin merasa sangat lelah setelah mengejan, oleh karena itu istirahat antara kontraksi sangat penting untuk memulihkan energi. Dukungan emosional dan fisik dari pasangan, anggota keluarga, atau tenaga medis sangat penting selama fase pengeluaran dan tenaga mengejan. Dukungan ini membantu memotivasi ibu, memberikan dorongan positif, dan membantu mengurangi kecemasan atau ketakutan yang mungkin dirasakannya.

B. *Passage* (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, bagian panggul yang keras, dasar panggul, vagina, dan introitus. Janin harus mampu menyesuaikan diri dengan jalan lahir yang relatif kaku ini, sehingga bentuk dan ukuran panggul harus diidentifikasi sebelum persalinan dimulai. Struktur panggul ibu dan jalan lahir harus cukup luas dan fleksibel untuk memungkinkan bayi melewati dengan lancar. Panggul yang sempit atau penyempitan jalan lahir dapat memperlambat proses persalinan. Serviks (leher rahim) harus menjadi lunak dan terbuka secara progresif agar bayi dapat melalui jalan lahir dengan lancar. Kontraksi uterus membantu dalam proses ini dengan merangsang pemadatan dan pembukaan serviks. Adanya obstruksi seperti fibroid atau kelainan lainnya dalam jalan lahir dapat menghambat kemajuan persalinan. Kondisi lapisan jalan lahir, seperti kelembapan dan elastisitas lendir serviks, juga mempengaruhi kemampuan jalan lahir untuk merenggang dan memungkinkan bayi untuk melaluinya dengan lancar.

Ukuran-Ukuran Panggul :

1. Panggul luar
    a. Distansia Spinarum yaitu diameter antara kedua Spina Iliaka anterior superior kanan dan kiri ; 24-26 cm

b. Distansia kristarum yaitu diameter terbesar antara kedua crista iliaka kanan dan kiri : 28-30 cm
c. Distansia boudeloque atau konjugata eksterna yaitu diameter antara lumbal ke-5 dengan tepi atas sympisis pubis : 18-20 cm
d. Lingkar panggul yaitu jarak antara tepi atas sympisis pubis ke pertengahan antara trokhanter dan spina iliaka anterior superior kemudian ke lumbal ke-5 kembali ke sisi sebelahnya sampai kembali ke tepi atas sympisis pubis. Diukur dengan metlin. Normal: 80-90 cm

2. Panggul dalam
   a. Pintu atas panggul
      1) Konjugata Vera atau diameter antero posterior yaitu diameter antara promontorium dan tepi atas symfisis: 11 cm. Konjugata obstetrika adalah jarak pertengahan symfisis pubis. antara promontorium dengan
      2) Diameter transversa (melintang), yaitu jarak terlebar antara kedua linea inominata: 13 cm
      3) Diameter oblik (miring) yaitu jarak antara artikulasio sakro iliaka dengan tuberkulum pubicum sisi yang bersebelah : 12 cm
   b. Bidang tengah panggul
      1) Bidang luas panggul terbentuk dari titik tengah symfisis, pertengahan acetabulum dan ruas sacrum ke-2 dan ke-3. Diameter anteroposterior 12,75 cm, diameter tranversa 12,5 cm.
      2) Bidang sempit panggul terbentang dari tepi bawah symfisis, spina ischiadika kanan dan kiri, dan 1-2 cm dari ujung bawah sacrum. Diameter antero-posterior : 11,5 cm ; diameter tranversa : 10 cm
   c. Pintu bawah panggul
      Terbentuk dari dua segitiga denan alas yang sama, yaitu diameter tuber ischiadikum. Ujung segitiga belakang pada ujung os sacrum, sedangkan ujung segitiga depan arkus pubis.

Bidang-bidang hodge:
Bidang hodge adalah bidang semu sebagai pedoman untuk
menentukan kemajuan persalinan yaitu seberapa penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam/vagina toucher (VT), Adapun bidang hodge sebagai berikut:

a. Hodge I : Bidang yang setinggi dengan Pintu Atas Panggul (PAP) yang dibentuk oleh promontorium, artikulasio iliaca, sayap sacrum, linea inominata, ramus superior os pubis,tepi atas symfisis pubis

b. Hodge II : Bidang setinggi pinggir bawah symfisis pubis berhimpit dengan PAP (Hodge I)
c. Hodge III : Bidang setinggi spina ischiadika berhimpit dengan PAP (Hodge I)
d. Hodge IV : Bidang setinggi ujung os soccygis berhimpit dengan PAP (Hodge I)

C. *Passanger*

Pada faktor *passanger* terdapat 3 bagian, meliputi:

a. Janin (Kepala janin beserta ukuran-ukurannya)

Kepala janin merupakan bagian paling keras dan besar, hal tersebut dapat mempengaruhi proses keluarnya janin. Cara janin bergerak melalui jalan lahir dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin.

1) Sikap (habitus)

Sikap janin mengacu pada hubungan posisi tubuh bayi dengan tubuh ibu di dalam rahim. Ada tiga sikap utama yang mungkin diambil oleh bayi:

- Sikap Kepala: Bayi dengan kepala menghadap ke bawah dan kaki menghadap ke atas. Ini adalah sikap yang paling umum dan ideal untuk proses persalinan yang lancar.
- Sikap Bokong: Bayi dengan bokong atau panggul yang menghadap ke bawah. Sikap ini dapat memerlukan intervensi selama persalinan, terutama jika bayi tidak berputar menjadi posisi kepala.
- Sikap Melintang: Bayi dengan tubuh yang tegak lurus atau melintang di dalam rahim. Sikap ini jarang terjadi dan biasanya memerlukan intervensi medis.

2) Letak (Lie = situs)

Letak janin adalah hubungan antara sumbu panjang (punggung) janin dengan sumbu panjang (punggung) ibu. Ada dua jenis letak, yaitu memanjang (vertikal) dan melintang (horizontal). Letak memanjang dapat berupa presentasi kepala atau presentasi bokong (sungsang).

3) Presentasi (Presentation)

Presentasi adalah bagian janin yang pertama kali memasuki pintu atas panggul dan terus melalui jalan lahir selama persalinan. Tiga presentasi utama janin adalah presentasi kepala (96%), presentasi bokong (3%), dan presentasi bahu (1%).

4) Posisi

Posisi mengacu pada hubungan antara bagian presentasi janin (seperti oksiput, sakrum, dagu, atau puncak kepala yang defleksi atau menengadah).

b. Ketuban

Kegunaan ketuban adalah untuk melindungi janin dalam kandungan. Saat proses melahirkan tiba, salah satu fungsi dari ketuban ialah untuk mendorong serviks sehingga serviks membuka. Jumlah rata-rata kandungan air ketubanpun dapat berubah-ubah.

c. Plasenta

Plasenta merupakan bagian terpenting pada janin karena plasenta merupakan saluran atau jalan masuknya nutrisi dari ibu ke janin yang ada didalam kandungan. Dikarenakan plasenta merupakan organ terpenting pada janin, plasenta yang abnormalpun dapat mempengaruhi tumbuh kembang janin di dalam kandungan.

D. Psikis

Kesejahteraan mental dan emosional ibu dapat memengaruhi jalannya persalinan secara langsung dan tidak langsung. Tingkat stres dan kecemasan yang tinggi dapat mengganggu produksi hormon-hormon yang diperlukan untuk memfasilitasi persalinan, seperti oksitosin. Oksitosin adalah hormon yang merangsang kontraksi rahim, dan ketika produksinya terganggu oleh stres, proses persalinan dapat menjadi lebih lambat atau tidak efektif.

Pengalaman traumatis atau kecemasan terkait dengan persalinan sebelumnya atau faktor-faktor lain dalam kehidupan ibu dapat memicu reaksi stres yang berlebihan selama persalinan yang sedang berlangsung. Ini dapat menyebabkan kesulitan dalam menghadapi kontraksi dan mengganggu proses persalinan. Dukungan sosial dan emosional yang cukup dari pasangan, keluarga, dan tenaga medis dapat membantu mengurangi stres dan kecemasan ibu selama persalinan. Ketika ibu merasa didukung dan dipercayai, mereka cenderung merasa lebih tenang dan mampu mengatasi tantangan yang muncul selama persalinan.

Pengetahuan tentang proses persalinan dan keyakinan dalam kemampuan tubuh untuk melahirkan secara alami dapat meningkatkan rasa percaya diri ibu dan membantu mengurangi kecemasan. Persiapan yang memadai sebelumnya dan pemahaman tentang apa yang diharapkan selama persalinan dapat membantu mengurangi ketakutan yang tidak perlu. Perasaan kontrol dan otonomi selama persalinan juga dapat memengaruhi

pengalaman persalinan. Ketika ibu merasa memiliki kontrol atas keputusan yang dibuat selama persalinan dan merasa didukung dalam keinginannya, mereka cenderung merasa lebih tenang dan percaya diri. Pengalaman pribadi dan harapan tentang bagaimana persalinan harus berlangsung dapat mempengaruhi persepsi ibu terhadap proses persalinan dan emosi yang mereka alami selama persalinan.

E. Penolong

Faktor penolong persalinan merujuk pada segala sesuatu yang membantu atau memfasilitasi proses persalinan, baik secara fisik maupun emosional. Praktisi kesehatan, seperti bidan atau dokter, memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk memantau dan mengelola persalinan dengan aman. Mereka membantu dalam menilai kemajuan persalinan, memberikan bantuan medis jika diperlukan, dan memfasilitasi persalinan yang lancar.

Dukungan emosional dari pasangan, keluarga, atau tenaga medis juga memainkan peran penting dalam membantu ibu mengatasi tantangan dan ketidaknyamanan selama persalinan. Dukungan ini dapat meningkatkan rasa percaya diri dan kenyamanan ibu selama proses persalinan.

Pelatihan tentang teknik pernapasan dan relaksasi dapat membantu ibu mengelola rasa sakit dan ketegangan selama persalinan. Teknik-teknik ini membantu mengurangi stres dan memungkinkan ibu untuk fokus pada proses persalinan dengan lebih baik. Berbagai posisi tubuh selama persalinan dapat memengaruhi kemajuan persalinan. Mengubah posisi tubuh secara berkala dapat membantu membuka panggul, meredakan ketidaknyamanan, dan memfasilitasi pergerakan bayi melalui jalan lahir.

Beberapa wanita mungkin memilih untuk melahirkan dengan pendekatan non-intervensi, yang berarti menghindari intervensi medis yang tidak perlu selama persalinan. Faktor ini dapat memungkinkan persalinan yang lebih alami dan menurunkan risiko komplikasi yang terkait dengan intervensi medis. Meskipun kebanyakan persalinan berjalan dengan lancar, kadang-kadang komplikasi mungkin timbul yang memerlukan intervensi medis. Faktor penolong persalinan termasuk kemampuan tenaga medis untuk mendeteksi dan menangani komplikasi dengan cepat dan tepat. Ketersediaan fasilitas persalinan yang dilengkapi dengan baik dan tenaga medis yang terlatih dapat memastikan bahwa ibu memiliki akses ke perawatan yang tepat dan aman selama persalinan.

Semua faktor ini berperan dalam menciptakan lingkungan yang mendukung dan memfasilitasi persalinan yang aman dan nyaman bagi ibu dan bayi. Dengan dukungan yang tepat dan penanganan yang cermat dari tenaga medis, sebagian besar persalinan dapat berjalan dengan lancar.

F. Latihan

1. Seorang Perempuan umur 33 tahun, G3P2A0 hamil UK 39 minggu, datang ke TPMB pukul 14.00 WIB dengan keluhan utama mules menjalar sampai ke pinggang sejak 6 jam lalu. Hasil anamnesis didapatkan ibu lemas karena belum makan sejak pagi. Hasil pemeriksaan: KU cukup, TD 90/60 mmHg, N: 88 x/menit, P 22x/menit, S 37 0C, pembukaan 6 cm, kontraksi (2x/10'/30"), DJJ 138 x/menit. Faktor apakah yang menyebabkan keadaan ibu tersebut?
   a. Power
   b. Passage
   c. Passengger
   d. Psikologis
   e. Penolong
2. Seorang Perempuan umur 30 tahun, G2P1A0 hamil UK 39 minggu, datang ke TPMB pukul 10.00 WIB dengan mengeluh mengeluarkan lender bercampur sedikit darah, kenceng-kenceng sampai ke pinggang sejak jam 06.00 WIB. Hasil pemeriksaan: KU baik, TD 120/80 mmHg, N: 88 x/menit, P 22x/menit, S 37 0C, pembukaan 5 cm, kontraksi (3x/10'/30"), DJJ 138 x/menit. Saat dilakukan pemantauan dengan partograf 4 jam kemudian ternyata hasil pemeriksaan kemajuan persalinan berada di kanan garis waspada dengan hasil VT tidak ada perubahan. Faktor apakah yang menyebabkan keadaan ibu tersebut?
   a. Power
   b. Passage
   c. Passengger
   d. Psikologis
   e. Penolong
3. Seorang perempuan umur 20 tahun, G1P0A0 hamil UK 39 minggu, datang ke TPMB pukul 21.00 wib dengan keluhan utama mules menjalar sampai ke pinggang sejak 4 jam lalu disertai dengan menangis dan berteriak-teriak menahan sakit. Hasil anamnesis didapatkan bahwa ini kehamilan di luar nikah. Hasil pemeriksaan: KU baik, TD 100/60 mmHg, N: 90 x/menit, P 22x/menit, S 37,1 0C, kontraksi (2x/10'/30"), DJJ 138 x/menit. Hasil pemeriksaan dalam pembukaan 6 cm, tidak ada molase, ketuban utuh, penurunan HII, presentasi belakang kepala. Saat dilakukan pemantauan dengan partograf 4 jam kemudian ternyata hasil VT tidak ada perubahan. Faktor apakah yang kemungkinan menyebabkan keadaan ibu tersebut?
   a. Power
   b. Passage
   c. Passengger

d. Psikologis
e. Penolong

4. Seorang perempuan umur 35 tahun, G3P2A0 hamil UK 38 minggu, datang ke RS pukul 14.00 wib dengan keluhan utama mengeluarkan darah dari jalan lahir. Hasil anamnesis didapatkan kenceng-kenceng tapi masih jarang. Hasil pemeriksaan: KU cukup, TD 100/60 mmHg, N: 88 x/menit, P 22x/menit, S 37 0C, DJJ 146 x/menit. Hasil USG didapatkan plasenta menutupi jalan lahir dan mengharuskan melahirkan secara SC. Faktor apakah yang menyebabkan keadaan ibu tersebut?
   a. Power
   b. Passage
   c. Passengger
   d. Psikologis
   e. Penolong

G. Rangkuman Materi

Power: Energi yang mendorong janin melalui proses persalinan terdiri dari kontraksi rahim (his), kontraksi otot perut, kontraksi diafragma, dan pergerakan ligamen.
Passage : Termasuk kondisi panggul, jalan lahir, dan organ reproduksi internal ibu yang dapat mempengaruhi kemampuan bayi untuk melalui proses persalinan.
Passenger : Meliputi ukuran, posisi, dan kesehatan janin serta plasenta dan ketuban yang dapat memengaruhi kemampuan bayi untuk lahir melalui jalan lahir.
Psikis : Termasuk tingkat stres, kecemasan, dukungan sosial, dan persepsi ibu terhadap proses persalinan. Hal ini dapat memengaruhi pengalaman dan hasil persalinan.
Penolong : Merujuk pada peran dan keterampilan tenaga medis, seperti bidan dan dokter, yang dapat memengaruhi perawatan dan dukungan yang diberikan kepada ibu selama persalinan

H. Daftar Pustaka

Gabbe, S. G., Niebyl, J. R., Simpson, J. L., Landon, M. B., & Galan, H. L. (Eds.). (2017). Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies (7th ed.). Elsevier.

Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., & Weston, J. (2013). Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews, 7, CD003766.

Marmi, S.ST. 2012. Asuhan Kebidanan Pada Persalinan. Yogyakarta : Pustaka Pelajar

McFarlin, B. L., & Engelke, S. (2017). Strategies for optimizing physiologic childbirth. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 46(2), 248–257.

Rohani, S.ST., dkk. 2011. Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan. Jakarta : Salemba Medika

Sondakh, Jenny J.S. 2013. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Penerbit Erlangga.

Sujiyatini, S.SiT, M.Keb, dkk. 2011. Asuhan Kebidanan II (Persalinan). Yogyakarta: Rohima Press

BAB 4

KALA I PERSALINAN

Bdn. Detty Afriyanti Sukandar. S.ST, M.Keb.

Pendahuluan

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah Azza Wa Jalla atas segala nikmat dan rahmat-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan dengan tema "Persalinan Kala I" dengan baik. Tujuan penulisan materi ini adalah untuk memenuhi kebutuhan pembelajaran baik pengajar maupun mahasiswa. Seyogyanya buku ajar ini dapat menjadi bahan orientasi dan referensi, meningkatkan motivasi mahasiswa dan menciptakan lingkungan belajar yang nyaman. Oleh karena itu, penguasaan materi ini sangat penting, karena nantinya akan membantu mahasiswa dalam asuhan kebidanan saat persalinan nantinya.

Asuhan persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang telah mencapai usia kehamilan, dan terjadi secara alami tanpa intervensi alat. Saat janin mencapai minggu pertama kehamilan (37–42 minggu) dan terjadi secara alami, presentasi belakang kepala janin, dan tidak terdapat komplikasi pada ibu maupun janin. Asuhan persalinan normal bertujuan agar proses melahirkan berjalan bersih dan aman, sehingga angka kematian maupun kecacatan ibu dan bayi berkurang. Asuhan persalinan normal diindikasikan bagi semua wanita hamil dengan rentang usia kehamilan 37 – 42 minggu dengan proses fisiologis tanpa kondisi penyulit, dengan tanda–tanda persalinan spontan. Tanda persalinan kala I yang muncul adalah kontraksi uterus yang semakin sering dan lama, disertai dilatasi serviks dan keluar lendir darah dari jalan lahir.

Buku ini disusun dengan menggunakan gambar dan latihan berupa kasus kebidanan dengan menggunakan pembelajaran aktif, kolaboratif, atau metode lainnya. Kami berharap buku ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang terlibat. Kontribusi dan saran yang kontributif selalu diharapkan untuk kesempurnaan di masa yang akan datang.

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Intruksional:

Setelah menyelesaikan pembelajaran materi ini, diharapkan mahasiswa mampu menguasai persalinan kala I dengan baik.

Capaian Pembelajaran:

1. Mampu menjelaskan fisiologis persalinan kala I
2. Mampu menjelaskan pemeriksaan obstetri kala I
3. Mampu menjelaskan manajemen asuhan kala I
4. Mampu menjelaskan partograf
5. Mampu menjelaskan pendokumentasian persalinan kala I

URAIAN MATERI

A. Fisiologis Persalinan Kala I

1. Uterus

Saat persalinan dimulai, jaringan dari miometrium berkontraksi dan berelaksasi seperti otot normal. Ketika otot retraksi, otot tidak kembali ke ukuran aslinya dan berubah semakin kecil. Saat otot-otot rahim berubah bentuk selama kontraksi, relaksasi, dan retraksi. Rongga rahim secara bertahap mengecil. Proses ini inilah yang menjadi salah satu penyebab turunnya janin kedalam panggul. Kontraksi uterus dimulai dari fundus uterus dan berlanjut ke abdomen bawah dengan dominasi tarikan ke arah fundus (fundal dominan).

2. Serviks

Sebelum persalinan dimulai, leher serviks melunak dan bersiap untuk melahirkan. Saat persalinan makin dekat, leher serviks mulai terbuka.

a. Penipisan serviks (effacement)

Terkait dengan kemajuan pemendekan dan penipisan serviks. Ketika kontraksi semakin kuat, bentuk leher serviks berubag dan menjadi lebih tipis. Hal ini disebabkan oleh kontraksi uterus yang dominan pada fundus, sehingga serviks tertarik ke atas dan semakin menipis seiring berjalannya waktu. Batas antara segmen atas dan bawah rahim (retraction ring) sejajar dengan tarikan ke atas sehingga memberikan kesan gerakan ke atas. Panjang serviks pada akhir kehamilan normal bervariasi (dari beberapa mm hingga 3 cm). Saat persalinan dimulai, panjang leher serviks secara teratur mengecil dan akhirnya menjadi sangat pendek (hanya beberapa mm). Leher serviks yang sangat tipis ini disebut dengan "menipis penuh"

b. Dilatasi serviks

Proses ini merupakan kelanjutan dari effacement. Setelah serviks dalam kondisi menipis penuh, maka tahap berikutnya adalah pembukaan. Saat serviks membuka disebabkan daya tarikan otot uterus ke atas secara terus - menerus saat uterus berkontraksi. Dilatasi dan diameter serviks dapat diukur dengan pemeriksaan vagina.

Berdasarkan diameter pembukaan serviks, proses ini dibagi menjadi 2 fase, yaitu:

a. Fase Laten

Berlangsung selama kurang lebih 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat hingga mencapai diameter 3 cm.

b. Fase Aktif

Dibagi menjadi 3 fase, yaitu

1) Fase akselerasi, pembukaan 3 cm menjadi 4 cm dalam waktu 2 jam
2) Fase dilatasi maksimal, pembukaan terjadi sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm dalam waktu 2 jam
3) Fase deselerasi. Pembukaan melambat kembali, dalam 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap (10 cm). Pembukaan lengkap berarti bibir serviks tidak teraba dan diameter pembukaan serviks 10 cm Fase di atas dijumpai pada primigravida. Pada multigravida tahapannya sama namun durasi lebih cepat untuk setiap fasenya. Kala I selesai apabila pembukaan serviks telah lengkap. Pada primigravida berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan pada multigravida akan memakan waktu 7 jam.

   Mekanisme pembukaan serviks antara primigravida dan multigravida berbeda. Pada primigravida ostium uteri internum terbuka lebih dahulu, serviks menjadi rata dan tipis, kemudian ostium uteri eksternum terbuka. Namun pada multigravida, penipisan dan pemerataan ostium serviks internum dan eksternum serta serviks terjadi secara bersamaan

3. Lendir bercampur darah (Blood slim)

Pendataran dan dilatasi serviks akan melonggarkan selaput bagian dalam serviks dengan perdarahan minimal, sehingga lendir dapat dikeluarkan dari sumbatan atau operculum. Keluarnya lendir dari sumbatan ini menyebabkan terbentuknya tonjolan pada selaput ketuban, yang dapat teraba pada pemeriksaan vagina. Pengeluaran lendir dan darah ini disebut dengan sebagai "show" atau "bloody show" yang mengindikasikan proses persalinan telah dimulai.

4. Ketuban

Ketuban pecah dengan sendirinya ketika pembukaan hampir atau sudah lengkap dengan sendirinya. JIka ketuban pecah sebelum pembukaan 5 cm, disebut ketuban pecah dini (KPD).

5. Tekanan darah

a. Selama persalinan, tekanan darah meningkat sebesar 15-20 mmHg sistolik dan 5–10 mmHg diastolik.
b. Pada waktu tertentu selama kontraksi, tekanan darah kembali ke tingkat sebelum melahirkan. Untuk memastikan tekanan darah yang akurat, pastikan untuk mengukur tekanan darah diantara kontraksi.
c. Mengubah posisi pasien dari posisi terlentang ke posisi menyamping kiri dapat menghindari perubahan tekanan darah pada saat persalinan.

d. Rasa sakit, ketakutan, dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah.
e. Jika pasien sangat ketakutan atau cemas, pertimbangkan kemungkinan bahwa ketakutan tersebut menyebabkan peningkatan tekanan darah (bukan preeklampsi). Periksa parameter lain untuk mengecualikan kemungkinan preeklampsi. Jika preeklampsia tidak terbukti, berikan perawatan suportif dan pengobatan untuk menenangkan pasien sebelum membuat diagnosis akhir.

6. Metabolisme

a. Selama persalinan, metabolisme karbohidrat baik aerobik dan anaerobik meningkat dengan laju yang konstan. Peningkatan ini terutama disebabkan oleh kecemasan dan aktivitas otot rangka.
b. Peningkatan aktivitas metabolisme terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernapasan, curah jantung, dan kehilangan cairan

7. Suhu tubuh

a. Suhu tubuh meningkat pada saat melahirkan dan mencapai puncaknya pada saat dan segera setelah kelahiran
b. Peningkatan suhu tubuh hingga 0,5 – 1° C dianggap normal dan nilai ini mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalina
c. Peningkatan suhu tubuh yang sedikit selama persalinan adalah normal, namun parameter lain harus diperiksa karena peningkatan suhu tubuh dapat mengindikasikan dehidrasi selama persalinan. Demikian pula dalam kasus ketuban pecah dini, peningkatan suhu tubuh dapat mengindikasikan adanya infeksi dan tidak dapat dianggap normal dalam situasi ini.

8. Detak jantung

a. Perubahan signifikan selama kontraksi. Kenaikan fase naik, penurunan frekuensi yang lebih rendah dari frekuensi puncak intersistolik, dan kenaikan fase penurunan hingga tercapai frekuensi normal di antara kontraksi
b. Penurunan yang mencolok selama puncak kontaksi uterus tidak terjadi jika wanita berbaring miring, bukan telentang.
c. Denyut nadi di antara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan.
d. Sedikit peningkatan denyut jantung dianggap normal, sehingga parameter lain harus diperiksa untuk mengecualikan kemungkinan proses infeksi.

9. Perubahan pernafasan

a. Sedikit peningkatan laju pernapasan selama persalinan dianggap normal dan mencerminkan peningkatan metabolisme. Namun informasi yang akurat sulit diperoleh karena laju pernapasan sangat dipengaruhi oleh rasa senang, sakit, takut, dan penggunaan teknik pernapasan.
b. Hiperventilasi yang berkepanjangan merupakan temuan abnormal dan dapat menyebabkan alkalosis. Pantau pernapasan pasien dan bantu mereka mengontrol pernafasan untuk menghindari hiperventilasi berkepanjangan, yang ditandai dengan kesemutan pada ekstremitas dan pusing.

10. Perubahan renal

a. Poliuria sering terjadi saat persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan mungkin disebabkan oleh peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Tidur telentang dapat membuat buang air kecil berlebihan menjadi berkurang karena volume urin berkurang selama kehamilan.
b. Kandung kemih harus sering diperiksa (setiap 2 jam) untuk mengetahui adanya perut kembung, dan harus dikosongkan untuk mencegah persalinan terhambat karena kandung kemih penuh. Hal ini mencegah penurunan trauma pada kandung kemih akibat turunnya bagian janin dan tekanan berkelanjutan yang ditimbulkannya. Hal ini menyebabkan hilangnya tonus kandung kemih pasca melahirkan dan retensi urine.
c. Proteinuria (+1), biasanya terjadi pada sepertiga hingga setengah ibu selama persalinan. Hal ini lebih sering terjadi pada primipara dengan anemia, atau pasien dengan persalinan lama.
d. Jika nilai proteinuria +2 atau lebih tinggi, itu merupakan nilai data yang tidak normal

11. Gastointestinal

a. Motilitas lambung dan penyerapan makanan padat sangat terbatas. Kondisi ini diperburuk dengan semakin menurunnya sekresi asam lambung selama persalinan, sehingga memperlambat kerja saluran cerna dan menambah waktu yang dibutuhkan lambung untuk mengosongkan. Hidrasi tidak terpengaruh dan waktu yang dibutuhkan pencernaan di perut dalam kondisi normal. Makanan yang dimakan sebelum persalinan atau fase masa prodromal atau fase laten persalinan cenderung akan tetap berada di dalam lambung selama persalinan.

b. Perut yang penuh dapat menimbulkan rasa tidak nyaman selama masa transisi. Oleh karena itu, pasien disarankan untuk tidak makan dalam jumlah banyak atau minum berlebihan, serta makan dan minum hanya ingin menjaga energi dan hidrasi.
c. Mual dan muntah sering terjadi selama fase transisi yang menandai berakhirnya kala I persalinan. Obat oral tidak efektif selama persalinan. Perubahan saluran cerna dapat terjadi sebagai respon terhadap kombinasi berbagai faktor seperti kontaksi uterus, nyeri, kecemasan, kekhawatirn, obat-obatan atau komplikasi.

12. Hematologi

a. Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2 mg% selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca kelahiran tanpa adanya kehilangan darah yang tidak normal.
b. Jangan terlalu cepat percaya bahwa pasien tidak menderita anemia. Jika tes darah menunjukkan kadar darah berada dalam batas normal, pasien mungkin berisiko lebih tinggi mengalami anemia saat melahirkan, yang mungkin diabaikan
c. Selama persalinan, waktu pembekuan darah diperpendek dan fibrinogen plasma semakin meningkat. Perubahan ini mengurangi resiko perdarahan postpartum pada pasien normal.
d. Jumlah sel darah putih secara bertahap meningkat sekitar 5000/ul pada tahap pertama, mencapai rata-rata 15.000/ul setelah pembukaan lengkap, dan tidak meningkat setelahnya. Peningkatan sel darah putih ketika angka ini tercapai belum tentu menunjukkan adanya proses infeksi. Jika angkanya, jauh lebih tinggi dari nilai ini, periksa parameter lain untuk menentukan keberadaan proses yang terinfeksi
e. Kadar gula darah turun pada masa persalinan yang lama dan sulit. Hal ini disebabkan oleh peningkatan aktivitas otot uterus dan rangka. Penggunaan tes laboratorium untuk menyaring pasien terhadap diabetes selama masa persalinan akan menghasilkan data yang tidak akurat dan tidak dapat dipercaya

B. Pemeriksaan Obstetri Kala I

1. Pemeriksaan Fisik Umum

a. Kesan umum (nyeri berat, sedang), anemia konjungtiva, penyakit kuning, kesadaran, komunikasi personal.
b. Tinggi dan berat badan.
c. Tekanan darah, nadi, frekuensi pernafasan, suhu tubuh.

d. Pemeriksaan fisik lain yang dianggap perlu.

2. Pemeriksaan Khusus Obstetrik

1) Inspeksi:
   (a) Melasma.
   (b) Status thyroid.
   (c) Dinding perut (varises, jaringan parut, gerakan janin).
   (d) Kondisi vulva dan perineum.
2) Palpasi

   Tujuan palpasi adalah :
   (a) Untuk memperkirakan ada atau tidaknya kehamilan
   (b) Perkiraan usia kehamilan.
   (c) Presentasi - posisi janin dan perkiraan berat badan janin.
   (d) Ikuti prosedur kepala dibawah selama persalinan
   (e) Mewaspadai komplikasi pada kehamilan atau persalinan.

   Teknik palpasi yang digunakan :
   (a) Palpasi abdomen pada kehamilan

   Teknik :
   (1) Jelaskan maksud dan tujuan serta cara pemeriksaan palpasi yang akan saudara lakukan pada ibu.
   (2) Mintalah ibu berbaring telentang dengan lutut ditekuk sebagian untuk mengurangi kontraksi otot dinding perut.
   (3) Leopold I s/d III, pemeriksa melakukan pemeriksaan dengan berdiri disebelah kanan ibu dan menatap wajahnya; saat pemeriksaan Leopold IV, pemeriksa menghadap kearah kaki ibu.

   Langkah – langkah leapold :

   Leopold I:
   (1) Telapak tangan pemeriksa diletakkan diatas fundus uteri.
   (2) Ukur tinggi fundus uteri untuk menentukan usia kehamilan.
   (3) Rasakan bagian janin yang berada pada bagian fundus (bokong atau kepala atau kosong).

   Leopold II:
   (1) Telapak tangan pemeriksa bergeser turun kebawah sampai disamping kiri dan kanan pusat
   (2) Tentukan posisi punggung janin untuk menentukan dimana nantinya akan dilakukan auskultasi denyut jantung janin.
   (3) Identifikasi bagian bagian kecil janin

Leopold III:

(1) Pemeriksaan ini dilakukan dengan hati-hati karena menyebabkan ketidaknyamanan pasien.
(2) Pegang bagian terbawah janin dengan ibu jari dan jari telunjuk tangan kanan.
(3) Tentukan letak bagian terbawah janin dan tentukan apakah sudah mengalami perlekatan

Leopold IV:

(1) Pemeriksa mengubah posisinya sehingga menghadap kaki pasien.
(2) Letakkan kedua telapak tangan dikedua sisi kiri bagian terbawah janin.
(3) Digunakan untuk menentukan derajat penurunan janin.

Pengukuran tinggi fundus uteri untuk memperkirakan usia kehamilan berdasarkan parameter tertentu (umbilikus, prosesus xiphoid dan tepi atas simfisis pubis)

(b) Vaginal toucher pada kasus obstetri

Indikasi vaginal toucher pada kasus kehamilan atau persalinan

(1) Sebagai bagian dari penentuan diagnosis kehamilan dini
(2) Pada primigravida dengan usia kehamilan diatas 37 minggu akan digunakan untuk penilaian kapasitas panggul (pelvimetri klinis) dan menentukan apakah terdapat kelainan pada jalan lahir yang mempengaruhi proses persalinan pervaginam.
(3) Saat memasuki ruangan bersalin, hal ini dilakukan untuk menentukan fase persalinan dan mendiagnosis posisi janin.
(4) Pada saat lahir dinilai apakah kemajuan proses persalinan sesuai dengan yang diharapkan.
(5) Jika air ketuban pecah, ditentukan ada tidaknya janin atau sebagian kecil tali pusat.
(6) Saat melahirkan, ibu terlihat ingin mengejan dan terbiasa menentukan apakah persalinan sudah memasuki kala II.

Teknik vaginal toucher pada pemeriksaan kehamilan dan persalinan :

(1) Didahului dengan melakukan inspeksi pada organ genitalia eksterna.
(2) Langkah selanjutnya, memeriksa kondisi jalan lahir.
(3) Gunakan ibu jari dan jari telunjuk kiri untuk menggerakkan labia minora kearah kranial untuk memaparkan vestibulum.

(4) Jari telunjuk dan jari tengah tangan kanan dalam posisi lurus dan rapat dimasukkan kearah belakang - atas vagina dan melakukan palpasi pada servik, dengan tujuan :
- Menentukan dilatasi (cm) dan pendataran servik (prosentase).
- Menentukan keadaan selaput ketuban masih utuh atau sudah pecah, bila sudah pecah tentukan warna, bau dan jumlah air ketuban yang mengalir keluar
- Menentukan presentasi (bagian terendah) dan posisi (berdasarkan denominator) serta derajat penurunan janin berdasarkan stasion.
- Menentukan apakah terdapat bagian-bagian kecil janin lain atau talipusat yang berada disamping bagian terendah janin (presentasi rangkap – compound presentation).

3) Auskultasi
a) Auskultasi detak jantung janin dengan menggunakan fetoskop De Lee
b) Detak jantung janin terdengar paling keras di daerah punggung janin.
c) DJJ dihitung selama 5 detik dan dilaksanakan 3 kali berturut turut dengan interval 5 detik
d) Hasil pemeriksaan denyut jantung janin 10 – 12 – 10 yang berarti frekuensi detak denyut jantung janin adalah 32 x 4 = 128 kali/menit.
e) Denyut jantung janin normal adalah 120 sampai 160 kali / menit.

C. Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Kala I

1. Langkah I : Pengkajian

Pada langkah ini bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berhubungan dengan kondisi klien dan memperoleh data sebagai berikut :

a. Anamnese
b. Pemeriksaan Fisik
c. Pemeriksaan Khusus
d. Pemeriksaan Penunjang

Data dasar tersebut meliputi pengkajian riwayat, pemeriksaan fisik, dan hasil pemeriksaan sebelumnya.

a. Identitas ibu dan suami (nama, umur, suku, agama, status perkawinan, latar belakang pendidikan, pekerjaan , alamat)
b. Keluhan yang dialami dan dirasakan oleh ibu
c. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu
d. Riwayat reproduksi (menarche, lama haid, siklus haid, dismenorhe)

e. Riwayat kesehatan keluarga
f. Riwayat kontrasepsi (metode kontrasepsi, efek samping, alasan penghentian)
g. Pola kebutuhan sehari-hari (nutrisi, eliminasi, personal hygiene)
h. Data psikososial, spiritual dan ekonomi
i. Pemeriksaan khusus (USG, rontgen)
j. Pemeriksaan penunjang (darah dan urin)
k. Pemeriksaan fisik :
   1) Penampilan dan emosional ibu
   2) Pengukuran fisik (tinggi badan, berat badan, LILA)
   3) Tanda-tanda vital (tekanan darah, pernapasan, nadi, dan suhu)
   4) Pemeriksaan kepala, wajah, dan leher (rambut, wajah, mulut, leher)
   5) Pemeriksaan dada dan abdomen (payudara dan perut)
   6) Pemeriksaan genitalia (vagina)
   7) Pemeriksaan tungkai (tangan dan kaki)

2. Langkah II : merumuskan diagnosa / masalah kebidanan

Langkah ini mengindentifikasi diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi akurat daridata yang telah dikumpulkan. Data dasar yang dikumpulkan diinterpretasikan sedemikian rupa sehingga diagnose dan masalah yang spesifik dapat dirumuskan. Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefenisikan seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan. Dalam mengidentifikasi diagnosa/masalah harus berdasarkan data dasar yang meliputi data subjektif (informasi yang didapat dari pasien) dan data objektif (data yang didapat dari hasil pemeriksaan oleh petugas kesehatan).

3. Langkah III : antisipasi diagnosa / masalah potensial

Pada langkah ini mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Pada langkah ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga

merumuskan tindakan antisipasi agar diagnosa atau masalah potensial tidak terjadi.

4. **Langkah IV : menetapkan kebutuhan tindakan segera**

   Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan/dokter dan/untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanan. Jadi, penatalaksanaan bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus- menerus.

   Pada penjelasan diatas menunjukkan bahwa bidan dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah/kebutuhan yang dihadapi kliennya. Setelah bidan merumuskan tindakan yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnosa/ masalah potensial pada langkah sebelumnya, bidan juga harus merumuskan tindakan emergency/segera untuk segera ditangani baik ibu maupun bayinya. Dalam rumusan ini termasuk tindakan segera yang mampu dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau yang bersifat rujukan.

5. **Langkah V : merencanakan asuhan secara menyeluruh**

   Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah- langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah teridentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari masalah yang berkaitan tetapi juga dari krangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi-kultural atau masalah psikologi.

   Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien.

6. **Langkah VI : implementasi**

   Pada langkah ke enam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke lima dilaksanakan secara aman dan efisien. Perencanaan ini dibuat dan dilaksanakan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri, bidan tetap bertanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Dalam kondisi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam penatalaksanaan asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananyarencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Pelaksanaan yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien

7. **Langkah VII : evaluasi**

   Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasidi dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar-benar efektif dalam pelaksanaannya.

   Langkah-langkah proses penatalaksanaan umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses penatalaksanaan tersebut berlangsung di dalam situasi klinik dan dua langkah terakhir tergantung pada klien dan situasi klinik.

D. Partograf

1. Definisi

   Partograf adalah suatu presentasi grafis, yang berisi informasi terkait kondisi janin dan ibu selama persalinan berlangsung. Partograf terdiri dari bagian informasi ibu, informasi janin, dan proses kemajuan persalinan.

   Penggunaan partograf sudah dianjurkan dan digunakan secara universal oleh WHO, karena dinilai sangat bermanfaat untuk menentukan diagnosis dan tindakan sesuai dengan kondisi persalinan yang sedang berlangsung. Penggunaan partograf dapat mengurangi angka kematian maternal dan neonatal, di mana partograf dinilai sebagai alat penunjang yang terjangkau dan dapat digunakan untuk memantau persalinan dengan memberikan hasil yang efektif.

2. Tujuan penggunaan partograf
    a. Memantau Proses Persalinan Pervaginam

       Untuk mendeteksi persalinan yang berisiko tidak normal, dan membutuhkan intervensi seperti penambahan obat, tindakan operatif, maupun di rujuk ke fasilitas yang lebih memadai. Oleh karena itu, penggunaan partograf diharapkan dapat mengurangi risiko komplikasi akibat persalinan panjang (distosia), seperti fistula obstetrik, perdarahan pasca persalinan, sepsis, ruptur uterus, serta kematian janin.
    b. Memantau persalinan ibu dengan risiko tinggi

       Meskipun partograf dikembangkan terutama untuk memonitor persalinan ibu hamil dengan kondisi yang stabil dan berisiko rendah mengalami kesulitan persalinan pervaginam, tetapi partograf juga dapat digunakan untuk ibu hamil berisiko tinggi. Partograf digunakan sebagai alat observasi atau pengawasan yang lebih ketat, sehingga peralatan atau transportasi yang memadai siap digunakan apabila pasien perlu ditransfer ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi.
3. Indikasi Partograf

   Partograf disarankan untuk meningkatkan keberhasilan persalinan normal, terutama di negara berpenghasilan rendah dan menengah dengan angka kematian ibu dan bayi baru lahir relatif tinggi, sehingga, partograf harus digunakan:
    a. Untuk semua ibu dalam kala I fase aktif (fase laten tidak dicatat di partograf tetapi di tempat terpisah seperti di KMS ibu hamil atau rekam medik)
    b. Untuk seluruh ibu melahirkan pervaginam, setelah masuk fase aktif di mana dilatasi serviks mencapai >5 cm.
    c. Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat (spesialis obgyn, bidan, dokter umum, residen swasta, rumah sakit, dll) untuk memonitor kondisi ibu dan janin.
    d. Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran

   WHO menganjurkan penggunaan partograf agar secara dini dapat mendeteksi abnormalitas pada ibu dan janin saat persalinan. Terlepas dari jumlah paritas dan kondisi ketuban, dokumentasi partograf harus segera dilakukan ketika pasien mulai masuk fase aktif persalinan kala satu, yaitu saat dilatasi serviks 5 cm.

   Kondisi ibu dan bayi yang dicatat dalam partograf:
    1) DJJ tiap 30 menit
    2) Frekuensi dan durasi kontraksi tiap 30 menit

3) Nadi tiap 30 menit
4) Pembukaan serviks tiap 4 jam
5) Penurunan bagian terbawah janin tiap 4 jam
6) Tekanan darah dan temperatur tubuh tiap 4 jam
7) Urin, aseton dan protein tiap 2-4 jam.

4. Kontraindikasi partograf

Kontraindikasi penggunaan partograf sebenarnya tidak ada. Namun, partograf tidak dapat digunakan pada kondisi persalinan yang sulit dilakukan pemeriksaan dalam/pervaginam, serta kondisi kehamilan yang dikontraindikasikan menjalani persalinan pervaginam dan atau tenaga medis tidak dapat menilai dilatasi serviks. Parameter yang paling banyak diukur dalam partograf adalah dilatasi serviks, sehingga salah satu kontraindikasi partograf adalah kondisi yang sulit untuk melakukan pemeriksaan dalam pervaginam. Pemeriksaan dalam sulit dilakukan bila tidak memiliki informed consent dari pasien. Cervicograph dalam partograf merupakan bagian paling penting dalam menentukan abnormalitas dari persalinan, seperti pada kasus :

1) Wanita pendek, tinggi kurang dari 145 cm
2) Perdarahan antepartum
3) Preeklamsi – eklamsi
4) Persalinan prematur
5) Bekas sectio sesarea
6) Kehamilan ganda
7) Kelainan letak janin
8) Fetal distress
9) Dugaan distosia karena panggul sempit
10) Kehamilan dengan hidramnion
11) Ketuban pecah dini
12) Persalinan dengan induksi

5. Teknik partograf

Teknik partograf yang digunakan sekarang merujuk pada labor care guideline (LCG) dari WHO, yang merupakan pengembangan dari partograf lama atau modified WHO partograph. LCG terdiri dari tujuh bagian, yaitu informasi saat penerimaan pasien, supportive care, kondisi janin saat persalinan, kondisi ibu selama persalinan, proses persalinan, pengobatan, dan perencanaan (decision-making). LCG masih memiliki grafis kemajuan persalinan yang sama dengan modified WHO partograph sebelumnya, di mana terdapat grafis kemajuan dilatasi serviks dan presentasi janin terhadap waktu. Pada grafis, dicatat juga

parameter penting secara reguler, untuk menilai kesehatan ibu dan janin selama persalinan normal/pervaginam.

Rincian bagian partograf yang perlu diisi adalah terkait kondisi ibu dan janin juga harus dinilai dan dicatat secara seksama, yaitu:

1) Denyut jantung janin: setiap ½ jam
2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus: setiap ½ jam
3) Nadi: setiap ½ jam
4) Pembukaan serviks: setiap 4 jam
5) Penurunan: setiap 4 jam
6) Tekanan darah dan temperatur tubuh: setiap 4 jam
7) Produksi urin, aseton dan protein: setiap 2-4 jam

Pencatatan kondisi ibu dan janin meliputi:

a. Informasi tentang ibu
    a. Nama, umur
    b. Gravida, para, abortus
    c. Nomor catatan medis/nomor puskesmas
    d. Tanggal dan waktu mulai dirawat (atau jika di rumah, tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu) Lengkapi bagian awal (atas) partograf secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai "jam") dan perhatikan kemungkinan ibu datang dalam fase laten persalinan. Tidak kalah penting, catat waktu terjadinya pecah ketuban.
b. Kondisi bayi Kolom pertama adalah digunakan untuk mengamati kondisi janin. Yang diamati dari kondisi bayi adalah DJJ, air ketuban dan penyusupan (kepala janin)
    1) DJJ

       Menilai dan mencatat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Tiap kotak menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus. Kisaran normal DJJ 110-160 x/menit.
    2) Warna dan adanya air ketuban

       Menilai air ketuban dilakukan bersamaan dengan periksa dalam. Warna air ketuban hanya bisa dinilai jika selaput ketuban telah pecah. Lambang untuk menggambarkan ketuban atau airnya :

U :selaput ketuban utuh (belum pecah)

J : selaput ketuban telah pecah dan air ketuban jernih

M: selaput ketuban telah pecah dan air ketuban bercampur mekonium

D: selaput ketuban telah pecah dan air ketuban bercampur darah

K: selaput ketuban telah pecah dan air ketuban kering (tidak mengalir lagi)

Mekonium dalam air ketuban tidak selalu berarti gawat janin. Merupakan indikasi gawat janin jika juga disertai DJJ di luar rentang nilai normal.

3) Penyusupan (moulage) tulang kepala

Penyusupan tulang kepala merupakan indikasi penting seberapa jauh janin dapat menyesuaikan dengan tulang panggul ibu. Semakin besar penyusupan semakin besar kemungkinan disporposi kepal panggul. Lambang yang digunakan :

0: tulang –tulang kepala janin terpisah, sutura mudah dipalpasi

1: tulang-tulang kepa janin sudah saling bersentuhan

2: tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih bisa dipisahkan

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

c. Kemajuan persalinan

Kolom kedua untuk mengawasi kemajuan persalinan yang meliputi: pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah janin, garis waspada dan garis bertindak dan waktu.

1) Pembukaan serviks

Permulaan fase aktif dilatasi serviks dari 4 cm menjadi 5 cm. Hal ini dilakukan untuk mengurangi intervensi yang tidak diperlukan akibat penentuan fase aktif persalinan yang terlalu dini. Studi menunjukkan bahwa percepatan pelebaran serviks pada wanita normal adalah 1 cm/jam setelah pembukaan 5 cm.

Angka pada kolom kiri 0-10 menggambarkan pembukaan serviks. Menggunakan tanda X pada titik silang antara angka yang sesuai dengan temuan pertama pembukaan serviks pada fase aktif dengan garis waspada. Hubungan tanda X dengan garis lurus tidak terputus.

2) Penurunan bagian terbawah Janin

Tulisan “turunnya kepala” dan garis tidak terputus dari 0-5 pada sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda “•” pada waktu yang sesuai dan hubungkan dengan garis lurus.

3) Jam dan Waktu

Waktu berada dibagian bawah kolom terdiri atas waktu mulainya fase aktif persalinan dan waktu aktual saat pemeriksaan. Waktu mulainya fase aktif persalinan diberi angka 1-16, setiap kotak: 1 jam yang digunakan untuk menentukan lamanya proses persalinan telah berlangsung. Waktu aktual saat pemeriksaan merupakan kotak kosong di bawahnya yang harus diisi dengan waktu yang sebenarnya saat kita melakukan pemeriksaan.

4) Kontraksi uterus

Terdapat lima kotak mendatar untuk kontraksi. Pemeriksaan dilakukan setiap 30 menit, raba dan catat jumlah dan durasi kontaksi dalam 10 menit. Misal jika dalam 10 menit ada 3 kontraksi yang lamanya 20 setik maka arsirlah angka tiga kebawah dengan warna arsiran yang sesuai untuk menggambarkan kontraksi 20 detik (arsiran paling muda warnanya).

5) Obat-obatan dan cairan yang diberikan

Catat obat dan cairan yang diberikan di kolom yang sesuai. Untuk oksitosin dicantumkan jumlah tetesan dan unit yang diberikan.

6) Kondisi ibu

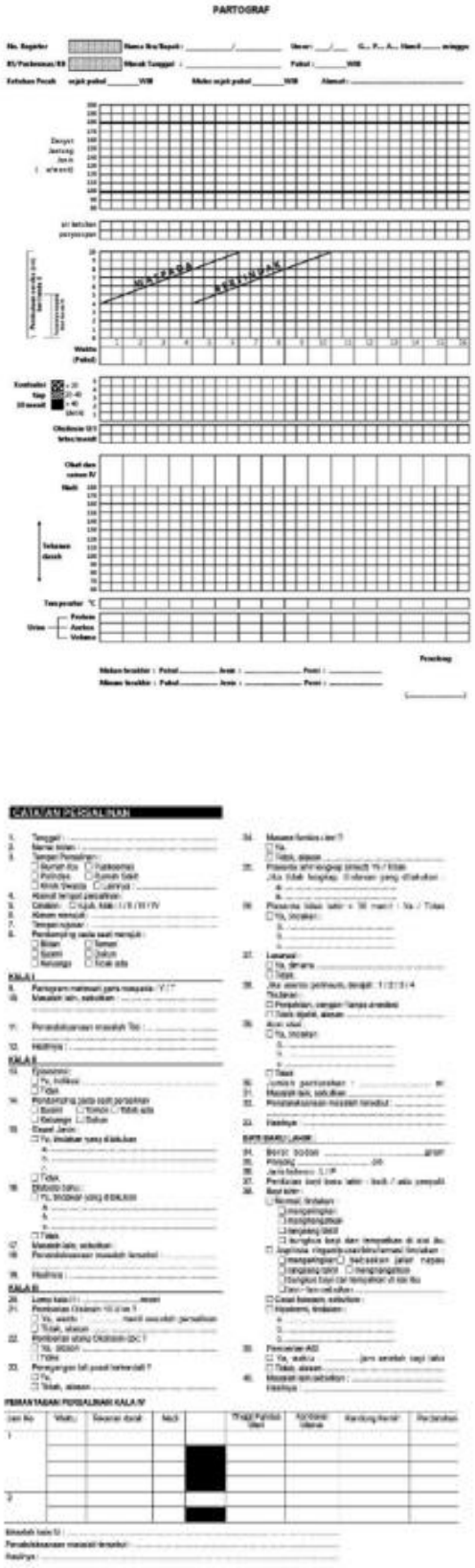
Catat nadi ibu setiap 30 menit dan beri tanda titik pada kolom yang sesuai. Ukur tekanan darah ibu tiap 10 menit dan beri tanda ↕ pada kolom yang sesuai. Temperatur dinilai setiap dua jam dan catat di tempat yang sesuai.

7) Volume urine, protein dan aseton

Lakukan tiap 2 jam jika memungkinkan.

8) Data lain yang darus dilengkapi dari partograf adalah data atau informasi umum, kala I, kala II, kala III, kala IV, dan bayi baru lahir

Diisi dengan tanda centang (√) dan diisi titik yang disediakan



Gambar 4.1
Partograf

6. Komplikasi partograf

   Komplikasi partograf ditandai dengan ketidakmampuan penggunaan partograf sebagaimana mestinya, hal ini dapat dihindari dengan mencegah kendala dalam melengkapi partograf. Beberapa kendala yang sering ditemukan adalah

   a. Sumber daya manusia yang kurang dan pelatihan mengenai partograf yang tidak adekuat, baik kepada bidan maupun dokter
   b. Pemahaman interpretasi partograf yang berbeda antara dokter dan bidan. Kondisi ini dapat menyebabkan partograf menjadi tidak digunakan karena dinilai dapat menimbulkan masalah antara dokter dan bidan
   c. Partograf yang tidak tersedia di fasilitas kesehatan.
   d. Orientasi, komitmen, dan supervisi yang kurang, serta adanya metode lain yang menunjang

7. Edukasi pasien

   Edukasi pasien terkait partograf meliputi penjelasan menyeluruh tentang semua tindakan yang akan dilakukan saat persalinan, disertai dengan alasan mengapa tindakan tersebut dilakukan. Penjelasan terutama terkait pemeriksaan dalam vagina. Kemudian, saat proses persalinan normal pervaginam berlangsung, Pasien dan pendampingnya harus mendapat penjelasan tentang hasil pemeriksaan, dan diberikan kesempatan untuk berdiskusi tentang langkah-langkah yang akan diambil selanjutnya.

   WHO sangat merekomendasikan perawatan selama persalinan yang baik dan nyaman bagi ibu. Pada setiap tahap perawatan pada saat persalinan, WHO menyarankan untuk melakukan interaksi yang jelas antara tenaga kesehatan profesional dengan pasien, dengan menggunakan bahasa yang mudah dipahami.

E. Pendokumentasian Persalinan Kala I

1. Hal- hal yang perlu didokumentasikan

Pendokumentasian dapat dilakukan dengan menggunakan hasil temuan dari anamnesis dan pemeriksaan fisik

a) Anamnesis
   1) Nama, umur dan alamat
   2) Gravida dan para
   3) HPHT
   4) Tapsiran persalinan
   5) Alergi obat-obatan

6) Riwayat kehamilan, sekarang dan sebelumnya
7) Riwayat medis lainnya.
8) Masalah medis saat ini, dll

b) Pemeriksaan fisik
1) Pemeriksaan abdomen
(a) Menentukan TFU
(b) Memantau kontraksi uterus
(c) Memantau DJJ
(d) Memantau presentasi
(e) Memantau penurunan bagian terbawah janin
2) Pemeriksaan dalam
(a) Menilai cairan vagina
(b) Memeriksa genetalia externa
(c) Menilai penurunan janin
(d) Menilai penyusupan tulang kepala
(e) Menilai kepala janin apakah sesuai dengan diameter jalan lahir
(f) Jangan melakukan pemeriksaan dalam jika ada perdarahan pervaginam.

2. Format pendokumentasian kala I

Digunakan SOAP untuk mendokumentasikannya.

a. S: Subjektif
Menggambarkan hasil pendokumentasian anamnesis.

b. O: Objektif
Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil dari pemeriksaan laboratorium dan tes diagnostic lain yang dirumuskan dalam data focus untuk mendukung asuhan sebagai langkah I varney

c. A: Assesment
Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data objektif dalam identifikasi yang meliputi:
1) Diagnosa atau masalah
2) Antisipasi diagnosa atau masalah potensial
3) Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter, konsultasi, kolaborasi dan atau rujukan sebagai langkah II, III dan IV varney.

d. P: Planning
Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan pelaksanaan tindakan dan evaluasi berdasarkan assessment sebagai langkah V, VI dan VII varney.

Mengapa pendokumentasian penting dilakukan ?

1) Menciptakan catatan permanen tentang asuhan yang diberikan kepada pasien
2) Menmungkinkan berbagi informasi diantara para pemberi asuhan
3) Memfasilitasi pemberi asuhan yang berkesinambungan
4) Memungkinkan evaluasi dari asuhan yang diberikan
5) Memberikan data untuk catatan nasional, penelitian, dan statistik mortalitas/ morbiditas
6) Meningkatkkan pemberian asuhan yang lebih aman dan bermutu tinggi kepada pasien.

F. Latihan

1. Jelaskan tentang fisiologi persalinan Kala I
2. Jelaskan tentang pemeriksaan obstetric persalinan Kala I
3. Jelaskan tentang Manajemen Persalinan Kala I
4. Jelaskan tentang Partograf
5. Jelaskan tentang Pendokumentasian Persalinan Kala I

G. Rangkuman Materi

1. Fisiologi persalinan Kala I

   Persalinan normal ditandai oleh adanya aktifitas miometrium yang paling lama dan besar kemudian melemah kearah serviks. Dimana fundus mengalami perubahan organ yang lunak selama kehamilan menjadi berkontraksi sehingga dapat mendorong janin keluar melalui jalan lahir. Persalinan fisiologis yang disebut juga partus spontan, adalah proses lahirnya bayi dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat, serta tidak melukai ibu dan bayi, yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.

2. Pemeriksaan obstetric persalinan Kala I

   Pemeriksaan yang dilakukan meliputi tanda vital ibu, denyut jantung janin, kontraksi uterus, dan pemeriksaan dalam.

3. Manajemen Persalinan Kala I

   Manajemen pada kala I yang akan berpengaruh pada kesehatan ibu saat ini, janin maupun keadaan ibu setelah persalinan serta pada persiapan kehamilan selanjutnya dengan memperhatikan setiap intervensi yang diberikan oleh bidan dan atau tenaga kesehatan

4. Partograf

   Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik

5. Pendokumentasian Persalinan Kala I

   Suatu bukti pencatatan dan pelaporan yang di miliki bidan dalam melakukan catatan asuhan yang berguna untuk kepentingan klien, bidan dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan penuh rasa tanggung jawab sesuai peran dan fungsi sebagai seorang bidan

H. Daftar Pustaka

Ayehubizu LM, Tibebeu AT, et al. Partograph utilization and associated factors among obstetric care givers in governmental health institutions of Jigjiga and Degehabur towns, Somali region, Ethiopia: A cross-sectional study. PLoS ONE.2022 Mar 9;17(3): e0264373.

Desai NM, Tsukerman A. Vaginal Delivery. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559197/

JNPK-KR/POGI dan IDAI Dengan USAID Indonesia. (2014) Buku Acuan dan Panduan Asuhan Persalinan Normal & Inisiasi Menyusu Dini. Jakarta.

Khan ANS, Billah SM, et al. A crosssectional study of partograph utilization as a decision-making tool for referral of abnormal labour in primary health care facilities of Bangladesh. PLoS ONE.2018; 13(9): e0203617

Mukherjee S. Raksha M. Malini K. Partogram: an important tool in managing labour. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics, and Gynecology.2021;10(10):3770-3774.

Obstetri Fisiologi Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran. Bandung: Eleman, 1983

Sharma S, Parwez S, et al. Enhancing safe motherhood: Effect of novel partograph on labor outcomes and its utility: An Indian perspective. J Family Med Prim Care. 2022 Nov;11(11):7226-7232. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1326_22. Epub 2022 Dec 16. PMID: 36993003; PMCID: PMC10041330.

World Health Organization. Key points for considering adaption of the WHO labour care guide: policy brief. 2022. ISBN (WHO) 978-924-005577-3 (print version).

BAB 5

KALA II PERSALINAN

Retnaning Muji Lestari, S.ST., M.H.

Pendahuluan

Bab ini menjelaskan tentang berbagai proses selama kala II persalinan serta asuhan yang diberikan agar proses kelahiran dapat berjalan dengan lancar. Proses persalinan merupakan periode penting bagi kelangsungan hidup ibu dan bayi. Pada hakikatnya persalinan merupakan prooses yang normal dan alami, akan tetapi potensi terjadinya berbagai penyulit selama proses persalinan kala II selalu ada, sehingga hal tersebut perlu menjadi perhatian khusus bagi penolong persalinan untuk mampu mengenali berbagai ketidak normalan yang terjadi dan melakukan pengawasan yang ketat pada ibu dan bayi selama proses persalinan. Harapannya dengan tersusunnya Bab ini akan memberikan gambaran kepada mahasiswa atau penolong persalinan dalam memberikan penanganan selama proses kala II serta mencegah terjadinya penyulit persalinan.

Beberapa hal yang dipelajari pada Bab ini yaitu tentang pengertian persalinan, fisiologi persalinan, pemantauan Kala II, fase kala II, Posisi persalinan kala II, memimpin ibu meneran, diagnosis kala II, Mekanisme persalinan, tanda gejala kala II, dan pertolongan persalinan kala II.

Guna memperdalam pengetahuan tentang persalinan kala II mahasiswa dapat membaca materi-materi yang telah penulis susun, selain itu mahasiswa juga dapat memperluas pengetahuan melalui jurnal-jurnal dan referensi-referensi lain yang membahas seputar persalinan, serta untuk mengasah keterampilan mahasiswa dapat melakukan latihan pertolongan persalinan di laboratorium.

Metode pembelajaran yang dapat digunakan dalam Bab ini yaitu latihan kasus kebidanan dengan menggunakan pembelajaran aktif, kolaboratif, atau praktikum.

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Instruksional:

Setelah menyelesaikan pembelajaran materi ini, diharapkan mahasiswa mampu menguasai persalinan kala II dengan baik

Capaian Pembelajaran:

Pada akhir pembelajaran mahasiswa mampu :

1. Mampu menjelaskan pengertian kala II
2. Mampu menjelaskan Fisiologi Kala II
3. Mampu melakukan pemantauan Kala II
4. Mampu menjelaskan Fase Persalinan Kala II
5. Mampu menjelaskan posisi bersalin kala II
6. Mampu menjelaskan cara memimpin meneran
7. Mampu menjelaskan mekanisme persalinan normal
8. Mampu menjelaskan tanda dan gejala kala II
9. Mampu menjelaskan diagnosis kala II
10. Mampu mempraktikkan pertolongan persalinan kala II

URAIAN MATERI

A. Pengertian Kala II

Kala II adalah Proses Pengeluaran Janin yang dimulai dari dilatasi serviks lengkap (10 cm) sampai dengan bayi lahir.

B. Fisiologi Kala II

Perubahan pada uterus dan jalan lahir selama persalinan yaitu:

1. Segmen atas dan segmen bawah rahim
   Uterus terdiri dari 2 bagian yaitu segmen atas rahim (SAR) yang dibentuk oleh korpus uteri dan segmen bawah rahim (SBR) yang dibentuk oleh isthmus uteri. Selama proses persalinan SAR berkontraksi dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan. Sedangkan, SBR dan serviks melakukan relaksasi dan dilatasi menjadi saluran tipis dan teregang untuk dilalui janin. Segmen atas rahim makin lama makin mengecil, sedangkan segmen bawah makin diregang dan makin tipis dan isi rahim sedikit demi sedikit pindah ke segmen bawah rahim. Hal tersebut memperjelas batas antara SAR dan SBR yang disebut dengan lingkaran retraksi yang fisiologis. Jika SBR sangat diregang maka lingkaran retraksi terlihat lebih jelas dan naik mendekati pusat disebut lingkaran retraksi yang patologis (Lingkaran Bandl). Lingkaran Bandl merupakan tanda adanya robekan rahim, Hal ini terjdi jika bagian depan janin tidak dapat maju misalnya disebabkan karena panggul sempit.
2. Perubahan bentuk rahim
   Setiap adanya kontraksi maka sumbu panjang rahim bertambah panjang sedangkan ukuran melintang maupun ukuran muka belakang berkurang.
3. Faal ligamentum rotundum dalam persalinan
   Ligamentum rotundum mengandung otot–otot polos dan jka uterus berkontraksi, otot–otot ligamentum rotundum ikut berkontraksi sehingga ligamentum rotundum menjadi pendek.
4. Perubahan serviks
   Perubahan pada serviks ditandai dengan pembukaan lengkap (10 cm), pada pemeriksaan dalam tidak teraba lagi bibir portio, segmen bawah rahim, serviks dan vagina karena telah menjadi satu saluran
5. Perubahan pada vagina
   Setelah pembukaan lengkap dan ketuban telah pecah, maka terjadi perubahan, terutama pada dasar panggul yang teregang menjadi saluran dengan dinding–dinding yang tipis oleh bagian depan anak. Waktu kepala

sampai di vulva, lubang vulva menghadap ke depan atas, anus terbuka perineum menonjol, dan kemudian akan tampak kepala janin di depan vulva.

C. Pemantauan Kala II

Beberapa hal yang perlu dipantau selama kala II yaitu

1. Tenaga
   Tenaga atau usaha mengedan dan kontraksi uterus perlu dikontrol setiap 30 menit selama 10 menit yang meliputi frekuensi, lama, dan kekuatan
2. Kondisi Ibu
   Periksa nadi setiap 30 menit, serta pantau keadaan dehidrasi, perubahan sikap/perilaku, dan tingkat tenaga yang dimiliki.
3. Kondisi Janin
   Periksa DJJ setiap selesai meneran atau setiap 5 – 10 menit, penurunan presentasi dan perubahan posisi, serta warna cairan tertentu (Cairan ketuban, darah, dll), putaran paksi segera setelah kepala lahir

D. Fase Kala II (Aderhold dan Robert)

a. Fase I : Fase Tenang yaitu mulai dari pembukaan lengkap sampai timbul keinginan untuk meneran
b. Fase II : Fase Peneranan yaitu mulai dari timbulnya kekuatan untuk meneran sampai kepala crowning (kepala lahir)
c. Fase III : Fase Perineal yaitu mulai sejak crowning kepala janin sampai lahirnya seluruh badan bayi

E. Posisi Bersalin Kala II

Macam-macam posisi persalinan:

a. Duduk/Setengah Duduk.
   Posisi duduk atau setengah duduk yaitu ibu duduk dengan bersandar pada bantal, kaki ditekuk, dan paha dibuka ke arah samping kanan dan kiri.
   Keuntungan :
   1) Suplai oksigen dari ibu ke janin lebih maksimal
   2) Meningkatkan gaya gravitasi penurunan janin
   3) Tidak mengganggu dalam epidural, pemasangan infus, kateter, CTG
   4) Memudahkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi
   5) Meningkatkan gaya gravitasi untuk mempermudah ibu melahirkan bayinya
   Kekurangan:

1) Gerakan ibu akan dibatasi
2) Meningkatkan forceps dan vacum, serta dapat meningkatkan tekanan pada perineum yang dapat meningkatkan resiko robekan jalan lahir.

b. Posisi Merangkak

Pada posisi merangkak, hal yang perlu diperhatikan yaitu menjaga agar lengan vertical dengan bahu ibu dan tidak jauh ke belakang atau ke depan tidak boleh lebih lebar dari bahu ibu sehingga tidak akan membuang energi namun juga memungkinkan ibu beristirahat di lengannya.

Keuntungan :

1) Mengurangi rasa nyeri
2) Posisi ini bagus untuk bayi yang berukuran bear
3) Membantu jika terjadi prolaps tali pusat agar tidak menumbung
4) Resiko terjadi robekan jalan lahir lebih sedikit
5) Membantu perbaikan posisi oksiput yang melintang, berputar menjadi posisi oksiput posterior
6) Efektif untuk meneran

c. Berjongkok/berdiri

Pada posisi berjongkok/berdiri ibu berada di atas bantalan empuk yang berguna untuk menahan kepala bayi dan tubuh bayi.

Keuntungan :

1) Membantu mempercepat kemajuan kala II karena adanya gaya gravitasi
2) Memperbesar ukuran panggul
3) Meningkatkan dorongan meneran
4) Mengurangi rasa nyeri saat persalinan

Kekurangan :

1) Berpeluang mencederai kepala bayi
2) Menyulitkan pemantauan perkembangan pembukaan dan Tindakan persalinan

d. Berbaring miring ke kiri.

Ibu berbaring miring ke kiri dengan salah satu kaki diangkat (bagian atas) dan untuk posisi kaki yang lain dalam keadaan lurus.

Keuntungan :

1) Membuat ibu lebih nyaman
2) Efektif untuk meneran
3) Membantu perbaikan posisi oksiput yang melintang, berputar menjadi posisi oksiput posterior

4) Memudahkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi jika ibu kelelahan
5) Mengurangi resiko terjadinya laserasi jalan lahir
6) Peredaran darah ibu dapat berjalan lancer
7) Meningkatkan suplai oksigen dari ibu ke janin
8) Menjaga denyut jantung tetap stabil selama kontraksi
9) Menghemat energi dan baik bagi ibu yang memiliki tekanan darah rendah

Kekurangan :

1) Menyulitkan penolong dalam membantu proses persalinan karena letak bayi yang sulit dimonitor, diarahkan maupun dipegang
2) Menyulitkan penolong melakukan episiotomy apabila diperlukan
3) Dapat memperlambat persalinan jika penggunaanya tidak tepat

e. Posisi yang tidak dianjurkan yaitu posisi terlentang.

Berbaring terlentang lebih dari 10 menit menyebabkan uterus dan isinya (Janin, cairan ketuban, placenta,dll) menekan vena cava inferior. Hal tersebut dapat menyebabkan aliran darah menurun dari sirkulasi ibu ke placenta. Keadaan ini dapat menyebabkan hipoksia pada janin atau kekurangan asupan oksigen ke janin, sehingga dapat menyebabkan asfiksia. Selain itu, posisi terlentang juga dapat mengganggu proses kemajuan persalinan.

Kerugian :

1) Mengakibatkan gejala hipotensi
2) Mengakibatkan hipoksia pada janin
3) Mengganggu kemajuan persalinan
4) Menyulitkan ibu untuk meneran

F. Memimpin Ibu Meneran

a. Pastikan bahwa persalinan sudah masuk dalam kala II agar usaha meneran efektif
b. Meneran hanya boleh dilakukan saat ada his
c. Segera saat his dimulai, sebelum pasien meneran, anjurkan menarik nafas yang dalam terlebih dahulu, kemudian meneran ke bawah seperti waktu buang air besar
d. Meneran harus sepanjang mungkin dan tidak boleh mengeluarkan suara mengerang
e. Jika pasien kehabisan nafas, maka anjurkan beristirahat sebentar kemudian meneran dilanjutkan lagi selama his masih ada

f. Anjurkan pasien berhenti meneran dan beristirahat di antara kontraksi
g. Untuk menambah kekuatan saat meneran, anjurkan pasien menarik tungkai atasnya atau menolak pada tiang-tiang palang tempat tidur diatas kepalanya
h. Jika pasien berbaring miring atau setengah duduk, pasien akan lebih mudah untuk meneran jika lutut ditarik ke arah dada dan dagu menempel pada dada
i. Minta ibu tidak mengangkat bokong saat meneran
j. Periksa DJJ setiap selesai His
k. Periksa nadi Ibu karena nadi yang cepat menunjukkan kelelahan
l. Jangan mendorong fundus untuk membantu kelahiran karena dapat meningkatkan resiko distosia bahu dan ruptura uteri.

G. Mekanisme Persalinan Normal

Penurunan Kepala Janin dibagi menjadi 2 yaitu Kepala janin masuk PAP dan Kepala janin maju. Pembagian ini lebih utama berlaku pada persalinan primigravida. Pada Primigravida penurunan sudah terjadi sejak bulan terakhir kehamilan, sedangkan multipara biasanya baru terjadi pada awal dimulainya persalinan.

1. Kepala Janin Masuk PAP (Pintu Atas Panggul)
   Kepala janin masuk ke dalam PAP dengan sutura sagittalis melintang disertai fleksi yang ringan.
   - Synclitismus yaitu sutura sagittalis berada di tengah-tengah jalan lahir atau tepat di antara symphysis dan promontorium. Synclitismus os parietal depan dan belakang sama tingginya.
   - Asynclitismus yaitu sutura sagittalis agak ke depan mendekati symphysis atau agak ke belakang mendekati mendekati promontorium. Pada pintu atas panggul biasanya kepala janin dalam asynclitismus posterior ringan.
     - Asynclitismus posterior yaitu jika sutura sagittalis mendekati promontorium.
     - Asynclitismus anterior yaitu jika sutura sagittalis mendekati promontorium sehingga os parietale depan lebih rendah dari os parietale belakang.
2. Kepala Janin Maju
   Pada Primigravida majunya kepala janin terjadi setelah kepala masuk ke dalam rongga panggul serta biasanya dimulai pada kala II. Sedangkan

pada Multipara sebaliknya maju dan masuknya kepala ke dalam rongga panggul terjadi bersamaan.

Majunya kepala janin disebabkan oleh:

- Tekanan cairan intrauterin
- Tekanan langsung oleh fundus uteri pada bokong janin
- Kekuatan mengejan ibu
- Lurusnya posisi badan janin oleh perubahan bentuk rahim.

Majunya kepala janin disertai dengan gerakan-gerakan lain yaitu : fleksi, putaran paksi dalam, ekstensi, putaran paksi luar, dan ekspulsi.

- Fleksi : Setelah kepala masuk ke dalam rongga panggul dan mendapat tahanan dari pinggir pintu atas panggul, serviks, dinding panggul atau dasar panggul, maka dalam keadaan normal kepala janin berada pada posisi fleksi dengan dagu mendekat ke arah dada janin. Seiring dengan majunya kepala janin biasanya fleksi juga bertambah hingga ubun-ubun kecil jelas lebih rendah dari ubun-ubun besar. Keuntungan dari bertambahnya fleksi adalah ukuran kepala janin menjadi lebih kecil melalui jalan lahir. Diameter suboccipito bregmatica (9,5 cm) menggantikan diameter suboccipito frontalis (11 cm).
- Putaran Paksi Dalam : Bagian depan janin berputar sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan berputar ke depan ke bawah symphysis. Pada presentasi belakang kepala bagian yang terendah adalah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang berputar ke depan ke bawah symphysis. Putaran paksi dalam mutlak perlu dilakukan 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 terjadi bersamaan dengan majunya kepala dan dimulai pada bidang setinggi spina ischiadika atau kepala sampai Hodge III.

  Sebab-sebab putaran paksi dalam yaitu:

  - Pada letak fleksi, bagian belakang kepala janin merupakan bagian terendah dari kepala.
  - Bagian terendah kepala mencari tahanan yang paling sedikit terdapat di sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitalis antara m.levator ani kiri dan kanan.
  - Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul adalah diameter anteroposterior.

- Ekstensi

  Setelah melakukan putaran paksi dalam, kepala janin didasar panggul dengan ubun-ubun kecil di bawah simfisis, dan dengan suboksiput sebagai hipomoklion, kepala melakukan gerakan defleksi agar dapat dilahirkan. Hal tersebut terjadi karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya. Terdapat dua kekuatan yang bekerja pada kepala yaitu satu mendesaknya kebawah dan satunya disebabkan tahanan dasar panggul yang menolaknya ke atas. Resultantenya adalah kekuatan ke arah depan atas. Pada tiap his vulva lebih membuka dan kepala janin makin tampak. Perineum menjadi makin lebar dan tipis, anus membuka dinding rektum. Dengan kekuatan his bersama dengan kekuatana mengejan maka berturut-turut tampak ubun-ubun besar , dahi, hidung, mulut dan dagu dengan gerakan ekstensi.
- Putaran Paksi Luar

  Setelah kepala lahir, kepala segera melakukan rotasi dengan memutar kembali kearah punggung bayi untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Gerakan tersebut disebut dengan putaran restitusi. Restitusi merupakan perputaran kepala sejauh 45° sesuai dengan arah perputaran menuju posisi oksiput anterior. Selanjutnya Putaran dilanjutkan sampai belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadicum. Gerakan yang terakhir adalah putaran paksi luar sebenarnya yang disebabkan karena ukuran bahu (diameter bisacromial) menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul. Putaran paksi luar merupakan gerakan kembali ke posisi sebelum putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung bayi.
- Ekspulsi

  Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai di bawah symphysis dan menjadi hipomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Bahu melintasi pintu atas panggul dalam keadaan miring. Di dalam rongga panggul bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya, sehingga di dasar panggul. Setelah kepala lahir, bahu berada pada posisi depan dan belakang. Selanjutnya dilahirkan bahu depan terlebih dahulu kemudian disusul bahu belakang, dan seluruh badan bayi lahir searah dengan paksi jalan lahir.

H. Tanda Gejala Kala II

Tanda dan gejala kala II yaitu:

1. Pasien mempunyai keinginan mengejan
2. His menjadi lebih kuat dengan durasi kontraksi 50 – 100 detik yang muncul setiap 2 – 3 menit.
3. Pasien merasa ada tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/atau vaginanya.
4. Perineum menonjol
5. Vulva - vagina dan rektum terbuka
6. Pada puncak His, bagian kecil dari kepala nampak dalam vulva, tetapi hilang lagi waktu his terhenti. Hal ini disebut **kepala membuka pintu.**
   Maju dan surutnya kepala berlangsung terus, sampai lingkaran terbesar dari kepala terpegang oleh vulva, sehingga tak dapat mundur lagi. Hal ini disebut **kepala keluar pintu**. Karena pada his berikutnya dengan ekstensi lahirlah kepala.

I. Diagnosis Kala II

a. Pembukaan Lengkap (10 cm)
b. Kepala bayi tampak pada introitus vagina

J. Pertolongan Persalinan Kala II

a. Persiapan untuk melahirkan bayi
   1) Setelah kepala bayi tampak 5 – 6 cm membuka vulva (*Crowning*), letakkan handuk bersih di atas perut bawah ibu dan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu sebagai alas bokong.
   2) Periksa kelengkapan alat partus set
   3) Pakai sarung tangan pada kedua tangan
b. Pertolongan kelahiran bayi
   1) Saat kepala bayi *Crowning*, lindungi perineum dengan satu tangan dengan dilapisi kain yang ada dibawah bokong ibu, dengan ibu jari berada pada sisi perineum, dan 4 jari tangan berada pada sisi yang lain. Tangan yang lain berada pada belakang kepala bayi untuk menahan kepala bayi agar posisi kepala tetap fleksi saat keluar secara bertahap melewati vulva dan perineum.
   2) Setelah kepala lahir, anjurkan ibu untuk berhenti meneran dan bernafas cepat. Kemudian periksa leher bayi untuk mengetahui adanya lilitan tali pusat atau tidak. Jika terdapat lilitan tali pusat pada leher bayi cukup longgar maka lepaskan dengan melewati kepala bayi. Jika lilitan tali

pusat sangat erat maka klem jepit tali pusat pada 2 tempat di mana jarak antara masing-masing klem adalah 3 cm, kemudian potong tali pusat diantara kedua klem tersebut.

3) Setelah memastikan tidak ada lilitan tali pusat, maka tunggu kontraksi berikutnya dan terjadinya putaran paksi luar secara spontan
4) Letakkan tangan pada sisi kiri dan kanan bayi, anjurkan ibu meneran sambil penolong menekan kepala ke arah bawah dan lateral tubuh bayi sampai bahu depan melewati simfisis.
5) Setelah bahu depan lahir, gerakkan kepala keatas dan lateral tubuh bayi sehingga bahu bawah dan seluruh dada dapat dilahirkan.
6) Saat bahu posterior lahir, geser tangan bawah (Posterior) ke arah perineum dan sangga bahu dan lengan atas bayi pada tangan tersebut. Kemudian gunakan tangan yang sama untuk menopang lahirnya siku dan lengan bawah posterior saat melewati perineum. Tangan bawah (posterior) ,menopang bagian samping posterior tubuh bayi saat dilahirkan.
7) Tangan atas (anterior) menelusuri dan memegang bahu, siku dan lengan bawah anterior. Kemudian lanjutkan penelusuran dan pegang bagian punggung, bokong dan kaki.
8) Dari arah belakang, sisipkan jari telunjuk tengan atas diantara kedua kaki bayi yang kemudian dipegang dengan ibu jari dan ketiga jari tangan lainnya
9) Letakkan bayi di atas kain atau handuk yang telah disiapkan pada perut bawah ibu dan posisikan kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya.
10) Segera keringkan dan lakukan rangsangan taktil pada tubuh bayi dengan kain atau selimut diatas perut ibu. Pastikan bahwa kepala bayi tertutup dengan baik.

K. Latihan

1. Seorang Perempuan umur 27 tahun G1P0A0 Usia Kehamilan 40 minggu sedang dalam proses persalinan kala II di PMB Sinta. Selama proses persalinan bidan rutin memeriksa kondisi ibu dan janin. Pemeriksaan kondisi janin melalui DJJ diperiksa setiap ?
   a. Setiap 5 – 10 menit
   b. Setiap 10 – 15 menit
   c. Setiap 5 – 15 menit
   d. Setiap 10 – 30 menit
   e. Setiap 15 – 30 menit

2. Seorang perempuan umur 30 tahun G2P1A0 datang ke RB Kasih Bunda mengeluh nyeri perut menjalar sampai ke pinggang dan telah mengeluarkan cairan dari jalan lahir. Hasil pemeriksaan His 4x/10'/45", DJJ 144 x/menit, Presentasi kepala, penurunan kepala Hodge IV, Pembukaan lengkap, Ketuban (-), TTV dalam batas normal. Bidan kemudian melakukan persiapan pertolongan persalinan sambil menunggu ada dorongan meneran dari pasien. Saat ini pasien sedang berada pada Kala II fase ?
   a. Fase Akselerasi
   b. Fase Deselerasi
   c. Fase Tenang
   d. Fase Peneranan
   e. Fase Perineal

3. Seorang perempuan umur 26 tahun G1P0A0 sedang dalam proses persalinan kala II dengan posisi setengah duduk. Apakah keuntungan dari posisi setengah duduk?
   a. Membantu perbaikan posisi oksiput yang melintang, berputar menjadi posisi oksiput posterior
   b. Resiko robekan jalan lahir lebih sedikit
   c. Posisi ini bagus untuk bayi yang berukuran besar
   d. Meningkatkan gaya gravitasi penurunan janin
   e. Meningkatkan suplai oksigen dari ibu ke janin

4. Seorang Perempuan umur 28 tahun sedang dalam proses persalinan. Telah dipimpin mengejan oleh bidan, sampai lahir kepala bayi. Tindakan apakah yang dilakukan bidan selanjutnya?
   a. Tunggu Putaran Paksi luar

b. Periksa adanya lilitan tali pusat
c. Biparietal
d. Sangga-susur
e. Lahirkan bahu bayi

5. Seorang perempuan umur 31 tahun G2P1A0 datang ke RB Kasih Bunda mengeluh nyeri perut menjalar sampai ke pinggang dan telah mengeluarkan cairan dari jalan lahir. Hasil pemeriksaan His 4x/10'/45", DJJ 144 x/menit, Presentasi kepala, penurunan kepala Hodge IV, Pembukaan lengkap, Ketuban (-), TTV dalam batas normal. Sesaat kemudian kepala bayi telah nampak 5 – 6 cm di depan vulva dan ibu ingin mengejan. Apakah yang dilakukan bidan selanjutnya?
   a. Bimbing mengejan
   b. Lindungi perineum
   c. Lahirkan kepala bayi
   d. Anjurkan ibu memilih posisi bersalin.
   e. Lakukan Biparietal

Kunci Jawaban :

1. A
2. C
3. D
4. C
5. B

L. Rangkuman Materi

Kala II merupakan kala pengeluaran janin yang terdiri dari 3 fase yaitu fase tenang, fase peneranan dan fse perineal. Selama proses persalinan kala II terjadi perubahan pada segmen atas dan segmen bawah rahim, bentuk rahim, ligamentum rotundum, serviks dan vagina.

Beberapa hal yang perlu dipantau selama kala II yaitu Tenaga Ibu, kondisi Ibu, dan kondisi janin. Untuk memberikan kenyamanan pada ibu bersalin maka ibu bersalin bebas memilih posisi yang bersalin yang membuat ibu nyaman, beberapa pilihan posisi bersalin diantaranya yaitu posisi duduk/setengah duduk, posisi merangkak, berkongkok/berdiri, dan miring ke kiri, sedangkan posisi yang tida dianjurkan yaitu posisi terlentang.

Mekanisme persalinan normal terdiri dari turunnya kepala janin dan kepala janin maju yang disertai dengan gerakan-gerakan lain yaitu fleksi, putaran paksi dalam, ekstensi, putaran paksi luar, dan ekspulsi.

M. Daftar Pustaka

Adriaansz, George. 2017. Asuhan Persalinan Normal. Jakarta: JNPK-KR

Fakultas Kedokteran UNPAD Bandung. 1983. Obstetri Fisiologi : Bandung: Eleman

Ilmiah, Widia Shofa. 2015. Buku Ajar Asuhan Persalinan Normal. Yogyakarta : Nuha Medika

Mutmainnah, Annisa UI, dkk. 2017. Asuhan Persalinan Normal & Bayi Baru Lahir. Yogyakarta : Andi

Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia. 2018. Buku Instrumen Bidan Delima. Jakarta: Ikatan Bidan Indonesia

Sa'diyah, Anggia Chalimatus. 2015. *Gambaran Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya Ruptur Perineum Pada Persalinan Pervaginam Di Rsud Krt Setjonegoro Wonosobo Tahun 2014.* Purwokerto: Universitas Muhammadiyah Purwokerto. https://repository.ump.ac.id/857/

Saifuddin, Abdul Bari, dkk. 2014. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Saifuddin, Abdul Bahri, dkk. 2014. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

Walyani, Elisabeth Siwi dan Endang Purwoastuti. 2022. Asuhan Kebidanan Persalinan Bayi Baru Lahir. Yogyakarta: Pustaka Baru Press

Yuni Fitriana, W. N. (2018). *Asuhan Persalinan* (N. L. Umaiyah (ed.); I)

BAB 6

KALA III PERSALINAN

Siti Komariyah, S.SiT., M.Kes.

Pendahuluan

Angka Kematian Ibu (AKI) masih tinggi. Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan pada tahun 2022 AKI di Indonesia adalah 183 per 100 kelahiran hidup. Angka tersebut meningkat menjadi 189 per 100 kelahiran hidup. Kondisi ini jauh dari target Sustainable Development Goals (SDGs) dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), yaitu 70 per 100.000 kelahiran hidup.(Publik, n.d.)

Ada beberapa penyebab angka kematian ibu di Indonesia tinggi, di antaranya: Pendarahan pasca persalinan, Infeksi nifas, Komplikasi kehamilan seperti preeklamsia dan eklamsia, Komplikasi persalinan seperti partus lama dan distosia, Kelainan bawaan pada bayi, Penyakit menular seperti HIV/AIDS dan malaria.

Secara global Perdarahan postpartum menjadi salah satu dari tiga penyebab utama kematian ibu. Risiko perdarahan postpartum tidak boleh di anggap remeh dalam setiap kala persalinan. Kala III merupakan kala persalinan yang paling bahaya, sehingga sangat perlu diperhatikan. Pada kala III ini, perasaan emosional dan fokus ibu sering berubah-ubah secara spontan dikarenakan kelelahan konsentrasi pada saat persalinan dan pengenalan pada bayinya yang baru lahir.

Perdarahan postpartum dapat dicegah dengan penanganan saat kala III oleh tenaga kesehatan. Dengan menurunkan angka kejadian perdarahan post partum karena perdarahan selain mengurangi resiko kematian ibu juga menghindarkan risiko kesakitan terkait dengan perdarahan post partum, seperti tindakan operatif, transfusi dan infeksi. Jadi, ketrampilan petugas dalam menangani kejadian postpartum menjadi titik utama.

Pemantauan dan mempersiapkan diri ibu postpartum akan adanya kejadian postpartum adalah tindakan sangat penting. Walaupun ada beberapa faktor yang dapat meningkatkan resiko terjadinya perdarahan persalinan, karena dua pertiga dari semua kasus perdarahan postpartum terjadi tanpa ada faktor risiko pada ibu yang diketahui sebelumnya dan yang tidak bisa diprediksikan kejadiannya. Karena masalah tersebut maka manajemen aktif kala III adalah sangat penting dalam menurunkan kesakitan dan kematian yang di sebabkan perdarahan postpartum. (Diane M.Fraser, 2009)

Tujuan Penyusunan buku Asuhan Kebidanan Pada Persalinan adalah agar Mahasiswa yang mengikuti pembelajaran pada mata kuliah ini memberi kesempatan mahasiswa untuk memahami tentang Kebutuhan Ibu Bersalin baik Fisik maupun Psikologis, asuhan dan pendekatan pada persalinan normal, peran bidan dalam persalinan, kesiapan dan ketahanan emosi dalam persalinan, konsep dan penilaian kemajuan persalinan, faktor yang berpengaruh pada persalinan, manajemen nyeri, mekanisme persalinan, ketrampilan menolong persalinan normal, Asuhan Kebidanan Kala I, Asuhan kebidanan Kala II, Asuhan Kebidanan Kala III, Asuhan Kebidanan Kala IV dan Bayi Baru Lahir. Harapan kepada mahasiswa tentang pemahamannya terhadap konsep Mata kuliah ini memberi kesempatan mahasiswa untuk memahami Konsep Dasar Persalinan Normal, Kebutuhan Ibu Bersalin baik Fisik maupun Psikologis, asuhan dan pendekatan pada persalinan normal, peran bidan dalam persalinan, kesiapan dan ketahanan emosi dalam persalinan, konsep dan penilaian kemajuan persalinan, faktor yang berpengaruh pada persalinan, manajemen nyeri,mekanisme persalinan, ketrampilan menolong persalinan normal, Asuhan Kebidanan Kala I, Asuhan kebidanan Kala II, Asuhan Kebidanan Kala III, Asuhan Kebidanan Kala IV dan Bayi Baru Lahir. Oleh karena itu, penguasaan materi adalah penting, akan menjadi memberikan bekal bagi mahasiswa untuk memberikan asuhan kebidanan pada persalinan nantinya. Pembelajaran dipersiapkan berupa perkuliahan oleh pakar pada bidang yang sesuai, diskusi tutorial, latihan keterampilan klinik di laboratorium, diskusi `dan seminar. Buku Ajar—Asuhan Kebidanan pada Persalinan melaksanakan latihan keterampilan klinik yang dibimbing oleh seorang instruktur dan tiap topiknya akan diadakan ujian keterampilan. Kemudian mahasiswa juga dibekali kegiatan diskusi dengan topik yang disesuaikan antara perkuliahan dan bahan tutorial. Pada akhir pembelajaran, mahasiswa akan mengikuti evaluasi pembelajaran berupa ujian tulis.

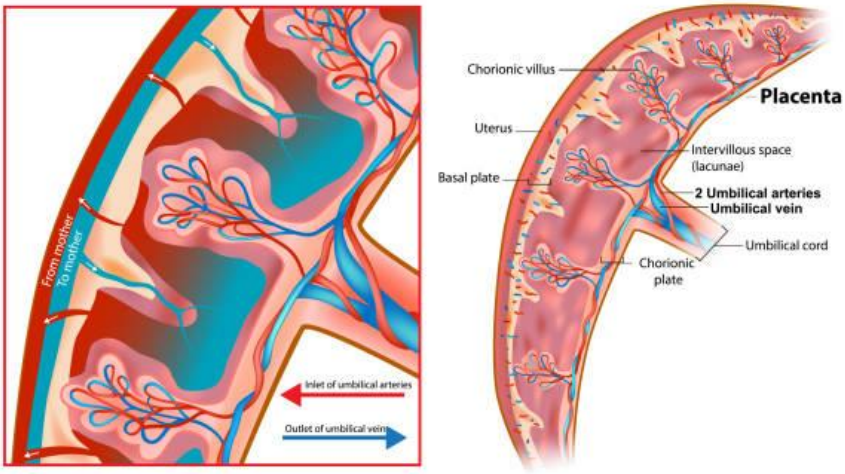
Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Instruksional:

1. Mahasiswa mampu Memahami Konsep Kala III
2. Mahasiswa mampu memahami Manajemen Aktif Kala III
3. Mahasiswa mampu pemantauan Kala III
4. Mahasiswa mampu memahami Kebutuhan Ibu Kala III
5. Mahasiswa mampu memahami Komplikasi Kala III
6. Mahasiswa mampu memahami Tindakan Kala III

URAIAN MATERI

A. Fisiologi Kala III

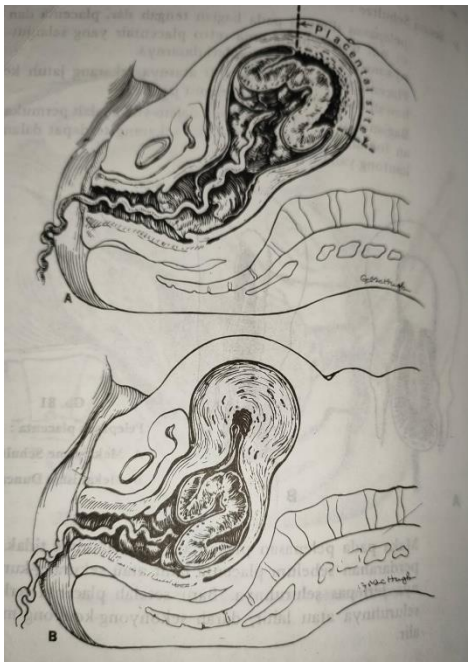


Gambar 6.1 Penampang Plasenta
(Unpad, 1988)

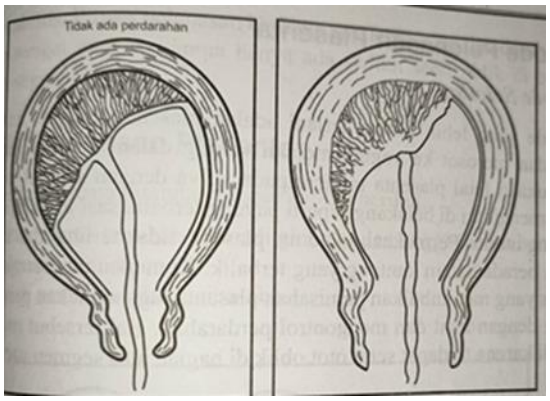
1. Mekanisme Pelepasan Plasenta

Kondisi setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban disebut dengan Kala Uri atau Kala III atau kala pengeluaran plasenta. Kala III berlangsung kurang lebih 15 sampai 30 menit, baik pada primipara maupun multipara. Adanya kontraksi uterus setelah kala II selesai menyebabkan terpisahnya plasenta dari dinding uterus. Berat plasenta mempermudah terlepasnya selaput ketuban yang terkupas dan dikeluarkan. Tempat pelekatan plasenta menentukan kecepatan pemisahan dan metode ekspulsi plasenta. Selaput ketuban dikeluarkan dengan penonjolan bagian ibu atau bagian janin.

Saat kala III persalinan, otot uterus berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ini menyebabkan berkurangnya tempat perlekatan plasenta. Keadaan ini dikarenakan tempat *implantasi* (perlekatan) menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal, dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina.(Yuni Fitriana, 2018)



Gambar 6.2. Hubungan uterus plasenta pada kala III
(Prawirohardjo, 2005)



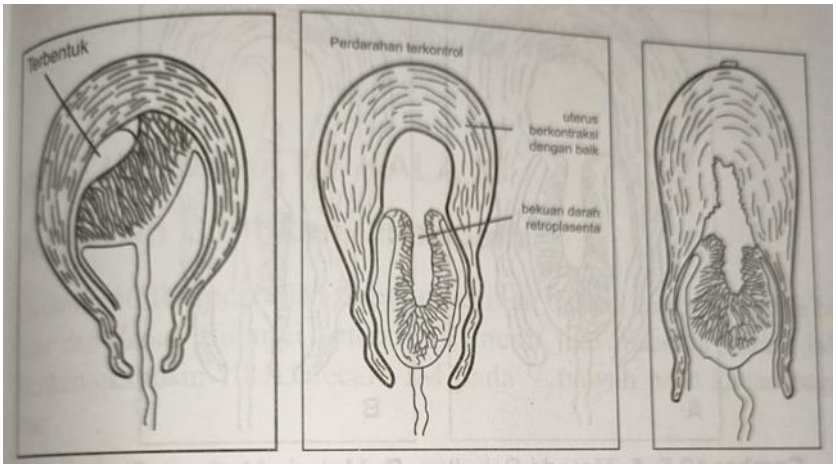
Gambar 6.3. Plasenta menjadi kecil dan memisahkan diri
(Unpad, 1988)

2. Tanda-Tanda Pelepasan Plasenta

   Lepasnya plasenta ada beberapa tanda yaitu adanya semburan darah yang tiba-tiba, uterus menjadi membulat (*globuler)* dan konsistensinya semakin padat. Uterus meninggi ke arah abdomen dikarena plasenta luruh masuk ke vagina, serta tali pusat yang keluar semakin panjang. Berikut tanda-tanda pelepasan plasenta.

   a. Terjadi semburan darah secara tiba-tiba karena pecahnya penyumbat retro plasenter saat plasenta pecah.
   b. Terjadi perubahan uterus yang semula discoid menjadi globuler.

c. Tali pusat memanjang. Hal ini disebabkan plasenta turun ke segmen uterus yang lebih bawah atau rongga vagina.
d. Perubahan uterus, yaitu menjadi naik di dalam abdomen.
e. Hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa sesaat setelah plasenta lepas TFU kan naik. Hal ini disebabkan oleh adanya pergerakan plasenta ke segmen uterus yang lebih bawah.(Yuni Fitriana, 2018)



Gambar 6.4 Pelepasan plasenta
(Unpad, 1988)

3. Fase Pelepasan Plasenta

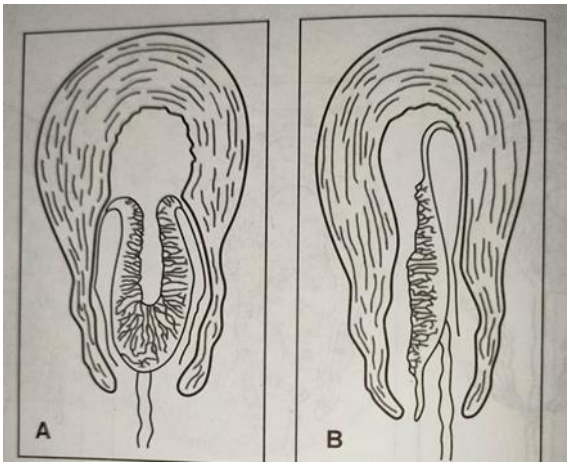
Fase pelapasan plasenta merupakan tahap di mana plasenta menyempurnakan pemisahan dari dinding uterus. Tidak ada hematom yang terbentuk antara dinding uterus dengan plasenta. Plasenta terpisah karena adanya kekuatan antara plasenta yang pasif dengan otot uterus yang aktif pada tempat melekatnya plasenta. Keadaan tersebut mengakibatkan sobeknya plasenta di lapisan spongiosa, namun bisa juga dikatakan fase pelepasan plasenta terjadi di myometrium yang berkontraksi mengikuti penyusutan volume cavum uteri setelah bayi lahir. Cara pelepasan plasenta dibagi menjadi dua macam.

a. Secara Schultze

Pelepasan secara Scultze dimulai pada bagian Tengah plasenta dan terjadi hematoma retroplasentair yang selanjutnya mengangkat plasenta dari dasarnya. Plasenta dengan hematoma di atasnya sekarang jatuh ke bawah dan menarik selaput janin. Bagian plasenta yang tampak pada vulva adalah permukaan fatal, sedangkan hematoma berada dalam kantong yang berputar balik. Pada pelepasan secara Schultze ini tidak ada pendarahan sebelum plasenta lahir atau sekurang-kurangnya terlepas secara keseluruhan. Baru Ketika plasenta lahir darah pun akan mengalir. Pelepasan dengan car aini paling sering dialami ibu bersalin.

b. Secara Duncan

Pelepasan secara duncan dimulai dari pinggir plasenta. Lalu darah mengalir antara selaput janin dan dinding rahim. Hal ini menyebabkan adanya pendarahan sejak bagian dari plasenta lepas dan terus berlangsung sampai seluruh bagian plasenta terlepas. Pelepasan plasenta dengan cara ini sering terjadi pada plasenta dengan letak yang lebih rendah.(Annisa Ul Mutmainnah, 2017)



Gambar 6.5
A. Metode Schultze B. Metode Duncan
(Nurul Jannah, 2015)

4. Tempat Implantasi Plasenta

Plasenta yang normal berimplantasi pada endometrium bagian atas terutama pada dinding posterior uterus. Kemudian terdapat lapisan nitabuch yang merupakan degenerasi fibrinoid dari desidua basali yang berguna untuk mencegah invasi lebih jauh dari jonjot korion. Implantasi ini terjadi pada daerah endometrium terutama pada dinding posterior dari uterus. Endometrium itu sendiri terjadi perubahan untuk persiapan sebagai tempat implantasi dan memberi makan kepada blastokist yang disebut sebagai desidua. Berikut ini adalah tempat implantasi plasenta.

a. Plasenta adhesive, melekat pada desidua endometrium lebih dalam.
b. Plasenta akreta, melekat dan tumbuh pada vili chorialis lebih dalam dan menembus desidua sampai ke myometrium.
c. Plasenta pekreta, tumbuh sampai menembus serosa dinding rahim.
d. Plasenta inkreta, tumbuh lebih dalam ke myometrium tetapi belum menembus serosa.

5. Penanganan Jika Plasenta Tidak Lepas

a. Plasenta Tertinggal

Penanganan yang harus dilakukan Ketika plasenta tertinggal adalah dengan menempatkan bayi untuk disusui, stimulasi putting, mengatur wanita pada posisi jongkok, memastikan kandung kemih wanita penuh dan tidak mampu buang air kecil. Selain itu, penanganannya daapat dilakukan dengan memberikan injeksi oksitosin intraumabilikalis dengan larutan 10 IU Pitocin yang dilarutkan dengan 20 cc normal saline ke vena umbikalis. Selanjutnya bidan memantau tanda-tanda vital wanita, mengecek tanda-tanda syok yang lain, mengecek pendarahan eksternal tampak dan pendarahan internal yang tersembunyi, serta menginformasikan dokter konsultan tentang situasi ini.

b. Plasenta Akreta

Penanganan yang dilakukan Ketika terjadi plasenta akreta adalah dengan melakukan pemeriksaan mikroskopis untuk mengetahui apakah plasenta akreta atau bukan. Jika hasil pemeriksaan tersebut menunjukkanbahwa plasenta akreta maka harus dilakukan rujukan untuk Tindakan histerektomi darurat.

c. Plasenta Belum Lahir

Apabila plasenta belum lahir dalam waktu 15 menit, seorang bidan harus memberikan 10 IU oksitosin IM dosis kedua. Lakukan pemeriksaan terhadap kandung kemih jika ternyata penuh. Gunakan Teknik aseptik untuk memasukkan kembali penegangan tali pusat dan tekanan dorso-kronial. Apabila tersedia akses yang mudah menjangkau fasilitas Kesehatan rujukan maka nasihati keluarga bahwa mungkin ibu perlu dirujuk apabila plasenta belum lahir setelah 30 menit bayi lahir.

Pada menit ke-30 lakukan pemeriksaan lagi dengan melakukan penegangan tali pusat untuk terakhir kalinya. Jika plasenta tetap tidak lahir, segera lakukan rujukan. Namun apabila fasilitas rujukan sulit dijangkau dan kemudian timbul pendarahan maka sebaiknya dilakukan Tindakan plasenta manual. Pastikan bahwa petugas Kesehatan telah terlatih dan kompeten agar Tindakan dapat berjalan dengan baik sesuai prosedur.

(Yuni Fitriana, 2018)

B. Manajemen Aktif Kala III

Manajemen aktif kala III sangat penting dilakukan pada asuhan persalinan normal. Saat ini, manajemen aktif kala III telah menjadi prosedur tetap pada asuhan persalinan normal dan harus dimiliki oleh tenaga kesehataan penolong persalinan.

1. Tujuan Manajemen Aktif Kala III

   Manajemen aktif kala II bertujuan untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah pendarahan, dan mengurangi kehilanga darah pada kala III. Penatalaksanaan manajemen aktif kala III dapat mencegah terjadinya kasus pendarahan yang terjadi setelah persalinan. Pendarahan tersebut disebabkan oleh atonia uteri dan retensio plasenta.

2. Prosedur Pelaksanaan MAK III

   Langkah utama manajemen aktif kala III adalah pemberian suntikam oksitosin, penegangan tali pusat terkendali, dan masase fundus uteri. Berikut ini adalah penjelasan ketiga langkah tersebut.

   a. Pemberian Suntik Oksitosin
      1) Siapkan alat dan bahan yang diperlukan untuk perasat manahemen aktif kala III.
      2) Segera berikan bayi yang telah terbungkus kain pada ibu untuk diberi ASI.
      3) Letakkan kain bersih diatas perut ibu.
      4) Periksa uterus untuk memastikan tidak ada bayi yang lain.
      5) Beritahukan pada ibu bahwa ia akan disuntik.
      6) Selambat-lambatnya dalam 2 menit setelah bayi lahir. Segera suntikkan oksitosin 10 IU IM pada 1/3 bagian atas paha kanan bagian luar.

   b. Penanganan Tali Pusat Terkendali
      1) Bidan berdiri di samping kanan ibu.
      2) Pindahkan klem kedua yang telah dijepit sewaktu kala II persalinan pada tali pusat sekitar 5-10 cm dari vulva.
      3) Letakkan tangan yang lain pada abdomen ibu (alasi dengan kain) tepat di atas tulang pubis.
      4) Gunaka tangan untuk meraba kontraksi uterus dan menahan uterus pada saat melakukan penegangan tali pusat.
      5) Setelah terjadi kontraksi yang kuat, tegangkan tali pusat, kemudian tangan pada dinding abdomen menekan korpus uteri ke bawah-atas (dorso-kranial) korpus.

6) Lakukan secara hati-hati untuk menghindari terjadinya inversion uteri.
7) Bila plasenta belum lepas, tunggu hingga ada kontraksi yang kuat (sekitar 2 atau 3 menit).
8) Pada saat kontraksi mulai (uterus bulat atau tali pusat memanjang), tegangkan kembali tali pusat kea rah bawah dengan hati-hati. Bersamaan dengan itu, tetap lakukan penekanan korpus uteri kea rah dorso-kranial hingga plasenta terlepas dari tempat implantasinya.
9) Jika plasenta tidak turun setelah 3040 detik sejak dimulainya PTT dan tidak ada tanda yang menunjukkan lepasnya plasenta, jangan teruskan PTT.
10) Pegang klem dan tali pusat dengan lembut dan tunggu sampai kontraksi berikutnya. Jika perlu, pindahkan klem lebih dekat ke perineum pada saat tali pusat memanjang. Pertahankan kesabaran pada saat melahirkan plasenta.
11) Pada saat kontraksi berikutnya terjadi, ulangi PTT dan lakukan tekanan dorso kranila pada uterus secara serentak. Ikuti Langkah-langkah tersebut pada setiap kontraksi hingga terasa plasenta terlepas dari dinding uterus.
12) Setelah plasenta terlepas, anjurkan ibu untuk meneran sehingga plasenta akan terdorong ke introitus vagina. Tetap tegangkan tali pusat kea rah bawah mengikuti arah jalan lahir.
13) Pada saat plasenta terlihat di introitus vagina, teruska kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Selaput ketuban mudah robek; pegang plasenta dengan kedua tangan dan dengan lembut putar.
14) Lakukan penarikan secara lembut dan perlahan-lahan untuk melahirkan selaput ketuban.

c. Masase Fundus Uteri
1) Letakkan telapak tangan pada fundus uteri.
2) Jelaskan Tindakan ini kepada ibu, katakan bahwa ibu mungkin merasa kurang nyaman. Anjurkan ibu untuk menarik napas dalam, perlahan dan berlaku tenang.
3) Dengan lembut tapi mantap, gerakkan tangan secara memutar pada fundus uteri sehingga uterus berkontraksi. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik, lakukan penatalaksanaan atonia uteri.
4) Periksa plasenta dan selaputnya untuk memastikan keduanya lengkap dan utuh.
5) Melihat sisi maternal plasenta untuk memastikan bahwa semuanya lengkap dan utuh.

6) Pasangkan bagian-bagian plasenta yang robek atau terpisah untuk memastikan tidak ada bagian yang hilang.
7) Periksa plasenta bagian foetal untuk memastika tidak ada kemungkinan plasenta suksenturiata.
8) Evaluasi selaput untuk memastikan kelengkapannya.
9) Periksa uterus setelah satu hingga dua menit untuk memastikan bahwa uterus berkontraksi dengan baik. Jika uterus masih belum berkontraksi, ulangi pemijatan fundus uteri.
10) Ajarkan ibu dan keluarganya cara melakukan pemijatan uterus sehingga segera dapat diketahui jika uterus tidak berkontraksi dengan baik.
11) Periksa kontraksi uterus setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama satu jam kedua pasca persalinan.
12) Bersihkan tempat tidur dan buat ibu merasa nyaman. Letakkan instrument dan peralatan lainnya ke dalam larutan klorin untuk dekontaminasi.
13) Celupkan kedua tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin kemudian lepas dalam keadaan terbalik. Lalu cuci tangan dengan sabun dan air mengalir, lalu keringkan.

(JNPKKR, 2017)

C. Pemantauan Kala III

1. Pendarahan

   Pemantauan kala III pada bagian pendarahan ini dilakukan dengan melihat apakah adda bekuan darah atau tidak. Jika jumlah darah lebih dari 500 cc, segera lakukan penatalaksanaan sesuai dengan factor penyebabnya.
2. Robekan Jalan Lahir

   Temukan dan perhatikan penyebab pendarahan dari laserisasi atau robekan perineum dan vagina. Lakukan penilaian terhadap perluasan laserisasi jalan lahir dan perineum untuk mengetahui jenis penatalaksanaan yang akan dilakukan.
3. Tanda-Tanda Vital
   a. Tekanan darah sistolik dan diastolic mulai kembali ke tingkat sebelum persalinan.
   b. Nadi secara bertahap kembali ke tingkat sebelum persalinan.
   c. Suhu badan meningkat secara perlahan.
   d. Pernapasan kembali normal.
   e. Aktivitas gastrointestinal pada ibu bersalin dianggap abnormal apabila ibu merasa mual dan muntah tanpa adanya pengaruh obat-obatan, motilitas lambung, dan absorsi kembali ke aktivitas normal.

4. Kontraksi Uterus

   Setelah plasenta terlepas dan lahir, uterus akan melakukan kontraksi. Kontraksi ini harus dipantau sampai kal IV persalinan. Apabila terus berkontraksi dengan jelek atau bahkan tidak ada kontraksi maka kemungkinan akan terjadi atonia uteri sebagai salah satu penyebab pendarahan setelah persalinan.

   (Ari Sulistyawati, 2014)

D. Kebutuhan Ibu Bersalin Kala III

Ibu bersalin pada kala III ini membutuhkan nutrisi dan asupan gizi yang baik sebagaimana yang dibutuhkan pada kala sebelumnya. Selain itu, ibu bersalin harus memiliki ketertarikan pada bayi yang dilahirkan, memperhatikan bagaimana kondisi dan keadaan bayinya, serta mulai melakukan interaksi dan komunikasi ringan dengan bayinya.

Setelah bayi dilahirkan dan ibu mengetahui jenis kelamin bayinya. Seorang ibu biasanya mulai mengalihkan perhatiannya pada dirinya sendiri, yaitu mulai memikirkan apakah plasenta sudah lahir atau belum, apakaah terdapat luka pada jalan lahir, dan apakah terjadi keadaan yang tidak normal pada proses persalinannya. Kekhawatiran-kekhawatiran ibu bersalin ini hendaknya diredam dan ditangani oleh bidan dengan memberikan informasi dan penjelasan terkait proses persalinan yang baru saja dialami ibu bersalin. Dengan adanya penjelasan tersebut, ibu bersalin akan merasa nyaman dan kondisinya juga akan ikut membaik.

E. Komplikasi Kala III

Penyulit dan komplikasi yang terjadi pada masa persalinan dapat mengancam jiwa ibu. Untuk mendukungketerampilan seorang bidan dalam menolong persalinan perlu memiliki pengetahuan yang luas serta keahlian bidan dalam mengatasi resiko tinggi. Kemampuan tersebut sangan penting bagi bidan karena apabila kejadian yang merugikan dapat diprediksi dan dilakukan Tindakan untuk pencegahan atau bidan siap menanganinya secara efektif. Beberapa penyulit atau komplikasi yang mungkin terjadi pada kala III adalah sebagai berikut.

1. Atonia Uteri
   a. Pengertian

      Atonia uteri merupakan penyebab terbanyak pendarahan post partum dini (50%), dan merupakan alasaana paling sering untuk melakukan histerektomi post partum. Kontraksi uterus merupakan mekanisme utama untuk mengontrol perdarahan setelah melahirkan. Atonia terjadi karena

kegagalan mekanisme ini. Atonia uteri adalah keadaan lemahnya tonus atau kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup pendarahan terbuka dari tempat implantsi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir.

b. Etiologi

Atonia uteri dapat terjadi pada ibu bersalin dan melahirkan dengan faktor predisposisi (penunjang) seperti berikut.

1. Regangan rahim berlebihan, seperti, gemeli makrosomia, polihidramnion, atau paritas tinggi.
2. Umur yang terlalu muda atau terlalu tua.
3. Multipara dengan jarak kelahiran yang pendek.
4. Partus lama atau partus terlantar.
5. Malnutrisi.
6. Penanganan yang salah dalam usaha melahirkan plasenta, misalnya: plasenta belum terlepas dari dinding uterus.
7. Adanya mioma uteri yang mengganggu kontraksi rahim.

c. Penatalaksanaan

1. Masase fundus uteri segera setelah lahirnya plasenta (maksimal 15 detik).
2. Pastikan bahwa kantung kemih kosong.
3. Lakukan kompresi bimanual interna selama 5 menit. Kompresi uterus ini akan memberikan tekanan langsung pada pembuluh terbuka di dinding dalam uterus dan merangsang miometrium untuk berkontraksi.
4. Anjurkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual eksterna.
5. Keluarkan tangan perlahan-lahan.
6. Berikan ergometrin 0,2 mg IM (jangan diberikan bila hipertensi).
7. Ergometrin akan bekerja selama 5-7 menit dan menyebabkan kontraksi uterus.
8. Pasang infuse menggunakan jarum ukuran 16 atau 18 dan berikan 500 cc ringer laktat ±20 unit oksitosin.
9. Ulangi kompresi bimanual interna (KBI) yang digunakan bersama ergometrin dan oksitosin akan membantu uterus berkontraksi.
10. Dampingi ibu ketempat rujukan. Teruskan melakukan KBI. Kompresi uterus ini memberikan tekanan langsung pada pembuluh terbuka dinding uterus dan merangsang miometrium untuk berkontraksi.

11. Lanjutkan infuse ringer laktat ±20 unit oksitosin dalam 500 ml larutan dengan laju 500 ml/jam hingga tiba ditempat rujukan. Ringer laktat kan membantu memulihkan volume cairan yang hilang selama perdarahan.

2. Inversion Uteri

a. Pengertian

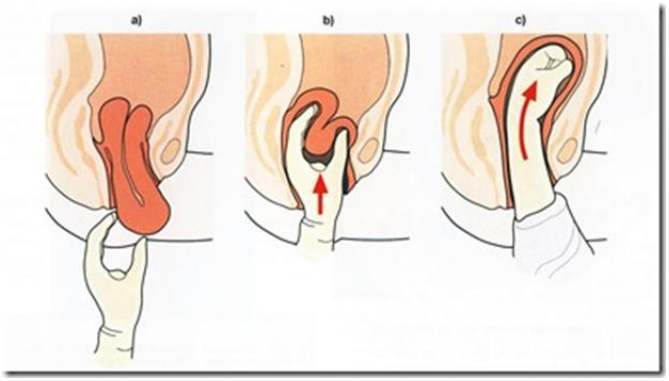
Inversion uteri adalah keadaan dimana fundus uteri terbalik sebagian atau seluruhnya ke dalam kavum uteri. Uterus dikatakan mengalami inverse jika bagian dalam menjadi di luar saat melahirkan plasenta. Reposisi sebaiknya dilakukan dengan berjalannya waktu, lingkaran konstriksi sekitar uterus yang terinversi akan mengecil dan uterus akan terisi darah.

b. Etiologi

1) Grande multipara.
2) Atonia uteri.
3) Kelemahan alat kandungan.
4) Tekanan intraabdominal yang tinggi (batuk dan mengejan).
5) Cara crade yang berlebihan.
6) Tarikan tali pusat.
7) Manual plasenta yang terlalu dipaksakan.
8) Retensio plasenta.

c. Penatalaksanaan

1) Lakukan pengkajian ulang.
2) Pasang infus.
3) Berikan petidin dan diazepam IV dalam spuit berbeda secara perlahan-lahan, atau anastesia umum jika diperlukan.
4) Basuh uterus dengan antiseptic dan tutup dengan kain basah (NaCl hangat menjelang operasi).
5) Lakukan reposisi.



Gambar 6.6. Inversio Uteri
(Diane M.Fraser, 2009)

3. Retensio Plasenta

a. Pengertian

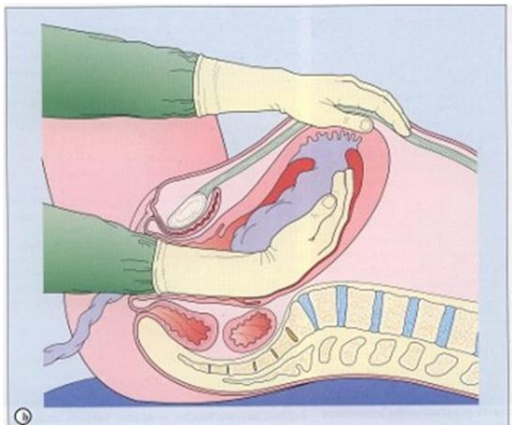
Retensio plasenta adalah lepas plasenta tidak bersamaan sehingga masih melekat pada tempat implantasi. Selain itu, menyebabkan retraksi dan kontraksi otot uterus, sehingga sebagian pembuluh darah tetap terbuka serta menimbulkan perdarahan.

b. Etiologi

1) Faktor maternal: gravida tua dan multiparitas.
2) Faktor uterus: bekas section caesarea, bekas pembedahan uterus, tidak efektifnya kontraksi uterus, bekas kuretase uterus, bekas pengeluaran manual plasenta, dan sebagainya.
3) Faktor plasenta: plasenta, previa, implantasi corneal, plasenta akreta dan kelainan bentuk plasenta.

c. Penatalaksanaan

Apabila plasenta belum lahir 0,5-1 jam setelah bayi lahir terlebih lagi apabila disertai perdarahan lakukan plasenta manual.



Gambar 6.7. Plasenta Manual

4. Robekan Jalan Lahir

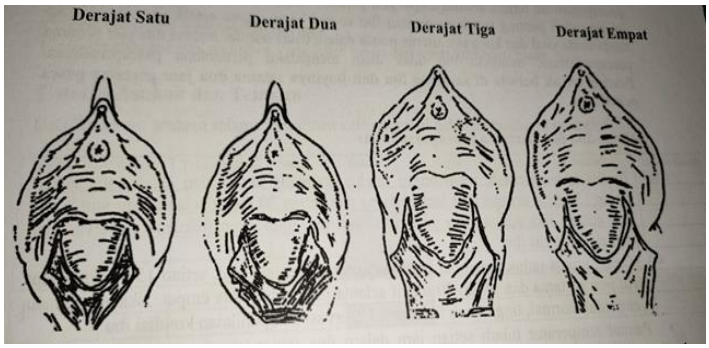
Trauma jalan lahir perlu mendapatkan perhatian khusus, karena dapat menyebabkan disfungsional organ bagian luar sampai alat reproduksi vital, sebagai sumber perdarahan yang berakibat fatal, dan sumber atau jalannya infeksi.

a. Robekan Perineum

1) Pengertian

Robekan adalah robekan yang terjadi pada saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan alat atau tindakan. Robekan parineum umumnya terjadi pada garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat.

2) Etiologi
   a) Kepala janin terlalu cepat lahir.
   b) Persalinan tidak dipimpin sebagaimana mestinya.
   c) Adanya jaringan parut pada perineum.
   d) Adanya distosia bahu.
3) Klasifikasi
   a) Derajat satu: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, dan kulit perineum.
   b) Derajat dua: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum, dan otot-otot perineum.
   c) Derajat tiga : robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum, dan otot-otot perineum, dan sfingter ani eksternal.
   d) Derajat empat: robekan dapat terjadi pada seluruh perineum dan sfingter ani yang meluas sampai ke mukosa.



Gambar 6.8 Robekan Perineum
(JNPKKR, 2017)

4) Penatalaksanaan
   a) Derajat I: robekan ini kalau tidak terlalu besar, tidak perlu dijahit.
   b) Derajat II: lakukan penjahitan.
   c) Derajat III dan IV: lakukan rujukan.

b. Robekan Serviks
   1) Pengertian

   Persalinan selalu mengakibatkan robekan serviks, sehingga serviks seorang multipara berbeda dari yang belum melahirkan pervaginan. Robekan sarviks yang luas menimbulkan perdarahan dan dapat menjalar ke segmen bawah uterus. Apabila terjadi perdarahan yang berhenti meskipun plasenta sudah lahir lengkap dan uterus sudah berkontraksi baik perlu diperkirakan perlukaan jalan lahir, khususnya robekan serviks uteri.

2) Etiologi
   a. Partus presipitatus
   b. Trauma karena pemakaian alat-alat kontrasepsi.
   c. Melahirkan kepala pada letak sungsang secara paksa, pembukaan belum lengkap.
   d. Partus lama
3) Penatalaksanaan
   a. Jepit klem ovum pada ke-2 biji sisi portio yang robek, sehingga perdarahan dapat segera dihentikan.
   b. Jika setelah eksplorasi lanjutan tidak dijumpai robekan lain, lakukan penjahitan. Dimulai dari ujung atas robekan ke arah luar sehingga semua robekan dapat dijahit.
   c. Setelah tindakan periksa TTV, KU, TFU, dan perdarahan.
   d. Beri antibiotik profilaksis, kecuali bila jelas-jelas ditemui tanda-tanda infeksi.

5. Syok Berat
   a. Pengertian

      Syok adalah suatu keadaaan disebabkan gangguan sirkulasi darah ke dalam jaringan, sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan yang tidak mampu mengeluarkan hasil metabolisme.
   b. Penyebab
      1) Perdarahan.
      2) Infeksi berat.
      3) Solusio plasenta.
      4) Inversion uteri.
   c. Gejala Klinik
      1) Tekan darah menurun.
      2) Nadi cepat dan lemah.
      3) Keringat dingin.
      4) Sianosis jari-jari.
      5) Sesak nafas.
      6) Penglihatan kabur.
      7) Gelisah.
      8) Oligouria.

d. Penatalaksanaan

Penanganan syok terdiri dari tiga garis utama, yaitu pengembalian fungsi sirkulasi darah serta oksigenasi, eradikasi infeksi, koreksi cairan, dan elektrolit.

6. Emboli Air Ketuban

a. Pengertian

Emboli air ketuban adalah masuknya air ketuban beserta komponennya ke dalam sirkulasi darah ibu. Artinya, komponen disini adalah unsur-unsur yang terdapat di air ketuban seperti lapisan kulit janin yang terlepas, rambut janin, lapisan lemak janin, dan cairan kental.

b. Faktor Resiko

1) Multipara.
2) Solusi plasenta.
3) IUFD.
4) Partus presipitatus.
5) Suction curettage.
6) Terminasi kehamilan.
7) Trauma abdomen

c. Penatalaksanaan

1) Penatalaksanaan primer bersifat suportif dan diberikan secara agresif.
2) Terapi awal adalah memperbaiki cardiac output dan mengatasi DIC.
3) Bila anak belum lahir, lakukan section caesarea dengan catatan dilakukan setelah keadaan umum ibu stabil.
4) X-Ray torax diperlihatkan adanya edema paru dan bertambahnya ukuran atrium kanan dan ventrikel kanan.
5) Pemeriksaan laboratorium: asidosis metabolic (penurunan PaO2 dan Pa CO2).
6) Terapi tambahan resusitas cairan, infus dopamine untuk memperbaiki kardiak output, adrenalin untuk mengatasi anafilaksis, terapi DIC dengan fresh frozen plasma, terapi perdarahan pasca persalinan dengan oksitosin, dan segera rawat di ICU.

F. Tindakan-Tindakan Kala III

Tindakan-tindakan yang harus dilakukan pada kala III adalah sebagai berikut.

1. Plasenta Manual

Plasenta manual adalah tindakan untuk melepaskan plasenta secara manual dengan menggunakan tangan dari tempat implantasinya dan

kemudian melahirkannya melalui kavum uteri. Prosedur yang harus dilakukan adalah pasang infus set dan cairan infus. Lalu jelaskan pada ibu prosedur dan tujuan tindakan. Lakukan anastesi verbal dan analgesia perrektal. Setelah itu, siapkan dan jalankan prosedur pencegahan infeksi. Tindakan yang harus dilakukan adalah sebagai berikut.

a. Pastikan kandung kemih dalam keadaan kosong.
b. Jepit tali pusat dengan klem pada jarak 5-10 cm dari vulva, tegangkan dengan satu tangan sejajar lantai.
c. Masukkan tangan kanan secara obstetrik ke dalam vagina dengan menelusuri sisi bawah tali pusat.
d. Setelah mencapai bukaan serviks, minta seorang asisten atau penolong lain untuk memegangkan klem tali pusat kemudian pindahkan tengan luar untuk menahan fundus uteri.
e. Sambil menahan fundus uteri, masukkan tangan dalam hingga mencapai kavum uteri, sehingga mencapai tempat implantasi plasenta.
f. Bentangkan tangan obstetik menjadi datar.
g. Tentukan implantasi plasentan dan temukan tepi plasenta paling bawah.
h. Perluas pelepasan plasenta dengan jalan menggeser tangan ke kanan dan ke kiri sambil digeserkan ke atas hingga semua perletakan plasenta terlepas dari dinding uterus.
i. Lakukan eksplorasi untuk menilai ada tidaknya plasenta yang tertinggal.
j. Pindahkan tangan kiri ke supra simfisis kemudian tangan kanan secara perlahan membawa plasenta keluar.
k. Lakukan penekanan uterus ke arah dorso kranial setelah plasenta dilahirkan.
l. Lakukan pencegahan infeksi dan pemantauan pasca tindakan.

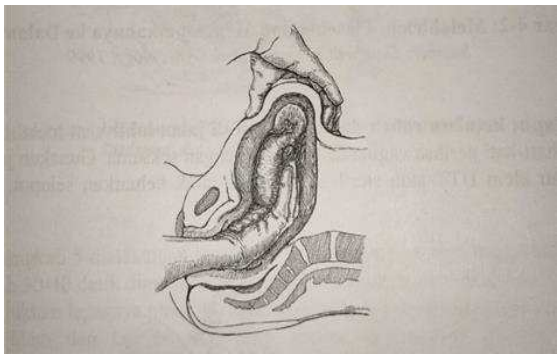
2. Kompresi Bimanual Interna (KBI)

Kompresi bimanual interna merupakan Tindakan sesudah plasenta dikeluarkan dan masih terjadi perdarahan karena atonia uteri. Atonia uteri adalah suatu kondisi di mana miometrium tidak dapat berkontraksi. Prosedur pelaksanaan nya adalah sebagai berikut.

a. Pakai sarung tangan disinfeksi yang steril.
b. Periksa vagina dan serviks untuk mengetahui ada tidaknya selaput ketuban dan bekuan darah pada kavum uteri yang memumgkinkan uterus tidak dapat berkontraksi secara penuh.
c. Letakkan kepalan tangan pada forniks anterior, lakukan penekanan dinding anterior uterus, sementara telapak tangan yang lain pada

abdomen. Lalu berikan penekanan yang kuat pada dinding belakan uterus ke arah kepalan tangan dalam.

d. Tekan uterus dengan kedua tangan secara kuat untuk memberikan tekanan langsung pada pembuluh darah di dalam dinding uterus.
e. Lakukan evaluasi hasil kompresi bimanual interna.

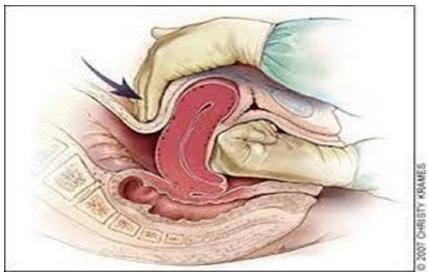


Gambar 6.9 Kompresi Bimanual Interna (KBI)
(Unpad, 1988)

b. Kompresi Bimanual Eksternal (KBE)

Apabila sudah dilakukan KBE selama 5 menit uterus belum juga berkontribusi, ajari pendamping atau keluarga KBE. Sebenarnya, KBE adalah tindakan penghentian pendarahan dan merangsang kontraksi uterus dengan cara menekan pada bagian dinding depan dan belakang uterus dengan maksud untuk menjepit pembuluh darah uterus. Prosedur pelaksanaannya adalah sebagai berikut.

a. Siapkan alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan tindakan kompresi bimanual eksternal.
b. Cuci tangan dengan sabun dibawah air mengalir dan keringkan.
c. Pakai sarung tangan DTT.
d. Letakkan satu tangan pada abdomen di depan uterus tepat berada pada simfisis pubis.
e. Letakkan satu tangan pada abdomen di depan uterus tepat berada pada simfisis pubis.
f. Letakkan tangan yang lain pada dinding abdomen (sejajar dengan fundus uteri). Usahakan memegang bagian belakang uterus sebesar mungkin.
g. Masukkan kedua tangan ke dalam wadah yang berisi larutan klorin 0,5%. bersihkan sarung tangan dari darah atau cairan tubuh pasien.
h. Lepaskan sarung tangan secara terbalik dan rendam dalam wadah tersebut (hati-hati agar tidak tersentuh permukaan kulit tangan).
i. Cuci tangan di bawah air mengalir dengan sabun dan keringkan.



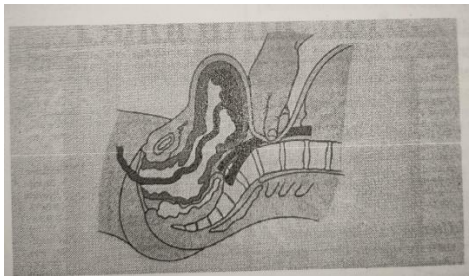
Gambar 6.10. Kompresi Bimanual Eksternal (KBE)

c. Kompresi Aorta Abdominalis

Kompresi aorta abdominalis adalah tindakan penekanan aorta abdominalis yang berada di dekat kolumna vertebralis. Fungsinya, menghentikan aliran darah yang melalui aorta abdominalis sehingga pendarahan berhenti. Prosedur pelaksanaannya adalah sebagai berikut.

1) Penolong berada di sebelah kanan ibu.
2) Atur posisi penolong sehingga ibu berada di ketinggian yang sama dengan pinggul penolong.
3) Letakkan tungkai ibu pada dasar yang rata dengan sedikit fleksi.
4) Cari dan raba arteri femoralis dengan cara meletakkan ujung jari telunjuk dan jari tengah tangan kanan pada lipatan paha. Pastikan pulsasi arteri teraba dengan baik.
5) Kepalkan tangan kiri dan tekan bagian punggung jari telunjuk sampai kelingking pada umbilikus ke arah kolumna vertebralis arah tegak lurus.
6) Pastikan pulsasi arteri femoralis teraba, apabila pulsasi arteri femoralis masih teraba berarti tekanan belum sampai ke aorta abdominalis. Perbaiki posisi dan lakukan penekanan kembali.
7) Apabila pendarahan berhenti dan berkurang, pertahankan posisi lalu minta bidan untuk melakukan pemijatan.
8) Kompresi bisa dilepaskan apabila pendarahan berhenti dan uterus berkontraksi dengan baik.

(Yuni Fitriana, 2018)



Gambar 6.11. Kompresi Aorta Abdominalis
(Unpad, 1988)

G. Latihan

1. Seorang perempuan, usia 24 tahun, melahirkan anak ke 2, ditolong dukun, setelah 15 menit uri belum lahir kemudian memanggil bidan di PKM, dilakukan pemeriksaan TD 100/60 mmHg, tanda vital dalam batas normal, keadaan umum baik, TFU setinggi pusat kontraksi uterus baik, perdarahan normal. Apakah tindakan asuhan kebidanan yang tepat?
   a. Manual plasenta
   b. Manajemen aktif kala III
   c. Manajemen kala II
   d. Massase uterus
   e. Lahirkan plasenta
   Kunci : b. Manajemen Kala III

i. Ny. U umur 36 th GVII PV AI, segera setelah plasenta lahir lengkap terjadi perdarhan, kontraksi uterus lembek serta TFUsulit di temukan. Hasil pemeriksaan tidak ada robekkan jalan lahir, kandung kemih kosong. Ny.U kemungkinan mengalami…
   a. Atonia uteri
   b. Rupture uteri
   c. Inversion uteri
   d. Laserasi portio
   e. Laserasi perineum
   kunci : a. Atonia Uteri

ii. Ny. K umur 37 th partus anak 4 pada 12.15 WIB , sudah di injeksi oksitosin 10 UI IM. Pukul 12.20 WIB di coba untuk perengangan tali pusat terkendali, uterus kontraksi keras, plasenta belum lepas. Pada pukul 12.45 WIB tanda pelepasan plasenta tidak ada, Yang anda lakukan adalah…
   a. Manual plasenta
   b. Pemberian oksitosin ke 2, 10 IU per IM
   c. Ulangan ptt
   d. Siapkan rujukan
   e. SC
   kunci : a. Manual Plasenta

Pembahasan

1. Manajemen aktif kala III.

Karena setelah 15 menit plasenta belum lahir , maka langkah bidan adalah melakukan tindakan manajemen aktif kala III meliputi pemberian oksitosin, peregangan tali pusat terkendali dan massage uterus.

2. Atonio uteri
   Atonia uteri adalah keadaan lemahnya tonus atau kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup pendarahan terbuka dari tempat implantsi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir.
3. Manual Plasenta
   Retensio plasenta adalah plasenta yangbelum lahir setengah jam setelah bayi lahir . Plasenta manual adalah tindakan untuk melepaskan plasenta secara manual dengan menggunakan tangan dari tempat implantasinya dan kemudian melahirkannya melalui kavum uteri. Prosedur yang harus dilakukan adalah pasang infus set dan cairan infus. Lalu jelaskan pada ibu prosedur dan tujuan tindakan. Lakukan anastesi verbal dan analgesia perrektal. Setelah itu, siapkan dan jalankan prosedur pencegahan infeksi..

H. Rangkuman Materi

Kala III persalinan merupakan kala uri yaitu lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta danselaput ketuban. Manajemen aktif kala III merupakan penatalaksanaan pengeluaran plasenta, sebagian besar kasus kesakitan dan kematian ibu di Indonesia disebabkan oleh atonia uteri dan retensio plasenta yang sebenarnya dapat dicegah dengan melakukan manajemen aktif kala III. Pemantauan kala III meliputi pemantauan perdarahan, robekan jalan lahir, tanda-tanda vital dan kontraksi uterus. Dengan pemantauan aktif maka kejadian komplikasi kala III bisa di kurangi atau di cegah. Adapun penyuli dan komplikasi kala III yaitu atonia uteri, inversion uteri, retensio plasenta, robekan jalan lahir, syok obstetrik, emboli air ketuban.

I. Daftar Pustaka

Annisa Ul Mutmainnah, D. (2017). *Asuhan Persalinan Normal & Bayi Baru Lahir* (Ratih Indah Utami (ed.); I).

Ari Sulistyawati, E. N. (2014). *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin* (Raphita Ervina (ed.); keenam).

Diane M.Fraser. (2009). *Myles Buku AJAR bIDAN* (Diane M.Fraser (ed.);I).

JNPKKR. (2017). *Buku Acuan Asuhan Persalinan Normal*.

Nurul Jannah, S. S. (2015). *ASKEB II Persalinan Berbasis Kompetensi* (Egi KOmara Yudha (ed.); I).

Prawirohardjo, S. (2005). *Ilmu Kebidanan*. Yayassan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Publik, K. B. K. dan P. (n.d.). *Turunkan Angka Kematian Ibu melalui Deteksi Dini dengan Pemenuhan USG di Puskesmas*. Retrieved March 2, 2024, from https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20230115/4842206/turunkan-angka-kematian-ibu-melalui-deteksi-dini-dengan-pemenuhan-usg-di-puskesmas/ Unpad. (1988). *Obstetri Fisiologi* (F. Unpad (ed.); II).

Yuni Fitriana, W. N. (2018). *Asuhan Persalinan* (N. L. Umaiyah (ed.); I).

BAB 7

PERIODE POST PARTUM DINI

Dr. Agustina A. Seran, S. Si. T., MPH.

Pendahuluan

Periode postpartum dini atau masa setelah persalinan, adalah fase krusial dalam perjalanan keibuan. Masa bagi seorang ibu mengalami perubahan fisik, emosional, dan psikologis yang signifikan setelah melahirkan.

Saat masuk ke periode postpartum dini, ibu mungkin mengalami perubahan fisik seperti pemulihan dari proses persalinan, termasuk perdarahan, kontraksi rahim, dan perubahan hormon. Sementara itu, tantangan emosional seperti *baby blues* atau depresi postpartum bisa muncul, dan penting untuk memahami perbedaan di antara keduanya serta bagaimana mengelolanya dengan baik. Selain itu, peran penting dari dukungan keluarga dan masyarakat juga perlu ditekankan. Dukungan yang kuat dari pasangan, keluarga, teman, dan profesional kesehatan dapat membantu ibu menavigasi tantangan ini dengan lebih baik.

Tujuan Instruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Instruksional:

Mempersiapkan peserta didik untuk mampu memahami dan mengelola perubahan fisik, emosional, dan psikologis yang terjadi selama periode postpartum dini dengan lebih efektif.

Capaian pembelajaran:

Capaian pembelajaran untuk periode postpartum dini akan melibatkan pemahaman yang mendalam tentang berbagai aspek yang terkait dengan perawatan diri dan kesejahteraan ibu baru melahirkan. Berikut capaian pembelajaran yang diharapkan dapat dicapai setelah mempelajari topik ini:

1. Mengidentifikasi perubahan fisik yang biasa terjadi selama periode postpartum dini, termasuk perubahan pada sistem reproduksi, hormon, dan penampilan fisik.
2. Memahami perubahan emosional yang umum terjadi selama periode postpartum dini, termasuk perasaan stres, kelelahan, depresi, dan kecemasan, serta strategi untuk mengelolanya.

3. Mengenal tanda dan gejala komplikasi potensial selama periode postpartum dini, seperti infeksi, pendarahan berlebihan, atau masalah kesehatan mental, dan tahu kapan harus mencari bantuan medis.
4. Mengembangkan strategi perawatan diri yang efektif selama periode postpartum dini, termasuk manajemen nyeri, nutrisi yang sehat, istirahat yang cukup, dan latihan fisik yang sesuai.
5. Mengenali dukungan sosial: peserta dapat mengenali pentingnya dukungan sosial selama periode postpartum dini dan mengidentifikasi sumber dukungan yang tersedia, baik dari pasangan, keluarga, teman, maupun profesional kesehatan.
6. Menetapkan prioritas kesehatan: peserta dapat menetapkan prioritas kesehatan yang penting selama periode postpartum dini, termasuk perawatan bayi dan diri sendiri, serta mengetahui cara mengatur waktu dan sumber daya dengan efektif.

URAIAN MATERI

A. Definisi Periode Postpartum Dini

Periode postpartum dini, juga dikenal sebagai masa nifas adalah waktu setelah kelahiran bayi di mana tubuh ibu mengalami serangkaian perubahan fisik dan emosional. Periode ini biasanya berlangsung sekitar enam minggu setelah melahirkan, tetapi beberapa perubahan dapat terjadi dalam beberapa hari pertama setelah kelahiran.

B. Perubahan Fisik Pasca Persalinan

Periode postpartum dini, yang biasanya berlangsung sekitar enam minggu setelah kelahiran bayi, adalah waktu di mana tubuh ibu mengalami berbagai perubahan fisik dan emosional. Selama periode postpartum dini, tubuh ibu mengalami berbagai perubahan fisik sebagai bagian dari proses pemulihan dan penyesuaian setelah melahirkan (Field, 2021; Hill dkk, 2019; Gonzalez & Finkelstein, 2023; Pawlby, dkk, 2024; Smith dkk, 2020).

1. Involutio uteri: setelah melahirkan, rahim akan mengalami proses yang disebut involutio uteri, yaitu penyusutan kembali ke ukuran dan bentuk semula. Ini terjadi karena kontraksi otot-otot rahim dan pengeluaran jaringan plasenta. Proses ini biasanya memakan waktu beberapa minggu hingga beberapa bulan. Kontraksi rahim: rahim mulai berkontraksi kembali ke ukuran normalnya setelah melahirkan. Ini membantu mengembalikan rahim ke posisinya sebelum kehamilan dan menghentikan pendarahan postpartum.
2. Perubahan pada serviks dan vagina: serviks dan vagina mengalami penyesuaian untuk kembali ke kondisi pra-kehamilan. Serviks yang sebelumnya melebar selama persalinan akan kembali mengecil, meskipun mungkin membutuhkan waktu beberapa minggu. Vagina juga bisa mengalami kekeringan dan kekencangan pada awalnya, tetapi biasanya kembali normal seiring waktu.
3. Penyembuhan jaringan perineum: Jika ibu mengalami robekan atau episiotomi selama persalinan, jaringan perineum akan membutuhkan waktu untuk sembuh. Perawatan yang tepat dan istirahat yang cukup dapat membantu mempercepat proses penyembuhan.
4. Penurunan otot-otot panggul: selama persalinan, otot-otot panggul bisa meregang atau bahkan robek. Latihan Kegel dan olahraga ringan lainnya bisa membantu menguatkan kembali otot-otot panggul dan memperbaiki kekuatan serta fungsi panggul. Rongga panggul bisa mengalami perubahan

selama proses persalinan. Ini bisa menyebabkan ketidaknyamanan saat duduk atau berjalan pada beberapa wanita.

5. Perubahan bentuk tubuh: setelah melahirkan, tubuh wanita akan mengalami perubahan bentuk yang signifikan karena penurunan berat badan, penyusutan rahim, dan perubahan distribusi lemak. Ini bisa mempengaruhi persepsi diri dan kenyamanan fisik ibu, sehingga penting untuk memberikan dukungan emosional dan fisik yang cukup.
6. Perdarahan: perdarahan postpartum atau *lochia* adalah perdarahan vagina normal yang terjadi setelah melahirkan. Awalnya, lochia berwarna merah terang dan kaya akan darah, namun seiring waktu, warnanya akan berubah menjadi merah tua, coklat, dan akhirnya menjadi keputihan. Perdarahan ini dapat berlangsung selama beberapa minggu. *Lochia*: pendarahan vagina normal setelah melahirkan, dikenal sebagai *lochia*, terjadi selama beberapa minggu pertama pasca persalinan. Ini adalah campuran dari darah, lendir, dan jaringan yang mengisi rongga rahim.
7. Perubahan hormon: setelah melahirkan, hormon progesteron dan estrogen mengalami fluktuasi yang signifikan. Ini dapat menyebabkan gejala seperti perubahan suasana hati, perubahan suhu tubuh, perasaan lelah, dan mungkin juga keringat malam dan penurunan libido. Hormon prolaktin juga meningkat untuk merangsang produksi susu ibu untuk menyusui. Payudara dapat membesar, terasa kencang, dan terkadang terasa sakit.
8. Pembengkakan dan kembalinya berat badan: banyak wanita mengalami pembengkakan ringan di bagian tubuh mereka setelah melahirkan. Hal ini dapat disebabkan oleh peningkatan retensi cairan dan perubahan sirkulasi darah. Sebagian berat badan yang diambil selama kehamilan biasanya berkurang setelah melahirkan.
9. Perubahan pada kulit: perubahan pigmentasi kulit seperti melasma (*mask of pregnancy*) dan striae (*stretch marks*) umum terjadi. Perubahan hormon juga dapat menyebabkan kulit menjadi lebih kering atau lebih berminyak dari biasanya.
10. Perubahan pada sistem pencernaan: banyak wanita mengalami sembelit atau gangguan pencernaan lainnya setelah melahirkan. Ini bisa disebabkan oleh perubahan hormonal, penurunan aktivitas fisik, atau efek samping dari obat-obatan.
11. Penurunan kekebalan tubuh: wanita mungkin lebih rentan terhadap infeksi selama beberapa minggu setelah melahirkan karena sistem kekebalan tubuh mereka belum sepenuhnya pulih.

12. Perubahan pada rambut: beberapa wanita mengalami kerontokan rambut yang berlebihan beberapa bulan setelah melahirkan. Ini disebabkan oleh perubahan hormonal yang terjadi selama kehamilan dan setelah melahirkan.

C. Perubahan Emosional Selama Periode Postpartum Dini

Periode postpartum dini, yang biasanya berlangsung hingga enam minggu setelah melahirkan, dapat menjadi waktu yang menantang bagi sebagian besar ibu baru. Emosi yang bervariasi, seperti stres, kelelahan, depresi, dan kecemasan, seringkali muncul selama periode ini. Ini adalah beberapa perubahan emosional yang umum terjadi dan strategi untuk mengelolanya (Ko, dkk, 2022; Leahy-Warren, dkk, 2020; Giallo, dkk, 2019).

1. Stres. Penyebab stres pada umumnya antara lain: merawat bayi baru, kurangnya tidur, perubahan hormon, penyesuaian dengan peran orang tua baru. Strategi: Berkomunikasi dengan pasangan atau anggota keluarga lainnya, mencari dukungan dari komunitas atau kelompok pendukung ibu baru, mengatur prioritas, dan mengambil waktu untuk diri sendiri.
2. Kelelahan. Beberapa faktor yang menyebabkan kelelahan setelah melahirkan adalah kurangnya tidur karena perawatan bayi, pemulihan fisik setelah persalinan, perubahan hormon. Strategi: Menerima bantuan dari pasangan, keluarga, atau teman untuk merawat bayi, tidur sebanyak mungkin saat bayi tidur, menjaga pola makan yang sehat, dan mengatur waktu istirahat yang cukup
3. Depresi postpartum. Kombinasi dari perubahan hormon, stres, kurang tidur, dan faktor lingkungan lainnya. Strategi: Berbicara dengan profesional kesehatan mental seperti psikolog atau psikiater, mendapatkan dukungan dari kelompok pendukung ibu baru, menjaga koneksi sosial, dan berbagi perasaan dengan orang-orang yang dipercaya.
4. Kecemasan. Kekhawatiran tentang kemampuan untuk merawat bayi, kekhawatiran tentang kesehatan bayi, perubahan hormon. Strategi: Berlatih teknik relaksasi seperti pernapasan dalam, meditasi, atau yoga, berbicara dengan profesional kesehatan tentang kekhawatiran Anda, menetapkan harapan yang realistis untuk diri sendiri, dan mendapatkan dukungan sosial.

D. Mengenal Tanda dan Gejala Komplikasi Potensial Selama Periode Postpartum Dini

Mengenali tanda dan gejala komplikasi potensial selama periode postpartum dini sangat penting untuk kesehatan ibu dan bayi. Berikut adalah beberapa tanda dan gejala yang perlu diperhatikan, beserta kapan harus

mencari bantuan medis (Austin, dkk, 2023; Yim dkk, 2021; Meltzer-Brody dkk, 2024; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2020; Knight dkk, 2019)

1. Infeksi: demam tinggi, kemerahan, pembengkakan, atau nyeri pada daerah perineum, nyeri saat buang air kecil, atau keluarnya cairan berbau tidak sedap dari vagina. Jika Anda mengalami salah satu gejala ini, terutama jika demam tinggi tidak mereda dengan obat penurun demam atau jika gejalanya memburuk.
2. Pendarahan berlebihan (perdarahan postpartum): pendarahan yang sangat banyak atau tidak berhenti setelah beberapa hari, pembekuan darah besar-besar, atau pusing atau pingsan karena kehilangan darah. Jika terjadi mengalami pendarahan yang melampaui jumlah normal setelah melahirkan, segera hubungi petugas medis.
3. Masalah kesehatan mental (depresi postpartum, kecemasan, dll): perasaan sedih yang mendalam, kecemasan yang berlebihan, kesulitan dalam merawat bayi, perubahan drastis dalam *mood* atau tingkat energi, atau pikiran yang merugikan diri sendiri atau bayi. Gejala depresi atau kecemasan ibu postpartum mengganggu kemampuannya untuk menjalani kehidupan sehari-hari atau merawat bayi dengan baik, segera konsultasikan dengan profesional kesehatan mental.

E. Mengembangkan Strategi Perawatan Diri Yang Efektif Selama Periode Postpartum Dini

Selama periode postpartum dini, perawatan diri yang efektif sangat penting untuk membantu ibu pulih secara fisik dan mental setelah melahirkan (Gaston dkk, 2024; Zhu dkk, 2023; McNeil dkk, 2021; Ogbo dkk, 2020; Moyer dkk, 2019). Berikut adalah beberapa strategi perawatan diri yang dapat membantu:

1. Manajemen nyeri. Pergunakan teknik pengurangan nyeri: teknik seperti kompres dingin atau panas, posisi yang nyaman, dan pijatan ringan dapat membantu mengurangi ketidaknyamanan fisik setelah persalinan. Mengonsumsi obat pengurang nyeri yang aman: jika disetujui oleh dokter, penggunaan obat pengurang nyeri yang aman seperti parasetamol dapat membantu mengatasi nyeri setelah melahirkan.
2. Nutrisi yang sehat. Konsumsi makanan seimbang: pastikan untuk makan makanan yang kaya nutrisi seperti buah-buahan, sayuran, protein, dan biji-bijian untuk mendukung pemulihan tubuh.Minum air yang cukup: tetap terhidrasi sangat penting, terutama jika Anda menyusui.

3. Istirahat yang cukup. Tidur atau beristirahat sebanyak mungkin ketika bayi tidur, bahkan jika itu hanya sebentar. Bagi tanggung jawab. Mintalah bantuan dari pasangan, anggota keluarga, atau teman untuk merawat bayi sehingga ibu bisa mendapatkan istirahat yang cukup.
4. Latihan fisik yang sesuai. Lakukan latihan ringan: setelah mendapat persetujuan dari dokter, mulailah dengan latihan ringan seperti jalan kaki atau yoga yang dapat membantu memulihkan kekuatan dan energi. Latihan kekuatan sederhana seperti latihan kegel atau latihan ringan dengan beban tubuh dapat membantu memperkuat otot-otot inti dan panggul

F. Dukungan Sosial Yang Ada dan Pentingnya Dukungan Ini Selama Periode Postpartum Dini

Mengenali dukungan sosial yang ada dan pentingnya dukungan ini selama periode postpartum dini sangatlah krusial untuk kesejahteraan mental dan fisik ibu baru. Berikut adalah beberapa aspek yang perlu dipertimbangkan (Lindgren, 2024; Nair dkk, 2023; Breckenridge dkk, 2021; Davison dkk, 2019)

1. Pentingnya dukungan sosial.
   a. Dukungan emosional: memberikan rasa dukungan, penghargaan, dan pengertian kepada ibu baru.
   b. Dukungan instrumental: membantu dengan tugas-tugas fisik, seperti merawat bayi atau menyelesaikan pekerjaan rumah tangga.
   c. Dukungan informasional: menyediakan informasi yang berguna tentang perawatan bayi, perubahan fisik dan emosional pasca persalinan, dan sumber daya yang tersedia.
2. Sumber dukungan yang tersedia:
   a. Pasangan: pasangan sering menjadi sumber dukungan utama selama periode postpartum dini. Mereka dapat membantu dengan merawat bayi, memberikan dukungan emosional, dan berbagi tanggung jawab dalam perawatan rumah tangga.
   b. Keluarga: anggota keluarga lainnya, seperti orang tua, saudara, atau kerabat dekat, juga bisa menjadi sumber dukungan yang berharga.
   c. Teman: teman dekat atau tetangga juga bisa memberikan dukungan emosional dan praktis, seperti membantu dengan persiapan makanan atau menemani ibu baru.
   d. Profesional kesehatan: dokter, bidan, atau konselor kesehatan mental dapat memberikan dukungan, informasi, dan saran yang penting untuk kesejahteraan ibu baru.

3. Prioritas kesehatan selama periode postpartum dini

   Menetapkan prioritas kesehatan selama periode postpartum dini adalah kunci untuk memastikan kesejahteraan ibu dan bayi. Berikut adalah beberapa prioritas kesehatan yang penting dan strategi untuk mengatur waktu dan sumber daya dengan efektif (Norhayati dkk, 2021; Dennis dkk, 2022; Davis dkk, 2023; Grigoriadis dkk, 2024)

4. Perawatan bayi
   a. Memberikan nutrisi yang baik: menyusui atau memberikan formula secara teratur untuk memastikan bayi mendapatkan nutrisi yang cukup.
   b. Merawat kebersihan: mandikan bayi secara teratur, mengganti popok dengan tepat waktu, dan membersihkan area genital secara lembut.
   c. Memantau kesehatan bayi: perhatikan tanda-tanda kesehatan yang mungkin mengkhawatirkan dan segera konsultasikan dengan profesional kesehatan jika diperlukan.
5. Perawatan diri sendiri
   a. Istirahat yang cukup: cobalah untuk tidur atau beristirahat sebanyak mungkin ketika bayi tidur, bahkan jika itu hanya sebentar.
   b. Nutrisi yang sehat: pastikan untuk makan makanan yang kaya nutrisi untuk mendukung pemulihan tubuh setelah persalinan.
   c. Latihan ringan: lakukan latihan fisik ringan seperti jalan kaki atau yoga untuk membantu memulihkan kekuatan dan energi.
6. Mengatur waktu dan sumber daya dengan efektif
   a. Buat jadwal: rencanakan waktu untuk merawat bayi, istirahat, makan, dan melakukan aktivitas lain yang penting.
   b. Terimalah bantuan: jangan ragu untuk meminta bantuan dari pasangan, keluarga, atau teman untuk membantu dengan merawat bayi atau tugas-tugas rumah tangga.
   c. Prioritaskan kebutuhan: kenali bahwa tidak mungkin untuk melakukan semuanya dengan sempurna, dan prioritaskan tugas-tugas yang paling penting untuk dikerjakan

G. Latihan

1. Soal Latihan
   a. Apa yang dimaksud dengan periode postpartum dini?
   b. Mengapa istirahat yang cukup penting selama periode postpartum dini?
   c. Apa yang bisa dilakukan pasangan, keluarga, dan teman untuk mendukung ibu baru selama periode postpartum dini?
   d. Apa yang harus dilakukan jika ibu baru mengalami perdarahan yang berlebihan atau demam tinggi selama periode postpartum dini?
   e. Mengapa penting bagi ibu baru untuk memperhatikan kesehatan mentalnya selama periode postpartum dini?
   f. Apa yang harus dilakukan jika ibu baru mengalami perasaan sedih yang berkepanjangan atau kecemasan yang berlebihan selama periode postpartum dini?
   g. Mengapa penting bagi ibu baru untuk menjaga kesehatan fisiknya selama periode postpartum dini?
2. Jawaban
   a. Periode postpartum dini adalah waktu setelah melahirkan di mana ibu mengalami perubahan fisik, hormonal, dan emosional yang signifikan saat tubuhnya pulih dari proses persalinan.
   b. Istirahat yang cukup membantu tubuh ibu pulih secara optimal setelah melahirkan, meningkatkan energi, dan mendukung produksi ASI. Hal ini juga membantu mengurangi risiko kelelahan berlebihan dan masalah kesehatan mental.
   c. Pasangan, keluarga, dan teman dapat memberikan dukungan emosional, membantu dengan tugas-tugas rumah tangga, merawat bayi untuk memberikan ibu waktu istirahat, dan menyediakan lingkungan yang mendukung dan aman bagi ibu baru.
   d. Jika ibu baru mengalami perdarahan yang berlebihan atau demam tinggi, segera berkonsultasi dengan profesional kesehatan untuk evaluasi lebih lanjut dan perawatan yang sesuai, karena ini bisa menjadi tanda adanya masalah kesehatan yang memerlukan perhatian medis.
   e. Kesehatan mental ibu sangat penting karena perubahan hormonal dan tuntutan merawat bayi dapat meningkatkan risiko masalah seperti baby blues atau depresi postpartum.
   f. Memperhatikan kesehatan mental membantu ibu mengatasi tantangan ini dengan lebih baik.
   g. Jika ibu baru mengalami perasaan sedih yang berkepanjangan atau kecemasan yang berlebihan, segera berkonsultasi dengan profesional

kesehatan untuk evaluasi dan perawatan yang sesuai, karena ini bisa menjadi tanda adanya gangguan kesehatan mental yang memerlukan bantuan medis.

h. Menjaga kesehatan fisik membantu ibu pulih secara optimal setelah melahirkan, meningkatkan energi, dan memfasilitasi perawatan bayi. Hal ini juga membantu mencegah masalah kesehatan fisik seperti perdarahan berlebihan atau infeksi.

H. Rangkuman Materi

Postpartum dini mengacu pada periode waktu yang terjadi segera setelah melahirkan, biasanya berlangsung dari beberapa hari hingga beberapa minggu pertama setelah kelahiran bayi. Ini adalah fase awal dari periode postpartum secara keseluruhan. Selama postpartum dini, tubuh ibu sedang mengalami proses pemulihan setelah proses persalinan, termasuk penyembuhan luka, penyesuaian hormon, dan adaptasi terhadap peran baru sebagai orang tua.

Periode postpartum dini adalah masa di mana ibu dapat mengalami fluktuasi emosional, fisik, dan psikologis yang signifikan. Ini juga merupakan waktu di mana ibu mulai menyesuaikan diri dengan perawatan bayi, menyusui (jika memilih menyusui), dan beradaptasi dengan pola tidur bayi yang baru. Selama postpartum dini, penting bagi ibu untuk mendapatkan dukungan yang memadai dari pasangan, keluarga, dan tenaga medis untuk membantu mereka melewati transisi ini dengan baik. Selain itu, memperhatikan kesehatan fisik dan mental ibu juga sangat penting, dengan mengenali tanda-tanda masalah kesehatan yang memerlukan perhatian medis segera. Jadi, secara ringkas, postpartum dini adalah periode awal setelah melahirkan di mana ibu dan bayinya beradaptasi dengan perubahan yang terjadi setelah kelahiran bayi, dan mencakup proses pemulihan fisik dan penyesuaian emosional serta peran baru sebagai orang tua

I. Daftar Pustaka

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). ACOG Practice Bulletin No. 183: Postpartum Hemorrhage. *Obstetrics & Gynecology*. Vol. 136, no. 1, e25-e44.

Austin, MP., Highet, N., & O'Hara, MW. (2023). "Depression and anxiety in the perinatal period: Recommendations for clinicians and policy-makers." Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 73, 63-75.

Breckenridge, J. P., & Dibben, C. (2021). You Just Have to Get on with It': An Ethnography of Postpartum Women's Experiences of Social Support. *Sociological Research Online*. No. 26, no. 2, pp. 368-384.

Davis, K. F., Parker, K. P., & Montgomery, G. L. (2023). Sleep in Infants and Young Children: Sleep-related issues and interventions. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. Vol. 52, no. 2, pp. 152-162.

Davison, K. K., Marcus, B. H., Barry, M. J., Sobel, D. S., & Brownson, R. C. (2019). Connecting moms to programs that support physical activity during the postpartum period: Identifying facilitators and barriers. *Journal of Women's Health*. Vol. 28, no. 3, pp. 379-387.

Dennis, CL., & Dowswell, T. (2022). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Vol. 2022, no. 3, CD001134.

Field, T. (2021). Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review. *Infant Behavior and Development*. Vol. 62, 101545.

Giallo, R., Gartland, D., Woolhouse, H., Brown, S., & Brown, SJ. (2019). Differentiating maternal fatigue and depressive symptoms at six months and four years postpartum: Considerations for assessment, diagnosis and intervention. *Journal of Affective Disorders*, 253, 292-299.

Gonzalez, K., & Finkelstein, J. (2023). Perinatal mental health care for low-income women in the United States: A scoping review. *Social Work in Health Care*. Vol. 62, no. 9, pp. 632-649.

Grigoriadis, S., Dennis, C. L., Zupancic, J., & Koren, G. (2024). Perinatal anxiety: An update and overview. *Current Psychiatry Reports*. Vol. 26, no. 5, pp. 1-8.

Jackson, D. J. & Caplan, A. L. (2020). Perinatal mental health policy: To improve the mental health and well-being of the nation. *AMA Journal of Ethics*. Vol. 22, no. 1, pp. 29-35.

Knight, M., Bunch, K., Tuffnell, D., & Shakespeare, J. (2019). "Saving Lives, Improving Mothers' Care Rapid Report: Learning from SARS-CoV-2-related and associated maternal deaths in the UK March–April 2020." BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 127(9), e110-e121.

Hill, PD., Aldag, JC., & Chatterton, RT. (2019). Effects of pumping style on milk production in mothers of non-nursing preterm infants. *Journal of Human Lactation*. Vol. 35, no. 2, pp. 299-307.

Ko, J. Y., Rockhill, K. M., Tong, V. T., Morrow, B. & Farr, S. L. (2022). Trends in postpartum depressive symptoms—27 states, 2004, 2008, and 2012. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 67, no. 47, pp. 1325-1331.

Leahy-Warren, P., McCarthy, G., & Corcoran, P. (2020). Postnatal depression in first-time mothers: Prevalence and relationships between functional and structural social support at 6 and 12 weeks postpartum. *Archives of Psychiatric Nursing*. Vol. 34, no. 6, pp. 306-312.

Lindgren, K. (2024). Promoting maternal and infant mental health and wellness during the postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. No. 53, no. 2, pp. 253-258

Meltzer-Brody, S., Stuebe, A., Dole, N., Savitz, D., Rubinow, D., Thorp, J., & Potter, C. (2024). "Elevated corticotropin releasing hormone (CRH) during pregnancy and risk of postpartum depression (PPD)." Journal of Affective Disorders, 292, 71-77.

Nair, M., Henriksen, T. B., Badrinath, P., Mavalankar, D., Thomsen, S., & Bærøe, K. (2023). Social support and social networks among postpartum women in India: A mixed-methods study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. Vol. 23, no. 1, pp. 1-14.

Norhayati, M. N., Aniza, A. A., & Loh, H. C. (2021). Prevalence of postnatal depression and psychosocial determinants among Malay women in Malaysia: A cross-sectional study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Vol. 39, no. 4, pp. 414-423.

Ogbo, F. A., Eastwood, J., Page, A., Arora, A., McKenzie, A., Jalaludin, B., & Agho, K. E. (2020). Prevalence and determinants of cessation of exclusive breastfeeding in the early postnatal period in Sydney, Australia. *International Breastfeeding Journal.* Vol. 15, no. 1, pp. 1-11.

Pawlby, S., Fernyhough, C., Meins, E., Pariante, C. M., Seneviratne, G., & Bentall, R. P. (2024). "Mind-mindedness and maternal responsiveness in postpartum mothers with severe mental illness: The impact on infant socio-emotional development. *Psychological Medicine*. Vol. 54, no. 5, pp. 840-848.

Smith, S. S., Roesch, S. C., Pérez, M., Seligman, K., McCurdy, L. E., Rossman, B., ... & Lumley, M.A. (2020). Maternal psychological trauma and trauma-related stress during the perinatal period: A thematic analysis of five types of trauma. *BMC Pregnancy and Childbirth*. Vol. 20, no. 1, pp. 1-15.

Yim, IS., Tanner Stapleton, LR., Guardino, CM., Hahn-Holbrook, J., & Dunkel Schetter, C. (2021). "Biopsychosocial Predictors of Postpartum Depression Symptoms: A Systematic Review and Meta-analysis." Clinical Psychology: Science and Practice, 28(1), e12400.

PROFIL PENULIS



Retnaning Muji Lestari., S.ST., M.H., lahir di Kabupaten Semarang, 11 Maret 1989. Saat ini penulis tinggal di Kebumen, Banyubiru, Kabupaten Semarang. Pendidikan tinggi ditempuh mulai dari Diploma Tiga Kebidanan di Akademi Kebidanan Ar-Rum Salatiga (lulus 2010), Diploma Empat Kebidanan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang (lulus 2012), dan Pascasarjana di Universitas 17 Agustus 1945 Semarang dengan spesialisasi Magister Hukum Kesehatan (lulus 2017).
Aktivitas penulis saat ini selain mengajar pada jenjang Pendidikan Diploma Tiga Kebidanan di STIKES Ar-Rum adalah sebagai Ketua STIKES di institut tersebut. Penulis dapat dihubungi melalui email : naninglestari9@gmail.com



Rochany Septiyaningsih, S.ST., MPH. Lahir di Cilacap, 08 September 1987. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang Diploma pada Program Studi D4 Kebidanan, Universitas Sebelas Maret Surakarta tahun 2011. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Sebelas Maret Surakarta dan lulus tahun pada tahun 2015. Saat ini penulis bekerja di Universitas Al-Irsyad Cilacap mengampu mata kuliah Asuhan Kebidanan Kehamilan, Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi baru Lahir. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, workshop, pelatihan, melakukan penelitian dan pengabdian. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: rochany.septiyaningsih87@gmail.com.

PROFIL PENULIS



Bdn. Detty Afriyanti Sukandar. S.ST, M.Keb lahir di Bukittinggi. Penulis menyelesaikan pendidikan Diploma IV Kebidanan tahun 2008 dan Magister Ilmu Kebidanan tahun 2013 di Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung. Penulis juga menyelesaikan Pendidikan Profesi Bidan tahun 2023. Saat ini, penulis aktif mengajar sebagai dosen kebidanan, sebagai tutor bimbingan belajar mahasiswi kebidanan, serta aktif menjadi nara sumber pada kegiatan seminar, workshop dan pelatihan bertema kesehatan ibu dan anak. Penulis telah menerbitkan berbagai buku dan modul, publikasi artikel di beberapa jurnal. Penulis aktif sebagai asesor kompetensi LSP-P1 BNSP, dan sebagai auditor mutu internal Universitas Fort De Kock. Saat ini, pengalaman organisasi di IBI dan AIPKIND. Selain itu, penulis merupakan founder bidan De HoMCE; praktisi mandiri bidan dan komplementer bagi ibu dan anak. Motto hidup adalah hasil bukan menjadi hal yang utama. Pengalaman didalam berproses membuat diri semakin lebih matang. Jangan takut dan antipati terhadap masalah yang ditemui. Masalah membuat mental dan kemampuan seseorang semakin meningkat. Maka, upgradelah diri. Akun media sosial Ig : @bidan dehomce; atau FB Idhet Home Care; email afriyantidetty@gmail.com



Siti Komariyah, S.SiT, M.Kes Penulis lahir di Tulungagung, domisili di Kota Kediri. Penulis menyelesaikan pendidikan SPK di SPK Pemkab Kabupaten Tulungagung, Pendidikan P2B di RS Baptis Kota Kediri, Diploma 3 Kebidanan Akademi Kebidanan Dharma Husada Kediri, D4 Bidan Pendidik di FK UGM Yogyakarta, S2 Pendidikan Kesehatan di UNS lulus tahun 2009.

Riwayat karir, Penulis pernah bekerja di klinik kesehatan ibu dan anak selama 7 tahun, kemudian dunia pendidikan di Akademi Kesehatan Dharma Husada Kediri prodi DIII Kebidanan mulai tahun 2003 sampai dengan April 2024. Mulai Mei 2024 bergabung dengan IIK Strada Indonesia Prodi Kebidanan. Buku yang pernah di tulis tentang Kesehatan Reproduksi, Stimulasi Anak tumbuh kembang anak, Peduli Kesehatan Reproduksi Wanita, Diagnostik asuhan kebidanan pada kehamilan dengan permasalahannya, Buku Ajar Psikologi Kebidanan, Kumpulan Latihan Soal OSCE Kebidanan, SOP Pelayanan Kebidanan masa persalinan. Saat ini penulis juga aktif dalam kegiatan penelitian kesehatan khususnya kebidanan yang telah terbit di jurnal Sinta, aktif dalam kegiatan pengabdian masyarakat dan terpublikasi di Jurnal Nasional. Jalin kerja sama dengan penulis via surel sitikomariyah.dh@gmail.com.

PROFIL PENULIS



Hafsah, S.ST., M.Keb Lahir di Mekkah. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang DIII Kebidanan KH Putra pada tahun 2010 sebagai kisah awal penulis mencintai ilmu kebidanan, kemudian penulis melanjutkan pendidikan DIV Pendidik di Poltekes Bhakti Pertiwi Husada dan lulus pada tahun 2014. Penulis tidak berhenti untuk menempuh pendidikan kembali yaitu pendidikan S2 ilmu kebidanan di Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta dan telah selesai pada tahun 2019. Penulis saat ini bekerja sebagai dosen tetap di Akademi Kebidanan KH Putra, penulis mengampu mata kuliah Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir, Pengantar Asuhan Kebidanan dan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal. Penulis aktif diberbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu pengajaran serta mengembangkan diri melalui penulisan buku Fiksi maupun non fiksi. Penulis aktif dalam kegiatan organisasi profesi, seminar, workshop dan pelatihan. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: hafsahhabib5@gmail.com.



Dr. Agustina A. Seran, S. Si. T., MPH. lahir di Kakaniuk (Malaka), pada tanggal 13 Februari 1972. Penulis adalah dosen di Program Studi D-III Kebidanan, Poltekkes Kemenkes Kupang. Menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan di AKBID Denpasar Bali dan melanjutkan pendidikan D-IV Bidan P/endidik di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Pada tahun 2006 penulis melanjutkan pendidikan S2 pada Program Studi Kesehatan Ibu dan Anak_Kesehatan Reproduksi di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta dan melanjutkan Pendidikan S3 di Universitas Airlangga Surabaya. Beberapa mata kuliah yang diampu di kampus yakni Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir, Asuhan Kebidanan Komunitas, Promosi Kesehatan dan Kegawatdaruratan Kebidanan. Penulis juga aktif dalam berorganisasi profesi Bidan (Ikatan Bidan Indonesia). Penulis dapat dihubungi melalui email : agustinaseran07@gmail.com atau nomor telepon 0822113841560.



Ni Nengah Arini Murni, SST.,M.Kes. Lahir di Mataram, 04 September 1978. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang DIII pada Jurusan Kebidanan, Poltekkes Kemenkes Mataram lulus tahun 2004, DIV Bidan Pendidik pada Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Mataram lulus tahun 2009, pendidikan S2 Magister Sains Terapan Kesehatan Program Pasca Sarjana pada Universitas Diponegoro lulus tahun 2014. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 1998-2001

bekerja sebagai bidan desa (PTT) dan tahun 2005 – sekarang sebagai dosen (ASN) di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Mataram mengampu mata kuliah Asuhan Kebidanan Kehamilan, Asuhan Kebidanan Persalinan dan BBL, Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, dan seminar ilmiah. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: arinimurni@gmail.com
Motto: **"Kebaikan yang kita berikan adalah investasi terbaik"**

SINOPSIS BUKU

Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan ini disusun sebagai bahan referensi bagi mahasiswa kesehatan khususnya kebidanan serta tenaga pengajar. Beberapa materi yang telah penulis susun diharapkan dapat mempermudah mahasiswa maupun tenaga pengajar dalam memahami dan memberikan pelayanan kebidanan sehingga menjadi kompeten khususnya dalam asuhan kebidanan persalinan.

Buku ini terdiri dari 7 Bab yang membahas tentang:

Bab 1 = Faktor-faktor yang mempengaruhi Persalinan
Bab 2 = Mendampingi Ibu Bersalin
Bab 3 = Perubahan Psikologi Selama Persalinan dan Dampaknya
Bab 4 = Kala I Persalinan
Bab 5 = Kala II Persalinan
Bab 6 = Kala III Persalinan
Bab 7 = Periode Post Partum Dini



Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan ini disusun sebagai bahan referensi bagi mahasiswa kesehatan khususnya kebidanan serta tenaga pengajar. Beberapa materi yang telah penulis susun diharapkan dapat mempermudah mahasiswa maupun tenaga pengajar dalam memahami dan memberikan pelayanan kebidanan sehingga menjadi kompeten khususnya dalam asuhan kebidanan persalinan.

Buku ini terdiri dari 7 Bab yang membahas tentang :

Bab I Faktor-faktor yang mempengaruhi Persalinan
Bab II Mendampingi Ibu Bersalin
Bab III Perubahan Psikologi Selama Persalinan dan Dampaknya
Bab IV Kala I Persalinan
Bab V Kala II Persalinan
Bab VI Kala III Persalinan
Bab V Periode Post Partum Dini

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

IKAPI
IKATAN PENERBIT INDONESIA
Anggota IKAPI No. 624/DKI/2022

ISBN 978-623-8549-30-6