

ASUHAN KEBIDANAN II

Persalinan

edisi
revisi

TIM

Ai Yeyeh Rukiah, S.Si.T
Lia Yulianti, Am. Keb, MKM
Hj. Maemunah, Am. Keb, M.Kes
Hj. Lilik Susilawati, Am.Keb, M.Kes

ASUHAN KEBIDANAN 2 (PERSALINAN)

EDISI
REVISI

Penting Untuk Dibaca...!

Penerbit

Adalah rekanan pengarang dalam menerbitkan sebuah buku. Penerbit mempunyai hak untuk menerbitkan dan mendistribusikan buku

Pengarang

Adalah pencipta naskah buku yang menyerahkan naskah hasil karangannya kepada penerbit yang ditunjuk untuk menerbitkan hasil karyanya. Pengarang mempunyai hak penuh atas karyanya dan mendapat imbalan berupa royalti, sesuai dengan perjanjian yang telah disepakati dengan penerbit

Pembajak

Adalah pihak luar yang tidak ada ikatan dengan pengarang dan penerbit dalam hal apapun, maka sangat tidak dibenarkan untuk menerbitkan dan mendistribusikan buku.

Untuk menghargai dan menambah motivasi para penulis dalam menghasilkan karya-karyanya untuk diterbitkan, hendaknya anda tidak menggunakan buku hasil bajakan.

Kutipan Pasal 72:
Sanksi Pelanggaran Hak Cipta
(Undang-Undang No. 19 tahun 2002)

1. Barang Siapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 2 ayat (1) Dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1(satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp. 1.000.000.00, (satu juta rupiah) atau pidane penjara paling lama 7 (tahun) tahun dan/atau denda paling banyak Rp. 5.000.000.000.00, (lima milyar rupiah)
2. Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan atau menjual kepada umum suatu hak cipta atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp. 500.000.000.00 (lima ratus juta rupiah)

ASUHAN KEBIDANAN 2 (PERSALINAN)



Ai Yeyeh Rukiyah, S.Si.T, MKM
Lia Yulianti, Am.Keb, MKM
Hj. Maemunah Amkeb., M.Kes
Hj. Lilik Susilawati Amkeb., M.Kes

Penerbit : Trans Info Media, Jakarta

Asuhan Kebidanan 2 (Persalinan)

Penulis : Ai Yeyeh S.Si.T, MKM
Lia Yulianti, Am.Keb, MKM
Hj. Maemunah Amkeb., M.Kes
Hj. Lilik Susilawati Amkeb., M.Kes

Layout : Jusirm@n / Ari M@ftuhin

Design kulit muka : Fadzri Wira Nugraha

Diterbitkan pertama kali oleh:
CV. Trans Info Media

Jl. Man VI No. 74 Rt 008 Rw 04 Kel. Kampung Dukuh
Kec. Kramat Jati Jak-Tim, DKI Jakarta 13550
Telp. (021) 97924048, 98782206 / Fax. (021)-32806614
Sms: 0813 1164 2419

E-mail : penerbit_tim@yahoo.com

Facebook : Penerbit Buku Kesehatan Twitter : @BukuTim

Hak cipta dilindungi Undang-Undang
Dilarang mengutip, memperbanyak dan menerjemahkan
sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun tanpa
izin tertulis dari penerbit

Kode Tahun Cetakan : 09, 11, 14

Perpustakaan Nasional : Katalog Dalam Terbitan (KDT)
Yeyeh, Ai

Asuhan Kebidanan 2 (Persalinan)/Ai Yeyeh S.Si.T,
MKM, Lia Yulianti, Am.Keb, MKM, Hj. Maemunah
Amkeb., M.Kes, Hj. Lilik Susilawati Amkeb., M.Kes;
Jakarta : TIM, 2009

Ukuran buku : 14 x 21 cm; x + 205 hal.
ISBN : 978-602-202-055-4



KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr.Wb

Puji syukur Alhamdulillah kami panjatkan ke hadirat Allah SWT atas rahmat dan ridho-Nya sehingga buku "Asuhan Kebidanan 2 (Persalinan)" ini dapat diterbitkan.

Buku Asuhan Kebidanan 2 (Persalinan) ini diharapkan dapat memberikan wawasan guna membekali mahasiswa dalam menjalankan tugas pokok dan fungsinya sebagai bidan di masyarakat yang akan datang.

Pembahasan materi dalam buku ini terdiri dari beberapa unit belajar, meliputi :

- Unit Belajar 1 : Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Dalam Masa Persalinan
- Unit Belajar 2 : Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan
- Unit Belajar 3 : Kebutuhan Dasar Selama Persalinan dan Perubahan Fisik dan Psikologi Kala I
- Unit Belajar 4 : Manajemen Kala I
- Unit Belajar 5 : Memberikan Asuhan Pada Ibu Bersalin Kala II
- Unit Belajar 6 : Melakukan Amniotomi, Episiotomi dan Deteksi Dini Pada Kala II



Unit Belajar 7 : Memberikan Asuhan Pada Ibu Bersalin Kala III dan Deteksi Dini Pada Kala III

Unit Belajar 8 : Memberikan Asuhan Pada Ibu Bersalin Kala IV dan Bayi Baru Lahir

Unit Belajar 9 : Pendokumentasian Hasil Asuhan

Dalam kesempatan ini juga, penulis mengucapkan terima kasih kepada rekan-rekan dosen yang telah membantu, diantaranya : Abdul Haris SH. Drs. H. Sumitra M.Kes. dr. Leli Purnamawati, M.Kes, Hj. Ella N. Amkeb. M.Kes., Hj. Rosmiati Amkeb. M.Kes., Hj. Maryati M.Kes., Hj. Yayah S.Si.T. H. Heru Prihanto S.Sos., Sri Rahayu S.Si.T., Oon Sopiah S.Si.T. Ruci'ah S.Si.T., Erneida Nelly S.Si.T., Nurhidayati S.Si.T., Sudhiharti S.Si.T., Hj. Hasnerita S.Si. T. M.Kes., Debyanti SST., Hj. Ilah Sulsilah S.Si.T. M.kes., Galuh Nugraheni S.Si.T. M.Kes., Hj. Narmi S.Si.T. M.Kes., Dr. H. Memed, MM, Spd., Dr. Dj. Rumahorbo, SH, MM., Drs. H. Djenal Muslih, MM, MBA., Drs. Nasrul Efendi, M.Kes. Drs. H Erialdy, MM, M.Kes., Sandra Fikawati, drg, MPH., dr. Adi SpOg., Mera Harnamah S.Si. T. M.Kes., Nina S.Si.T. M.Kes., Tia Suciati S.Si.T., Dora Handika, S.Si.T., dr. Ai Yusrini, MKM., Ramini, AM.Keb, M.Kes., Jojo S.Si.T. M.Kes., Bd. Hj. Iyet, Bsc, Diplo., Rizki Noviana P, Amkeb., MARS., Imas Sumiarti SKM., Drs. Saprudin M.Kes., Siti Aminah M.Kes., serta rekan-rekan dosen yang tidak disebut namanya.

"Tak ada gading yang tak retak" begitulah kata pepatah dan begitu pun kami sebagai penyusun. Kami menyadari bahwa buku ini masih jauh dari sempurna, untuk itu penyusun mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun guna perbaikan buku ini pada edisi-edisi berikutnya.

Wabillahittaufiq wal hidayah Wassalamu'alaikum Wr.Wb.

Purwakarta, Agustus 2009

Penulis



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI	vii
UNIT BELAJAR : 1	
KONSEP DASAR ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU DALAM MASA PERSALINAN	1
☒ PENGERTIAN PERSALINAN	1
☒ SEBAB-SEBAB MULAINYA PERSALINAN	3
☒ TAHAPAN PERSALINAN (KALA I, II, III, IV)	5
☒ MEKANISME PERSALINAN DENGAN PRESENTASI KEPALA	8
☒ ASUHAN PERSALINAN	10
☒ TANDA-TANDA PERSALINAN	11
☒ KEBIJAKAN PELAYANAN ASUHAN PERSALINAN	12
☒ TANDA-TANDA BAHAYA PERSALINAN	15
UNIT BELAJAR : 2	
FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERSALINAN	17
☒ TENAGA (POWER)	17
☒ JANIN DAN PLASENTA (PASSENGER).....	22
☒ JALAN LAHIR (PASSAGE)	26
☒ PSIKIS IBU BERSALIN	29
☒ PENOLONG.....	29



UNIT BELAJAR : 3

KEBUTUHAN DASAR SELAMA PERSALINAN DAN PERUBAHAN FISIK DAN PSIKOLOGI KALA I	31
☒ KEBUTUHAN IBU SELAMA PERSALINAN NORMAL	31
☒ PERUBAHAN FISIK.....	33
☒ PERUBAHAN PSIKOLOGIS PADA IBU BERSALIN	35

UNIT BELAJAR : 4

MANAJEMEN KALA I	41
☒ ASUHAN KALA I	41
☒ PENGGUNAAN PARTOGRAF.....	42
☒ MEMBERIKAN DUKUNGAN PERSALINAN.....	53
☒ PENGURANGAN RASA SAKIT.....	56
☒ PERSIAPAN PERSALINAN (DEPKES RI 2007).....	65
☒ PEMENUHAN KEBUTUHAN FISIK DAN PSIKOLOGIS IBU DAN KELUARGA.....	67
☒ TANDA BAHAYA KALA I.....	74
☒ PENDOKUMENTASIAN KALA I.....	74

UNIT BELAJAR : 5

MEMBERIKAN ASUHAN PADA IBU BERSALIN KALA II	
☒ ASUHAN KALA II	85
☒ PERUBAHAN FISILOGIS PADA KALA II PERSALINAN	86
☒ ASUHAN SAYANG IBU DAN POSISI MENERAN	91
☒ MEKANISME PERSALINAN NORMAL: PANGGUL DAN FETAL SKULL.....	97
☒ MENOLONG PERSALINAN SESUAI APN	102
☒ KEBUTUHAN IBU DALAM KALA II	118

UNIT BELAJAR : 6

MELAKUKAN AMNIOTOMI, EPISIOTOMI DAN DETEKSI DINI PADA KALA II	121
☒ MELAKUKAN AMNIOTOMI DAN EPISIOTOMI	121
☒ MENDETEKSI ADANYA KOMPLIKASI DAN PENYULIT PERSALINAN KALA II DAN CARA MENGATASINYA	127

☒ TEMUAN KEADAAN NORMAL DAN ABNORMAL DARI PATOGRAF.....	127
☒ BAHU MACET, LETAK MUKA, LETAK SUNGSANG	132
☒ GEMELLI (KEHAMILAN GANDA).....	143

UNIT BELAJAR : 7

MEMBERIKAN ASUHAN PADA IBU BERSALIN KALA III DAN DETEKSI DINI PADA KALA III	145
☒ MEMBERIKAN ASUHAN PADA IBU BERSALIN KALA III	145
☒ FISILOGI KALA III	145
☒ MEKANISME PELEPASAN PLASENTA	146
☒ PENGAWASAN PERDARAHAN.....	146
☒ MANAJEMEN AKTIF KALA III	146
☒ PEMERIKSAAN PLASENTA, SELAPUT KETUBAN DAN TALI PUSAT	147
☒ PEMANTAUAN: KONTRAKSI, ROBEKAN JALAN LAHIR DAN PERINEUM; TANDAVITAL: HYGIENE.....	148
☒ KEBUTUHAN IBU PADA KALA III	149
☒ PENDOKUMENTASIAN KALA III	149
☒ MENDETEKSI ADANYA KOMPLIKASI DAN PENYULIT PERSALINAN KALA III DAN CARA MENGATASINYA	152
☒ PERDARAHAN PADA KALA III: ATONIA UTERI, RESTENSIO PLASENTA, PERLUKAAN JALAN LAHIR	152

UNIT BELAJAR : 8

MEMBERIKAN ASUHAN PADA IBU BERSALIN KALA IV DAN BAYI BARU LAHIR	155
☒ MEMBERIKAN ASUHAN PADA IBU BERSALIN KALA IV	155
☒ MELAKUKAN PENJAHITAN LUKA EPISIOTOMI/LASERASI.....	160
☒ MEMBERIKAN ASUHAN PADA BAYI SEGERA PADA MASA SETELAH LAHIR	165
☒ ADAPTASI FISILOGIS BBL TERHADAP KEHIDUPAN DI LUAR UTERUS	165

☒ PERLINDUNGAN TERMAL (TERMOREGULASI).....	169
☒ PEMELIHARAAN PERNAFASAN.....	169
☒ PEMOTONGAN DAN PERAWATAN TALI PUSAT.....	170
☒ EVALUASI NILAI APGAR	172
☒ ASFIKIA DAN RESUSITASI PADA BAYI BARU LAHIR ...	173
☒ BOUNDING ATTACHMENT PEMBERIAN ASI AWAL.....	177
☒ MEMULAI PEMBERIAN ASI	182

UNIT BELAJAR : 9

PENDOKUMENTASIAN HASIL ASUHAN	187
-------------------------------------	-----

☒ PENDOKUMENTASIAN HASIL ASUHAN	187
---------------------------------------	-----

☒ CONTOH CATATAN SOAP: INTRAPARTUM	190
--	-----

RIWAYAT PENULIS	201
-----------------------	-----

DAFTAR PUSTAKA.....	203
---------------------	-----

Unit Belajar 1

**KONSEP DASAR ASUHAN
KEBIDANAN PADA IBU DALAM
MASA PERSALINAN**

PENGERTIAN PERSALINAN

Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologis yang normal. Kelahiran seorang bayi juga merupakan peristiwa sosial yang ibu dan keluarga menantikannya selama 9 bulan. Ketika persalinan dimulai, peranan ibu adalah melahirkan bayinya. Peran petugas kesehatan adalah memantau persalinan untuk mendeteksi dini adanya komplikasi di samping itu bersama keluarga memberikan batuan dan dukungan pada ibu bersalin (Saifuddin, 2006).

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagia ke dunia luar (Prawirohardjo, 2007). Sedangkan persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan yang cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi pada ibu maupun pada janin (Wiknjosastro dalam Prawirahardjo, 2005).

Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar dengan presentasi belakang kepala tanpa memakai alat-alat atau pertor-



longan istimewa serta tidak melukai ibu dan bayi, dan umumnya berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam (Prawirohardjo, 1997, hal 180).

Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) dari dalam uterus (rahim) dengan presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa alat atau pertolongan istimewa yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lamanya persalinan berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin. (Sarwono, 2000).

1. Persalinan Berdasarkan Teknik

Persalinan Spontan, yaitu Persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir.

Persalinan Buatan yaitu Persalinan dengan tenaga dari luar dengan ekstraksi forceps, ekstraksi vakum dan sectio sesaria.

Persalinan anjuran yaitu Persalinan tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin aprostaglandin (Mochtar, 1983 : 221-223).

2. Persalinan Berdasarkan Umur Kehamilan

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

Partus Immaturus : pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu dan 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500 gram dan 999 gram.

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

Partus Maturus atau aterm : pengeluaran buah kehamilan antara 37 minggu dan 42 minggu dengan berat badan bayi di atas 2500 gram.

Partus Postmaturus (serotinus) : Pengeluaran buah kehamilan setelah 2 minggu atau lebih dari waktu persalinan yang ditaksirkan. (Mochtar. 1988:91)

3. Klasifikasi Persalinan

Partus matur atau aterm adalah partus dengan kehamilan 37-40 minggu, janin matur, berat janin diatas 2500 gram, partus prematur adalah dari hasil konsepsi yang dapat hidup tetapi belum aterm/cukup bulan, berat janin 100-2500 gram atau umur kehamilan 28-36 minggu. Partus post matur/serotinus adalah partus terjadi dua minggu atau lebih dari waktu yang telah diperkirakan atau taksiran partus. Abortus adalah penghentian kehamilan sebelum janin viabel, berat janin kurang dari 1000 gram, umur kehamilan kurang dari 28 minggu.

SEBAB-SEBAB MULAINYA PERSALINAN

Sebab yang mendasari terjadinya partus secara teoritis masih merupakan kumpulan teoritis yang kompleks teori yang turut memberikan andil dalam proses terjadinya persalinan antara lain; Teori hormonal, Prostaglandin, Struktur uterus, Sirkulasi uterus, pengaruh Saraf dan Nutrisi hal inilah yang diduga memberikan pengaruh sehingga partus dimulai.

1. Penurunan kadar Progesteron

Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaiknya estrogen meningkatkan kontraksiotot rahim. Selama kehamilan, terdapat keseimbangan antara kadar progesterone dan estrogen di dalam darah tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his.

2. Teori Oxytosin

Pada akhir kehamilan kadar Oxytosin bertambah. Oleh karena itu timbul kontraksi Otot-otot rahim.

3. Peregangan Otot-otot

Dengan majunya kehamilan, maka makin tereganglah Otot-otot rahim sehingga timbullah kontraksi untuk mengeluarkan janin.

4. Pengaruh Janin

Hipofise dan kadar suprarenal janin rupanya memegang peranan penting oleh karena itu pada ancephalus kelahiran sering lebih lama.

5. Teori Prostaglandin

Kadar prostaglandin dalam kehamilan dari minggu ke-15 hingga aterm terutama saat persalinan yang menyebabkan kontraksi miometrium (Mochtar. 1983 : 223).

Selanjutnya dengan berbagai tindakan, persalinan dapat pula dimulai, misalnya: dengan merangsang pleksus frankenhauser dengan memasukkan beberapa gagang laminaria dalam kanalis servikalis, Pemecahan ketuban, Penyuntikan eksitosin, pemakaian prostaglandin.

Secara mikroskopis perubahan perubahan biokimia dalam tubuh wanita hamil sangat menentukan seperti perubahan Hormone Estrogen dan Hormone Progesterone. Seperti kita ketahui bahwa Hormone Estrogen merupakan penenang bagi otot otot uterus, menurunnya hormone ini terjadi kira kira 1 2 minggu sebelum partus dimulai.

Kadar prostaglandin cenderung meningkat ini terjadi mulai kehamilan usia 15 minggu hingga aterm lebih lebih pada saat partus berlangsung, plasenta yang mulai menjadi tua seiring dengan tuanya usia kehamilan. Keadaan uterus yang terus membesar dan menegang mengakibatkan terjadinya iskemik otot otot uterus hal ini juga yang diduga menjadi penyebab terjadinya gangguan sirkulasi utero-plasenter sehingga plasenta mengalami degenerasi.

Faktor lain yang berpengaruh adalah berkurangnya jumlah nutrisi, hal ini pertama kali dikemukakan oleh Hipokrates; bila nutrisi pada janin berkurang maka hasil konsepsi akan dikeluarkan. Faktor lain yang dikemukakan adalah tekanan pada ganglion servikale dari pleksus frankenhauser yang terletak dibelakang serviks, bila ganglion ini tertekan maka kontraksi uterus dapat dibangkitkan. (his dapat dibangkitkan).

Untuk selanjutnya dengan berbagai tindakan persalinan dapat dimulai hal ini dikenal dengan persalinan induksi (*induction of labor*) misalnya dengan: memasukan gagang laminaria dalam kanalis servikalis untuk merangsang pleksus Frankenhauser sehingga dapat mengakibatkan kontraksi, pemecahan ketuban, penyuntikan oksitosin sebaiknya diberikan melalui intravena, pemakaian prostaglandin, dan sebagainya.

Dalam melakukan induksi persalinan yang perlu diperhatikan adalah serviks sudah matang, (sudah pendek dan lembek) dan kanalis servikalis terbuka untuk satu jari, untuk menilai serviks dapat digunakan skor bishop yaitu bila nilai bishop lebih dari 8 maka induksi persalinan kemungkinan akan berhasil (Prawirohardjo 2005).

TAHAPAN PERSALINAN (KALA I, II, III, IV)

1. Kala I

Pada Kala I Persalinan dimulainya proses persalinan yang ditandai dengan adanya kontraksi yang teratur, adekuat, dan menyebabkan perubahan pada serviks hingga mencapai pembukaan lengkap, fase Kala I Persalinan terdiri dari Fase laten yaitu dimulai dari awal kontraksi hingga pembukaan mendekati 4 cm, Kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantara 20-30 detik, Tidak terlalu mules; Fase aktif dengan tanda-tanda kontraksi diatas 3 kali dalam 10 menit, lamanya 40 detik atau lebih dan mules, pembukaan 4 cm hingga lengkap, penurunan bagian terbawah janin, Waktu pembukuan serviks

sampai pembukuan lengkap 10 cm, fase pembukuan dibagi 2 fase, yaitu fase laten : berlangsung selama 8 jam, pembukuan terjadi sangat lambat sampai mencapai pembukuan 3 cm. Fase aktif : dibagi dalam 3 fase yaitu fase akselerasi dalam waktu 2 jam pembukuan 3 menjadi 4 cm menjadi 9 cm, fase deselerasi pembukuan jadi lambat kembali dalam 2 jam pembukuan dari 9 menjadi lengkap. Lama kala I untuk primigravida berlangsung 2 jam dengan pembukuan 1 cm perjam dalam pada multigravida 8 jam dengan pembukuan 2 cm per jam. Komplikasi yang dapat timbul pada kala I yaitu : ketuban pecah dini, tali pusat menumbung, obstruksi plasenta, gawat janin, inersia uteri.

2. Kala II

Gejala dan tanda Kala II, telah terjadi pembukaan lengkap, tampak bagian kepala janin melalui bukaan introitus vagina, ada rasa ingin meneran saat kontraksi, ada dorongan pada rektum atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva dan springteri ani membuka, peningkatan pengeluaran lendir dan darah.

Dimulai dari pembukuan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi. Pada kala pengeluaran janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedan, karena tekanan pada rectum ibu merasa seperti mau buang air besar dengan tanda anus membuka. Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, perineum membuka, perineum meregang. Dengan adanya his ibu dipimpin untuk mencedan, maka lahir kepala di ikuti oleh seluruh badan janin.

Komplikasi yang dapat timbul pada kala II yaitu : eklamsi, kegawatdaruratan janin, tali pusat menumbung, penurunan kepala terhenti, kelelahan ibu, persalinan lama, ruptur uteri, distosia karena kelainan letak, infeksi intra partum, inersia uteri, tanda-tanda lilitan pusat.

3. Kala III

Batasan Kala III, masa setelah lahirnya bayi dan berlangsungnya proses pengeluaran plasenta tanda-tanda lepasnya plasenta: terjadi perubahan bentuk uterus dan tinggi fundus uteri, tali pusat memanjang atau terjulur keluar melalui vagina/vulva, adanya semburan darah secara tiba-tiba kala III, berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusat beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 menit – 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta, disertai dengan pengeluaran darah. Komplikasi yang dapat timbul pada kala II adalah perdarahan akibat atonia uteri, retensio plasenta, perlukaan jalan lahir, tanda gejala tali pusat.

4. Kala IV

Dimulainya dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Komplikasi yang dapat timbul pada kala IV adalah: sub involusi dikarenakan oleh uterus tidak berkontraksi, perdarahan yang disebabkan oleh atonia uteri, lacerasi jalan lahir, sisa plasenta.

5. Lamanya persalinan

Lamanya persalinan tentu berlainan bagi primigravida dan multigravida, untuk Primigravida Kala I: 12,5 jam, Kala II: 80 menit Kala III: 10 menit, Kala IV: 14 jam sedangkan Multigravida Kala I: 7 jam 20 menit, Kala II: 30 menit, Kala III: 10 menit, Kala IV: 8 jam.

Pembukaan serviks terbagai 2 fase: Fase latent: Pada fase ini pembukaan sangat lambat dari 0-3 cm, Fase aktif: pada fase aktif pembukaan lebih cepat, fase ini dapat dibagi lagi dalam: fase akselerasi : dari pembukaan 3 cm- 4 cm yang dicapai dalam 2 jam, fase dilatasi maksimal : dari pembukaan 4 cm – 9 cm yang dicapai dalam 2 jam, fase decelerasi : dari pembukaan 9 cm – 10 cm selama 2 jam.

MEKANISME PERSALINAN DENGAN PRESENTASI KEPALA

Mekanisme persalinan sebenarnya mengadu pada bagaimana janin menyesuaikan dan melolokan diri dari panggul ibu, yang meliputi gerakan :

Gambar : Sikap Janin



Sumber : www.wordpress.com

1. Turunnya Kepala Janin

Sebetulnya janin mengalami penurunan terus menerus dalam jalan lahir sejak kehamilan trimester III, antara lain masuknya bagian terbesar janin kedalam pintu atas panggul (PAP) yang pada primigravida 38 minggu atau selambat-lambatnya awal kala II.

2. Fleksi

Pada permulaan persalinan kepala janin biasanya berada dalam sikap fleksi. Dengan adanya his dan tahan dari dasar panggul yang makin besar, maka kepala janin makin turun dan semakin fleksi sehingga dagu janin menekan pada dada dan belakang kepala (Oksiput) menjadi bagian bawah. Keadaan ini dinamakan fleksi maksimal.

Dengan fleksi maksimal kepada janin dapat menyesuaikan diri dengan ukuran panggul ibu terutama bidang sempit panggul yang ukuran panggul yang ibu terutama bidang sempit panggul yang ukur melintang 10 cm. Untuk dapat melewatinya, maka kepala janin yang awalnya masuk dengan ukuran diameter Oksipito Frontalis (11,5 cm) harus Fleksi secara maksimal menjadi diameter Oksipito Bregmatik (9,5 cm).

3. Rotasi dalam/putaran paksi dalam

Makin turunnya kepala janin dalam jalan lahir, kepada janin akan berputar sedemikian rupa sehingga diameter terpanjang rongga panggul atau diameter anterior posterior kepala janin akan bersesuaian dengan diameter terkecil antero posterior Pintu Bawah Panggul (PBP). Hal ini mungkin karena kepala janin bergerak spiral atau seperti sekrup sewaktu turun dalam jalan lahir. Bahu tidak berputar bersama-sama dengan kepala akan membentuk sudut 45. keadaan demikian disebut putaran paksi dalam dan ubun-ubun kecil berada dibawah simfisis.

4. Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai didasar panggul, terjadilah ekstensi atau depleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada PBP mengarah kedepan dan keatas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya kalau tidak terjadi ekstensi maka kepala akan tertekan pada pertemuan dan menembusnya. Dengan ekstensi ini maka sub.Oksiput bertindak sebagai Hipomochlion (sumbu putar). Kemudian larilah berturut-turut sinsiput (puncak kepala), dahi, hidung, mulut, dan akhir dagu.

5. Rotasi luar/putaran paksi luar

Setelah ekstensi kemudian diikuti dengan putaran paksi luar yang pada hakikatnya kepala janin menyesuaikan kembali dengan sumbu panjang bahu, sehingga sumbu panjang bahu

dengan sumbu panjang kepala janin berada pada satu garis lurus (Wiknjosastro dalam Prawirahardjo, 2005).

6. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai dibawah symphysis dan menjadi hipomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu belakang menyusul dan selanjutnya seluruh tubuh bayi lahir searah dengan paksi jalan lahir (Wiknjosastro dalam Prawirahardjo, 2005).

ASUHAN PERSALINAN

Dasar dari asuhan persalinan Normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi baru lahir serta upaya pencegahan komplikasi terutama erdarahan pascapersalinan, hipotermi dan asfiksia bayi baru lahir (IBI 2003).

1. Definisi

Asuhan pada ibu bersalin yaitu asuhan yang dibutuhkan ibu saat proses persalinan. (Azrul, 2007).

Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologi yang normal. Kelahiran seorang bayi juga merupakan peristiwa sosial yang ibu dan keluarga menantikannya selama 9 bulan. Ketika persalinan dimulai, peranan ibu adalah untuk melahirkan bayinya. Peran petugas kesehatan adalah memantau persalinan untuk mendeteksi dini adanya komplikasi, disamping itu bersama keluarga memberikan bantuan dan dukungan pada ibu bersalin.

2. Tujuan asuhan persalinan

Adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi. (Saepudin, 2007:100).



Tujuan dari asuhan persalinan normal adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal, dengan pendekatan seperti ini, berarti bahwa setiap intervensi yang akan dilakukan diaplikasikan dalam asuhan persalinan normal harus mempunyai bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan (Depkes 2007).

TANDA-TANDA PERSALINAN

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

1. Tanda-tanda permulaan persalinan

Sebelum terjadinya persalinan sebenarnya beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki "bulannya" atau "minggunya" atau "harinya" yang disebut kala pendahuluan. Ini memberikan tanda-tanda sebagai berikut :

Lightening atau *settling* atau *dropping* yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida. Pada multipara tidak begitu kentara; Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri menurun; Perasaan sering kencing atau susah kencing karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin; Perasaan sakit diperut dan pinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah dari uterus, kadang-kadang disebut "false labor pains"; Serviks menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah bisa bercampur darah (*bloody show*).



2. Tanda-tanda inpartu

Untuk rasa sakit yang dirasakan oleh wanita pada saat menghadapi persalinan berbeda-beda tergantung dari ambang rasa sakitnya, akan tetapi secara umum wanita yang akan mendekati persalinan akan merasakan:

Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur; Keluar lendir bercampur darah (show) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks; Pada pemeriksaan dalam serviks mendatar dan pembukaan telah ada; Pengeluaran Lendir dan Darah; Dengan his persalinan terjadi perubahan pada servik yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas, terjadi perdarahan kapiler pembuluh darah pecah.

Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan berlangsung dalam waktu 24 jam.

KEBIJAKAN PELAYANAN ASUHAN PERSALINAN

Dalam menangani persalinan seorang tenaga kesehatan harus dapat menjelaskan kepada klien bahwa keamanan dalam pertolongan persalinan di tunjang oleh beberapa hal, dimana syarat-syarat harus di perhatian yaitu semua persalinan harus dihadiri dan dipantau oleh petugas kesehatan terlatih.

Rumah Bersalin dan tempat rujukan dengan fasilitas memadai untuk menangani kegawatdaruratan obstetri dan neonatal harus tersedia 24 jam. Obat-obat esensial, bahan dan perlengkapan harus tersedia bagi seluruh petugas terlatih. Untuk mendukung dilaksanakannya kebijakan tentang pelayanan asuhan persalinan, maka selanjutnya pemerintah merekomendasikan tentang kebijakan tersebut.



Adapun rekomendasi yang dimaksud adalah:

1. Asuhan Sayang Ibu dan Sayang Bayi harus dimasukkan sebagai bagian dari persalinan bersih dan aman, termasuk hadirnya keluarga atau orang-orang yang memberi dukungan bagi ibu. Partograf harus digunakan untuk memantau persalinan dan berfungsi sebagai suatu catatan/rekam medik untuk persalinan.
2. Selama persalinan normal, intervensi hanya dilaksanakan jika benar-benar dibutuhkan. Prosedur ini hanya dilakukan jika ada indikasi atau penyulit.
3. Manajemen aktif kala III, termasuk penjepitan dan pemotongan tali pusat secara dini, memberikan suntikan oksitosin secara *Intra Muscular (IM)*, melakukan penegangan tali pusat terkontrol (PTT) dan segera melakukan massase fundus, harus dilakukan pada semua persalinan normal.
4. Penolong persalinan harus tetap tinggal bersama ibu dan bayi setidaknya 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu sudah dalam keadaan stabil. Fundus harus diperiksa setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam ke dua. Massase fundus harus dilakukan sesuai kebutuhan untuk memastikan tonus uterus tetap baik, pendarahan minimal dan mencegah pendarahan.
5. Selama 24 jam pertama setelah persalinan, fundus harus sering diperiksa dan dimassase sampai tonus baik. Ibu atau anggota keluarga dapat diajarkan melakukan hal ini.
6. Segera setelah lahir, seluruh tubuh terutama kepala bayi harus segera diselimuti dan bayi segera dikeringkan serta dijaga kehangatannya untuk mencegah terjadinya hipotermi. Obat-obat esensial, bahan dan perlengkapan harus disediakan oleh petugas dan keluarga.



Prosedur persalinan normal

1. Melihat tanda dan gejala kala dua
Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran, ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina, perineum tampak menonjol, vulva dan sfingter anal membuka.
2. Lima benang merah dalam asuhan persalinan normal
 - a. Membuat keputusan klinik antara lain pengumpulan data subyektif dan obyektif, diagnosis kerja, penatalaksanaan klinik, evaluasi hasil implementasi tatalaksana.
 - b. Asuhan sayang ibu dan bayi antara lain, persalinan merupakan peristiwa alami sebagian besar persalinan umumnya akan berlangsung normal, penolong memfasilitasi proses persalinan, tidak asing, bersahabat, rasa saling percaya, tahu dan siap membantu kebutuhan klien, memberi dukungan moral, dan kerjasama semua pihak (penolong-klien-keluarga).
 - c. Pencegahan infeksi antara lain, kewaspadaan standar, mencegah terjadinya dan transmisi penyakit, proses pencegahan infeksi instrumen dan aplikasinya dalam pelayanan, barrier protektif, budaya bersih dan lingkungan yang aman.
 - d. Rekam medik (dokumentasi) antara lain, kelengkapan status klien, anamnesis, prosedur dan hasil pemeriksaan fisik, laboratorium, dan uji atau penapisan tambahan lainnya, partograf sebagai instrumen membuat keputusan dan dokumentasi klien, kesesuaian kelaikan kondisi klien dan prosedur klinik terpilih, upaya dan tatalaksana rujukan yang diperlukan.
 - e. Sistem rujukan efektif yaitu, alasan keperluan rujukan, jenis rujukan (darurat atau optimal), tatalaksana rujukan, upaya yang dilakukan selama merujuk, jaringan pelayanan dan pendidikan, menggunakan sistem umum atau sistem internal rujukan kesehatan.



TANDA-TANDA PERSALINAN

Sebelum terjadinya persalinan, didahului dengan tanda-tanda sebagai berikut: Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek. Dapat terjadi pengeluaran pervaginam yaitu pengeluaran lendir atau pengeluaran lendir bercampur darah. Dapat juga disertai ketuban pecah. Pada pemeriksaan dalam terdapat perubahan serviks yaitu : pelunakan serviks, pendataran serviks dan terjadinya pembukaan serviks. (Manuaba, 1998).

TANDA-TANDA BAHAYA PERSALINAN

Ada beberapa Tanda-tanda bahaya ibu bersalin yang akan mengancam jiwanya diantaranya: Syok pada saat persalinan, perdarahan pada saat persalinan, nyeri kepala, gangguan penglihatan, kejang atau koma, tekanan darah tinggi, persalinan yang lama, Gawat janin dalam persalinan, Demam dalam persalinan, nyeri perut hebat, Sukar bernafas.



FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERSALINAN

Faktor-faktor penting dalam persalinan adalah: Power seperti: HIS, Kontraksi otot dinding perut, Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan, Ketegangan dan kontraksi ligamentum retundum; Pasanger: Janin dan plasenta; Passage: Jalan lahir lunak dan jalan lahir tulang.

TENAGA (POWER)

1. His/Kontraksi

His/Kontraksi uterus adalah kontraksi otot-otot uterus dalam persalinan. Kontraksi merupakan suatu sifat pokok otot polos dan tentu saja hal ini terjadi pada otot polos uterus yaitu miometrium. Pada minggu-minggu terakhir kehamilan uterus semakin teregang oleh karena isinya semakin bertambah. Peregangan ini menyebabkan makin rentan terhadap perubahan hormonal yang terjadi pada akhir kehamilan terutama perubahan hormonal. Penurunan hormon progesteron yang bersifat menenangkan otot-otot uterus akan mudah direspon oleh uterus yang teregang sehingga mudah timbul kontraksi. Akibatnya kontraksi Broxton hicks akan meningkat. Peningkatan kontraksi Broxton

Hick pada akhir kehamilan disebut dengan his pendahuluan/ his palsu. Jika his pendahuluan semakin sering dan semakin kuat maka akan menyebabkan perubahan pada serviks, inilah yang disebut dengan his persalinan.

Di dalam persalinan his harus selalu dipantau. Beberapa istilah yang perlu diperhatikan di dalam menilai/memantau his antara lain yaitu: **Frekuensi** adalah jumlah his dalam waktu tertentu biasanya dihitung per 10 menit, **Durasi** adalah lamanya setiap his berlangsung diukur dengan detik, **Interval** adalah masa relaksasi, **Amplitudo** atau **intensitas** adalah kekuatan his diukur dalam satuan mmHg. Dalam praktik kekuatan his hanya dapat diraba secara palpasi apakah sudah kuat atau masih lemah, **Aktivitas His**, Adalah frekuensi X amplitudo.

Contoh frekuensi suatu his 3 X/ 10 menit dan amplitudonya 50 mmHg, maka aktivitas rahim $3 \times 50 = 150$ unit Montevideo.

Peningkatan frekuensi dan kekuatan kontraksi uterus tampaknya merupakan mekanisme yang berjalan dengan sendirinya. Sebagai akibat kontraksi uterus, terjadi sedikit perubahan dalam milieu biokimia serta eksitabilitas serabut otot uterus, yang mempengaruhi bentuknya. Perubahan ini mempredisiposisi serabut otot terhadap perubahan yang lebih mencolok setelah setiap kontraksi berikutnya. Ciri penting kontraksi uterus adalah "retraksi", yang pada akhir setiap kontraksi, serabut otot mempertahankan sebagian pemendekan otot yang telah dicapainya. Gelombang kontraksi berawal dari satu kornu uteri dan menyebar ke bawah ke seluruh organ suatu proses yang dikenal sebagai "dominansi fundus".

Massa jaringan yang membentuk segmen atas uterus terdiri dari serabut otot polos, sementara pada segmen bawah uterus dan serviks, otot polos hanya menyusun 10% massa. Kontraksi uterus yang berkesinambungan dimulai pada fundus uteri. Dengan terjadinya retraksi otot, terjadi penipisan progresif

segmen bawah uterus dan pendataran serviks. Dengan berlanjutnya kala satu, segmen atas uterus menjadi semakin tebal dengan masa otot yang lebih besar. Suatu tekanan yang semakin membesar perlahan-lahan memuncak pada segmen atas uterus dan mendorong isi uterus ke segmen bawah serta serviks, yang serabut otot polosnya menipis secara progresif. Batas antara segmen atas dan segmen bawah uterus disebut sebagai cincin retraksi fisiologis.

Proses yang menyusun kala satu persalinan ini sudah dimulai dalam beberapa minggu terakhir kehamilan, yaitu dengan timbulnya kontraksi Braxton Hicks, tetapi menjadi lebih nyata pada awal persalinan. Kontraksi ini akhirnya mengubah bentuk serviks yang semula merupakan organ silindris dengan lumen sempit menjadi sebuah jalan yang memungkinkan lewatnya kepala janin ke dalam rongga panggul. Pada akhir kala satu, serviks hampir lengkap menyatu dengan segmen bawah uterus keadaan dilatasi lengkap serviks (atlas kebidanan).

a. Sifat His Dalam Persalinan

Ada sifat-sifat anatomic yang unik pada otot miometrium (dan otot polos lainnya) dibandingkan dengan otot rangka. Miometrium pada segmen atas uterus tidak berelaksasi menjadi panjang aslinya setelah berkontraksi, namun menjadi relatif terpaku pada ukuran yang lebih pendek, tetapi tegangannya tetap sama seperti sebelum kontraksi. Karena semakin memendeknya serat-serat otot setiap kontraksi segmen atas uterus (segmen aktif) menjadi semakin menebal pada Kala I dan Kala II persalinan dan menjadi sangat tebal segera setelah kelahiran bayi.

Kontraksi uterus tidak sama kuat, yang terkuat di fundus dan terlemah di segmen bawah rahim atau disebut fundus dominant. Uniknya, meskipun fisiologis kontraksi otot-otot uterus terasa sakit. Penyebab rasa nyeri tersebut tidak di-



ketahui dengan pasti, tetapi beberapa hipotensi tentang penyebab rasa nyeri dikemukakan sebagai berikut :

- 1) Hipoxia miometrium yang berkontraksi menimbulkan anoxia sel-sel otot dalam korpus uteri tempat terdapat banyak serabut saraf.
- 2) Kompresi ganglia saraf di serviks dan uterus bawah oleh berkas-berkas otot yang saling mengunci.
- 3) Peregangan serviks pada waktu dilatasi.
- 4) Peregangan peritoneum yang membungkus uterus.

Namun perasaan sakit pada waktu his amat subjektif, tidak hanya tergantung pada intensitas his, tetapi tergantung pula pada keadaan mental orangnya. Jika ia tahu apa yang akan terjadi padanya, tidak ada perasaan takut dan ia dapat menerima segala sesuatu yang terjadi dan yang akan terjadi. Ketenangan ini membuat perasaan sakit hanya sedikit atau sama sekali tidak terasa.

Kontraksi uterus pada saat persalinan sebagian besar bersifat otonom, namun kadang-kadang dapat dipengaruhi dari luar secara fisik, kimia dan psikis.

Terdapat *pace maker*, yaitu pusat koordinasi his yang berada pada uterus di sudut tuba atau cornu uteri dimana gelombang ini berasal. Dari sini gelombang bergerak ke dalam dan ke bawah dengan kecepatan 2 cm tiap detik mencakup seluruh otot-otot uterus, sehingga kontraksi ini bersifat terkoordinasi, simetri dan intermiten.

Durasi/lamanya his dalam persalinan berkisar antara 45–75 detik, intensitas bervariasi dari 20 mmHg–60 mmHg, rata-rata sekitar 40 mmHg. Interval teratur, secara bertahap semakin memendek. Frekuensi minimal 3 X dalam 10 menit.



His persalinan menurut faal :

- 1) His Pembukaan, adalah his yang menimbulkan pembukaan dan serviks. His ini terjadi sampai pembukaan serviks lengkap 10 cm, his ini mulai kuat, teratur dan sakit.
- 2) His Pengeluaran (His mendedan/His Kala II), His sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi dan lama. His pengeluaran berfungsi untuk mengeluarkan janin. Terjadi koordinasi bersama antara his kontraksi otot perut, kontraksi diafragma dan ligament.
- 3) His Pelepasan Uri (Kala III), kontraksi mulai turun, berfungsi untuk melepaskan dan mengeluarkan plasenta.
- 4) His Pengiring (Kala IV), kontraksi bersifat lemah, masih sedikit nyeri, menyebabkan pengecilan rahim.

b. Perubahan-perubahan akibat HIS

Perubahan pada uterus dan serviks, uterus teraba keras/padat karena kontraksi. Tekanan hidrostatik air ketuban dan tekanan intrauterine naik serta menyebabkan serviks menjadi mendatar (*effacement*) dan dilatasi.

Perubahan pada ibu, rasa nyeri karena anoxia sel-sel otot rahim akibat kontraksi juga ada kemajuan nadi dan tekanan darah.

Perubahan pada janin, pertukaran oksigen pada sirkulasi utero-plasenter berkurang, maka timbul hipoksia janin. Denyut jantung janin melambat dan kurang jelas didengar karena adanya iskemia fisiologis. Jika benar-benar terjadi hipoksia yang agak lama misalnya pada kontraksi tetanik maka akan terjadi gawat janin.

c. Periode istirahat antara kontraksi

Periode istirahat di antara dua kontraksi mempunyai fungsi utama antara lain :



Memberikan kesempatan kepada otot-otot uterus untuk beristirahat. Sebab kontraksi terus menerus dapat menyebabkan ruptur uteri.

Memberikan kesempatan ibu untuk beristirahat. Ibu tidak dapat beristirahat dengan menahan kontraksi uterus yang terus menerus dengan durasi yang lama.

Mempertahankan kesejahteraan janin. Pada saat kontraksi terjadi, pembuluh darah uterus terjepit, kontraksi uterus yang terus menerus dapat menyebabkan hipoksia janin, anoksia dan kematian janin dalam uterus.

2. Kekuatan mengedan ibu

Setelah serviks terbuka lengkap kekuatan yang sangat penting pada ekspulsi janin adalah yang dihasilkan oleh peningkatan tekanan intra-abdomen yang diciptakan oleh kontraksi otot-otot abdomen. Dalam bahasa obstetric biasanya ini disebut mengejan. Sifat kekuatan yang dihasilkan mirip seperti yang terjadi pada saat buang air besar, tetapi biasanya intensitasnya jauh lebih besar.

Pada saat kepala sampai pada dasar panggul, timbul suatu reflek yang mengakibatkan pasien menutup glotisnya, mengkontraksikan otot-otot perutnya dan menekan diafragmanya ke bawah.

Tenaga mengejan ini hanya dapat berhasil, kala I pembukaan sudah lengkap dan paling efektif sewaktu kontraksi rahim/uterus. Disamping itu, kekuatan-kekuatan tahanan mungkin ditimbulkan oleh otot-otot dasar panggul dan aksi ligament.

JANIN DAN PLASENTA (PASSENGER)

Bagian yang paling besar dan keras dari janin adalah kepala janin. Posisi dan besar kepala janin dapat mempengaruhi jalannya persalinan sehingga dapat membahayakan hidup dan kehidupan janin

kelak; hidup sempurna, cacat atau akhirnya meninggal. Biasanya apabila kepala janin sudah lahir, maka bagian-bagian lain dengan mudah menyusul kemudian.

Untuk menyesuaikan diri dengan stress dan tegangan mekanis persalinan, tengkorak janin aterm telah dilengkapi dengan struktur yang amat lentur berupa sutura dan fontanela yang belum berfungsi. Derajat pergeseran pada garis-garis ini, sekalipun terbatas, dapat cukup mengurangi diameter kepala. Diameter kepala janin terkecil adalah diameter suboksipitobregmatika (rerata 9,5 cm), yang dengannya verteks muncul pada posisi oksipitoanterior. Pada posisi oksipitoposterior, diameter presentasi adalah oksipitofrontal atau suboksipitofrontal (masing-masing dengan rerata 11,75 cm dan 11 cm). Namun, pada presentasi dahi, diameter presentasi adalah oksipitomental (rerata 13 cm), yang biasanya menghasilkan persalinan macet.

Sikap fleksi menyeluruh pada janin, dan terutama fleksi pada kepala, bersama kontraksi uterus yang efisien akan menghasilkan hubungan mekanis yang lebih baik dengan panggul. Kontraksi uterus yang efisien dengan susunan diafragma menyerupai selokan dapat mengatasi sebagian besar malposisi kepala janin yang terjadi akibat buruknya sikap fleksi, kesempatan, atau bentuk pintu atas panggul, seperti pada posisi oksipitoposterior.

Saat persalinan, rongga panggul secara perlahan akan diisi oleh kepala janin yang mendistensi vagina; rektum tertekan, sebagaimana pula kandung kemih yang berada di bawah tekanan tambahan segmen bawah rahim yang teregang, tempat kandung kemih melekat.

1. Tulang Tengkorak (*Cranium*)

Untuk menyesuaikan diri dengan stres dan tegangan mekanis persalinan, tengkorak janin aterm telah dilengkapi dengan struktur yang amat lentur berupa sutura dan fontanela yang belum berfusi. Derajat pergeseran pada garis-garis ini, sekalipun

terbatas, dapat cukup mengurangi diameter kepala. Diameter kepala janin terkecil adalah diameter suboksipitobregmatika (rerata 9.5 cm), yang dengannya verteks muncul pada posisi oksipitoanterior. Pada posisi oksipitoposterior, diameter presentasi adalah oksipitofrontal atau suboksipitofrontal (masing-masing dengan rerata 11,75 cm dan 11 cm). Namun, pada presentasi dahi, diameter presentasi adalah oksipitomental (rerata 13 cm), yang biasanya menghasilkan persalinan macet. (Atlas kebidanan).

Saat persalinan, rongga panggul secara perlahan akan diisi oleh kepala janin yang mendistensi vagina; rektum tertekan, sebagaimana pula kandung kemih yang berada di bawah tekanan tambahan segmen bawah rahim yang teregang, tempat kandung kemih melekat.

Fontanel/Ubun-ubun (ruang antra sudut-sudut tulang yang ditutup dengan membran): Fontanel mayor/fontanel anterior/ubun-ubun besar, merupakan pertemuan antara sutura sagitalis superior, sutura frontalis dan sutura koronaria, berbentuk segi empat panjang; Fontanel minor/fontanela posterior/ubun-ubun kecil, berbentuk segi tiga, merupakan pertemuan antara sutura sagitalis dan superior dengan 2 sutura lambdoidea.

2. Ukuran-ukuran kepala

Diameter Occipito frontalis. Jarak antara tulang oksiput dan frontal, dengan ukuran ± 12 cm; Diameter Mento Occipitalis Dengan ukuran $\pm 13,5$ cm; Diameter Sub Occipito Bregmatika. Dengan ukuran $\pm 9,5$ cm; Diameter Biparietalis. Dengan ukuran $\pm 9,25$ cm; Diameter Bitemporalis. Dengan ukuran ± 8 cm.

Ukuran Circumferensia (Keliling): Cirkumferensial fronto occipitalis ± 34 cm; Cirkumferensia mento occipitalis ± 35 cm; Cirkumferensia sub occipito bregmatika ± 32 cm.

3. Ukuran badan lain

Bahu merupakan Jaraknya ± 12 cm (jarak antara kedua akromion), lingkaran bahu ± 34 cm; Bokong, lebar bokong (diameter intertrokanterika), ± 12 cm, Lingkaran bokong ± 27 cm.

4. Postur janin dalam rahim

Sikap (Habitus), menunjukkan hubungan antara bagian-bagian janin dengan sumbu janin, biasanya dengan tulang punggungnya, janin umumnya dalam sikap fleksi dimana kepala, tulang punggung dan kaki dalam keadaan fleksi, serta lengan bersilang di dada. Sikap janin bervariasi, tergantung pada presentasinya.

Letak Janin, adalah hubungan antara sumbu panjang janin dengan sumbu panjang ibu. Ada kemungkinan pada letak janin yaitu letak memanjang, letak membujur dan letak miring/oblique.

Presentasi digunakan untuk menentukan bagian janin yang ada di bagian bawah rahim yang dapat dijumpai dengan palpasi atau pemeriksaan dalam.

Ada 3 kemungkinan pada presentasi janin yaitu presentasi kepala bokong dan bahu.

Bagian terbawah janin: sama dengan presentasi hanya diperjelas istilahnya, Posisi merupakan indikator untuk menetapkan arah jalannya persalinan; Tulang tengkorak janin tersusun antara lain dari bagian muka dan tulang dasar tengkorak, tulang-tulang tengkorak, sutura dan ubun-ubun; Ukuran kepala yang sering digunakan untuk menilai janin antara lain yaitu diameter kepala dan circumferensia; Ukuran badan lain yang sering digunakan yaitu diameter dan lingkaran bahu, serta lebar dan lingkaran bokong.

Sikap fleksi menyeluruh pada janin, dan terutama fleksi pada kepala, bersama kontraksi uterus yang efisien akan menghasilkan hubungan mekanis yang lebih baik dengan panggul. Kontraksi uterus yang efisien dengan susunan diafragma menyerupai

selokan dapat mengatasi sebagian besar malposisi kepala janin yang terjadi akibat buruknya sikap fleksi, kesempatan, atau bentuk pintu atas panggul, seperti pada posisi oksipitoposterior (atlas kebidanan).

JALAN LAHIR (PASSAGE)

Tulang panggul dibentuk oleh dua tulang koxa (terbentuk dari fusi tiga tulang: os pubis, os iskiur, dan os ilium) yang masing-masing membatasi bagian samping rongga panggul. Tulang koxa berkonvergensi ke anterior untuk menyatukan kedua sisi simfisis pubis, dan di posterior disatukan oleh sakrum melalui sendi sakroiliaka. Bentuk rongga panggul pada dasarnya menyerupai tabling, tetapi jalan lahir sedikit melengkung ke depan pada ujung kaudalnya, membentuk sudut sekitar 90° sehingga digambarkan sebagai "saluran berbentuk J" atau "L" bila dipandang dari bidang sagital. Garis arkuata dan promontorium sakralis membagi panggul menjadi panggul "semu" di sebelah superior dan panggul "sejati" di sebelah inferior. Bentuk ikat pinggang ini kritis bagi proses kecakapan bagian terendah janin ke dalam panggul sejati, karena merupakan penentu pertama jalan lahir bayi. Bentuk dan dimensi tulang panggul ditentukan oleh sejumlah faktor lingkungan, hormon, dan genetik. Ada empat tipe utama yang dikenali: ginekoid, android, antropoid dan platipelloid.

Panggul ginekoid panggul tipikal wanita ditemukan pada sekitar 40% wanita dan memperlihatkan tampilan rongga yang secara keseluruhan berbentuk bulat dengan sangkar tulang melengkung sempurna serta tonjolan-tonjolan tulang yang tidak sejelas tonjolan tulang pada varian panggul wanita yang lain yang dibahas di bawah ini. Bidang pintu atas panggul hampir bundar dengan hanya sebuah indentasi kecil yang terbentuk dari penonjolan promontorium tulang sakrum ke arah depan. Korpus sakrum yang dibentuk oleh fusi kelima vertebra sakralis membentuk lengkungan ke bawah dengan bagian cekung yang menghadap

ke anterior. Lengkung dinding lateral panggul dibentuk dari depan ke belakang oleh komponen pubis, iskiur, dan ilium (koxa); tersusun sedemikian rupa sehingga lengkungan sakrum menyambung dengan bagian samping rongga panggul. Pada dinding lateral panggul juga terdapat foramen iskiadika mayor yang lebar dan dangkal pada panggul tipikal wanita. Bentuk ini mempermudah kecakapan kepala bayi pada jalan lahir yang melengkung ke depan. Bidang pintu bawah panggul memiliki bentuk romboid, atau seperti dua buah segitiga pada bidang yang berbeda, tetapi menyatu di tengah pada salah satu sisinya. Batas-batas pintu bawah panggul adalah kedua ligamentum sakrotuberale dan arkus yang terbentuk oleh ramus pubikus. Arkus pubis pada panggul tipikal membentuk sudut 90°, berbeda dari panggul android yang biasanya mempunyai sudut lancip.

Pada panggul android yang dijumpai pada 30-35% wanita, bidang pintu atas panggul memiliki indentasi yang sangat dalam akibat promontorium dan sisi-sisi sampingnya membentuk sudut yang lebih tajam di bagian depan panggul sehingga bentuk pintu atas panggul menjadi bidang berbentuk hati. Kondisi ini cenderung menyebabkan kepala bayi memasuki pintu atas panggul dengan sutura sagitalis pada diameter oblik dan ubun-ubun kecil di posterior. Sakrum berbentuk lebih lurus, dan bersama spina iskiadika yang menonjol, cenderung menghalangi rotasi kepala janin ke posisi oksipitoanterior.

Pada panggul antropoid yang ditemukan pada sekitar 15-20% wanita, diameter anteroposterior pintu atas panggul lebih besar daripada diameter transversanya, menghasilkan suatu bentuk yang lonjong. Sakrum dibentuk oleh enam vertebra dan panggul umumnya lebih dalam dibandingkan tipe panggul yang lain. Arkus pubis relatif sempit dengan spina iskiadika yang menonjol, tetapi insisura iskiadika mayor cukup lebar. Panggul jenis ini cenderung mengakibatkan posisi oksipito-posterior dan tidak jarang bayi lahir dengan wajah menghadap pubis (atlas kebidanan).

Bentuk dan struktur dasar panggul memiliki peran penting dalam mengarahkan kepala janin yang sedang menuruni bagian bawah rongga panggul yang melengkung ke depan.

Pada kedua sisi rongga panggul, muskulus levator ani, suatu otot yang berbentuk kipas, muncul dari spina iskiadika, garis putih (yang menutupi dan berhubungan erat dengan fasia obturatorius internus), dan korpus os pubis.

Masing-masing tersusun atas muskulus pubo-koksigeus, iliokoksigeus, dan iskiokoksigeus posterior (atau koksigeus). Muskulus levator ani dari kedua sisi bertemu di medial, ke belakang dan ke bawah, dan masuk ke dalam rafe os koksigeus dan anokoksigeus (dari ujung os koksigeus ke taut anorektal). Otot-otot ini membentuk diafragma panggul yang menggantung di sekitar garis tengah efluen badan.

Muskulus koksigeus membentuk batas dasar panggul bersama dengan sebagian muskulus piriformis.

Muskulus pubokoksigeus berasal dari separuh anterior garis putih dan dari belakang korpus os pubis; otot ini menyebar ke belakang dan medial dan di atas aspek-panggul muskulus iliokoksigeus untuk berinsersi ke dalam rafe anokoksigeus.

Muskulus puborektalis, bagian tengah muskulus pubokoksigeus, terdiri atas serabut otot yang muncul di sebelah anterior perios-teum korpus os pubis, berjalan ke belakang dan pada ketinggian yang lebih rendah dari pada pubokoksigeus membentuk sebuah ayunan berbentuk U dengan otot dari sisi yang lain, di belakang taut anorektal untuk membelokkannya ke depan. Serabut yang terletak lebih medial membentuk ayunan berbentuk U di sekitar vagina dan berinsersi ke dalam korpus perinealis, membentuk sfingter vagina. Dinding lateral sepertiga bawah vagina melekat pada serabut medial ini. Sfingter vagina jangan dikacaukan dengan sfingter introitus yang dibentuk oleh muskulus bulbospongiosus. Pada saat istirahat, muskulus puborektalis menekan rektum, vagina,

dan uretra hingga tertutup, dengan menekankan organ-organ ini pada os pubis. Korpus perineale merupakan titik pertemuan semua otot perinei superfisiales dan profundae dengan levator ani, yang selanjutnya membentuk arsitektur diafragma panggul.

Konvergensi diafragma panggul ini, seiring perluasannya dari dinding lateral rongga panggul ke bawah ke rafe otot di garis tengah, mengubah bentuk dasar panggul dari suatu selimut otot sederhana menjadi suatu selokan yang ikut membentuk lengkung bagian bawah jalan lahir yang dijelaskan di atas.

Peran obstetrik utama dasar panggul yang berbentuk selokan ini pada kelahiran adalah untuk menyegariskan sutura sagitalis kepala yang sedang turun dengan diameter anteroposterior pintu bawah panggul. Bagian terendah kepala janin menyentuh dasar panggul dan bergeser ke depan. Bagian ini adalah oksiput pada posisi fleksi yang benar, atau sinsiput pada kepala dalam keadaan defleksi dengan posisi oksipitoposterior. (atlas kebidanan).

PSIKIS IBU BERSALIN

Psikis ibu bersalin sangat berpengaruh dari dukungan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama bersalin dan kelahiran anjurkan mereka berperan aktif dalam mendukung dan mendampingi langkah-langkah yang mungkin akan sangat membantu kenyamanan ibu, hargai keinginan ibu untuk didampingi, dapat membantu kenyamanan ibu, hargai keinginan ibu untuk didampingi.

PENOLONG

Penolong persalinan adalah petugas kesehatan yang mempunyai legalitas dalam menolong persalinan antara lain dokter, bidan serta mempunyai kompetensi dalam menolong persalinan, menangani kegawatdaruratan serta melakukan rujukan jika diperlukan. Penolong persalinan selalu menerapkan upaya pencegahan infeksi

yang dianjurkan termasuk diantaranya cuci tangan, memakai sarung tangan dan perlengkapan pelindung pribadi serta pendokumentasian alat bekas pakai.

Unit Belajar 3

KEBUTUHAN DASAR SELAMA PERSALINAN DAN PERUBAHAN FISIK DAN PSIKOLOGI KALA I

KEBUTUHAN IBU SELAMA PERSALINAN NORMAL

Peran petugas kesehatan adalah memantau dengan seksama dan memberikan dukungan serta kenyamanan pada ibu, baik segi emosi/ perasaan maupun fisik.

Tindakan yang dilakukan :

Tabel 3.1
Tindakan-tindakan yang dilakukan pada saat persalinan

Tindakan	Deskripsi dan Keterangan
Menghadirkan orang yang dianggap penting oleh ibu seperti : suami, keluarga pasien atau teman dekat.	Dukungan yang dapat diberikan : 1. Mengusap keringat 2. Menemani / membimbing jalan-jalan (mobilisasi) 3. Memberikan minum 4. Merubah posisi, dan sebagainya 5. Memijat atau menggosok pinggang
Mengatur aktifitas dan posisi ibu	1. Ibu diperbolehkan melakukan aktivitas sesuai dengan kesanggupannya. 2. Posisi sesuai dengan keinginan ibu, namun bila ibu ingin ditempat tidur dalam posisi terlentang lurus.

Tindakan	Deskripsi dan Keterangan
Membimbing ibu untuk rileks sewaktu ada his	Ibu diminta menarik nafas panjang, tahan nafas sebentar, kemudian dilepaskan dengan cara meniup sewaktu ada his.
Menjaga privasi ibu	Penolong tetap menjaga hak privasi ibu dalam persalinan, antara lain menggunakan penutup atau tirai, tidak menghadirkan orang lain tanpa sepengetahuan dan seizin pasien / ibu.
Penjelasan tentang kemajuan persalinan	Menjelaskan kemajuan persalinan, perubahan yang terjadi dalam tubuh ibu, serta prosedur yang akan dilaksanakan dan hasil-hasil pemeriksaan.
Menjaga kebersihan diri	Membolehkan ibu untuk mandi. Menganjurkan ibu membasuh sekitar kemaluannya selesai buang air kecil / besar.
Mengatasi rasa panas	Ibu bersalin biasanya merasa panas dan banyak keringat, dapat diatasi dengan cara : 1. Gunakan kipas angin atau AC dalam kamar 2. Menggunakan kipas biasa 3. Menganjurkan ibu untuk mandi
Masase	Jika ibu suka, lakukan pijatan / masase pada punggung atau mengusap perut dengan lembut.
Pemberian cukup minum	Untuk memenuhi kebutuhan energi dan mencegah dehidrasi.
Mempertahankan kandung kemih tetap kosong	Disesuaikan dengan keinginan ibu, memberikan sentuhan pada salah satu bagian tubuh yang bertujuan untuk mengurangi rasa kesendirian ibu selama proses persalinan.

(Sumber: Prawirohardjo, Tahun 2002)

PERUBAHAN FISIK

1. Perubahan sistem Reproduksi

Kontraksi uterus pada persalinan bersifat unik mengingat kontraksi ini merupakan kontraksi otot fisiologis yang menimbulkan nyeri pada tubuh. Selama kehamilan terjadi keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen di dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar estrogen dan progesteron menurun kira-kira 1-2 minggu sebelum partus dimulai sehingga menimbulkan kontraksi uterus. Kontraksi uterus mula-mula jarang dan tidak teratur dengan intensitasnya ringan, kemudian menjadi lebih sering, lebih lama dan intensitasnya semakin kuat seiring kemajuan persalinan.

2. Perubahan Tekanan Darah

Tekanan darah akan meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 10-20 mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diantara kontraksi tekanan darah kembali ketingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari terlentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari. Nyeri, rasa takut dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah.

3. Perubahan Metabolisme

Selama persalinan, metabolisme karbohidrat meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini terutama disebabkan oleh aktifitas otot. Peningkatan aktivitas metabolik terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernafasan, denyut jantung dan cairan yang hilang.

4. Perubahan Suhu

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

5. Perubahan Denyut Nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi yang lebih rendah dari pada frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim di antara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring bukan terlentang. Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih meningkat dibanding selama periode menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan.

6. Perubahan Pernapasan

Peningkatan frekuensi pernafasan normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi. Hiperventilasi yang memanjang adalah temuan abnormal dan dapat menyebabkan alkalosis (rasa kesemutan pada ekstremitas dan perasaan pusing).

7. Perubahan Pada Ginjal

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

8. Perubahan Pada Saluran Cerna

Absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh lebih berkurang. Apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Cairan tidak dipengaruhi dan waktu yang dibutuhkan untuk pencernaan di lambung tetap seperti biasa. Lambung yang penuh dapat menimbulkan keti-

daknyamanan dan penderitaan umum selama masa transisi. Oleh karena itu, wanita harus dianjurkan untuk tidak makan dalam porsi besar atau minum berlebihan, tetapi makan dan minum ketika keinginan timbul guna mempertahankan energi dan hidrasi. Mual dan muntah umum terjadi selama fase transisi yang menandai akhir fase pertama persalinan.

9. Perubahan Hematologi

Hb meningkat rata-rata 1,2 gr/100 ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal. Waktu koagulasi darah berkurang dan terdapat peningkatan fibrinogen plasma lebih lanjut selama persalinan. (Varney, 2008).

PERUBAHAN PSIKOLOGIS PADA IBU BERSALIN

1. Aspek Psikologi Dalam Obstetri

Sekarang disadari bahwa penyakit dan komplikasi obstetrik tidak semata-mata disebabkan oleh gangguan organik. Beberapa diantaranya ditimbulkan atau diperberat oleh gangguan psikologik. Latar belakang timbulnya penyakit dan komplikasi dapat dijumpai dalam pelbagai tingkat ketidakmatangan dalam perkembangan emosional dan psikoseksual dalam rangka kesanggupan seseorang dalam menyesuaikan diri dengan situasi tertentu yang sedang dihadapi, dalam hal ini khususnya kehamilan, persalinan dan nifas.

Karena rasa nyeri dalam persalinan sejak zaman dahulu sudah menjadi pokok pembicaraan diantara wanita, maka banyak calon ibu menghadapi kehamilan dan kelahiran anaknya dengan perasaan takut dan cemas. Tidakkah mudah untuk menghilangkan rasa takut yang sudah berakar dalam itu, akan tetapi dokter dan bidan dapat berbuat banyak dengan membantu para wanita yang dihindangi perasaan takut dan cemas. Sejak pemeriksaan kehamilan pertama kali dokter atau bidan harus

dengan kesabarannya meyakinkan calon ibu bahwa kehamilan dan persalinan merupakan hal yang normal dan wajar. Dia tidak hanya harus menimbulkan kepercayaan, akan tetapi harus pula menimbulkan anggapan atau perasaan pada wanita bersangkutan bahwa ia seorang kawan yang ahli dalam bidangnya dan yang sungguh-sungguh berkeinginan mengurangi rasa nyerinya serta menyelamatkan ibu dan anak.

Tidak perlu diragukan lagi bahwa sikap seorang wanita terhadap kehamilan dan persalinannya mempengaruhi kelancaran persalinan. Hal itu telah ditemukan oleh Read, yang mencoba menjawab dua pertanyaan berikut:

1. "Apakah suatu persalinan lancar karena seorang wanita tenang, atau ia tenang karena persalinan lancar?"
2. "Apakah seorang wanita menderita nyeri dan ketakutan karena persalinannya sukar, atautkah persalinannya nyeri dan sukar karena ia ketakutan?"

Akhirnya Read mengambil kesimpulan bahwa ketakutan merupakan faktor utama yang menyebabkan rasa nyeri dalam persalinan yang seyogyanya normal tanpa rasa nyeri yang berarti. Ketakutan mempunyai pengaruh yang tidak baik pula terhadap his dan lancarnya pembukaan.

Berdasarkan gagasan tersebut di atas lahirlah apa yang disebut dengan natural Childbirth atau Physiological Childbirth, yang kemudian diubah menjadi Childbirth Without Fear. Aliran ini dipelopori oleh Read sendiri. Kemudahan usaha yang hampir sama dengan psikoprofilaksis datang dari Perancis (Lamaze 1954), dan dari Rusia (Pavlov, 1995). Tujuan usaha ini ialah untuk dalam masa hamil-mendidik wanita menghilangkan perasaan takut. Selain persiapan mental dengan penjelasan teratur dan sederhana tentang proses reproduksi, kepada wanita diajarkan dan diberikan latihan-latihan untuk lebih menguasai otot-otot, istirahat dan pernafasan.

Fenomena psikologis yang menyertai proses persalinan bermacam-macam. Setiap wanita biasanya memiliki disposisi kepribadian yang definitif dan mewarnai persalinan bayinya. Apa yang terjadi saat persalinan secara langsung mempengaruhi psikologis dalam kelahiran. Perasaan dan sikap seorang wanita dalam melahirkan sangat bervariasi dan dipengaruhi oleh banyak faktor diantaranya perbedaan struktur sosial, budaya dan agama serta kesiapan ibu dalam menghadapi persalinan, pengalaman masa lalu, support sistem dan lingkungan. Partisipasi dan keterlibatan aktif seorang ibu selama persalinan merupakan persiapan alami dalam menerima seorang bayi. Mereka menganggap sebuah persalinan adalah pengalaman yang penuh dengan perasaan dan melibatkan seluruh anggota keluarga, biasanya anggota keluarga ikut dalam penyuluhan pra persalinan dan ikut mengambil keputusan dalam perencanaan tindakan persalinan. Anggota keluarga merasakan kegembiraan ketika melihat kelahiran seorang bayi yang sebelumnya merasa cemas dan kuatir akan kemampuan sang ibu dalam menangani rasa sakit pada proses persalinan. Ada beberapa wanita menganggap persalinan adalah pengalaman yang tidak menyenangkan, ketika merasakan sakit, merasa selalu diawasi oleh dokter dan bidan dan ia merasa sedikit berpartisipasi di dalamnya.

Perubahan psikologis keseluruhan seorang wanita yang sedang mengalami persalinan sangat bervariasi, tergantung pada persiapan dan bimbingan antisipasi yang ia terima 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 atau tidak.

Dukungan yang diterima atau tidak diterima oleh seorang wanita di lingkungan tempatnya melahirkan, termasuk dari

mereka yang mendampingi, sangat mempengaruhi aspek psikologisnya pada saat kondisinya sangat rentan setiap kali kontraksi timbul juga pada saat nyerinya timbul secara berkelanjutan. (Varney, 2008).

2. Perubahan-Perubahan Psikologis Yang Terjadi

Banyak wanita normal bisa merasakan kegairahan dan kegembiraan disaat-saat merasakan kesakitan-kesakitan pertama menjelang kelahiran bayinya. Perasaan positif ini berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi suatu "realitas kewanitaan" sejati : yaitu munculnya rasa bangga melahirkan atau memproduksi anaknya. Khususnya rasa lega itu berlangsung ketika proses persalinan mulai, mereka seolah-olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu "keadaan yang belum pasti" ibu kini benar-benar akan terjadi atau terealistir secara konkret.

Seorang wanita dalam proses kelahiran bayinya merasa tidak sabar mengikuti irama 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-tama menjelang kelahiran ini disertai banyak ketegangan batin dan rasa cemas atau ketakutan yang berlebihan, atau disertai kecenderungan-kecenderungan yang sangat kuat untuk lebih aktif dan mau mengatur sendiri proses kelahiran bayinya, maka: proses kelahiran bayi bisa menyimpang dari yang normal dan spontan; prosesnya akan sangat terganggu dan merupakan kelahiran yang abnormal.

Sebaliknya juga jika wanita yang bersangkutan bersikap sangat pasif/meyerah dan keras kepala, tidak bersedia memberikan partisipasi sama sekali, maka sikap ini bisa memperlambat proses pembukaan dan pendataran servik, juga mengakibatkan his menjadi sangat lemah bahkan berhenti secara total dan pro-

ses kelahiran itu menjadi sangat terhambat dan harus diakhiri dengan pembedahan cesar.

Wanita mungkin menjadi takut dan khawatir jika dia berada pada lingkungan yang baru/asing, diberi obat, lingkungan RS yang tidak menyenangkan, tidak mempunyai otonomi sendiri, kehilangan identitas dan kurang perhatian. Beberapa wanita menganggap persalinan lebih tidak realistis sehingga mereka merasa gagal dan kecewa.

Pada multigravida sering kuatir/cemas terhadap anak-anaknya yang tinggal dirumah, dalam hal ini bidan bisa 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 diantaranya status sosial atau gender, beberapa wanita bisa menjadi kuat dan mampu untuk melalui proses persalinan dengan support dari pasangan. Perhatian pasangan merupakan tingkatan yang paling dasar menjadi kebutuhan seorang wanita dalam proses persalinan ini. Pendekatan dan motivasi pada pasangan bisa dilakukan oleh bidan sejak ANC, dilakukan untuk membangun kekuatan untuk mengungkapkan perhatian yang merupakan kebutuhan dari seorang wanita dalam menghadapi persalinan. Ini akan sangat berpengaruh terhadap apa yang mereka lakukan yang terbaik bagi bayi mereka.

MANAJEMEN KALA I

ASUHAN KALA I

Kala I Persalinan, dimulainya proses persalinan yang ditandai dengan adanya kontraksi yang teratur, adekuat, dan menyebabkan perubahan pada serviks hingga mencapai pembukaan lengkap.

Pembagian Kala I Persalinan, Fase laten: dimulai dari awal kontraksi hingga pembukaan mendekati 4 cm, kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantara 20-30 detik, tidak terlalu mules; Fase aktif: kontraksi diatas 3 kali dalam 10 menit, lamanya 40 detik atau lebih dan mules, pembukaan 4 cm hingga lengkap, penurunan bagian terbawah janin.

Persiapan persalinan antara lain ruang bersalin dan asuhan bayi baru lahir, perlengkapan, bahan dan obat esensial, rujukan (bila diperlukan), asuhan Sayang Ibu dalam Kala I, upaya Pencegahan Infeksi yang diperlukan.

Asuhan Sayang Ibu antara lain memberi dukungan emosional, mengatur posisi yang nyaman bagi ibu, cukup asupan cairan dan nutrisi, keleluasaan untuk mobilisasi, termasuk ke kamar kecil, penerapan prinsip Pencegahan Infeksi yang sesuai.

Yang tidak dianjurkan selama kala I yaitu kateterisasi rutin, periksa dalam berulang kali (tanpa indikasi yang jelas), melakukan lavament rutin, mengharuskan ibu pada posisi tertentu dan membatasi kandung kemih mobilisasi, memberikan informasi yang tidak akurat atau berlawanan dengan kenyataan.

Mengosongkan kandung kemih bertujuan untuk memfasilitasi kemajuan persalinan, memberi rasa nyaman bagi ibu, jika penuh akan mengganggu proses kontraksi, penyulit pada distosia bahu, bila dilakukan sendiri, dapat mencegah terjadinya infeksi akibat trauma atau iritasi.

Langkah langkah asuhan kala I

1. Anamnesis antara lain identifikasi klien, Gravida, Para, Abortus, Anak Hidup, Haid Pertama Haid Terakhir (HPHT), tentukan taksiran Persalinan, riwayat Penyakit (sebelum dan selama kehamilan) termasuk alergi, riwayat Persalinan.
2. Pemeriksaan Abdomen memuat mengukur Tinggi fundus uteri, menentukan presentasi dan letak, menentukan penurunan bagian terbawah janin, memantau denyut jantung janin, menilai kontraksi uterus.
3. Periksa Dalam antara lain tentukan konsistensi dan pendataran serviks (termasuk kondisi jalan lahir), mengukur besarnya pembukaan, menilai selaput ketuban, menentukan presentasi dan seberapa jauh bagian terbawah telah melalui jalan lahir, menentukan denominator.

PENGUNAAN PARTOGRAF

1. Definisi

Definisi Patograf Adalah alat Bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan. Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukuan serviks melalui pemeriksaan dalam,

mengeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal dan dapat melakukan deteksi dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama. (Depkes RI 2007 : 55).

2. Tujuan

Terdapat beberapa tujuan dilakukannya pencatatan dengan partograf, yaitu:

- a. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukuan serviks melalui pemeriksaan dalam.
- b. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian, juga dapat melakukan deteksi secara dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama.
- c. Data lengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan tindakan yang dilakukan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir (Depkes RI, 2007).

Penggunaan partograf secara rutin akan memastikan para ibu dan bayinya mendapatkan asuhan yang aman dan tepat waktu. Selain itu, juga mencegah terjadinya penyulit yang dapat mengancam keselamatan jiwa mereka (JNPK-KR/POGI, 2007).

3. Penggunaan patograf

Menurut buku acuan persalinan Normal (Depkes RI, 2007) Semua ibu dalam kala I persalinan, baik yang kemajuan persalinannya berjalan normal maupun abnormal, persalinan di institusi pelayanan kesehatan ataupun di rumah, persalinan yang di tolong oleh tenaga kesehatan (siswa, mahasiswa, bidan, perawat terlatih ataupun dokter). Kondisi yang harus di catat dalam partograf.

Penggunaan partograf secara rutin akan memastikan para ibu dan bayinya mendapatkan asuhan yang aman dan tepat wak-

tu. Selain itu, juga mencegah terjadinya penyulit yang dapat mengancam keselamatan jiwa mereka (Depkes RI, 2007).

a. Selama kala satu fase laten:

Pencatatan selama fase laten Kala satu persalinan semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat. Hal ini dapat dicatat secara terpisah, baik dicatat kemajuan persalinan maupun di Buku KIA atau Kartu Menuju Sehat (KMS) (Depkes RI 2007).

Kondisi ibu dan bayi yang harus dicatat antara lain: Denyut Jantung Janin (DJJ) setiap ½ jam, Frekuensi dan lamanya Kontraksi Uterus setiap ½ jam, Nadi ibu setiap ½ jam, pembukaan serviks setiap 4 jam, penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam, tekanan darah dan temperatur suhu setiap 4 jam, produksi urin, aseton dan protein setiap 2 sampai 4 jam.

b. Selama kala satu fase aktif

Pencatatan selama fase aktif persalinan yaitu menggunakan partograf. Halaman depan Patograf menginstruksikan observasi dimulai pada fase aktif persalinan dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan antara lain.

Informasi tentang ibu : nama, umur, Gravida, Para, abortus (Keguguran), nomor catatan medic/nomor Puskesmas, tanggal dan waktu dimulai dirawat (atau jika dirumah, tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu), waktu pecahnya selaput ketuban.

Kondisi janin: Menurut Depkes 2007 bagian atau grafik pada patograf adalah untuk pencatatan denyut jantung janin (DJJ), air ketuban dan penyusupan (kepala janin), hal ini akan di jelaskan secara rinci antara lain.

- 1) Denyut jantung janin (DJJ) dilakukan penilaian setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin).

Setiap kotak pada bagian ini, menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka disebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan titik satu dengan yang lainnya dengan garis yang tidak terputus. Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf diantara garis tebal angka 180 dan 100. Tetapi penolong harus sudah waspada bila DJJ dibawah 120 atau diatas 160.

- 2) Warna dan adanya air ketuban dinilai setiap melakukan pemeriksaan vagina: beri tanda (U) jika selaput amnion masih utuh, beri tanda (J) jika selaput amnion sudah pecah dan warna air ketuban jernih, beri tanda (M) jika air ketuban bercampur mekonim, beri tanda (D) jika air ketuban bercampur darah, beri tanda (K) jika tidak ada cairan ketuban/kering.
- 3) Penyusupan (*Molding* atau *molage*) Tulang Kepala Janin, Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi bisa menyesuaikan diri terhadap bagian keras (tulang) panggul ibu. Semakin besar derajat penyusupan atau tumpang tindih antar tulang kepala semakin menunjukkan resiko disproporsi kepala-panggul (CPD). Lakukan tindakan pertolongan awal yang sesuai dan rujuk ibu dengan dugaan proprosi kepala-panggul (CPD) ke fasilitas kesehatan rujukan. Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, nilai penyusupan antar tulang (molase) kepala janin. Catat temuan yang ada di kotak yang sesuai dibawah lajur air ketuban.

Hasil penilaian *molding* di catat dengan menggunakan lambang-lambang berikut antara lain: tanda nol (0) jika teraba sutura terpisah dan mudah dipalpasi, tanda satu (1) jika teraba sutura hanya saling bersentuhan, tanda dua (2) jika teraba sutura saling tumpang tindih tapi masih dapat

dipisahkan, tanda tiga (3) jika sutura tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan. (Depkes RI 2007).

Kemajuan persalinan

Kolom dan lajur kedua partograf adalah untuk pencatatan kemajuan persalinan. Kemajuan persalinan ini meliputi pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah janin atau persentasi janin, serta garis waspada dan garis bertindak (Depkes RI 2007).

1. Jam dan Waktu : Waktu mulainya fase aktif persalinan, dibagian bawah partograf (pembukaan serviks dan penurunan) tertera kotak-kotak yang diberi angka 1-16, setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan (JNPK-KR/POGI, 2007).
2. Waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan: saat ibu masuk dalam fase aktif persalinan, catatkan pembukaan serviks di garis waspada. Kemudian catatkan waktu aktual pemeriksaan ini di kotak waktu yang sesuai (JNPK-KR/POGI, 2007).
3. Kontraksi Uterus: His diamati menurut frekuensi, lamanya, kekuatan dan relaksasi. Dibawah lajur partograf terdapat lima lajur kotak dengan tulisan "kontraksi per 10 menit" disebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik.

Nyatakan jumlah kontraksi yang terjadi dalam waktu 10 menit dengan mengisi angka pada kotak yang sesuai. Nyatakan lamanya kontraksi dengan :

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

4. Pemeriksaan Dalam. Nilai Bishop yang mungkin maksimum adalah 13 cm. Induksi persalinan kemungkinan besar akan berhasil apabila nilai Bishop sekurang-kurangnya adalah 6 cm. secara umum, kesiapan servikal tidak diperlukan apabila nilai Bishop lebih besar dari 8 (Varney's, 2007).

Angka 0-10 yang tertera di kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks. Nilai setiap angka sesuai dengan besarnya dilatasi serviks dalam satuan centimeter dan menempati lajur dan kotak tersendiri. Perubahan nilai atau perpindahan lajur satu ke lajur yang lain menunjukkan penambahan dilatasi serviks sebesar 1 cm. pada lajur dan kotak yang mencatat penurunan bagian terbawah janin cantumkan angka 1-5 yang sesuai dengan metode perlimaan, setiap kotak segi empat atau kubus menunjukkan waktu 30 menit untuk pencatatan waktu pemeriksaan, denyut jantung janin, kontraksi uterus dan frekuensi nadi ibu.

Pembukaan serviks nilai dan catat pembukaan serviks tiap 4 jam (lebih sering dilakukan jika ada tanda-tanda penyulit). Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat dalam partograf setiap temuan dari setiap pemeriksaan. Tanda "X" harus dicantumkan di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks, pada pemeriksaan pertama tanda "X" ditempatkan di garis waspada selanjutnya tergantung besarnya pembukaan.

5. Penurunan bagian terendah janin

Penurunan bagian terbawah janin setiap kali melakukan pemeriksaan dalam atau lebih sering jika ditemukan tanda-tanda penyulit, cantumkan hasil pemeriksaan penurunan kepala (perlimaan) yang menunjukkan seberapa jauh bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul pada persalinan normal penambahan pembukaan diikuti penambahan penurunan bagian terbawah janin, tulisan "turunnya kepala" dan garis tidak terputus dari 0-5, tertera disisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Beri tanda "O" yang ditulis pada

garis waktu yang sesuai. Sebagai contoh, jika hasil pemeriksaan palpasi kepala di atas simfisis pubis adalah 4/5 maka tuliskan tanda "O" di garis angka 4. Hubungkan tanda "O" dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

Garis waspada dan garis bertindak dimulai pada pembukaan 4 cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap diharapkan terjadi laju pembukaan adalah 1 cm perjam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah kesebelah kanangaris waspada, maka harus dipertimbangkan adanya penyulit. Garis bertindak sejajar dan disebelah kanan (berjarak 4 jam) garis waspada. Jika pembukaan serviks telah melampaui dan berada di sebelah kanan garis bertindak, maka hal ini menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan. (Depkes RI 2007).

Obat-obatan dan cairan yang diberikan

Dibawah lajur kotak observasi kontraksi uterus tertera lajur kotak untuk mencatat oksitosin, obat-obat yang lainnya dan cairan IV. Jika ibu mendapatkan obat Oksitosin : jika tetesan (drip) oksitosin sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit, jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan IV dan dalam satuan tetesan per menit.

Kesehatan dan Kenyamanan Ibu

Bagian terakhir pada lembar depan partograf yang harus dipantau yaitu berkaitan dengan kesehatan dan kenyamanan ibu antara lain

1. Nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh. Nilai dan catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan (lebih sering jika dicurigai adanya penyulit), beri tanda titik pada kolom yang sesuai. Nilai dan catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan (lebih sering jika dicurigai adanya penyulit), beri tanda panah pada partograf pada kolom waktu yang sesuai. Dan nilai dan catat temperatur tubuh ibu (lebih sering jika

meningkat, atau dianggap akan adanya infeksi). Setiap 2 jam dan catat temeperatur tubuh dalam kotak yang sesuai (Depkes RI 2007).

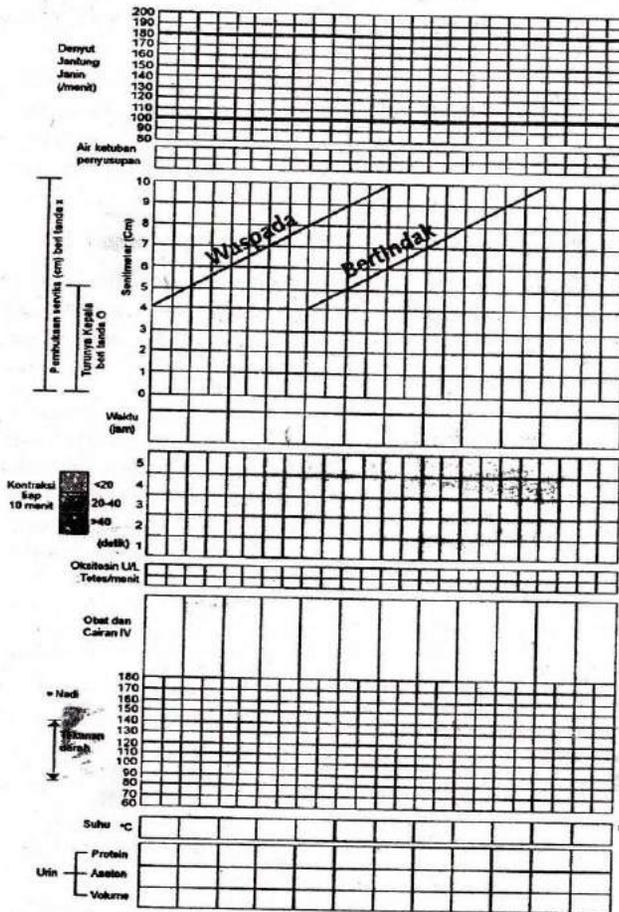
2. Volume urine, protein dan aseton. Ukur dan catat jumlah produksi urin ibu sedikitnya setiap 2 jam (setiap kali ibu berkemih). Jika memungkinkan setiap kali ibu berkemih, lakukan pemeriksaan adanya aseton atau protein dalam urine (Depkes RI 2007).

Asuhan, Pengamatan dan Keputusan Klinik Lainnya

Catat semua asuhan lain, hasil pengamatan dan keputusan klinik disisi luar kolom partograf atau buat catatan terpisah tentang kemajuan persalinan. Cantumkan juga tanggal dan waktu saat membuat catatan persalinan (Depkes RI 2007).

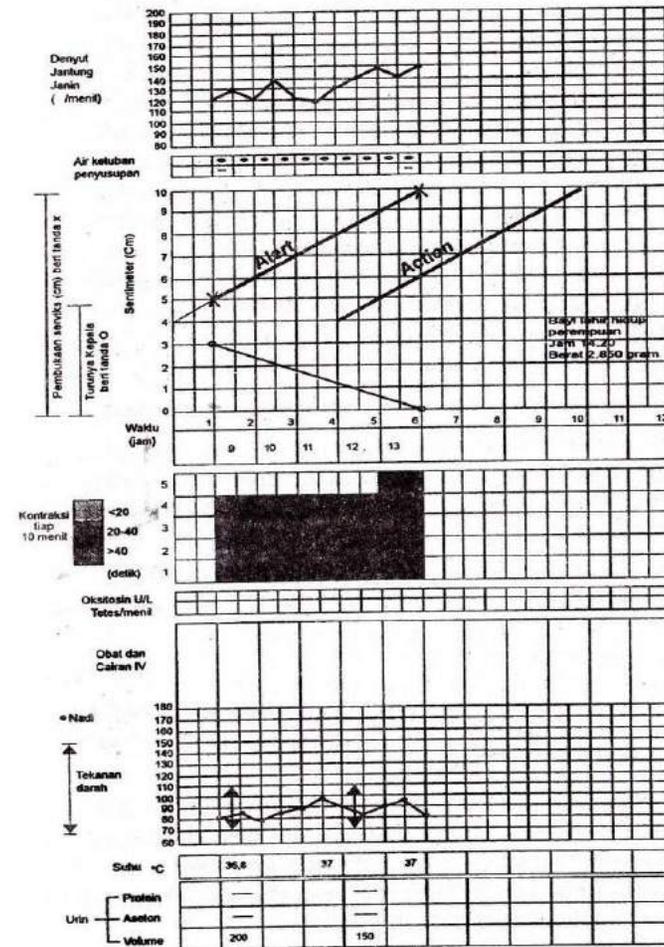
Sedangkan pada halaman belakang partograf, merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran. Serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak persalinan kala I hingga kala IV (termasuk bayi baru lahir). Itulah sebabnya bagian ini disebut catatan persalinan. Dokumentasi ini sangat penting terutama untuk membuat keputusan klinik yang sesuai (Depkes RI 2007).

Partograf WHO yang sudah dimodifikasi



Contoh partograf untuk persalinan normal

Contoh partograf untuk persalinan normal



Pencatatan pada Lembar Belakang Partograf

Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran bayi, serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak kala I hingga kala IV dan bayi baru lahir. Itulah sebabnya bagian ini disebut sebagai catatan persalinan. Nilai dan catatan asuhan yang diberikan kepada ibu selama masa nifas (terutama pada kala IV persalinan) untuk memungkinkan penolong persalinan mencegah terjadinya penyulit dan membuat keputusan klinik yang sesuai. Dokumentasi ini sangat penting, terutama untuk membuat keputusan klinik (misalnya : pencegahan perdarahan pada kala IV persalinan). Selain itu, catatan persalinan (lengkap dan benar) dapat digunakan untuk menilai/memantau sejauh mana pelaksanaan asuhan persalinan yang aman dan bersih telah dilakukan (JNPK-KR, 2007).

Catatan persalinan adalah terdiri dari unsur-unsur berikut :

Data atau informasi umum: Data dasar terdiri dari tanggal, nama bidan, tempat persalinan, alamat tempat persalinan, catatan dan alasan merujuk, tempat rujukan dan pendamping pada saat merujuk (JNPK-KR, 2007).

Pada saat Kala I : Kala I terdiri dari pernyataan-pernyataan tentang partograf saat melewati garis waspada, masalah-masalah lain yang timbul, penatalaksanaannya, dan hasil penatalaksanaan tersebut (JNPK-KR, 2007).

Kala II : Terdiri dari episiotomi, pendamping persalinan, gawat janin, distosia bahu, masalah lain, penatalaksanaan masalah dan hasilnya (JNPK-KR, 2007).

Kala III : Terdiri dari lamanya kala III, pemberian oksitosin, penegangan tali pusat terkendali, rangsangan pada fundus, kelengkapan plasenta saat dilahirkan, retensio plasenta yang >30 menit, laserasi, atonia uteri, jumlah perdarahan, masalah lain, penatalaksanaan dan hasilnya (JNPK-KR, 2007).

Bayi baru lahir : Informasi yang perlu diperoleh dari bagian bayi baru lahir adalah berat dan panjang badan, jenis kelamin, penilaian bayi baru lahir, pemberian ASI, masalah lain dan hasilnya (JNPK-KR, 2007).

Kala IV : Berisi data tentang tekanan darah, nadi, temperatur, tinggi fundus, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan. Pemantauan kala IV ini sangat penting terutama untuk menilai deteksi dini risiko atau kesiapan penolong mengantisipasi komplikasi perdarahan pascapersalinan (JNPK-KR, 2007).

MEMBERIKAN DUKUNGAN PERSALINAN

Asuhan yang sifatnya mendukung selama persalinan merupakan ciri dari asuhan kebidanan. Asuhan yang mendukung artinya kehadiran yang aktif dan ikut serta dalam kegiatan yang sedang berlangsung. Dukungan tersebut antara lain meliputi:

1. Lingkungan

Suasana yang rileks dan bernaersa rumah akan sangat membantu wanita dan pasangannya merasa nyaman. Sikap bidan adalah sangat penting, mungkin lebih penting dari pada bentuk fisik lingkungan tersebut. Ruangan persalinan harus dibuat sedemikian rupa sehingga pada waktu terjadi keadaan darurat bisa ditangani dengan cepat dan efisien. Wallpaper dan gordin yang menarik akan dengan warna yang sejuk dan penggunaan tirai untuk menutup peralatan rumah sakit akan mengurangi keangkeran dari ruangan tersebut. Lampu haruslah mudah dipindah-pindah. Banyak wanita merasa lebih suka dengan penerangan redup atau setengah gelap pada saat berada dalam ruangan persalinan, tetapi tetap harus disediakan lampu untuk membantu saat bidan melakukan penjahitan perineum. Bidan harus berusaha memastikan agar orang yang masuk ke dalam ruangan persalinan bisa sesedikit mungkin dan harus diarahkan untuk menjaga suasana yang santai dan hening.



2. Pendamping persalinan

Asuhan kebidanan dukungan persalinan Kala I dapat diberikan dengan cara menghadirkan orang yang dianggap penting oleh ibu untuk mendampingi ibu selama proses persalinan seperti suami, keluarga, atau teman dekat. Suami dan keluarga dianjurkan untuk berperan aktif dalam mendukung dan melakukan kegiatan yang dapat memberikan kenyamanan bagi ibu. Pendamping ibu saat persalinan sebaiknya adalah orang yang peduli pada ibu, yang paling penting adalah orang-orang yang diinginkan oleh si ibu untuk mendampingi selama persalinan. Di beberapa tempat, hanya wanita yang boleh menemani ibu pada saat ia melahirkan. Dalam budaya lain, sudah menjadi kebiasaan bagi suami menjadi pendamping dalam persalinan bahkan menolong persalinan.

3. Mobilitas

Ibu dianjurkan untuk merubah posisi dari waktu ke waktu agar merasa nyaman dan mungkin persalinan akan berjalan lebih cepat karena ibu merasa menguasai keadaan.

4. Pemberian informasi

Suami harus diberi informasi selengkapny tentang kemajuan persalinan dan perkembangannya selama proses persalinan. Setiap pengobatan atau intervensi yang mungkin dan akan dilakukan harus dijelaskan terlebih dahulu. Ibu dan suaminya dilibatkan dalam pengambilan keputusan.

5. Teknik relaksasi

Jika ibu telah diajarkan teknik-teknik relaksasi ia harus diingatkan mengenai hal itu dan didukung sewaktu ia mempraktekkan pengetahuannya.

6. Percakapan (komunikasi)

Bila seorang ibu berada sedang dalam persalinan, akan ada waktunya untuk bercakap-cakap dalam dan ada waktunya

untuk diam. Wanita yang sedang dalam proses persalinan fase aktif akan menyukai ketenangan. Pada tahap ini seorang wanita akan merasa lelah dan setiap kontaksi akan memerlukan konsentrasi penuh dan semua cadangan emosional fisik yang bisa dikerahkannya. Ia mungkin akan menutup matanya dan ingin sendirian pada tahap ini. Jika ibu menyadari apa yang terjadi pada dirinya ia akan berkonsentrasi pada kemajuan persalinannya dan percakapan yang tidak bermanfaat tidak dibutuhkannya, melainkan sentuhan dan ekspresi wajah akan lebih penting.

7. Dorongan semangat

Bidan harus berusaha memberikan dorongan semangat kepada ibu selama proses persalinannya. Sebagian besar wanita akan mencapai suatu tahap dimana mereka merasa tidak bisa melanjutkan lagi proses persalinannya dan merasa putus asa. Hanya dengan beberapa kata yang diucapkan secara lembut setelah tiap kontraksi atau beberapa kata pujian non-verbal sering sudah cukup memberi semangat. Ibu yang dibuat merasa bahwa ia sanggup dan sudah membuat kemajuan besar biasanya akan merespon dengan terus berusaha. Bidan yang ketrampilan komunikasinya sudah terlatih baik dan yang memberi respons dengan kehangatan dan antusiasme biasanya akan berhasil dalam hal ini.

8. Sikap bidan dalam memberikan dukungan

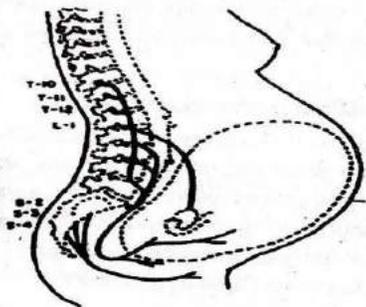
Aman, sesuai *evidence base*, memungkinkan ibu merasa aman, nyaman, secara emosional, merasa didukung, dan didengarkan, menghormati praktek-praktek budaya, agama, dan ibu/keluarganya sebagai pengambil keputusan, menggunakan cara pengobatan sederhana, memastikan bahwa informasi yang diberikan adekuat serta dapat dipahami ibu.

PENGURANGAN RASA SAKIT

1. Nyeri dalam persalinan

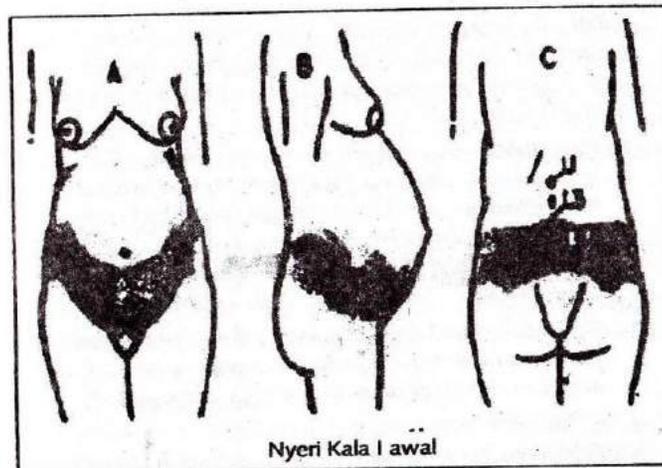
Nyeri adalah rasa tidak enak akibat perangsangan ujung-ujung saraf khusus. Selama persalinan dan kelahiran pervaginam, nyeri disebabkan oleh kontraksi rahim, dilatasi seryiks, dan distensi perineum. Serat saraf aferen viseral yang membawa impuls sensorik dari rahim memasuki medula spinalis pada segmen torakal kesepuluh, kesebelas dan keduabelas serta segmen lumbal yang pertama (T10 sampai L1). Nyeri dari perineum berjalan melewati serat saraf aferen somatik, terutama pada saraf pudendus dan mencapai medula spinalis melalui segmen sakral kedua, ketiga, dan keempat (S2 sampai S4). Serabut saraf sensorik yang dari rahim dan perineum ini membuat hubungan sinapsis pada kornu medula spinalis dengan sel yang memberi akson yang merupakan saluran spinotalamik. Selama bagian akhir dari Kala I dan di sepanjang Kala II, impuls nyeri bukan saja muncul dari rahim tetapi juga perineum saat bagian janin melewati pelvis.

Gambar 5.1. Pusat nyeri pada saat persalinan

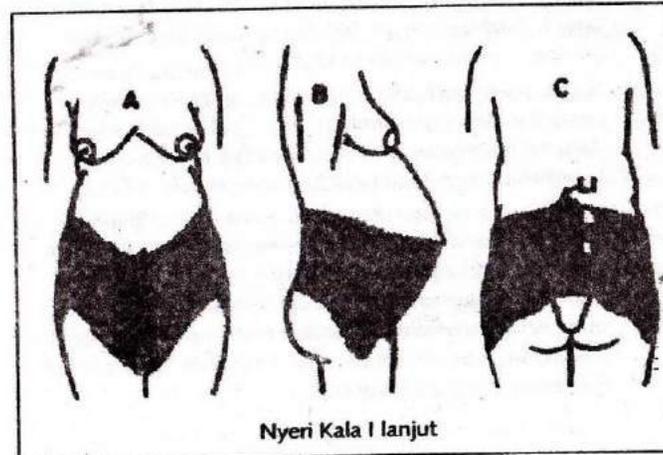


Jalur rasa nyeri dalam persalinan, yang memperlihatkan tempat-tempat dimana rasa nyeri bisa dicegah dengan teknik anestesi lokal.

Gambar 5.2 Pusat nyeri pada saat persalinan



Nyeri Kala I awal



Nyeri Kala I lanjut

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi rasa nyeri dalam persalinan

Salah satu kebutuhan wanita dalam proses persalinan adalah keringanan rasa sakit. Persepsi rasa sakit, cara yang dirasakan oleh individu dan reaksi terhadap rasa sakit dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain :

- a. Rasa takut atau kecemasan akan meninggikan respon individual terhadap rasa sakit. Rasa takut terhadap hal yang tidak diketahui, rasa takut ditinggal sendiri pada saat proses persalinan (tanpa pendamping) dan rasa takut atas kegagalan persalinan dapat meningkatkan kecemasan. Pengalaman buruk persalinan yang lalu juga akan menambah kecemasan.
- b. Kepribadian ibu berperan penting terhadap rasa sakit, ibu yang secara alamiah tegang dan cemas akan lebih lemah dalam menghadapi stress dibanding wanita yang rileks dan percaya diri.
- c. Kelelahan, ibu yang sudah lelah selama beberapa jam persalinan, mungkin sebelumnya sudah terganggu tidurnya oleh ketidaknyamanan dari akhir masa kehamilannya akan kurang mampu mentolerir rasa sakit.
- d. Faktor sosial dan budaya juga berperan penting dalam reaksi rasa sakit. Beberapa budaya mengharapkan stoicisme (sabar dan membiarkannya) sedang budaya lainnya mendorong keterbukaan untuk menyatakan perasaan.
- e. Pengharapan akan memberi warna pada pengalaman. Wanita yang realistis dalam pengharapannya mengenai persalinannya dan tanggapannya terhadap hal tersebut mungkin adalah persiapan yang terbaik sepanjang ia merasa percaya diri bahwa ia akan menerima pertolongan dan dukungan yang diperlukannya dan yakin bahwa ia akan menerima analgesik yang sesuai.

3. Fisiologi rasa sakit:

Jalur rasa sakit atau jalan indra ke atas bermula di ujung syaraf pengindra di tempat terjadinya trauma. Impuls tersebut menjalar sepanjang syaraf perasa menuju simpul syaraf belakang (*dorsal root ganglion*) dari syaraf belakang yang bersangkutan dan diteruskan ke massa syaraf belakang (*posterior horn*) dari kumpulan syaraf tulang punggung (*spinal cord*), dikenal dengan neuron pertama (*first neuron*).

a. Nyeri yang akut

Sensasi semacam ini dikirimkan melalui serabut delta A yang merupakan serabut syaraf besar yang menampung rasa nyeri yang akut. Rasa sakit jenis ini akan dirasakan sebagai nyeri yang menusuk yang dengan mudah dapat dilokalisir oleh penderitanya.

b. Nyeri yang Kronis

Jalur nyeri yang kronis adalah sedikit berbeda, serabut-serabut syaraf yang terlibat adalah syaraf yang diameternya lebih kecil dan disebut serabut C. Nyeri kronis sering digambarkan sebagai sakit yang membakar yang sulit dilokalisir.

c. Neurotransmitter

Pengiriman rangsangan syaraf dilakukan atau dihambat oleh zat-zat yang disebut neuro transmitter. Zat-zat ini bisa bersifat merangsang (*excitatory*) atau menghambat (*inhibitory*). Mereka berinteraksi untuk mempertahankan keseimbangan penalaran rasa nyeri. Salah satu contoh dari neurotransmitter ini adalah acetylcholine dan satu contoh dari inhibitory neurotransmitter ialah enkephaline. Larutan anestesi lokal bertindak dengan bersaing untuk mencapai reseptor acetylcholine pada neurone dan membendung aksi tersebut.

Metode pengurangan rasa sakit yang diberikan selama dukungan persalinan ialah :

1. Caranya sederhana.
2. Efektif.
3. Biayanya rendah.
4. Resikonya rendah.
5. Dapat meningkatkan kemajuan persalinan.
6. Hasil luaran janinnya baik.
7. Bersifat sayang ibu.

Penny Simpkin mengatakan cara untuk mengurangi rasa sakit ini ialah: mengurangi sakit langsung dari sumbernya, memberikan rangsangan alternatif yang kuat, mengurangi reaksi mental negatif, emosional dan fisik ibu terhadap rasa sakit.

1. Teknik dukungan untuk mengurangi rasa sakit:

Kehadiran pendamping selama proses persalinan, sentuhan penghiburan dan dorongan orang yang mendukung, Kehadiran pendamping sangat besar artinya karena dapat membantu ibu saat proses persalinan. Pendamping ibu saat proses persalinan sebaiknya adalah orang yang peduli pada ibu dan yang paling penting adalah orang yang diinginkan ibu untuk mendampingi ibu selama proses persalinan.

Perubahan posisi dan pergerakan, Ibu mungkin memerlukan bantuan untuk mencari dan menemukan posisi yang nyaman, untuk membantu ibu agar ibu tetap tenang dan rileks sedapat mungkin bidan tidak boleh memaksakan posisi yang telah dipilih ibu, bidan hanya menyarankan alternatif-alternatif apabila tindakan ibu tidak efektif.

Sentuhan dan masase, Relaksasi sentuhan mungkin akan membantu ibu rileks dengan cara pasangan menyentuh atau mengusap bagian tubuh ibu. Pemijatan secara lembut akan membantu ibu merasa lebih segar, rileks dan nyaman selama persalinan. Sebuah penelitian menyebutkan ibu yang dipijat 20

menit setiap jam selama tahapan persalinan akan lebih bebas dari rasa sakit. Hal itu terjadi karena pijat merangsang tubuh melepaskan senyawa endorphin yang merupakan pereda sakit alami. Endorphin juga dapat menciptakan perasaan nyaman dan enak.

Dalam persalinan, pijat juga membantu ibu merasa lebih dekat dengan orang yang merawatnya. Sentuhan seseorang yang peduli dan ingin menolong merupakan sumber kenikmatan saat ibu sakit, lelah dan takut. Bagian tubuh ibu yang dapat dipijat adalah kepala, leher, punggung dan tungkai. Saat melakukan pemijatan dapat menggunakan minyak sayur, minyak pijat atau sedikit bedak supaya tangan agak licin dan ibu merasa nyaman.

Umumnya, ada 2 teknik pemijatan yang dilakukan dalam persalinan, yaitu *effluerage* dan *counterpressure*. *Effluerage* adalah teknik pemijatan berupa usapan lembut, lambat dan panjang atau tidak putus-putus. Teknik ini menimbulkan efek relaksasi. Dalam persalinan, *effluerage* dilakukan dengan menggunakan ujung jari yang ditekan lembut dan ringan. Lakukan usapan dengan ringan dan tanpa tekanan kuat, tetapi usahakan ujung jari tidak lepas dari permukaan kulit.

Pijat *counterpressure* adalah pijatan tekanan kuat dengan cara meletakkan tumit tangan atau bagian datar dari tangan, atau juga menggunakan bola tenis. Tekanan dapat diberikan dalam gerakan lurus atau lingkaran kecil. Teknik ini efektif menghilangkan sakit punggung akibat persalinan. Namun perlu disadari bahwa ada ibu yang tidak biasa dipijat, bahkan disentuh saat mengalami kontraksi, hal ini disebabkan karena kontraksi sedemikian kuatnya sehingga ibu tidak sanggup lagi menerima rangsangan apapun pada tubuh. Bidan harus memahami hal ini dan menghormati keinginan ibu.

Panas buatan dan dingin buatan, pemanasan merupakan metode sederhana yang digunakan pada ibu untuk meredakan rasa sakit. Dalam persalinan, panas buatan dapat dilakukan dengan cara meletakkan botol air panas yang dibungkus dengan handuk di punggung, menggunakan kantong kain berisi kulit ari beras/gandum yang dipanaskan beberapa menit di microwave, melakukan pijatan dengan cara menggosokkan tangan pendamping persalinan di punggung ibu. Pijatan ini akan menghangatkan kulit sekaligus merangsang tubuh melepaskan senyawa alamiah pereda sakit. Dingin buatan dapat dilakukan dengan cara mengompres punggung ibu menggunakan air es menggunakan washlap atau kantong kompres khusus untuk es.

Pencelupan di dalam air, Air dapat mengatasi rasa sakit karena dapat menyebabkan relaksasi. Jika ibu merasa tegang, kontraksi menjadi sangat menyakitkan sehingga dapat menyebabkan pembukaan serviks tidak lancar. Air membantu ibu lebih rileks dan lebih dapat mengendalikan diri menghadapi kontraksi sehingga tidak terlalu menyakitkan. Selain itu di dalam air otot-otot ibu mengendur.

Pengeluaran suara (pernafasan), Teknik pernafasan yang tepat dapat mengurangi rasa sakit persalinan. Teknik pernafasan dapat dibedakan menjadi 2 yaitu teknik pernafasan pada kala I awal dan teknik pernafasan pada kala I akhir.

Teknik pernafasan kala I awal, dilakukan dengan cara tiap kali kontraksi dari awal sampai akhir kontraksi ibu diminta untuk menarik nafas dalam-dalam dan teratur melalui hidung dan dikeluarkan lewat mulut. Pada puncak kontraksi bernafaslah dengan ringan dan pendek-pendek melalui mulut tetapi jangan terlalu lama karena bisa mengakibatkan ibu kekurangan oksigen.

Teknik pernafasan kala I akhir, kontraksi pada kala I akhir akan terjadi selama satu menit dan bisa terasa setiap menit. Agar ibu tidak mengejan terlalu awal minta ibu untuk mengatakan "huh

huh, pyuh", sambil bernafas pendek-pendek lalu bernafaslah panjang. Setelah itu, bernafaslah perlahan dan teratur. Masa transisi ini merupakan masa yang paling sulit karena kontraksi akan sangat kuat, tetapi serviks belum membuka seluruhnya. Pada tahap ini, minta ibu jangan mengejan terlebih dahulu karena akan menyebabkan serviks oedema.

Visualisasi dan pemusatan perhatian, para penggagas metode ini percaya melahirkan dapat menyenangkan jika ibu melibatkan otak kanan dalam proses persalinan. Sehari-hari, manusia lebih banyak bekerja dengan menggunakan otak kiri. Di sisi lain, otak kanan yang menyimpan memori tentang keindahan, keyakinan, imajinasi, dan fantasi sering tidak diberdayakan. Padahal, dengan otak kanan kita mampu menyembuhkan diri dan menghilangkan rasa sakit termasuk dalam persalinan. Pemberdayaan otak kanan untuk persalinan yang bebas sakit pada dasarnya menanamkan keyakinan "melahirkan itu tidak sakit". Hal ini tidak mudah diterima begitu saja sehingga otak kanan harus difungsikan meyakinkannya. Otak kanan adalah bagian yang mampu memvisualisasikan sesuatu seolah-olah itu nyata. Misalnya membayangkan seolah-olah sedang berada di taman bunga dan bayi sudah bersama ibu. Saat otak kanan mencapai 8-13 Hz ternyata kondisi ini merupakan gelombang alfa atau relaksasi. Seseorang lebih mudah untuk memvisualisasikan serta merasa lebih nyaman dan tenang. sementara pada ukuran 13-26 Hz, otak sangat lelah sehingga tingkat stress tinggi. Orang mudah merasa sakit, letih dan jenuh. Setiap ibu bisa melakukan visualisasi, sebaiknya latihan dilakukan sejak kandungan berusia dua bulan atau paling lambat tujuh bulan. Dengan visualisasi, ibu juga dibantu untuk tenang dan menghilangkan trauma atau naluri ekstra bawah sadar. Ibu dapat berlatih visualisasi dalam waktu 7 x 2,5 jam (lebih baik di bawah bimbingan pelatih profesional).

Musik dapat membantu ibu mengalihkan perhatian dari rasa nyeri sehingga ibu merasa rileks.

2. Metode dan obat penghilang rasa sakit

Rasa sakit juga dapat dihilangkan dengan menggunakan beberapa metode atau pemberian obat-obatan penghilang rasa sakit, misalnya pethidine, anestesi epidural, entonox, TENS atau ILA (*Intrathecal Labooour Analgesia*). Namun, belum semua metode dan obat ada di Indonesia.

- a. **Pethidine**, pemberian pethidine akan membuat tenang, rileks, malas bergerak dan terasa agak mengantuk, tetapi tetap sadar. Obat ini bereaksi 20 menit, kemudian akan bekerja selama 2 - 3 jam dan biasanya diberikan pada kala I. Obat biasanya disuntikkan di bagian paha atau pantat. Penggunaan obat ini juga menyebabkan bayi mengantuk, tetapi pengaruhnya akan hilang setelah bayi lahir. Pethidine tidak diberikan secara rutin, tetapi diberikan pada keadaan kontraksi rahim yang terlalu kuat.
- b. **Anestesi epidural**, metode ini paling sering dilakukan karena memungkinkan ibu untuk tidak merasakan sakit tanpa tidur. Obat anestesi disuntikkan pada rongga kosong tipis (epidural) diantara tulang punggung bagian bawah. Spesialis anestesi akan memasang kateter untuk mengalirkan obat yang mengakibatkan saraf tubuh bagian bawah mati rasa selama sekitar 2 jam, sehingga rasa sakit tidak terasa. Pemberian obat ini harus diperhitungkan agar tidak ada pengaruhnya pada kala II persalinan, jika tidak maka ibu akan mengedan lebih lama.
- c. **Entonox**, metode ini menggunakan campuran oksigen dan nitrous oxida, dapat menghilangkan rasa sakit, efeknya lebih ringan dari pada epidural dan dapat digunakan sendiri. Jika kontraksi mulai terasa, pegang masker di muka, lalu tarik nafas dalam-dalam. Rasa sakit akan berkurang dan kepala terasa lebih ringan.

- d. **TENS**, metode penghilang rasa sakit menggunakan mesin TENS (*transcutaneous Electrical Nerves Stimulation*) dipilih jika rasa sakit ingin hilang tanpa menggunakan obat. Mesin ini merupakan suatu sensor elektronik yang membantu tubuh menahan rasa sakit dengan mengirim pulsa arus listrik ke punggung. Beberapa elektroda ditempelkan di atas saraf punggung menuju rahim dan dihubungkan dengan panel kontrol yang dipegang untuk menambah atau mengurangi arus listrik. Alat ini mudah digunakan dan tidak membahayakan.
- e. **Intrathecal Labour Analgesia**, intrathecal Labour Analgesia (ILA) adalah suatu teknik baru untuk menghilangkan nyeri persalinan yang hampir mirip dengan epidural, tetapi berbeda pada lokasi dan cara pemberian obat anestesi. Pada ILA, obat anestesi disuntikkan intratekal, suatu daerah sedikit di atas epidural dan dosis obat yang diberikan lebih sedikit dibanding epidural. Keuntungan dari teknik ILA dibanding epidural adalah lebih aman karena dosis obat lebih sedikit, lebih mudah dilakukan, dan biayanya relatif lebih murah.

PERSIAPAN PERSALINAN (DEPKES RI 2007)

Mempersiapkan Ruang untuk Persalinan dan Kelahiran Bayi

Persalinan dan kelahiran bayi mungkin terjadi di rumah (rumah ibu maupun kerabat), di tempat bidan, Puskesmas, Polindes atau Rumah Sakit. Pastikan ketersediaan bahan-bahan dan sarana yang memadai. Laksanakan upaya PI sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (JNPK-KR, 2007).

Di manapun persalinan dan kelahiran bayi terjadi, diperlukan hal-hal pokok seperti berikut ini : Ruang yang hangat dan bersih, memiliki sirkulasi udara yang baik dan terlindung dari tiupan angin; Sumber air bersih dan mengalir untuk cuci tangan dan memandikan

ibu sebelum dan sesudah melahirkan; Air DTT (air yang dididihkan atau didinginkan) untuk membersihkan vulva dan perineum sebelum melakukan pemeriksaan dalam dan membersihkan perineum ibu setelah melahirkan.

Kecukupan air bersih, klorin, deterjen, kain pembersih, kain pel dan sarung tangan karet untuk membersihkan ruangan, lantai, perabotan, dekontaminasi dan proses peralatan.

Kamar mandi yang bersih untuk kebersihan pribadi ibu dan penolong persalinan. Pastikan bahwa kamar mandi telah di dekontaminasi dengan larutan klorin 0,5%, dibersihkan dengan deterjen dan air sebelum persalinan dimulai dan setelah bayi lahir.

Tempat yang lapang untuk ibu berjalan-jalan dan menunggu saat persalinan, melahirkan bayi dan untuk memberikan asuhan bagi ibu dan bayinya setelah persalinan. Pastikan bahwa ibu mendapatkan privasi yang diinginkan.

Penerangan yang cukup, baik siang hari maupun malam hari; Tempat tidur yang bersih untuk ibu, tutupi kasur dengan plastik atau lembaran yang mudah dibersihkan jika terkontaminasi.

Meja yang bersih atau tempat untuk menaruh peralatan persalinan, meja untuk tindakan resusitasi bayi baru lahir (JNPK-KR, 2007).

Persiapan Perlengkapan, Bahan-bahan dan Obat-obatan yang Diperlukan

Pastikan kelengkapan jenis dan jumlah bahan-bahan yang diperlukan serta dalam keadaan siap pakai pada setiap persalinan dan kelahiran bayi. Jika tempat persalinan dan kelahiran bayi jauh dari fasilitas kesehatan, bawalah semua keperluan tersebut ke lokasi persalinan. Ketidak mampuan untuk menyediakan semua perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obat esensial pada saat diperlukan akan meningkatkan risiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir sehingga keadaan ini dapat membahayakan keselamatan jiwa mereka (JNPK-KR, 2007).

Pada setiap persalinan dan kelahiran bayi: Periksa semua peralatan sebelum dan setelah memberikan asuhan. Segera ganti peralatan yang hilang atau rusak; Periksa semua obat-obatan dan bahan-bahan sebelum dan setelah menolong persalinan dan melahirkan bayi. Segera ganti obat apapun yang telah digunakan atau hilang; Pastikan bahwa perlengkapan dan bahan-bahan sudah bersih dan siap pakai. Partus set, peralatan untuk melakukan penjahitan, dan peralatan untuk resusitasi bayi baru lahir sudah dalam keadaan DTT atau steril (JNPK-KR, 2007).

Persiapan Rujukan

Kaji ulang rencana rujukan bersama ibu dan keluarganya. Jika terjadi penyulit, keterlambatan untuk merujuk ke fasilitas yang sesuai dapat membahayakan jiwa ibu dan/atau bayinya. Jika perlu dirujuk, siapkan dan sertakan dokumentasi tertulis semua asuhan/perawatan yang telah diberikan dan semua hasil penilaian (termasuk partograf) untuk dibawa ke fasilitas rujukan. Jika ibu datang hanya untuk mendapatkan asuhan persalinan dan kelahiran bayi dan ia tidak siap atau kurang memahami bahwa kondisinya memerlukan upaya rujukan maka lakukan konseling terhadap ibu dan keluarganya tentang perlunya memiliki rencana rujukan. Bantu mereka mengembangkan rencana rujukan pada saat awal persalinan (JNPK-KR, 2007).

PEMENUHAN KEBUTUHAN FISIK DAN PSIKOLOGIS IBU DAN KELUARGA

Lima kebutuhan wanita dalam persalinan antara lain

Asuhan fisik dan psikologis, kehadiran seorang pendamping secara terus menerus, pengurangan rasa sakit, penerimaan atas sikap dan perilakunya, informasi kepastian tentang hasil persalinan yang aman.



Memberikan Asuhan Sayang Ibu

Persalinan adalah saat yang menegangkan dan dapat menggugah emosi ibu dan keluarganya atau bahkan dapat menjadi saat yang menyakitkan dan menakutkan bagi ibu. Upaya untuk mengatasi gangguan emosional dan pengalaman yang menegangkan tersebut sebaiknya dilakukan melalui asuhan sayang ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayinya (JNPK-KR, 2007).

Prinsip-prinsip umum asuhan sayang ibu adalah : Menyapa ibu dengan ramah dan sopan, bersikap dan bertindak dengan tenang dan berikan dukungan penuh selama persalinan dan kelahiran bayi; Jawab setiap pertanyaan yang diajukan oleh ibu atau anggota keluarganya; Anjurkan suami dan anggota keluarga ibu untuk hadir dan memberikan dukungannya.

Waspada gejala atau tanda penyulit selama proses persalinan dan lakukan tindakan yang sesuai jika diperlukan; Siap dengan rencana rujukan (JNPK-KR, 2007).

Asuhan sayang ibu selama persalinan termasuk: Memberikan dukungan emosional, membantu pengaturan posisi ibu, memberikan cairan dan nutrisi, keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur, Pencegahan infeksi (JNPK-KR, 2007).

Perawatan Fisik, Kebersihan dan kenyamanan, wanita yang sedang bersalin akan merasa sangat panas dan berkeringat banyak. Bila memungkinkan ibu bisa mandi dan berganti pakaian, atau bila tidak cukup dengan menyeka tubuhnya dan mengganti pakaiannya. Baju yang bersih dan terbuat dari bahan katun akan membuat ibu merasa nyaman. Mulutnya bisa disegarkan dengan jalan menggosok gigi atau mouthwash.

Mengatur Posisi

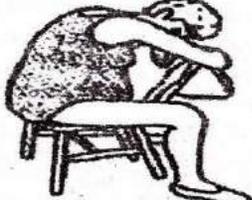
Anjurkan ibu untuk mencoba posisi-posisi yang nyaman selama persalinan dan melahirkan bayi serta anjurkan suami dan pendamping lainnya untuk membantu ibu berganti posisi. Ibu boleh berjalan, berdiri, duduk, jongkok, berbaring miring atau merangkak.

Posisi tegak seperti berjalan, berdiri atau jongkok dapat membantu turunnya kepala bayi dan seringkali memperpendek waktu persalinan. Bantu ibu untuk sering berganti posisi selama persalinan. Beritahukan pada ibu untuk tidak berbaring terlentang lebih dari 10 menit. Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan ketuban, plasenta, dll) akan menekan vena cava inferior. Hal ini akan mengakibatkan turunnya aliran darah dari sirkulasi ibu ke plasenta. Kondisi seperti ini dapat menyebabkan hipoksia atau kekurangan pasokan oksigen pada janin. Selain itu, posisi terlentang berhubungan dengan gangguan terhadap proses kemajuan persalinan (JNPK-KR, 2007).

Rasa sakit akibat kontraksi akan semakin terasa sesuai dengan bertambahnya pembukaan serviks. Ibu mungkin memerlukan bantuan untuk mencari dan menemukan posisi yang nyaman. Ada beberapa posisi tertentu yang dapat membantu mengurangi rasa sakit, misalnya posisi duduk, bersandar tegak, bersandar ke depan, berlutut ke depan, mengurut punggung atau bersandar pada suami.

Pada kala I, biasanya secara naluri ibu bergerak mencari posisi yang nyaman dan tetap pada posisi tersebut selama kala I. Posisi yang dianjurkan adalah :

Berdiri di belakang meja dengan rileks	Berdiri menghadap pasangan
	
Berdiri di belakang meja dengan rileks. Letakkan tangan pada sandaran kursi. Kondisi ini dapat menolong selama kontraksi jika ibu masih dapat berjalan	Ibu berdiri menghadap suami dan lingkarkan lengan pada lehernya, suami dapat diminta untuk dapat memijat pinggangnya.

<p>Ibu bersandar pada punggung suami secara rileks</p>	<p>Duduk di kursi menggunakan bantal menghadap ke belakang</p>
	
<p>Ibu menyandarkan punggung pada suami dengan rileks dan suami dapat mendinginkan wajah dengan washlap.</p>	<p>Ibu duduk di kursi menggunakan bantal, lengan diletakkan pada sandaran kursi dan menghadap ke belakang, suami dapat memijat lembut punggung ibu.</p>



Kontak fisik, ibu mungkin tidak ingin bercakap-cakap tetapi mungkin akan merasa nyaman dengan kontak fisik. Suaminya hendaknya dianjurkan untuk memegang tangannya, menggosok punggungnya, menyeka wajahnya dengan washlap atau hanya mendekapnya. Bidan harus peka terhadap keinginan ibu dan menghormatinya. Suatu saat mungkin ada baiknya untuk meninggalkan kedua pasangan itu sendirian jika mereka menginginkannya.

Pijatan, wanita yang menderita sakit punggung atau nyeri selama persalinan mungkin akan merasakan pijatan yang sangat meredakan. Bidan atau suami ibu bisa melakukan pijatan melingkar di bagian lumbosacralnya dengan menggunakan bedak atau body lotion untuk mengurangi friksi. Pijatan mendalam diberikan dengan menggunakan tekanan dengan telapak tangan, buku jari atau benda-benda seperti bola tenis. Sebagian wanita mungkin akan merasakan pijatan pada abdominal menyenangkan, elusan ringan di atas seluruh perut dengan menggunakan kedua tangan dan dengan ujung jari menyentuh symphysis pubis, melintas di atas fundus uteri dan kemudian turun ke kedua sisi perut. Sebagian mungkin lebih menyukai teknik kedua tangan yang sama melintasi bagian bawah abdomen dimana rasa nyeri kontraksi uterus biasanya dirasakan, wanita juga suka melakukannya sendiri.

Perawatan kandung kemih dan perut

Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin selama persalinan, ibu harus berkemih sedikitnya setiap 2 jam, atau lebih sering jika ibu merasa ingin berkemih atau jika kandung kemih terasa penuh. Periksa kandung kemih sebelum memeriksa DJJ (amati atau lakukan palpasi tepat di atas simpisis pubis untuk mengetahui apakah kandung kemih penuh). Anjurkan dan antar-kan ibu untuk berkemih di kamar mandi. Jika ibu tidak dapat berjalan ke kamar mandi, berikan wadah urin. WHO dan Asosiasi Rumah Sakit Internasional menganjurkan untuk tidak menyatukan ruang bersalin dengan kamar mandi atau toilet karena tingginya frekuensi penggunaan, lalu lintas antar ruang, potensi cemaran

mikroorganisme, percikan air atau lantai yang basah akan meningkatkan risiko infeksi nosokomial terhadap ibu, bayi baru lahir dan penolong sendiri (JNPK-KR, 2007).

Hindari terjadinya kandung kemih yang penuh karena berpotensi untuk: memperlambat turunnya janin dan mengganggu kemajuan persalinan; Menyebabkan ibu tidak nyaman; Meningkatkan risiko perdarahan pasca persalinan yang disebabkan oleh atonia uteri; Mengganggu penatalaksanaan distosia bahu; Meningkatkan risiko infeksi saluran kemih pasca persalinan (JNPK-KR, 2007).

Anjurkan ibu untuk buang air besar jika perlu. Jika ibu ingin buang air besar saat fase aktif persalinan, lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa apa yang dirasakan ibu bukan disebabkan oleh tekanan bayi pada rektum. Bila memang bukan gejala kala II persalinan maka izinkan ibu atau perbolehkan ibu untuk ke kamar mandi. Jangan melakukan klisma secara rutin selama persalinan. Klisma tidak akan memperpendek waktu persalinan, menurunkan angka infeksi bayi baru lahir atau infeksi luka pasca persalinan dan malahan akan meningkatkan jumlah tinja yang keluar selama kala II persalinan (JNPK-KR, 2007).

Pemberian Cairan dan Nutrisi

Anjurkan ibu untuk mendapatkan asupan (makanan ringan dan minum air) selama persalinan dan proses kelahiran bayi. Sebagian ibu masih ingin makan selama fase laten persalinan tetapi setelah memasuki fase aktif, mereka hanya ingin mengonsumsi cairan saja. Anjurkan agar anggota keluarga sesering mungkin menawarkan minum dan makanan ringan selama proses persalinan. Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (JNPK-KR, 2007).

Dukungan Emosional

Dukung dan anjurkan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayinya. Anjurkan mereka untuk berperan aktif dalam mendukung dan mengenali berbagai upaya yang mungkin sangat membantu kenyamanan ibu. Hargai keinginan ibu untuk menghadirkan teman atau saudara yang secara khusus diminta untuk menemaninya (JNPK-KR, 2007).

Bekerja bersama anggota keluarga untuk: mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati dan pujian kepada ibu, membantu ibu bernapas secara benar pada saat kontraksi; memijat punggung, kaki atau kepala ibu dan tindakan-tindakan bermanfaat lainnya; menyeka muka ibu secara lembut dengan menggunakan kain yang dibasahi air hangat atau dingin; menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa aman (JNPK-KR, 2007).

Pencegahan Infeksi

Menjaga lingkungan tetap bersih merupakan hal penting dalam mewujudkan persalinan yang bersih dan aman bagi ibu dan bayinya. Hal ini merupakan unsur penting dalam asuhan sayang ibu. Kepatuhan dalam menjalankan praktik-praktik pencegahan infeksi yang baik, juga akan melindungi penolong persalinan dan keluarga ibu dari infeksi. Ikuti praktik-praktik pencegahan infeksi yang telah ditetapkan untuk mempersiapkan persalinan dan proses kelahiran bayi. Anjurkan ibu untuk mandi pada saat awal persalinan dan pastikan ibu memakai pakaian yang bersih. Cuci tangan sesering mungkin, gunakan peralatan steril atau DTT dan gunakan sarung tangan saat diperlukan. Anjurkan anggota keluarga untuk mencuci tangan mereka sebelum dan setelah melakukan kontak dengan ibu dan/atau bayi baru lahir. Pencegahan infeksi sangat penting dalam menurunkan angka kecacatan dan kematian ibu dan bayi baru lahir. Upaya dan keterampilan untuk melaksanakan prosedur pencegahan infeksi secara baik dan benar juga dapat melindungi penolong persalinan terhadap risiko infeksi (JNPK-KR, 2007).

TANDA BAHAYA KALA I

Pada saat memberikan asuhan bagi ibu bersalin, penolong harus selalu waspada terhadap kemungkinan timbulnya masalah atau penyulit. Menunda pemberian asuhan kegawat daruratan akan meningkatkan risiko kematian dan kesakitan ibu dan bayi baru lahir. Langkah atau tindakan yang akan dipilih sebaiknya dapat memberikan manfaat dan memastikan bahwa proses persalinan akan berlangsung aman dan lancar sehingga akan berdampak baik terhadap keselamatan ibu dan bayi yang akan dilahirkan (JNPK-KR, 2007).

Tanda bahaya yang harus diwaspadai seorang bidan saat menolong persalinan kala I adalah: Tekanan darah lebih 140/90 mmhg (Pre-eklamsi); Temperatur lebih dari 36.0c, Nadi lebih dari 100x/menit; denyut jantung janin (DJJ) (100 atau >180x/menit (normal 120-160x); Kontraksi kurang dari 3 dalam 10 menit berlangsung kurang dari 40 detik; Ketukan dipalpasi lemah; Serviks: Partograf melewati garis waspada pada fase aktif, Cairan amnion, mekonium, darah, bau; Urine: Volume sedikit dan pekat.

Riwayat yang harus diperhatikan antara lain adalah pernah bedah Sesar, riwayat perdarahan berulang, prematuritas atau tidak cukup bulan, ketuban pecah dini, pewarnaan mekonium cairan ketuban, Infeksi ante atau intrapartum, Hipertensi, Dwarfism atau TB dibawah 140 cm, gawat janin, primipara dengan bagian terbawah masih tinggi, malpresentasi atau malposisi, Tali pusat menumbung, keadaan umum jelek atau syok, Inersia uteri atau fase laten memanjang, Partus lama atau kasep.

PENDOKUMENTASIAN KALA I

Menurut Helen Varney's 2007, alur berfikir bidan saat menghadapi kimen meliputi tujuh langkah, agar diketahui orang lain apa yang telah dilakukan oleh seorang bidan melalui proses berfikir sistematis, maka di dokumentasikan dalam bentuk SOAP, yaitu:

Langkah : 1

Data Subjektif

Menggambarkan pendokumentasian hanya pengumpulan data kelen melalui anamnesis tanda gejala subyektif yang diperoleh dari hasil bertanya dari pasien, suami atau keluarga (identitas umum, keluhan, riwayat menarche, riwayat perkawinan, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat KB, penyakit, riwayat penyakit keluarga, riwayat penyakit keturunan, riwayat psikososial, pola hidup.)

Tujuan anamnesis adalah mengumpulkan informasi tentang riwayat kesehatan, kehamilan dan persalinan. Informasi ini digunakan dalam proses membuat keputusan klinik untuk menentukan diagnosis dan mengembangkan rencana atau perawatan yang sesuai (Depkes RI, 2007).

Tanyakan pada Ibu : nama, umur dan alamat, Gravida dan para, Hari pertama haid terakhir, Kapan bayi akan lahir (menurut tak-siran ibu), Riwayat alergi obat-obatan tertentu, Riwayat kehamilan sekarang; pemeriksaan antenatal, masalah kehamilan, kapan mulai kontraksi (teratur atau tidak, seberapa sering), gerakan bayi, selaput ketuban sudah pecah (warna, kental/encer, kapan pecahnya), keluar cairan bercampur darah (bercak atau darah segar per vaginam), kapan terakhir kali makan dan minum, kesulitan dalam berkemih.

Riwayat kehamilan sebelumnya; masalah selama persalinan atau kelahiran (bedah sesar, ekstraksi vakum atau forseps, induksi oksitosin, hipertensi yang diinduksi oleh kehamilan, pre eklampsia/eklampsia, perdarahan pasca persalinan), berat badan lahir yang paling besar, bayi bermasalah pada kehamilan dan persalinan sebelumnya.

Riwayat medis lainnya (masalah pernapasan, hipertensi, gangguan jantung, berkemih, dll), masalah medis lainnya (sakit kepala, gangguan penglihatan, pusing, atau nyeri epigastrium bagian atas),

pertanyaan tentang hal-hal yang belum jelas atau berbagai bentuk kekhawatiran lainnya (Depkes RI, 2007)

Langkah : 2

Data Objektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan fisik klien, hasil laboratorium, dan test diagnostic lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung *assessment*. Tanda gejala obyektif yang diperoleh dan hasil pemeriksaan (Varney's 2007). (Tekanan darah, nadi, suhu tubuh; Edema/pembengkakan pada muka, jari tangan, kaki, dan pretibia tungkai bawah; Warna pucat pada mulut, dan conjunctiva; Repleks-repleks pada kedua lutut; Abdomen: ada tidaknya bekas operasi *section secaria*, pengukuran tinggi fundus uteri (TFU), gerakan janin, kontraksi uterus, pemeriksaan Leopold I-IV, penurunan kepala janin, mendengarkan Detak jantung janin; Genetalia luar: luka, cairan, lendir darah, perdarahan, cairan ketuban; Getetalia dalam; Penipisan serviks, dilatasi, penurunan kepala janin, membrane, selaput ketuban dan pemeriksaan penunjang). Pemeriksaan dengan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

Perubahan serviks: kepastian persalinan dapat ditentukan hanya jika serviks secara progresif menipis dan membuka, Kontraksi yang cukup/adekuat, kontraksi dianggap adekuat apabila: kontraksi terjadi teratur, minimal 3 kali dalam 10 menit, setiap kontraksi, berlangsung sedikitnya 40 detik, uterus mengeras selama kontraksi, misal pemeriksa tidak bisa menekan uterus menggunakan jari anda.

Bidan mungkin tidak mempunyai waktu mengambil riwayat pemeriksaan fisik jika ibu datang saat menjelang persalinan atau sudah hampir melahirkan, sangatlah penting keseluruhan bagi bidan bertindak fleksibel pada bagian proses ini, dan menyesuaikan bagaimana mengumpulkan informasi mengenai keadaan fisik dan emosi ibu.

Pemeriksaan Fisik

Tujuan pemeriksaan fisik adalah untuk menilai kondisi kesehatan ibu dan bayinya serta tingkat kenyamanan fisik ibu bersalin. Informasi dari hasil pemeriksaan fisik dan anamnesis diolah untuk membuat keputusan klinik, menegakkan diagnosis dan mengembangkan rencana asuhan atau perawatan yang paling sesuai dengan kondisi ibu. Jelaskan pada ibu dan keluarganya tentang apa yang akan dilakukan selama pemeriksaan dan apa alasannya. Anjurkan mereka untuk bertanya dan menjawab pertanyaan yang diajukan sehingga mereka memahami kepentingan pemeriksaan (Depkes RI, 2007).

Pada saat melakukan pemeriksaan fisik perhatikan langkah-langkahnya antara lain :

Cuci tangan sebelum memulai pemeriksaan fisik; tunjukkan sikap ramah dan sopan, tenteramkan hati dan bantu ibu agar merasa nyaman; minta ibu menarik nafas perlahan dari dalam jika ia merasa tegang/gelisah; minta ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya (jika perlu, periksa jumlah urin dan adanya protein dan aseton dalam urin); nilai kesehatan dan keadaan umum ibu, suasana hatinya, tingkat gelisah atau nyeri kontraksi, warna konjungtiva, kebersihan, status gizi, dan kecukupan air tubuh; nilai tanda-tanda vital ibu (tekanan darah, suhu, nadi, dan pernafasan). Untuk akurasi penilaian tekanan darah dan nadi ibu, lakukan pemeriksaan di antara dua kontraksi; lakukan pemeriksaan abdomen; lakukan pemeriksaan dalam (Depkes RI, 2007).

Pemeriksaan Abdomen

Sebelum melakukan pemeriksaan abdomen, pastikan dulu bahwa ibu sudah mengosongkan kandung kemihnya, kemudian minta ibu berbaring. Tempatkan bantal di bawah kepala dan bahunya dan minta ibu untuk menekuk lututnya. Jika ibu gugup, beri bantuan agar ia memperoleh rasa nyaman dengan meminta ibu menarik

nafas dalam berulang-ulang kali. Jangan biarkan ibu dalam posisi terlentang dalam waktu lebih dari 10 menit (Depkes RI, 2007).

Menentukan Tinggi Fundus

Pastikan pengukuran dilakukan pada saat uterus tidak sedang berkontraksi. Ukur tinggi fundus dengan menggunakan pita pengukur. Mulai dari tepi atas simpisis pubis kemudian rentangkan pita pengukur hingga ke puncak mengikuti aksis atau linea medialis dinding abdomen. Lebar pita harus menempel pada dinding abdomen ibu. Jarak antara tepi atas simpisis pubis dengan puncak fundus uteri adalah tinggi fundus (Depkes RI, 2007).

Memantau Kontraksi Uterus

Gunakan jarum detik yang ada pada jam dinding atau jam tangan untuk memantau kontraksi uterus. Secara hati-hati, letakkan tangan penolong di atas uterus dan palpasi jumlah kontraksi yang terjadi dalam kurun waktu 10 menit. Tentukan durasi atau lama setiap kontraksi yang terjadi. Pada fase aktif persalinan, minimal terjadi 2 kontraksi dalam 10 menit, lama kontraksi adalah 40 detik atau lebih. Di antara dua kontraksi akan terjadi relaksasi dinding uterus (Depkes RI, 2007).

Memantau Denyut Jantung Janin

Gunakan fetoskop pinnards atau doppler untuk mendengarkan Denyut Jantung Janin (DJJ) dalam rahim ibu dan untuk menghitung jumlah Denyut Jantung Janin per menit. Gunakan jarum detik pada jam dinding atau jam tangan. Tentukan titik tertentu pada dinding abdomen ibu di mana suara Denyut Jantung Janin terdengar paling kuat. Jika Denyut Jantung Janin sulit untuk ditemukan, lakukan palpasi abdomen ibu untuk menentukan lokasi punggung bayi. Biasanya rambatan suara Denyut Jantung Janin lebih mudah didengarkan melalui dinding abdomen pada sisi yang sama dengan punggung bayi. Nilai Denyut Jantung Janin selama dan segera setelah kontraksi uterus. Mulailah penilaian sebelum atau selama puncak kontraksi. Dengarkan Denyut Jantung Janin selama minimal

60 detik, dengarkan sampai sedikitnya 30 detik selama kontraksi berakhir. Lakukan penilaian Denyut Jantung Janin tersebut pada lebih dari satu kontraksi. Gangguan kondisi kesehatan janin dicerminkan dari Denyut Jantung Janin yang kurang dari 100 atau lebih dari 160 kali per menit. Bila demikian, baringkan ibu ke sisi kiri dan anjurkan untuk relaksasi. Nilai kembali Denyut Jantung Janin setelah 5 menit dari pemeriksaan sebelumnya, kemudian simpulkan perubahan yang terjadi. Jika Denyut Jantung Janin mengalami perbaikan maka siapkan ibu untuk segera dirujuk (Depkes RI, 2007).

Menentukan Presentasi

Untuk menentukan presentasi bayi (apakah presentasi kepala atau bokong): Berdiri di samping ibu dan menghadap ke arah kepala ibu (minta ibu mengangkat tungkai atas dan menekukkan lututnya).

Dengan ibu jari dan jari tengah dari satu tangan (hati-hati tapi mantap) pegang bagian terbawah janin yang mengisi bagian bawah abdomen (di atas simpisis pubis) ibu. Bagian yang berada di antara ibu jari dan jari tengah penolong adalah petunjuk presentasi bayi.

Jika bagian terbawah janin belum masuk ke dalam rongga panggul, bagian tersebut masih dapat digerakkan. Jika telah memasuki rongga panggul maka bagian terbawah janin sulit atau tidak dapat digerakkan lagi.

Untuk menentukan apakah presentasi adalah kepala atau bokong maka perhatikan dan pertimbangkan bentuk, ukuran, kepadatan bagian tersebut. Bagian berbentuk bulat, teraba keras, berbatas tegas dan mudah digerakkan (bila belum masuk rongga panggul), biasanya adalah kepala. Jika bentuknya kurang tegas, teraba kenyal, relatif lebih besar, dan sulit untuk terpegang secara mantap maka bagian tersebut biasanya adalah bokong. Istilah sungsang digunakan untuk menunjukkan bahwa bagian terbawah adalah kebalikan dari kepala atau diidentikkan sebagai bokong (Depkes RI, 2007).



Menentukan Penurunan Bagian Terbawah Janin

Pemeriksaan penurunan bagian terbawah janin ke dalam rongga panggul melalui pengukuran pada dinding abdomen akan memberikan tingkat kenyamanan yang lebih baik bagi ibu jika dibandingkan dengan melakukan periksa dalam (*vaginal toucher*). Selain itu, cara penilaian di atas (bila dilakukan secara benar) dapat memberikan informasi yang sama baiknya dengan hasil periksa dalam tentang kemajuan persalinan (penurunan bagian terbawah janin) dan dapat mencegah periksa dalam yang tidak perlu atau berlebihan (JNPK-KR, 2007).

Penilaian penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada di atas simpisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan pemeriksaan (per lima). Bagian di atas simpisis adalah proporsi yang belum masuk pintu atas panggul dan sisanya (tidak teraba) menunjukkan sejauh mana bagian terbawah janin telah masuk ke dalam rongga panggul (JNPK-KR, 2007).

Penurunan bagian terbawah janin dengan metode lima jari (per lima) adalah :

Lim perlima (5/5) jika kelima jari tangan penolong dapat meraba bagian terbawah janin itu artinya kepala belum masuk pintu atas panggul; 4/5 jika empat jari tangan penolong dapat meraba bagian terendah janin itu berarti sebagian (1/5) bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul; 3/5 jika tiga jari tangan penolong dapat meraba bagian terendah janin itu berarti sebagian (2/5) bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul; 2/5 jika dua jari tangan penolong dapat meraba bagian terendah janin itu berarti hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada di atas simpisis dan 3/5 bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakkan); 1/5 jika satu jari tangan penolong dapat meraba bagian terendah janin itu berarti bagian 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada di atas simpisis dan 4/5 bagian telah masuk ke dalam rongga pang-

gul; 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam rongga panggul (JNPK-KR, 2007).

Periksa Dalam

Langkah-langkah dalam melakukan pemeriksaan dalam termasuk: Tutupi badan ibu sebanyak mungkin dengan sarung atau selimut; Minta ibu berbaring terlentang dengan lutut ditekuk dan paha dibentangkan (mungkin akan membantu jika ibu menempelkan kedua telapak kakinya satu sama lain; Gunakan sarung tangan desinfektan tingkat tinggi atau steril saat melakukan pemeriksaan; Gunakan kasa atau gulungan kapas desinfektan tingkat tinggi yang dicelupkan ke air desinfektan tingkat tinggi/larutan antiseptik. Basuh labia secara hati-hati, seka dari depan ke belakang untuk menghindari kontaminasi feces (tinja).

Periksa genitalia eksterna, perhatikan apakah ada luka atau massa (benjolan) termasuk kandidomata, varikosis vulva atau rektum, atau luka parut di perineum; Nilai cairan vagina dan tentukan apakah ada bercak darah, perdarahan per vaginam atau mekonium: Jika ada perdarahan per vaginam, jangan melakukan pemeriksaan dalam; Jika ketuban sudah pecah, lihat warna dan bau air ketuban. Jika terlihat pewarnaan mekonium, nilai apakah kental atau encer.

Periksa denyut jantung janin: Jika encer dan denyut jantung janin normal, teruskan memantau denyut jantung janin normal secara seksama menurut petunjuk partograf. Jika ada tanda-tanda gawat janin segera rujuk; Jika kental, nilai denyut jantung janin normal dan rujuk segera; Jika tercium bau busuk, mungkin telah terjadi infeksi.

Dengan hati-hati pisahkan labia mayora dengan jari manis dan ibu jari (gunakan sarung tangan pemeriksa). Masukkan (hati-hati) jari telunjuk yang diikuti oleh jari tengah. Jangan mengeluarkan kedua jari tersebut sampai pemeriksaan selesai dilakukan. Jika sela-

put ketuban belum pecah, jangan melakukan amniotomi. Karena dapat meningkatkan risiko infeksi terhadap ibu dan bayi serta gawat janin.

Nilai vagina, luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya. Hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi; Nilai pembukaan dan penipisan serviks; Pastikan tali pusat dan/atau bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan periksa dalam. Jika teraba maka ikuti langkah-langkah gawat darurat dan segera rujuk ibu.

Nilai penurunan bagian terbawah janin dan tentukan apakah bagian tersebut telah masuk ke dalam rongga panggul. Bandingkan tingkat penurunan kepala dari hasil periksa dalam dengan hasil pemeriksaan melalui dinding abdomen (per lima) untuk menentukan kemajuan persalinan.

Jika bagian terbawah janin adalah kepala, pastikan penunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar atau fontanela magna) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau tumpang tindih tulang kepala dan apakah ukuran kepala janin sesuai dengan ukuran jalan lahir.

Jika pemeriksaan sudah lengkap, keluarkan kedua jari (hati-hati), celupkan sarung tangan ke dalam larutan untuk dekontaminasi, lepaskan kedua sarung tangan secara terbalik dan rendam selama 10 menit.

Cuci kedua tangan dan segera keringkan dengan handuk bersih dan kering kemudian bantu ibu untuk mengambil posisi yang lebih nyaman dan tidak lupa dengan menjelaskan hasil-hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarganya (JNPK-KR, 2007).

Langkah berikutnya agar mencatat dan mengkaji hasil anamnesis serta Pemeriksaan Fisik.

Dengan memperhatikan prinsip: catat semua temuan hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik secara teliti dan lengkap. Gunakan informasi yang ada untuk menentukan apakah ibu sudah inpartu, tahapan dan fase persalinan. Jika pembukaan serviks kurang dari 4 cm, berarti ibu masih dalam fase laten kala I persalinan dan perlu penilaian ulang 4 jam kemudian. Jika pembukaan telah mencapai atau lebih dari 4 cm maka ibu dalam fase aktif kala I persalinan sehingga perlu dimulai pemantauan kemajuan persalinan dengan partograf.

Temukan ada tidaknya masalah atau penyulit yang harus ditatalaksana secara khusus; Setiap kali selesai melakukan penilaian, lakukan kajian data yang terkumpul, dan buat diagnosis berdasarkan informasi tersebut. Susun rencana penatalaksanaan asuhan ibu bersalin. Penatalaksanaan harus didasarkan pada kajian temuan dan diagnosis.

Jelaskan temuan, diagnosis dan rencana penatalaksanaan kepada ibu dan keluarganya sehingga mereka mengerti tentang tujuan asuhan yang diberikan (Depkes RI, 2007).

Langkah : 3

Assesment Masalah atau diagnosa yang ditegakkan berdasarkan data atau informasi subjektif maupun objektif yang dikumpulkan atau disimpulkan. Karena keadaan pasien terus berubah dan selalu ada informasi baru baik subjektif maupun objektif, dan sering diungkapkan secara terpisah-pisah, maka proses pengkajian adalah suatu proses yang dinamik.

Sering menganalisa adalah sesuatu yang penting dalam mengikuti perkembangan pasien dan menjamin suatu perubahan baru cepat diketahui dan dapat diikuti sehingga dapat diambil tindakan yang tepat. Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data Subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi: Diagnosa adalah rumusan dan hasil pengkajian mengenai kondisi klien: hamil, berdasarkan hasil analisa data yang didapat; Masalah



segala sesuatu yang menyimpang sehingga kebutuhan klien terganggu, kemungkinan mengganggu kehamilan atau kesehatan tetapi tidak masuk dalam diagnosa.

Membuat diagnosa berdasarkan temuan-temuan dalam riwayat kesehatan, bidan akan dapat mengambil keputusan apakah ibu dalam persalinan sesungguhnya dan jika benar demikian dalam kala serta fase berapa ibu sekarang.

Assesmen untuk persalinan sesungguhnya Persalinan patut dicurigai jika setelah usia kehamilan 22 minggu usia kehamilan, ibu nyeri abdomen berulang yang disertai dengan cairan lendir yang mengandung darah atau "show". Agar dapat mendiagnosa persalinan, bidan harus memastikan perubahan serviks dan kontraksi yang cukup.

Langkah : 4

Membuat rencana asuhan (*Planning*) Selama persalian dan kelahiran, rencana asuhan seorang bidan harus melakukan assesmen dan intervensi agar dapat : memantau perubahan tubuh ibu untuk menentukan apakah persalinan dalam kemajuan yang normal, Memeriksa perasaan ibu dan respon fisik terhadap persalinan, Memeriksa bagaimana bayi bereaksi saat persalinan dan kelahiran, membantu memahami apa yang sedang terjadi sehingga ia berperan serta aktif dalam menentukan asuhan, membantu keluarga dalam merawat ibu selama persalinan, menolong kelahiran dan memberikan asuhan pasca persalinan dini, mengenali masalah secepatnya dan mengambil keputusan serta tindakan yang tepat guna dan tepat waktu.

Assesmen dan intervensi berikut yang perlu dimasukkan dalam rencana asuhan pemantauan terus menerus kemajuan persalinan menggunakan partograf, pemantauan terus menerus tanda-tanda vital ibu, Pemantauan terus menerus keadaan bayi, Memenuhi kebutuhan hidrasi ibu, menganjurkan perubahan posisi dan ambulasi, melakukan tindakan yang memberikan rasa nyaman, menganjurkan keluarga memberi dukungan (Varney's 2007).

MEMBERIKAN ASUHAN PADA BAYI BERSALIN KALA II

ASUHAN KALA II

Definisi

Yang dimaksud dengan Kala II persalinan adalah Proses pengeluaran buah kehamilan sebagai hasil pengenalan proses dan penatalaksanaan kala pembukaan, batasan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi, kala dua juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi (Depkes RI 2007).

Asuhan pada ibu bersalin yaitu asuhan yang dibutuhkan ibu saat proses persalinan. (Azrul,2007)

Kala dua persalinan adalah kala pengeluaran; dimulai saat serviks telah membuka lengkap dan berlanjut hingga bayi lahir. Mean durasi kala dua pada persalinan spontan tanpa komplikasi adalah sekitar 40 menit pada primi-gravida dan 15 menit pada wanita multipara. Bayi yang gagal lahir dalam batas waktu ini tidak harus mengindikasikan persalinan operatif, tetapi tentunya memerlukan penilaian ulang situasi dalam hal posisi dan atau ukuran bayi dalam hubungannya dengan panggul. Pada wanita dengan blok epidural yang efektif, kepala bayi seringkali tampak terletak rendah di

dalam panggul, pada perineum, tetapi tidak dapat maju lebih lanjut karena keinginan ibu untuk mendorong telah melemah. (atlas kebidanan).

Tujuan asuhan persalinan

Adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi. (saepudin, 2007:100).

Fase-fase dalam persalinan

Fase pelvik adalah bagian persalinan saat pembukaan serviks lengkap sudah tercapai dan gerakan-gerakan utama bagian terendah janin di dalam rongga panggul dimulai. Peristiwa ini terjadi bersamaan dengan akhir kala satu dan berlanjut ke dalam kala dua.

Friedman mengemukakan 3 fase persalinan fisiologis: persiapan, dilatasi, dan pelvik. Fase-fase ini jangan dikacaukan dengan kala satu, dua, dan tiga persalinan. Klasifikasi yang disebutkan terakhir ini didasarkan pada hasil akhir pasti: dilatasi serviks lengkap, kelahiran bayi, dan kelahiran plasenta serta selaput ketuban. Pada kelahiran normal, janin melintas melalui jalan lahir dengan gerakan spiral yang mengarah ke kaudal, didorong oleh tekanan kontraksi uterus yang memaksimalkan sikap fleksi janin. Kepala janin memasuki rongga panggul pada diameter transversa atau salah satu diameter objek pintu atas panggul; pada yang terakhir ini, oksiput dapat terletak anterior atau posterior.

PERUBAHAN FISILOGIS PADA KALA II PERSALINAN

1. Kontraksi uterus

Dimana kontraksi ini bersifat nyeri yang disebabkan oleh anoxia dari sel-sel otot tekanan pada ganglia dalam serviks dan

Segmen Bawah Rahim (SBR), regangan dari serviks, regangan dan tarikan pada peritoneum, itu semua terjadi pada saat kontraksi. Adapun kontraksi yang bersifat berkala dan yang harus diperhatikan adalah lamanya kontraksi berlangsung 60-90 detik, kekuatan kontraksi, kekuatan kontraksi secara klinis ditentukan dengan mencoba apakah jari kita dapat menekan dinding rahim kedalam, interval antara kedua kontraksi, pada kala pengeluaran sekali dalam 2 menit.

2. Perubahan – perubahan uterus

Keadaan Segmen Atas Rahim (SAR) dan Segmen Bawah Rahim (SBR), Dalam persalinan perbedaan SAR dan SBR akan tampak lebih jelas, dimana SAR dibentuk oleh korpus uteri dan bersifat memegang peranan aktif (berkontraksi) dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan, dengan kata lain SAR mengadakan suatu kontraksi menjadi tebal dan mendorong anak keluar. Sedangkan SBR dibentuk oleh isthimus uteri yang sifatnya memegang peranan pasif dan makin tipis dengan majunya persalinan (disebabkan karena regangan), dengan kata lain SBR dan serviks mengadakan relaksasi dan dilatasi.

3. Perubahan pada serviks

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

4. Perubahan pada vagina dan dasar panggul

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



5. Perubahan fisik lain yang mengalami perubahan

1) Perubahan sistem Reproduksi

Kontraksi uterus pada persalinan bersifat unik mengingat kontraksi ini merupakan kontraksi otot fisiologis yang menimbulkan nyeri pada tubuh. Selama kehamilan terjadi keseimbangan antara kadar progesterone dan estrogen di dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar estrogen dan progesterone menurun kira-kira 1-2 minggu sebelum partus dimulai sehingga menimbulkan kontraksi uterus. Kontraksi uterus mula-mula jarang dan tidak teratur dengan intensitasnya ringan, kemudian menjadi lebih sering, lebih lama dan intensitasnya semakin kuat seiring kemajuan persalinan.

2) Perubahan Tekanan Darah

Tekanan darah akan meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 10-20 mmHg dan diastolic rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diantara kontraksi tekanan darah kembali ketingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari terlentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari. Nyeri, rasa takut dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah.

3) Perubahan Metabolisme

Selama persalinan, metabolisme karbohidrat meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini terutama disebabkan oleh aktivitas otot. Peningkatan aktivitas metabolic terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernafasan, denyut jantung dan cairan yang hilang.

4) Perubahan Suhu

Perubahan suhu sedikit meningkat selama persalinan dan tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Perubahan suhu dianggap normal bila peningkatan suhu yang tidak

lebih dari 0,5 – 1 °C yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan.

5) Perubahan Denyut Nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi yang lebih rendah dari pada frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim di antara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring bukan terlentang. Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih meningkat dibanding selama periode menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan.

6) Perubahan Pernafasan

Peningkatan frekuensi pernafasan normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi. Hiperventilasi yang memanjang adalah temuan abnormal dan dapat menyebabkan alkalosis (rasa kesemutan pada ekstremitas dan perasaan pusing).

7) Perubahan Pada Ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat di akibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Poliuria menjadi kurang jelas pada posisi terlentang karena posisi ini membuat aliran urine berkurang selama persalinan.

8) Perubahan Pada Saluran Cerna

Absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh lebih berkurang. Apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Cairan tidak

dipengaruhi dan waktu yang dibutuhkan untuk pencernaan di lambung tetap seperti biasa. Lambung yang penuh dapat menimbulkan ketidaknyamanan dan penderitaan umum selama masa transisi. Oleh karena itu, wanita harus dianjurkan untuk tidak makan dalam porsi besar atau minum berlebihan, tetapi makan dan minum ketika keinginan timbul guna mempertahankan energi dan hidrasi. Mual dan muntah umum terjadi selama fase transisi yang menandai akhir fase pertama persalinan.

9) Perubahan Hematologi

Haemoglobin meningkat rata-rata 1,2 gr/100 ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pascapartum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal. Waktu koagulasi darah berkurang dan terdapat peningkatan fibrinogen plasma lebih lanjut selama persalinan. (Varney,2008).

6. Perubahan psikologis pada ibu bersalin

Perubahan psikologis keseluruhan seorang wanita yang sedang mengalami persalinan sangat bervariasi, tergantung pada persiapan dan bimbingan antisipasi yang ia terima 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 atau tidak.

Dukungan yang diterima atau tidak diterima oleh seorang wanita di lingkungan tempatnya melahirkan, termasuk dari mereka yang mendampingi, sangat mempengaruhi aspek psikologisnya pada saat kondisinya sangat rentan setiap kali kontraksi timbul juga pada saat nyerinya timbul secara berkesinambungan. (Varney, 1997).

ASUHAN SAYANG IBU DAN POSISI MENERAN

1. Asuhan sayang ibu

Masih banyak ibu-ibu dalam masyarakat di Indonesia yang lebih menyukai melahirkan dengan pertolongan dukun. Salah satu alasannya adalah karena dukun dapat memberikan dukungan emosi dengan menghormati adat istiadat serta kebiasaan dan melibatkan keluarga. Sebagai bidan, kita juga seharusnya dapat memberikan asuhan yang menghormati adat istiadat, kebutuhan sosial dan emosional, dan juga kebutuhan fisik ibu.

Pengertian Asuhan Sayang Ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu (Depkes RI 2007). Asuhan sayang ibu juga dengan memberikan asuhan yang aman, berdasarkan temuan dan turut meningkatkan angka kelangsungan hidup ibu.

Asuhan Sayang Ibu membantu ibu merasa nyaman dan aman selama proses persalinan, yang menghargai kebiasaan budaya, praktek keagamaan dan kepercayaan (apabila kebiasaan tersebut aman), dan melibatkan ibu dan keluarga sebagai pembuat keputusan, secara emosional sifatnya mendukung. Asuhan Sayang Ibu melindungi hak-hak ibu untuk mendapatkan privasi dan menggunakan sentuhan hanya seperlunya.

Wanita yang memperoleh dukungan emosional selama persalinan akan mengalami waktu persalinan yang lebih pendek, intervensi medis yang lebih sedikit, seperti misalnya operasi cesar dan hasil persalinan yang lebih baik.

Anjurkan keluarga untuk mendampingi ibu selama persalinan dan kelahiran. Penting untuk mengikutsertakan suami, ibunya atau siapapun yang diminta ibu untuk mendampingi, saat ia membutuhkan perhatian dan dukungan.

Alasan : Dukungan dari atau pendamping selama persalinan berkaitan dengan hasil persalinan yang lebih baik (Enkin, et al, 2000)

Anjurkan keluarga untuk terlibat dalam asuhan sayang ibu. Mereka dapat membantu ibu untuk berganti posisi, melakukan pijatan, memberikan minuman dan makanan, berbicara dengan ibu serta memberikan semangat selama persalinan dan kelahiran bayinya.

Berikan dukungan dan semangat pada ibu dan anggota keluarganya. Jelaskan proses kelahiran dan kemajuan persalinan kepada ibu dan keluarganya.

Tentramkan hati ibu selama kala II persalinan. Berikan bimbingan dan bantuan jika memang diperlukan.

Bantu ibu untuk memilih posisi yang nyaman saat meneran. Saat pembukaan lengkap, jelaskan pada ibu untuk hanya meneran apabila ada dorongan kuat untuk mencran. Jangan menganjurkan untuk meneran berkepanjangan dan menahan nafas. Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.

Alasan : Ibu akan mudah mengalami dehidrasi selama persalinan dan kelahiran. Untuk mempertahankan kondisi optimal pada ibu dan bayinya, pastikan agar ibu mendapat cukup asupan cairan (Enkin, et al, 2000).

Kadang – kadang, kala II persalinan menimbulkan rasa khawatir pada ibu. Berikan rasa aman, semangat dan tentramkan hati ibu selama proses persalinan berlangsung. Dukungan tersebut dapat mengurangi ketegangan, membantu kelancaran proses persalinan dan kenyamanan proses kelahiran bayi. Jelaskan setiap tindakan kepada ibu sebelum melakukannya, jawab setiap pertanyaan yang diajukan ibu, jelaskan apa yang terjadi pada ibu dan bayinya dan alasan – alasan tentang tujuan suatu tindakan. Jelaskan pula hasil pemeriksaan yang telah dilakukan (misalnya tekanan darah, denyut jantung janin, pemeriksaan dalam).

2. Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan antara lain

Panggil ibu sesuai namanya; hargai dan perlakukan ibu sesuai martabatnya; jelasakan semua asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan tersebut; jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarganya; anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir; dengarkan dan tanggapi pertanyaan dan kekhawatiran ibu; berikan dukungan, berdasarkan hatinya dan tentramkan hati ibu beserta anggota-anggota keluarganya.

Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan/atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya; ajarkan suami dan anggota-anggota keluarga mengenai cara-cara bagaimana mereka dapat memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya; secara konsisten lakukan praktik-praktik pencegahan infeksi yang baik.

Hargai privasi ibu; anjurkan ibu mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi; anjurkan ibu untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang ia menginginkannya; hargai dan perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu; hindari tindakan berlebihan dan mungkin membahayakan seperti episiotomi, pencukuran dan klisma.

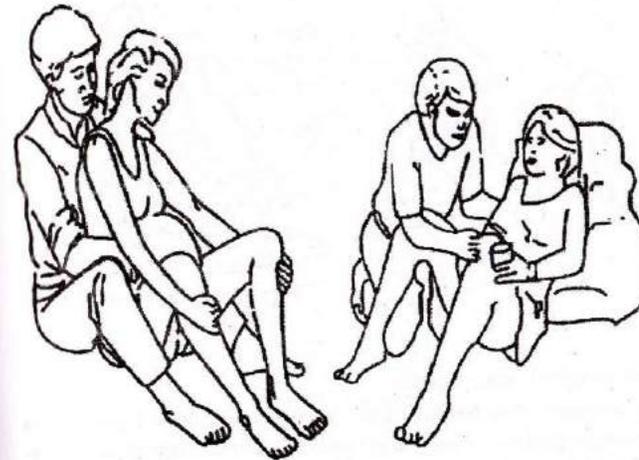
Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin; membantu memulai pemberian ASI segera setelah bayi lahir (Inisiasi Menyusu Dini); siapkan rencana rujukan (bila perlu); mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik dan bahan-bahan, perlengkapan dan obat-obatan yang diperlukan; siap untuk melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran bayi.

3. Alternatif Posisi

Untuk membantu ibu agar tetap tenang dan rileks sedapat mungkin bidan tidak boleh mengendalikan pemilihan posisi yang diinginkan oleh ibu dalam persalinannya. Sebaiknya, peranan bidan adalah untuk mendukung ibu dalam posisi apapun yang dipilihnya, sambil menyarankan bila tindakan ibu tidak efektif atau merugikan bagi dirinya atau bagi bayinya. Anjurkan pada ibu untuk mencoba posisi-posisi yang nyaman selama persalinan dan kelahiran. Anjurkan pula suami dan pendamping lainnya untuk membantu ibu berganti posisi. Ibu boleh berjalan, berdin, duduk, jongkok, berbaring miring atau merangkak. Posisi tegak seperti berjalan, berdiri atau jongkok dapat membantu turunnya kepala bayi dan seringkali mempersingkat waktu persalinan. Bidan harus memberitahu ibu bahwa ia tidak perlu harus terlentang dalam masa persalinannya, karena jika ibu berbaring telentang berat uterus dan isinya (janin, cairan ketuban, plasenta, dll) akan menekan vena cava inferior. Hal ini menyebabkan turunnya aliran darah dari sirkulasi ibu ke plasenta. Kondisi seperti ini akan menyebabkan hipoksia/kekurangan oksigen pada janin. Posisi telentang juga akan memperlambat kemajuan persalinan, Posisi dalam persalinan antara lain:

Posisi duduk atau setengah duduk, seringkali nyaman bagi ibu dan ia bisa beristirahat dengan mudah diantara kontraksi jika merasa lelah. Keuntungan dari kedua posisi ini adalah memudahkan melahirkan kepala bayi. Bagi bidan lebih mudah untuk membimbing kelahiran kepala bayi dan mendukung perineum.

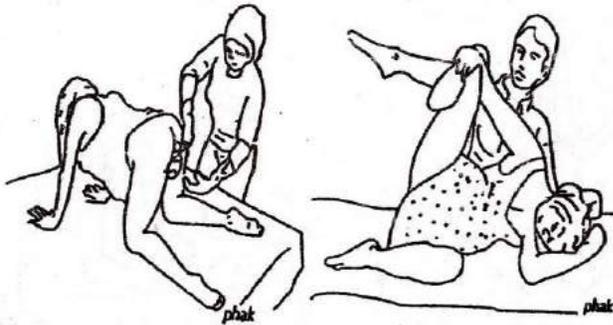
Posisi duduk atau setengah duduk



Posisi merangkak

Posisi merangkak atau miring ke kiri, merangkak seringkali merupakan posisi yang baik bagi ibu yang mengalami nyeri punggung saat persalinan. Selain itu dapat membantu bayi melakukan rotasi dan peregangan minimal pada perineum. Berbaring miring ke kiri seringkali merupakan posisi yang baik bagi ibu jika kelelahan karena ibu bisa beristirahat dengan mudah di antara kontraksi. Posisi ini juga bisa membantu mencegah laserasi perineum.

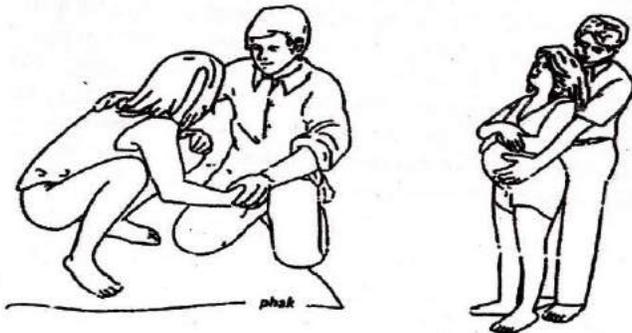
Merangkak atau berbaring miring kekiri



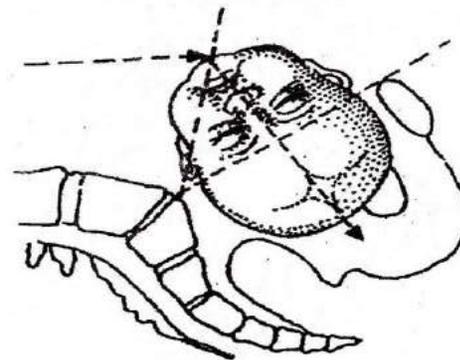
Posisi jongkok atau berdiri

Posisi jongkok atau berdiri dapat mempercepat kala I persalinan dan mengurangi rasa nyeri yang hebat. Selain itu juga dapat membantu penurunan kepala bayi.

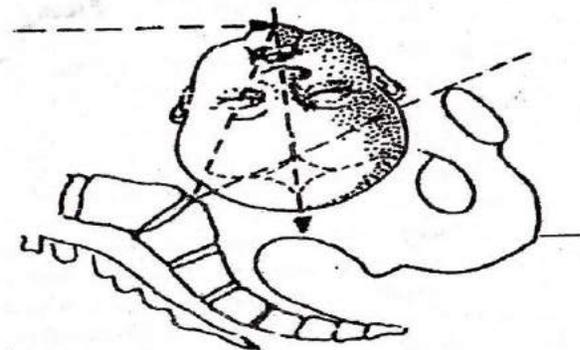
Jongkok atau berdiri



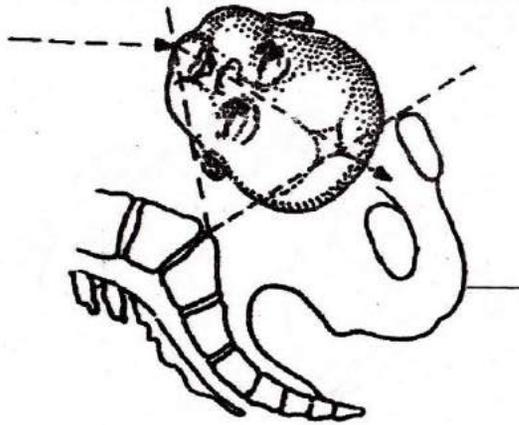
MEKANISME PERSALINAN NORMAL: PANGGUL DAN FETAL SKULL



SINKLITISMUS



ASINKLITISMUS ANTERIOR



ASINKLITISMUS POSTERIOR

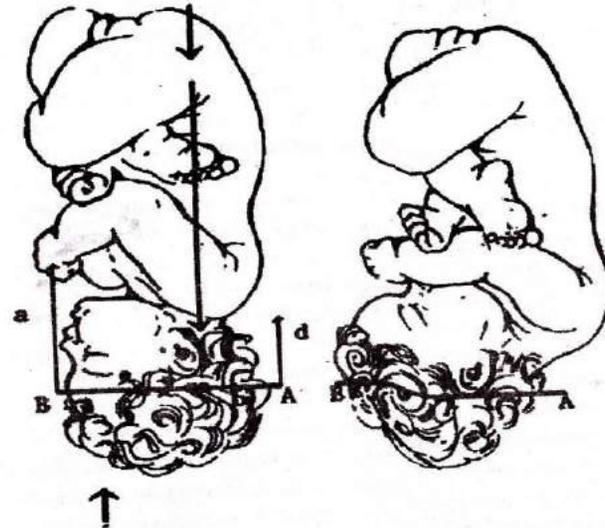
His adalah salah satu kekuatan pada ibu—seperti yang telah dijelaskan yang menyebabkan serviks membuka dan mendorong janin ke bawah. Pada presentasi kepala, bila his sudah cukup kuat, kepala akan turun dan mulai masuk ke dalam rongga panggul.

Masuknya kepala melintasi pintu atas panggul dapat dalam keadaan sinklitismus, ialah bila arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang pintu atas panggul. Dapat pula kepala masuk dalam keadaan asinklitismus, yaitu arah sumbu kepala janin miring dengan bidang pintu atas panggul. Asinklitismus anterior menurut Naegele ialah apabila arah sumbu kepala membuat sudut lancip ke depan dengan pintu atas panggul. Dapat pula asinklitismus posterior menurut Litzman ; keadaan adalah sebaliknya dari asinklitismus, anterior.

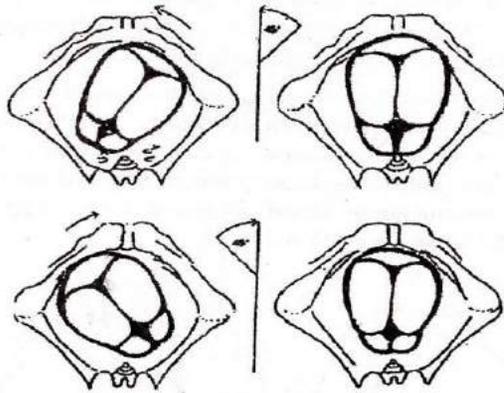
Keadaan asinklitismus anterior lebih menguntungkan daripada mekanisme turunnya kepala dengan asinklitismus posterior karena

ruangan pelvis di daerah posterior adalah lebih luas dibandingkan dengan ruangan pelvis di daerah anterior. Hal asinklitismus penting, apabila daya akomodasi panggul agak terbatas.

Akibat sumbu kepala janin yang eksentrik atau tidak simetris, dengan sumbu lebih mendekati suboksiput, maka tahanan oleh jaringan di bawahnya terhadap kepala yang akan menurun, menyebabkan bahwa kepala mengadakan fleksi di dalam rongga panggul menurut hukum koppel : $a \text{ kali } b = c \text{ kali } d$. Pergeseran di titik B lebih besar dari di titik A.



FLEKSI KEPALA JANIN MENURUT HUKUM KOPPEL



PUTARAN PAKSI DALAM

Dengan fleksi kepala janin memasuki ruang panggul dengan ukuran yang paling kecil, yakni dengan diameter suboksipitobregmatikus (9,5 cm) dan dengan sirkumferensia suboksipitobregmatikus (32 cm). Sampai di dasar panggul kepala janin berada di dalam keadaan fleksi maksimal. Kepala yang sedang turun menemui diafragma pelvis yang berjalan dari belakang atas ke bawah depan. Akibat kombinasi elastisitas diafragma pelvis dan tekanan intrauterin disebabkan oleh his yang berulang-ulang, kepala mengadakan rotasi, disebut pula putaran paksi dalam. Di dalam hal mengadakan rotasi ubun-ubun kecil akan berputar ke arah depan, sehingga di dasar panggul ubun-ubun kecil berada di bawah simfisis. Sesudah kepala janin sampai di dasar panggul dan ubun-ubun kecil berada di bawah simfisis, maka dengan suboksiput sebagai hipomoklion, kepala mengadakan gerakan defleksi untuk dapat dilahirkan. Pada tiap his vulva lebih membuka dan kepala janin makin tampak. Perineum menjadi makin lebar dan tipis, anus membuka dinding

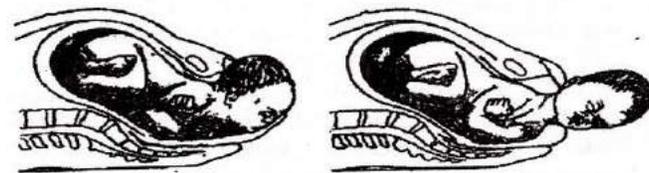
rektum. Dengan kekuatan his bersama dengan kekuatan menge-dan, berturut-turut tampak bregma, dahi, muka dan akhirnya dada. Sesudah kepala lahir, kepala segera mengadakan rotasi, yang disebut putaran paksi luar.

Putaran paksi luar ini ialah gerakan kembali sebelum putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung anak.

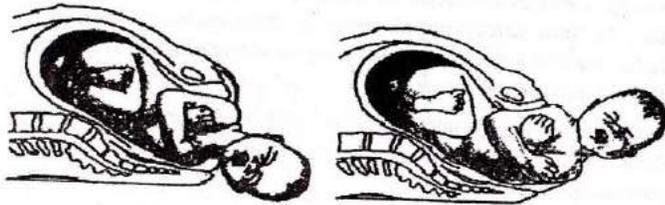
Bahu melintasi pintu atas panggul dalam keadaan miring. Di dalam rongga panggul bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya, sehingga di dasar panggul, apabila kepala telah dilahirkan, bahu akan berada dalam posisi depan belakang. Demikian pula dilahirkan trokanter depan terlebih dahulu, baru kemudian trokanter belakang. Kemudian, bayi lahir seluruhnya.

Bila mekanisme partus yang fisiologik ini di fahami dengan sungguh-sungguh, maka pada hal-hal yang menyimpang dapat segera dilakukan koreksi secara manual jika mungkin, sehingga tindakan-tindakan operatif tidak perlu dikerjakan.

Apabila bayi telah lahir, segera jalan nafas dibersihkan. Tali pusat dijepit diantara 2 cunam pada jarak 5 dan 10 cm. Kemudian, digunting di antara kedua cunam tersebut, lalu diikat. Tunggul tali pusat diberi anti septika. Umumnya bila telah lahir lengkap, bayi akan segera menarik nafas dan menangis.



Gerakan kepala janin pada defleksi dan putaran paksi luar



Kelahiran bahu depan, kemudian bahu belakang
(Roestam, hal 234 1985).

MENOLONG PERSALINAN SESUAI APN

Sebelum melakukan pertolongan persalinan pada seorang ibu bersalin tahap kala II seyogyanya dilakukan pemeriksaan dengan langkah pendokumentasian yang benar yaitu :

Menurut Helen Varney's 2007, alur berfikir bidan saat menghadapi kimen meliputi tujuh langkah, agar diketahui orang lain apa yang telah dilakukan oleh seorang bidan melalui proses berfikir sistematis, maka di dokumentasikan dalam bentuk SOAP, yaitu :

1. Data Subjektif

Menggambarkan pendokumentasian hanya pengumpulan data kien melalui anamnese tanda gejala subyektif yang diperoleh dan hasil bertanya dan pasien, suami atau keluarga, pada saat persalinan data lebih difokuskan lagi karena biasanya ibu yang melahirkan di tempat bidan sudah melakukan kunjungan kehamilan sebelumnya dan bidan sudah mempunyai datanya sehingga fokus pendataan adalah (sejak kapan Ibu merasakan mulas yang semakin meningkat, apakah ibu sudah ada perasaan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, apakah ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan/atau vaginanya).

Tujuan anamnesis adalah mengumpulkan informasi tentang riwayat kesehatan, kehamilan dan persalinan. Informasi ini digunakan dalam proses membuat keputusan klinik untuk menentukan diagnosis dan mengembangkan rencana atau perawatan yang sesuai (Depkes RI, 2007).

2. Data Objektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan fisik klien, hasil laboratorium, dan test diagnostic lain yang di rumuskan dalam data fokus untuk mendukung assessment. Tanda gejala obyektif yang diperoleh dan hasil pemeriksaan (Varney's 2007). (Tekanan darah, nadi, suhu tubuh; ditambah data fokus persalinan antara lain: (ada tidaknya tanda-tanda kala II seperti, telah terjadi pembukaan lengkap, tampak bagian kepala janin melalui bukaan introitus vagina, ada rasa ingin meneran saat kontraksi, ada dorongan pada rektum atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva dan springter ani membuka, peningkatan pengeluaran lendir dan darah) bagaimana gerakan janin, kontraksi uterus, pemeriksaan Leopold IV, penurunan kepala janin, mendengarkan detak jantung janin; Genetalia luar: luka, cairan, lendir darah, perdarahan, cairan ketuba; Getetalia dalam; Penipisan serviks, dilatasi, penurunan kepala janin, membrane, selaput ketuban dan pemeriksaan penunjang). Pemeriksaan dengan inspeksi, palpasi, auskultasi.

3. Assesment

Assesment masalah atau diagnosa yang ditegakkan berdasarkan data atau informasi subyektif maupun obyektif yang dikumpulkan atau disimpulkan. Karena keadaan pasien terus berubah dan selalu ada informasi baru baik subyektif maupun objektif, dan senang diungkapkan secara terpisah-pisah, maka proses pengkajian adalah suatu proses yang dinamik.

Sering menganalisa adalah sesuatu yang penting dalam mengikuti perkembangan pasien dan menjamin suatu perubahan

baru cepat diketahui dan dapat diikuti sehingga dapat diambil tindakan yang tepat. Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi: Diagnosa adalah rumusan dan hasil pengkajian mengenai kondisi klien: bersalin berdasarkan hasil analisa data yang didapat; Masalah segala sesuatu yang menyimpang sehingga kebutuhan klien terganggu, kemungkinan mengganggu kehamilan atau kesehatan tetapi tidak masuk dalam diagnosa.

Diagnose yang didapat dari hasil analisis data subyektif dan obyektif maka ditemukan diagnose: G.....P.....A..... Hamil mgg, dengan persalinan kala II.

Diagnose janin: tunggal/jamak, hidup/mati, intrauterine atau ekstrauterin, presentasi kepala/bokong, penunjuk ubun-ubun kecil atau sakrum.

4. Planning

Persiapan Penolong Persalinan

Salah satu persiapan penting bagi penolong adalah memastikan penerapan prinsip dan praktik pencegahan infeksi (PI) yang dianjurkan termasuk mencuci tangan, memakai sarung tangan dan perlengkapan pelindung pribadi (JNPK-KR, 2007).

5. Sarung Tangan

Sarung tangan Desinfektan Tingkat Tinggi (DTT) atau steril harus dipakai selalu selama melakukan periksa dalam, membantu kelahiran bayi, penjahitan laserasi dan asuhan segera bayi baru lahir. Sarung tangan DTT atau steril harus menjadi bagian dari perlengkapan untuk menolong persalinan (partus set) dan prosedur penjahitan (*suturing* atau *heckting set*). Sarung tangan harus diganti apabila terkontaminasi, robek atau bocor (JNPK-KR, 2007).

6. Perlengkapan Pelindung Pribadi

Perlindungan pribadi merupakan penghalang atau barrier antara penolong dengan bahan-bahan yang berpotensi untuk menularkan penyakit. Oleh sebab itu, penolong persalinan harus memakai celemek yang bersih dan penutup kepala atau ikat rambut pada saat menolong persalinan. Juga gunakan masker penutup mulut dan pelindung mata (kacamata) yang bersih dan nyaman. Kenakan semua perlengkapan pelindung pribadi selama membantu kelahiran bayi dan plasenta serta saat melakukan penjahitan laserasi atau luka episiotomi (JNPK-KR, 2007).

7. Persiapan Tempat Persalinan, Peralatan dan Bahan

Penolong persalinan harus menilai ruangan di mana proses persalinan akan berlangsung. Ruangan tersebut harus memiliki pencahayaan/penerangan yang cukup (baik melalui jendela, lampu di langit-langit kamar maupun sumber cahaya lainnya). Ibu dapat menjalani persalinan di tempat tidur dengan kasur yang dilapisi kain penutup yang bersih, kain tebal dan pelapis anti bocor (plastik) apabila hanya beralaskan kayu atau di atas kasur yang diletakkan di atas lantai (lapisi dengan plastik dan kain bersih). Ruangan harus hangat (tetapi jangan panas) dan terhalang dari tiupan angin secara langsung. Selain itu, harus tersedia meja atau permukaan yang bersih dan mudah dijagkau untuk meletakkan peralatan yang diperlukan (JNPK-KR, 2007).

Pastikan bahwa semua perlengkapan dan bahan-bahan tersedia dan berfungsi dengan baik, termasuk perlengkapan untuk menolong persalinan, menjahit laserasi atau luka episiotomi dan resusitasi bayi baru lahir. Semua perlengkapan dan bahan-bahan dalam set tersebut harus dalam keadaan DTT atau steril, yakinkan bahwa oksitosin satu ampul sudah disediakan dan dimasukkan kedalam spuit steril dengan satu tangan (JNPK-KR, 2007).

8. **Penyiapan Tempat dan Lingkungan untuk Kelahiran Bayi**

Persiapan untuk mencegah terjadinya kehilangan panas tubuh yang berlebihan pada bayi baru lahir harus dimulai sebelum kelahiran bayi itu sendiri. Siapkan lingkungan yang sesuai bagi proses kelahiran bayi atau bayi baru lahir dengan memastikan bahwa ruangan tersebut bersih, hangat (minimal 25°C), pencahayaan cukup, dan bebas dari tiupan angin (matikan kipas angin atau pendingin udara bila sedang terpasang). Bila ibu bermukim di daerah pegunungan atau beriklim dingin, sebaiknya disediakan minimal 2 selimut, kain atau handuk yang kering dan bersih untuk mengeringkan dan menjaga kehangatan tubuh bayi (JNPK-KR, 2007).

9. **Persiapan Ibu dan Keluarga**

Dalam memenuhi upaya Asuhan Sayang Ibu, maka anjurkan kepada keluarga agar ibu selalu didampingi oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran bayinya. Dukungan dari suami, orang tua, dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalani proses persalinan. Hasil persalinan yang baik ternyata erat hubungannya dengan dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu selama proses persalinan.

Anjurkan keluarga ikut terlibat dalam asuhan, diantaranya membantu ibu untuk berganti posisi, melakukan rangsangan taktil, memberikan makanan dan minuman, teman bicara, dan memberikan dukungan dan semangat selama persalinan dan melahirkan bayinya.

Penolong persalinan dapat memberikan dukungan dan semangat kepada ibu dan anggota keluarganya dengan menjelaskan tahapan dan kemajuan proses persalinan atau kelahiran bayi kepada mereka.

Tenteramkan hati ibu dalam menghadapi dan menjalani kala II persalinan. Lakukan bimbingan dan tawarkan bantuan jika

diperlukan, bantu ibu untuk memilih posisi yang nyaman saat meneran.

Setelah pembukaan lengkap, anjurkan ibu hanya meneran apabila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran. Jangan menganjurkan untuk meneran berkepanjangan dan menahan napas. Anjurkan ibu beristirahat di antara kontraksi. Meneran secara berlebihan menyebabkan ibu sulit bernafas sehingga terjadi kelelahan yang tidak perlu dan meningkatkan resiko asfiksia pada bayi sebagai akibat turunnya pasokan oksigen melalui plasenta.

Anjurkan ibu untuk minum selama kala II persalinan. Ibu bersalin mudah sekali mengalami dehidrasi selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Cukup asupan cairan dapat mencegah ibu mengalami hal tersebut.

Adakalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala II persalinan. Berikan rasa aman dan semangat serta tenteramkan hatinya selama proses persalinan berlangsung. Dukungan dan perhatian akan mengurangi perasaan tegang, membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi. Beri penjelasan tentang cara dan tujuan dari setiap tindakan setiap kali penolong akan melakukannya, jawab setiap pertanyaan yang diajukan ibu, jelaskan apa yang dialami oleh ibu dan bayinya dan hasil pemeriksaan yang dilakukan (misalnya tekanan darah, denyut jantung janin, periksa dalam) (JNPK-KR, 2007).

Membersihkan Perineum Ibu

Praktik terbaik pencegahan infeksi pada kala II persalinan diantaranya adalah melakukan pembersihan vulva dan perineum menggunakan air matang (DTT). Gunakan gulungan kapas atau kasa yang bersih, bersihkan mulai dari bagian atas ke arah bawah (dari bagian anterior vulva ke arah rektum) untuk mencegah kontaminasi tinja. Letakkan kain bersih di bawah bokong saat ibu mulai meneran. Sediakan kain bersih cadangan



di dekatnya. Jika keluar tinja saat ibu meneran, jelaskan bahwa hal itu biasa terjadi. Bersihkan tinja tersebut dengan kain alas bokong atau tangan yang sedang menggunakan sarung tangan. Ganti alas bokong dan sarung tangan DTT. Jika tidak ada cukup waktu untuk membersihkan tinja karena bayi akan segera lahir maka sisihkan dan tutupi tinja tersebut dengan kain bersih (JNPK-KR, 2007).

Mengosongkan Kandung Kemih

Anjurkan ibu dapat berkemih setiap 2 jam atau lebih sering jika kandung kemih selalu terasa penuh. Jika diperlukan, bantu ibu untuk ke kamar mandi. Jika ibu tak dapat berjalan ke kamar mandi, bantu ibu agar dapat duduk dan berkemih di wadah penampung urin. Kandung kemih yang penuh mengganggu penurunan kepala bayi. Selain itu juga akan menambah rasa nyeri perut bawah, menghambat penatalaksanaan distosia bahu, menghalangi lahirnya plasenta dan perdarahan pasca persalinan. Jangan melakukan kateterisasi kandung kemih secara rutin sebelum atau setelah kelahiran bayi dan/atau plasenta. Kateterisasi kandung kemih hanya dilakukan bila terjadi retensi urin dan ibu tak mampu berkemih sendiri. Selain menyakiti, kateterisasi akan meningkatkan risiko infeksi dan trauma atau perlukaan pada saluran kemih ibu (JNPK-KR, 2007).

10. Amniotomi

Apabila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap maka perlu dilakukan tindakan amniotomi. Perhatikan warna air ketuban yang keluar saat dilakukan amniotomi. Jika terjadi pewarnaan mekonium pada air ketuban maka lakukan persiapan pertolongan bayi setelah lahir karena hal tersebut menunjukkan adanya hipoksia dalam rahim atau selama proses persalinan (JNPK-KR, 2007).

11. Penatalaksanaan Fisiologis Kala II

Proses fisiologis kala II persalinan diartikan sebagai serangkaian peristiwa alamiah yang terjadi sepanjang periode tersebut dan diakhiri dengan lahirnya bayi secara normal (dengan kekuatan ibu sendiri). Gejala dan tanda kala II juga merupakan mekanisme alamiah bagi ibu dan penolong persalinan bahwa proses pengeluaran bayi sudah dimulai. Setelah terjadinya pembukaan lengkap, beritahukan pada ibu bahwa hanya dorongan alamiahnya yang mengisyaratkan ia untuk meneran dan kemudian beristirahat di antara kontraksi. Ibu dapat memilih posisi yang nyaman, baik berdiri, berjongkok atau miring yang dapat mempersingkat kala II. Beri keleluasaan untuk ibu mengeluarkan suara selama persalinan dan kelahiran jika ibu memang menginginkannya atau dapat mengurangi rasa tidak nyaman yang dialaminya (JNPK-KR, 2007).

Pada masa sebelum ini, sebagian besar penolong akan segera memimpin persalinan dengan menginstruksikan untuk "menarik nafas panjang dan meneran" segera setelah terjadi pembukaan lengkap. Ibu dipimpin meneran tanpa henti selama 10 detik atau lebih (meneran dengan tenggorokan tertutup atau manuver valsava), tiga sampai empat kali per kontraksi. Hal ini ternyata akan mengurangi pasokan oksigen ke bayi yang ditandai dengan menurunnya denyut jantung janin (DJJ) dan nilai Apgar yang lebih rendah dari normal. Cara meneran seperti tersebut di atas, tidak termasuk ke dalam penatalaksanaan fisiologis kala II. Pada penatalaksanaan fisiologis kala II, ibu memegang kendali dan mengatur saat meneran. Penolong persalinan hanya memberikan bimbingan tentang cara meneran yang efektif dan benar. Harap diingat bahwa sebagian besar daya dorong untuk melahirkan bayi, dihasilkan dari kontraksi uterus. Meneran hanya menambah daya kontraksi untuk mengeluarkan bayi (JNPK-KR, 2007).



12. Membimbing Ibu untuk Meneran

Bila tanda pasti kala II telah diperoleh, tunggu sampai ibu merasakan adanya dorongan spontan untuk meneran. Teruskan pemantauan kondisi ibu dan bayi (JNPK-KR, 2007).

Sebelum memimpin meneran lakukan pemeriksaan porsio yang bertujuan untuk Mendiagnosis Kala II Persalinan:

Cuci tangan (gunakan sabuun dan air bersih yang mengalir); Pakai satu sarung tangan DTT/steril untuk periksa dalam; Beri tahu ibu mengenai prosedur dan tujuan periksa dalam; Lakukan periksa dalam (hati-hati) untuk memastikan pembukaan sudah lengkap (10 cm), lalu lepaskan sarung tangan sesuai prosedur PI; Jika pembukaan belum lengkap, tentramkan ibu dan bantu ibu mendapatkan posisi nyaman (bila ingin berbaring) atau berjalan-jalan di sekitar ruang bersalin. Ajarkan cara bernafas selama kontraksi berlangsung. Pantau kondisi ibu dan bayinya dan catatkan semua temuan pada partograf.

Jika ibu merasa ingin meneran tapi pembukaan belum lengkap, beritahukan belum saatnya untuk meneran, beri semangat dan ajarkan cara bernafas cepat selama kontraksi berlangsung. Bantu ibu untuk memperoleh posisi nyaman dan beritahukan untuk menahan diri untuk meneran hingga penolong memberitahukan saat yang tepat untuk itu.

Jika pembukaan sudah lengkap dan ibu merasa ingin meneran, bantu ibu mengambil posisi yang nyaman, bimbing ibu untuk meneran secara efektif dan benar dan mengikuti dorongan alamiah yang terjadi. Anjurkan keluarga ibu untuk membantu dan mendukung usahanya. Catatkan hasil pemantauan pada partograf. Beri cukup minum dan pantau DJJ setiap 5-10 menit. Pastikan ibu dapat beristirahat di antara kontraksi.

Jika pembukaan sudah lengkap tapi ibu tidak ada dorongan untuk meneran, bantu ibu untuk memperoleh posisi yang nyaman (bila masih mampu, anjurkan untuk berjalan-jalan).

Posisi berdiri dapat membantu penurunan bayi yang berlanjut dengan dorongan untuk meneran. Ajarkan cara bernafas selama kontraksi berlangsung. Pantau kondisi ibu dan bayi dan catatkan semua pada partograf (JNPK-KR, 2007).

Beri cukup cairan dan anjurkan/perbolehkan ibu untuk berkemih sesuai kebutuhan. Pantau DJJ setiap 15 menit. Stimulasi puting susu mungkin dapat meningkatkan kekuatan dan kualitas kontraksi (JNPK-KR, 2007).

Jika ibu tetap ada dorongan untuk meneran setelah 60 menit pembukaan lengkap, anjurkan ibu untuk mulai meneran di setiap kontraksi. Anjurkan ibu mengubah posisinya secara teratur, tawarkan untuk minum dan pantau DJJ setiap 5-10 menit. Lakukan stimulasi puting susu untuk memperkuat kontraksi.

Jika bayi tidak lahir setelah 60 menit upaya tersebut di atas atau jika kelahiran bayi tidak akan segera terjadi, rujuk ibu segera karena tidak turunnya kepala mungkin disebabkan oleh disproporsi kepala panggul (CPD) (JNPK-KR, 2007).

13. Posisi Ibu Meneran

Bantu ibu untuk memperoleh posisi yang paling nyaman. Ibu dapat mengubah-ubah posisi secara teratur selama kala II karena hal ini dapat membantu kemajuan persalinan, mencari posisi meneran yang paling efektif dan menjaga sirkulasi utero plasenter tetap baik (JNPK-KR, 2007).

Posisi duduk atau setengah duduk dapat memberikan rasa nyaman bagi ibu dan memberikan kemudahan baginya untuk beristirahat di antara kontraksi. Keuntungan dari kedua posisi ini adalah gaya gravitasi untuk membantu ibu melahirkan bayinya. Jongkok atau berdiri membantu mempercepat kemajuan kala II persalinan dan mengurangi rasa nyeri (JNPK-KR, 2007).

Beberapa ibu merasa bahwa merangkak atau berbaring miring kiri membuat mereka lebih nyaman dan efektif untuk meneran. Kedua posisi ini juga akan membantu perbaikan posisi

oksiput yang melintang untuk berputar menjadi posisi oksiput anterior. Posisi merangkak seringkali membantu ibu mengurangi nyeri punggung saat persalinan. Posisi berbaring miring ke kiri memudahkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi jika ia mengalami kelelahan dan juga dapat mengurangi resiko terjadinya laserasi perineum (JNPK-KR, 2007).

Cara Meneran yang efektif dan efisien

Anjurkan ibu untuk meneran mengikuti dorongan alamiahnya selama kontraksi; Beritahukan untuk tidak menahan nafas saat meneran; Minta untuk berhenti meneran dan beristirahat di antara kontraksi; Jika ibu berbaring miring atau setengah duduk, ia akan lebih mudah untuk meneran jika lutut ditarik ke arah dada dan dagu ditempelkan ke dada. Minta ibu untuk tidak mengangkat bokong saat meneran; Tidak diperbolehkan untuk mendorong fundus untuk membantu kelahiran bayi; Dorongan pada fundus meningkatkan resiko distosia bahu dan ruptur uteri. Peringatkan anggota keluarga ibu untuk tidak mendorong fundus bila mereka mencoba melakukan itu (JNPK-KR, 2007).

Jika ibu adalah primigravida dan bayinya belum lahir atau persalinan tidak akan segera terjadi setelah 2 jam meneran maka ia harus segera dirujuk ke fasilitas rujukan. Lakukan hal yang sama apabila seorang multigravida belum juga melahirkan bayinya atau persalinan tidak akan segera terjadi setelah 1 jam meneran (JNPK-KR, 2007).

14. Menolong Kelahiran Bayi

Posisi Ibu Saat Meneran

Ibu dapat melahirkan bayinya pada posisi apapun kecuali pada posisi berbaring terlentang (*supine position*). Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan ketuban, plasenta, dll) menekan vena cava inferior ibu. Hal ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi utero plasenter

sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif (JNPK-KR, 2007).

Apapun posisi yang dipilih ibu, pastikan tersedia alas kain atau sarung bersih di bawah ibu dan kemudahan untuk menjangkau semua peralatan dan bahan-bahan yang diperlukan untuk membantu kelahiran bayi. Tempatkan juga kain atau handuk bersih di atas perut ibu sebagai alas tempat meletakkan bayi baru lahir (JNPK-KR, 2007).

Pencegahan Laserasi

Laserasi spontan pada vagina atau perineum dapat terjadi saat kepala dan bahu dilahirkan. Kejadian laserasi akan meningkat jika bayi dilahirkan terlalu cepat dan tidak terkendali. Jalin kerjasama dengan ibu dan gunakan perasat manual yang tepat dapat mengatur kecepatan kelahiran bayi dan mencegah terjadinya laserasi. Kerjasama akan sangat bermanfaat saat kepala bayi pada diameter 5-6 cm tengah membuka vulva (*crowning*) karena pengendalian kecepatan dan pengaturan diameter kepala saat melewati introitus dan perineum dapat mengurangi kemungkinan terjadinya robekan. Bimbing ibu untuk meneran dan beristirahat atau bernafas dengan cepat pada waktunya (JNPK-KR, 2007).

Di masa lalu, dianjurkan untuk melakukan episiotomi secara rutin yang tujuannya adalah untuk mencegah robekan berlebihan pada perineum, membuat tepi luka rata sehingga mudah dilakukan penjahitan (reparasi), mencegah penyulit atau tahanan pada kepalan dan infeksi tetapi hal tersebut ternyata tidak didukung oleh bukti-bukti ilmiah yang cukup. Tetapi sebaliknya, hal ini tidak boleh diartikan bahwa episiotomi tidak diperbolehkan karena ada indikasi tertentu untuk melakukan episiotomi (misalnya persalinan dengan ekstraksi cunam, distosia bahu, rigiditas perineum). Para penolong persalinan harus cermat membaca kata rutin pada

episiotomi karena hal itulah yang tidak dianjurkan, bukan episiotominya (JNPK-KR, 2007).

Episiotomi rutin tidak boleh dilakukan karena dapat menyebabkan: Meningkatnya jumlah darah yang hilang dan risiko hematoma; Kejadian laserasi derajat III atau IV lebih banyak pada episiotomi rutin dibandingkan dengan tanpa episiotomi; Meningkatnya nyeri pasca persalinan di daerah perineum; Meningkatnya risiko infeksi (terutama jika prosedur PI diabaikan) (JNPK-KR, 2007).

Indikasi untuk melakukan episiotomi untuk mempercepat kelahiran bayi bila didapatkan: Gawat janin dan bayi akan segera dilahirkan dengan tindakan; Penyulit kelahiran per vaginam (sungsang, distosia bahu, ekstraksi cunam/forsep atau ekstraksi vakum); Jaringan parut pada perineum atau vagina yang memperlambat kemajuan persalinan (JNPK-KR, 2007).

Manuver tangan dan langkah-langkah dalam melahirkan Melahirkan Kepala.

Saat kepala bayi membuka vulva (5-6 cm), letakkan kain yang bersih dan kering yang dilipat 1/3 nya di bawah bokong ibu dan siapkan kain atau handuk di atas perut ibu (untuk mengeringkan bayi segera setelah lahir). Lindungi perineum dengan satu tangan (di bawah kain bersih dan kering), ibu jari pada salah satu sisi perineum dan 4 jari tangan pada sisi yang lain dan tangan yang lain pada belakang kepala bayi. Tahan belakang kepala bayi agar posisi kepala bayi tetap fleksi pada saat keluar bertahap melewati introitus dan perineum (JNPK-KR, 2007).

Melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya kepala bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi regangan berlebihan (robekan) pada vagina dan perineum. Perhatikan perineum pada saat kepala keluar dan dilahirkan. Usap muka bayi dengan kain atau kasa bersih atau DTT untuk membersihkan lendir dan darah dari mulut dan hidung bayi (JNPK-KR, 2007).

Jangan melakukan penghisapan lendir secara rutin pada mulut dan hidung bayi. Sebagian besar bayi sehat dapat menghilangkan lendir tersebut secara alamiah dengan mekanisme bersin dan menangis saat lahir. Pada penghisapan lendir yang terlalu dalam, ujung kanul penghisap dapat menyentuh daerah orofaring yang kaya dengan persyarafan parasimpatis sehingga dapat menimbulkan reaksi vaso-vagal. Reaksi ini menyebabkan perlambatan denyut jantung (bradikardi) dan/atau henti nafas (apnea) sehingga dapat membahayakan keselamatan jiwa bayi. Dengan alasan itulah maka penghisapan lendir secara rutin menjadi tidak dianjurkan (JNPK-KR, 2007).

Selalu isap mulut bayi lebih dulu sebelum menghisap hidungnya. Menghisap hidung lebih dulu dapat menyebabkan bayi menarik nafas dan terjadi aspirasi mekonium atau cairan yang ada di mulutnya. Jangan masukkan kateter atau bola karet penghisap terlalu dalam pada mulut atau hidung bayi. Hisap lendir pada bayi dengan lembut, hindari penghisapan yang dalam dan agresif (JNPK-KR, 2007).

Periksa Tali Pusat pada Leher

Setelah kepala bayi lahir, minta ibu untuk berhenti meneran dan bernafas cepat. Periksa leher bayi apakah terilit oleh tali pusat. Jika ada dan lilitan di leher bayi cukup longgar maka lepaskan lilitan tersebut dengan melewati kepala bayi. Jika lilitan tali pusat sangat erat maka jepit tali pusat dengan klem pada 2 tempat dengan jarak 3 cm, kemudian potong tali pusat di antara 2 klem tersebut (JNPK-KR, 2007).

Melahirkan Bahu dan tubuh bayi

Setelah menyeka mulut dan hidung bayi dan memeriksa tali pusat, tunggu kontraksi berikutnya sehingga terjadi putaran paksi luar secara spontan.



Letakkan tangan pada sisi kiri dan kanan kepala bayi, minta ibu meneran sambil menekan kepala ke arah bawah dan lateral tubuh bayi hingga bahu depan melewati simpisis.

Setelah bahu depan lahir, gerakkan kepala ke atas dan lateral tubuh bayi sehingga bahu bawah dan seluruh dada dapat lahir (JNPK-KR, 2007).

Sulit untuk memperkirakan kapan distosia bahu dapat terjadi. Sebaiknya selalu diantisipasi kemungkinan terjadinya distosia bahu pada setiap kelahiran bayi, terutama pada bayi-bayi besar dan penurunan kepala lebih lambat dari biasanya (JNPK-KR, 2007).

Tanda-tanda dan gejala distosia bahu adalah sebagai berikut: Kepala seperti tertahan di dalam vagina, kepala lahir tetapi tidak terjadi putaran paksi luar, kepala sempit keluar tetapi tertarik kembali ke dalam vagina (turtle sign) (JNPK-KR, 2007).

Saat bahu posterior lahir, geser tangan bawah (posterior) ke arah perineum dan sanggah bahu dengan lengan atas bayi pada tangan tersebut, gunakan jari-jari tangan yang sama untuk mengendalikan kelahiran siku dan tangan pada sisi posterior bayi pada saat melewati perineum, gunakan tangan yang sama untuk menopang lahirnya siku dan tangan posterior saat melewati perineum.

Tangan bawah (posterior) menopang samping lateral tubuh bayi saat lahir, secara simultan, tangan atas (anterior) untuk menelusuri dan memegang bahu, siku dan lengan bagian anterior, lanjutkan penelusuran dan memegang tubuh bayi ke bagian punggung, bokong dan kaki, dari arah belakang, sisipkan jari telunjuk tangan atas di antara kedua kaki bayi yang kemudian dipegang dengan ibu jari dan ketiga jari tangan lainnya, letakkan bayi di atas kain atau handuk yang telah disiapkan pada perut bawah ibu dan posisikan kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya, segera keringkan sambil melakukan rangsangan taktil kecuali cairan ketuban ditapak tangan dibiarkan, tidak usah dikeringkan, bayi dikeringkan dengan kain kering. *Vernix* (lemak putih) pada badan bayi

tidak usah dibersihkan untuk kenyamanan bayi dan mencegah hipotermia, pada tubuh bayi dengan kain atau selimut di atas perut ibu. Pastikan bahwa kepala bayi tertutup dengan baik (JNPK-KR, 2007).

Memotong Tali Pusat, dengan menggunakan klem Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) lakukan penjepitan tali pusat dengan klem pada sekitar 3 cm dari dinding perut (pangkal pusat) bayi. Dari titik jepitan, tekan tali pusat dengan 2 jari kemudian dorong isi tali pusat ke arah ibu (agar darah tidak terpancar pada saat dilakukan pemotongan tali pusat). Lakukan penjepitan kedua dengan jarak 2 cm dari tempat jepitan pertama pada sisi atau mengarah ke ibu. Pegang tali pusat di antara kedua klem tersebut, satu tangan menjadi landasan dengan dilapisi kain kasa untuk melindungi permukaan tubuh bayi, tangan yang lain memotong tali pusat di antara kedua klem tersebut dengan menggunakan gunting Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) atau steril. Setelah memotong tali pusat, ganti handuk basah dan selimuti bayi dengan selimut atau kain yang bersih dan kering. Pastikan bahwa kepala bayi terselimuti dengan baik (JNPK-KR, 2007).

Kemudian lakukan langkah inisiasi menyusui dini pada bayi dengan kelahiran normal dan bayi bugar maka setelah bayi lahir, segera letakan bayi tersebut diletakan di dada atau di perut ibu dengan kontak kulit bayi dan kulit ibu dan dibiarkan setidaknya satu jam. Dalam waktu kira-kira 20 menit berikutnya bayi akan merangkak kearah payu dara (*baby crawl*) untuk mencari putting susu ibunya dan kira-kira 50 menit berikutnya bayi akan menyusui, bayi dan ibunya diselimuti dan dianjurkan diberi topi untuk menghindari hipotermia selama inisiasi menyusui berlangsung.

Diharapkan ayah bayi mendampingi bayi tersebut pada waktu inisiasi dini menyusui sebagai dukungan bagi ibu yang melahirkan dan sekaligus di adzankan dan di iqamatkan, setelah inisiasi dini menyusui berlangsung satu jam, bayi ditimbang, diukur, dicap



dan diberi label sesuai dengan prosedur biasa. Setelah inisiasi dini, setelah ibunya dibersihkan dan dianjurkan untuk rawat gabung (*rooming in*) dengan bayinya.

Pemantauan Selama Kala II Persalinan, Kondisi ibu, bayi dan kemajuan persalinan harus selalu dipantau secara berkala dan ketat selama berlangsungnya kala II persalinan (JNPK-KR, 2007).

Pantau, periksa dan catat : Nadi ibu setiap 30 menit; Frekuensi dan lama kontraksi setiap 30 menit; denyut jantung janin (DJJ) setiap selesai meneran atau setiap 5-10 menit; Penurunan kepala bayi setiap 30 menit melalui pemeriksaan abdomen (periksa luar) dan periksa dalam setiap 60 menit atau jika ada indikasi, hal ini dilakukan lebih cepat; Warna cairan ketuban jika selaputnya sudah pecah (jernih atau bercampur mekonium atau darah); Apakah ada presentasi majemuk atau tali pusat di samping atau terkemuka; Putaran paksi luar segera setelah kepala bayi lahir; Kehamilan kembar yang tidak diketahui sebelum bayi pertama lahir.; Catatkan semua pemeriksaan dan intervensi yang dilakukan pada catatan persalinan (JNPK-KR, 2007); Dokumentasi, melengkapi partograf (bagian depan dan belakang), serta menuliskan dokumentasi dalam manajemen SOAP.

KEBUTUHAN IBU DALAM KALA II

1. Kebersihan

Praktik terbaik pencegahan infeksi pada kala dua persalinan diantaranya adalah melakukan pembersihan vulva dan perineum menggunakan air matang (DTT). Gunakan gulungan kapas atau kasa yang bersih, bersihkan mulai dari bagian atas kearah bawah (dari bagian anterior vulva kearah rektum) untuk mencegah kontaminasi tinja. Letakan kain bersih di bawah bokong saat ibu mulai meneran. Sediakan kain bersih cadangan didekatnya. Jika keluar tinja saat ibu meneran, jelaskan bahwa hal itu biasa terjadi

2. Pemberian hidrasi

Selama dalam proses kelahiran ibu mengalami perubahan metabolisme, ibu banyak mengeluarkan CO₂ karena ibu menangis atau bernafas cepat, ibu juga banyak mengeluarkan tenaga untuk mengedan sehingga ibu membutuhkan asupan minum dan makan agar ibu mempunyai tenaga dalam mengedan dan mencegah dehidrasi.

3. Mengosongkan kandung kemih

Anjurkan ibu berkemih setiap dua jam atau lebih sering jika kandung kemih selalu terasa penuh. Jika diperlukan, bantu ibu untuk ke kamar mandi. Jika ibu tidak dapat berjalan ke kamar mandi, bantu agar ibu dapat duduk dan berkemih di wadah penampung urine.

Alasan: *kandung kemih yang penuh mengganggu penurunan kepala bayi, selain itu juga akan menambah rasa nyeri pada perut bawah, menghambat penatalaksanaan distocia bahu, menghalangi lahirnya placenta dan perdarahan pascapersalinan.*

Jangan melakukan kateterisasi kandung kemih secara rutin sebelum atau setelah kelahiran bayi dan/atau placenta.

Alasan: *selain menyakitkan kateterisasi akan meningkatkan resiko infeksi dan trauma atau perlukaan pada saluran kemih ibu (Depkes RI 2007).*

4. Membimbing ibu meneran

Anjurkan ibu untuk meneran sesuai dengan dorongan alamiahnya selama kontraksi, jangan anjurkan untuk menahan nafas pada saat meneran, anjurkan ibu untuk berhenti meneran dan beristirahat di antara kontraksi, jika ibu berbaring miring atau setengah duduk, ibu mungkin merasa lebih mudah untuk meneran jika ia menarik lutut ke arah dada dan menempelkan dagu ke dada, anjurkan ibu untuk tidak mengangkat bokong saat meneran, jangan melakukan dorongan pada fundus untuk

membantu kelahiran bayi. Dorongan pada fundus meningkatkan distosia bahu dan ruptura uteri. Cegah setiap anggota keluarga yang mencoba melakukan dorongan pada fundus, dan memberikan dorongan berupa semangat dan pujian-pujian yang akan meningkatkan semangat ibu dalam meneran.

Unit Belajar 6

MELAKUKAN AMNIOTOMI, EPISIOTOMI DAN DETEKSI DINI PADA KALA II

MELAKUKAN AMNIOTOMI DAN EPISIOTOMI

Amniotomi

Amniotomi adalah pemecahan selaput ketuban bila ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap, setelah dilakukan pemecahan selaput ketuban maka lakukan pemeriksaan air ketuban antara lain: warna air ketuban yang keluar saat dilakukan amniotomi, jika terjadi pewarnaan mekonium pada air ketuban maka lakukan persiapan pertolongan bayi setelah lahir karena hal tersebut menunjukkan adanya hipoksia janin dalam rahim atau selama proses persalinan (Depkes RI, 2007).

Pecahnya ketuban terjadi secara spontan dalam kala satu persalinan, terutama mendekati pembukaan serviks lengkap. Pecah ketuban yang disengaja (amniotomi) meningkatkan frekuensi dan lama kontraksi uterus, dan biasanya dilakukan untuk menginduksi atau mempercepat persalinan jika kala satu berjalan lambat, terutama pada paruh kedua kala satu persalinan. Amniotomi dimulai dengan pemeriksaan dalam, dengan kait amnion dimasukkan

di bawah tuntunan jari pemeriksa ke tonjolan ketuban di depan bagian terendah janin (atlas kebidanan).

Langkah-langkah dalam amniotomi adalah:

Membahas prosedur bersama ibu dan keluarganya dan jawab pertanyaan apapun yang mereka ajukan, kemudian dengarkan denyut jantung janin, penolong cuci tangan dibawah air mengalir dengan menggunakan sabun atau yang mengandung anti septic selama 10-15 detik, pastikan sela-sela jari digosok menyeluruh, tangan yang terlihat kotor harus dicuci lebih lama (Depkes RI, 2007).

Pakai sarung tangan disinfektan tingkat tinggi atau steril, lalu diantara kontraksi, lakukan pemeriksaan dalam dengan hati-hati, raba dengan hati-hati selaput ketuban untuk memastikan bahwa kepala telah masuk dengan baik (masuk rongga panggul) dan bahwa tali pusat dan/atau bagian-bagian tubuh yang kecil dari bayi (misalnya tangan) tidak bisa dipalpasi. Jika tali pusat atau bagian-bagian kecil dari bayi bisa dipalpasi, jangan pecahkan selaput ketuban.

Dengan menggunakan tangan yang lain, tempatkan klem setengah kocher atau setengah kelly disinfektan tingkat tinggi atau steril dengan lembut ke dalam vagina dan pandu klem dengan jari dari tangan yang digunakan untuk pemeriksaan hingga mencapai selaput ketuban.

Pegang ujung klem di antara ujung jari pemeriksaan, gerakkan jari dan dengan lembut gosokkan klem pada selaput ketuban dan pecahkan, setelah selaput ketuban robek maka akan mengalir air ketuban lakukan pemeriksaan cairan tersebut dengan membiarkan air ketuban membasahi jari tangan yang digunakan untuk pemeriksaan, evaluasi cairan tersebut. Evaluasi warna cairan ketuban, periksa apakah ada mekonium atau darah (lebih banyak dari bercak bercampur darah), jika mekonium atau darah terlihat lakukan langkah-langkah kegawatdaruratan pada bayi baru lahir.

Gunakan tangan lain untuk mengambil klem dan menempatkannya ke dalam larutan klorin 0,5% untuk didekontaminasi. Biarkan

jari tangan tetap di dalam vagina untuk mengetahui penurunan kepala janin dan memastikan bahwa tali pusat atau bagian kecil dari bayi tidak teraba.

Setelah pemeriksaan selesai celupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lalu lepaskan sarung tangan dan biarkan terendam di larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

Cuci kedua tangan lagi kedua tangan dengan menggunakan langkah seperti diatas, kemudian Segera periksa ulang denyut jantung janin, catat semua temuan dalam pada patograf untuk proses pendokumentasian dan pemantauan.

Episiotomi

Laserasi spontan pada vagina atau perineum dapat terjadi saat kepala dan bahu dilahirkan. Kejadian laserasi akan meningkat jika bayi dilahirkan terlalu cepat dan tidak terkendali. Jalin kerjasama dengan ibu dan gunakan perasat manual yang tepat dapat mengatur kecepatan kelahiran bayi dan mencegah terjadinya laserasi. Kerjasama akan sangat bermanfaat saat kepala bayi pada diameter 5-6 cm tengah membuka vulva (*crowning*) karena pengendalian kecepatan dan pengaturan diameter kepala saat melewati introitus dan perineum dapat mengurangi kemungkinan terjadinya robekan. Bimbing ibu untuk meneran dan beristirahat atau bernafas dengan cepat pada waktunya (JNPK-KR, 2007).

Definisi episiotomi adalah mengiris atau menggunting perineum menurut arah irisan ada 3: 1) medialis, 2) mediolaeralis, 3) lateralis dengan tujuan agar supaya tidak terjadi robekan-robekan perineum yang tidak teratur dan robekan musculus princter ani (Ruptur perinea totalis) yang bila tidak dijahit dan dirawat dengan baik akan menyebabkan Inkontinensia alvi. (Mochtar Rustam, 1989).

Istilah "episiotomi" secara harfiah berarti "memotong pudenda atau genital", tetapi istilah ini sebenarnya merujuk pada suatu operasi perineotomi atau suatu insisi perineum. Episiotomi



dilakukan dengan membuat insisi bedah kecil ke dalam perineum, yang membantu mencegah peregangan berlebihan oleh kepala bayi pada jaringan vulva posterior serta otot-otot perineum, dan mengganti robekan vagina serta perineum yang tidak beraturan dengan jaringan yang terpotong rapi dan bersih sehingga memungkinkan perbaikan optimal. Episiotomi juga membantu mengurangi resistensi terhadap bagian terendah yang terus maju dan dianjurkan pada kelahiran bayi premature (atlas kebidanan).

Episiotomi medialis hanya disertai dengan sedikit perdarahan, perbaikan yang lebih mudah, dan nyeri penyembuhan yang jauh lebih ringan dibandingkan dengan episiotomi posterolateral. Namun, episiotomi medialis memiliki risiko tinggi untuk meluas ke rektum. Episiotomi mediolateralis adalah suatu kompromi yang dapat diterima. Kebanyakan operator menggunakan gunting pada pelaksanaan tindakan ini meskipun skalpel dapat menghasilkan insisi yang rapi dan terkendali di tangan orang yang berpengalaman (atlas teknik kebidanan, Farook alazawi).

Episiotomy dilakukan jika adanya indikasi seperti: adanya gawat janin dan bayi akan segera dilahirkan dengan tindakan, penyulit kelahiran pervaginam (sungsang, distosia bahu, ekstraksi cunam (forcep) atau ekstraksi vakum), jaringan parut pada perineum atau vagina yang memperlambat kemajuan persalinan (Depkes RI, 2007).

Episiotomy sebagai tindakan rutin, tidak jelas keuntungannya dalam pencegahan perlukaan perineum. Dapat menyebabkan pengeluaran darah lebih banyak. Tidak melindungi bayi dari perdarahan intra cranial atau asfiksia intra partum. Dapat meningkatkan risiko kerusakan sfingter pada ibu, luka perineum lebih dalam dan resiko penyembuhan kurang baik (Prawirohardjo 2001).

Penting untuk menyadari bahwa episiotomi bukan merupakan keharusan pada persalinan operatif. Pelahiran kepala yang terkontrol baik pada persalinan spontan, atau bahkan pada persalinan

dengan forsep atau ventouse (ekstraksi vakum) dapat dilaksanakan tanpa episiotomi. Trauma paling ringan dan perbaikan termudah dapat dicapai bila episiotomi dilakukan pada waktu yang tepat, yaitu, saat bagian terendah meregang vulva. Meskipun demikian, pelahiran kepala yang tidak terkontrol baik tetap akan menyebabkan sejumlah robekan tidak beraturan pada vagina, perineum, dan vulva meskipun episiotomi telah dilakukan (atlas kebidanan).

Beberapa upaya pencegahan robekan perineum: aplikasi handuk hangat pada perineum, fasilitasi fleksi kepala bayi agar tidak menyebabkan regangan mendadak, mengarahkan kepala bayi agar perineum dilalui oleh diameter terkecil saat ekspulsi, menahan perineum dengan regangan telunjuk dan ibu jari, Melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya kepala bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi regangan berlebihan (robekan) pada vagina dan perineum. Perhatikan perineum pada saat kepala keluar dan dilahirkan (Depkes RI, 2007).

Etiologi, Robekan pada perineum umumnya terjadi pada persalinan: kepala janin terlalu cepat lahir, persalinan tidak dipimpin sebagaimana mestinya, sebelumnya pada perineum terdapat banyak jaringan, pada persalinan dengan distosia bahu.

Jenis/ tingkat, Robekan perineum dapat dibagi menjadi 4 tingkat: **Tingkat I:** Robekan hanya terjadi pada selaput lendir vagina dengan atau tanpa mengenai kulit perineum sedikit; **Tingkat II:** Robekan yang terjadi lebih dalam yaitu selain mengenai selaput lendir vagina juga mengenai muskulus; **Tingkat III:** Robekan yang terjadi mengenai selaput lendir vagina sampai otot-otot sfingterani; **Tingkat IV:** Robekan yang terjadi mengenai selaput lendir vagina sampai anus.



Prosedur episiotomi

1. Persiapan alat

Bak steril berisi: Sepasang sarung tangan steril, Duk steril, Nald-voerder, Pinset Anatomis, Pinset chirurgis (ada gigi), Jarum jahit, Benang jahit / chromic, Gunting benang, Tampon vagina, Kasa Steril, Spuit 10 ml, Obat anastesi lokal → lidokain 1 %, Betadin solution 10 %, Larutan DTT, Larutan klorin, Tempat sampah basah, Tempat sampah kering, Bengkok.

2. Persiapan Penolong

Memberi salam dan memperkenalkan diri, memakai skort dan kaca mata pelindung, tangan dalam kondisi sudah cuci tangan dan memakai sarung tangan desinfektan tinggi atau steril.

3. Persiapan Pasien

Menginformasikan tujuan dan prosedur tindakan, jelaskan pada ibu mengapa ia memerlukan episiotomy dan diskusikan prosedurnya dengan ibu, beri alasan rasional pada ibu, mengatur pasien bersikap litotomi dengan bokong di pinggir tempat tidur, membersihkan vulva dan sekitarnya dengan larutan desinfektan tingkat tinggi, aseptik/antiseptik.

4. Pelaksanaan

Berikan anatesi lokal secara dini agar obat tersebut memiliki cukup waktu untuk memberikan efek sebelum episiotomy dilakukan, Sebelum dilakukan tindakan jelaskan kepada ibu apa yang akan dilakukan dan bantu dia untuk merasa rileks, hisap 10 ml larutan lidokain 1% tanpa epinefrin kedalam tabung suntik steril ukuran 10 ml, jika lidokain 1% tidak ada, larutkan 1 bagian lidokain 2% dengan 1 bagian cairan garam fisiologis atau air distilasi steril, sebagai contoh larutkan 5 ml lidokain dalam 5 ml cairan garam fisiologis atau air steril.

Pastikan bahwa tabung untuk suntik memiliki jarum no 22 dan panjang 4 cm, letakan kedua jari tangan ke dalam vagina dan diantara kepala bayi dan perineum, masukan jarum di tengah

fourchette dan arahkan jarum sepanjang tempat yang akan dilakukan episiotomy, aspirasi (tarik batang penghisap) untuk memastikan bahwa jarum tidak berada di dalam pembuluh darah, jika ada darahnya saat dilakukan aspirasi, jangan suntikan lidokain, tarik jarum tersebut keluar, dan ubah posisi jarum kemudian tusukan kembali ulangi langkah seperti tadi.

Bila saat aspirasi tidak ada darah, tarik jarum secara perlahan-lahan sambil menyuntikan maksimum 10 ml lidokain, tarik jarum bila sudah kembali ke titik asal jarum suntik ditusukan, kulit melembung kearea anesthesia, bila terlihat dan di palpasi pada perineum di sepanjang garis yang akan dilakukan episiotomy. (Depkes RI, 2007).

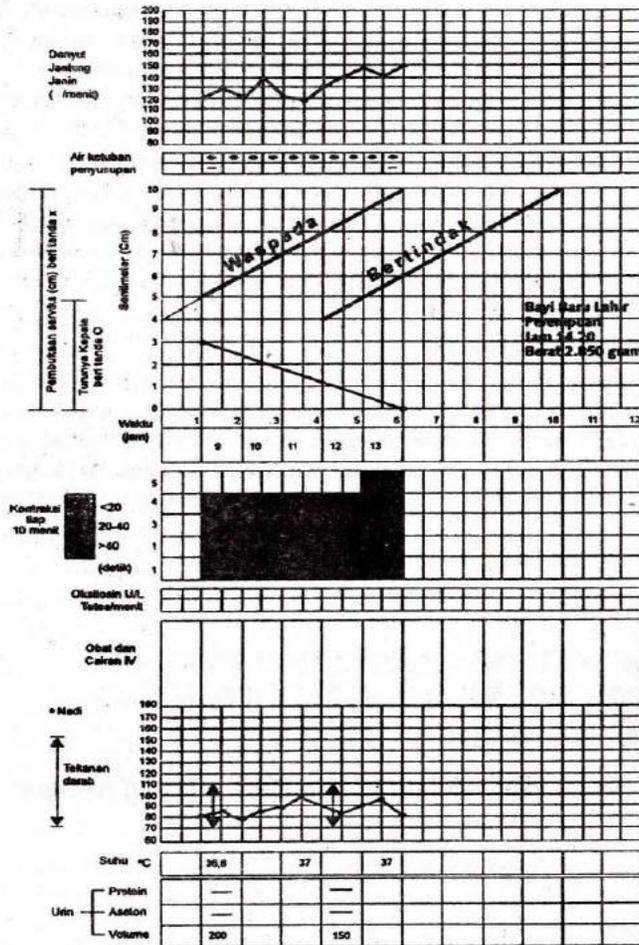
Tindakan episiotomi

Pegang gunting yang tajam dengan satu tangan, letakan jari telunjuk dan jari tengah diantara kepala bayi dan perineum, searah dengan rencana sayatan, tunggu fase puncak his kemudian selipkan gunting dalam keadaan terbuka diantara jari telunjuk dan tangan, gunting perineum, dimulai dari fourchet 45 derajat ke lateral kiri dan kanan.

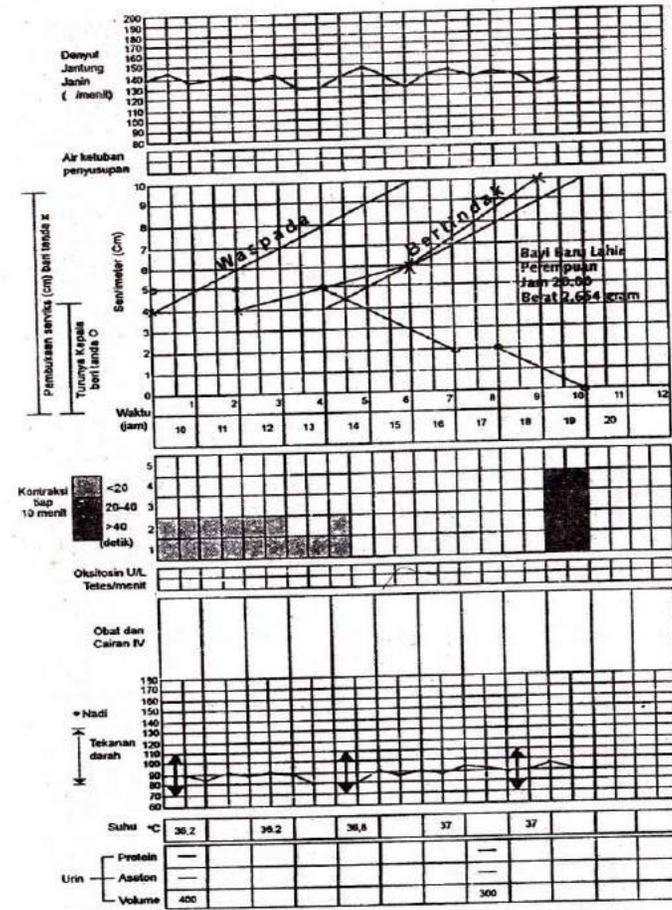
MENDETEKSI ADANYA KOMPLIKASI DAN PENYULIT PERSALINAN KALA II DAN CARA MENGATASINYA

Temuan keadaan normal dan abnormal dari patograf

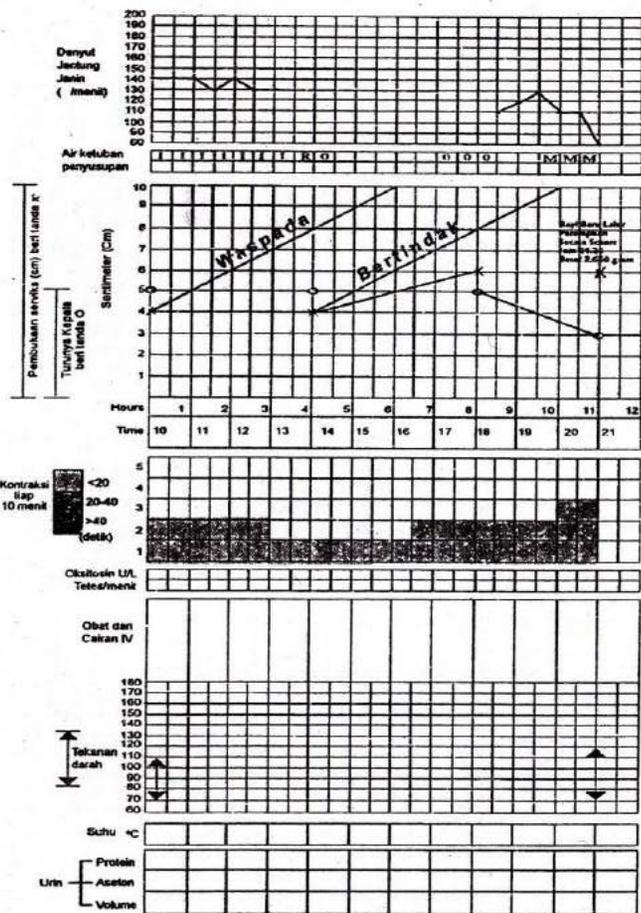
1. Contoh partograf untuk persalinan normal.



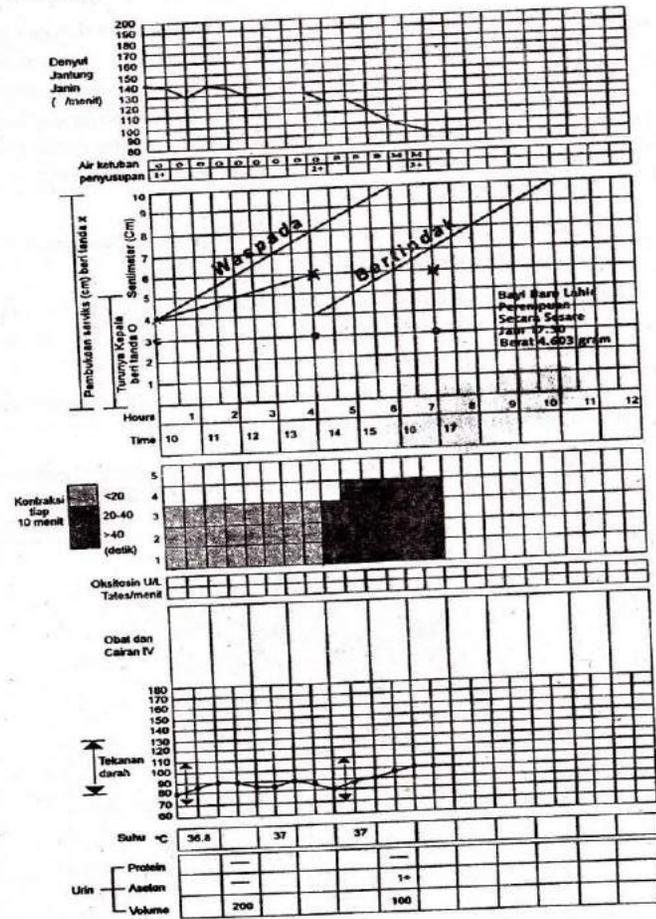
2. Partograf yang memperlihatkan kontraksi uterin yang kurang memadai dikoreksi dengan pemberian oxytocin.



3. Partograf yang memperlihatkan fase aktif persalinan yang lama.



4. Partograf yang memperlihatkan persalinan yang macet/terhalang.



Bahu macet, letak muka, letak sungsang

Bahu macet

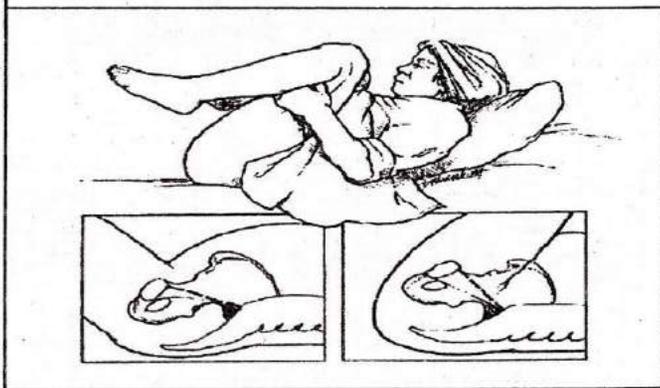
Definisi Dystocia Bahu adalah Kelahiran kepala janin dengan bahu anterior macet diatas symphisis pubis dan tidak bisa masuk melalui pintu bawah panggul. Bahu tidak dapat digerakan. Bahu posterior bisa juga macet diatas Sacral Promontory walaupun jarang terjadi dan karena itu tidak bisa lewat masuk kedalam panggul. Atau bahu tersebut bisa lewat promontorium, tetapi mendapat halangan dari tulang sacrum.

Bahu macet dapat terjadi pada semua bayi besar, meskipun pada ibu yang panggulnya normal.

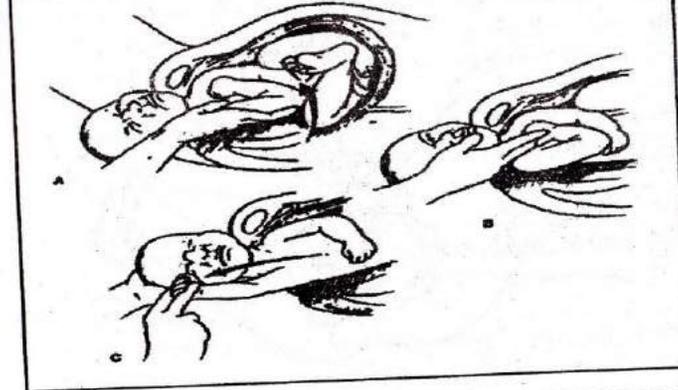
Bahu tersebut dapat dimanipulasi untuk dapat dilahirkan, tetapi dengan memastikan bahu dalam posisi miring terhadap diameter anterior posterior panggul.

Tekanan sedikit pada suprapubik minimum dan ibu dengan posisi sesuai perasat (manual Mc Roberts).

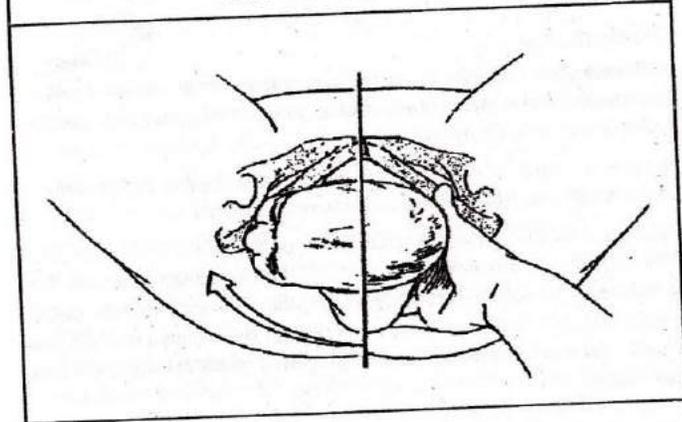
Penambahan sumbu anteroposterior dengan perasat Mc Robert

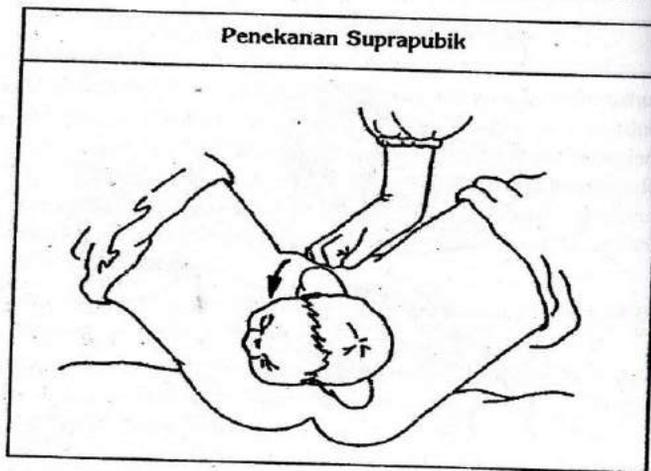


EKSTRAKSI LENGAN BELAKANG



Wood Screw Manuver





Letak muka

Malpresentasi adalah semua presentasi janin selain verteks (presentasi dahi, presentasi muka, presentasi ganda, presentasi bokong dan letak lintang).

Malposisi adalah posisi kepala janin relatif terhadap pelvis dengan oksiput sebagai titik referensi (Oksiput posterior).

Pada persalinan normal, kepala janin pada waktu melewati jalan lahir berada dalam keadaan fleksi. Dalam keadaan-keadaan tertentu fleksi kepala tersebut tidak terjadi, sehingga kepala dalam keadaan defleksi. Bergantung pada derajat defleksinya maka dapat terjadi: Presentasi puncak kepala/sisiput, presentasi dahi, presentasi muka.

1. Presentasi puncak kepala /sisiput

Bagian terbawah adalah puncak kepala, apabila terjadi derajat defleksi ringan maka pada pemeriksaan dalam teraba UUB yang paling rendah, dan UUB sudah berputar ke depan. Menurut statistik hal ini terjadi pada 1% dari seluruh persalinan.

Etiologi

Letak defleksi ringan ini biasanya disebabkan: Kelainan panggul (panggul picak), kepala bentuknya bundar, anak kecil atau mati, kerusakan dasar panggul.

Diagnosis

Pada pemeriksaan dalam didapati UUB paling rendah dan berputar ke depan atau sesudah anak lahir caput terdapat di daerah UUB.

Dalam memimpin partus, kita harus sabar menunggu sambil mengobservasi, karena kira-kira 75% dapat lahir spontan sebab pada umumnya presentasi puncak kepala merupakan kedudukan sementara, yang kemudian akan berubah menjadi presentasi belakang kepala.

Komplikasi

Pada ibu dapat terjadi partus yang lama atau robekan jalan lahir yang lebih luas. Selain itu karena partus lama dan moulage hebat, maka mortalitas anak agak tinggi (9%).

Mekanisme persalinan

Dalam persalinan kita jumpai UUB selalu di depan dan glabella akan berada di bawah simfisis sebagai hipomoklion.

Lingkar kepala yang melewati panggul adalah planum fronto oksipito sebesar 34 cm, karenanya partus akan berlangsung lama.

Mekanisme persalinannya hampir sama dengan posisi oksipitalis posterior persistens, perbedaannya ialah pada presentasi puncak kepala tidak terjadi fleksi kepala yang maksimal, sedangkan lingkaran kepala yang melalui jalan lahir adalah sirkumferensia

frontooksipitalis dengan titik perputaran yang berbeda di bawah simfisis ialah glabella.

2. Presentasi dahi

Presentasi dahi adalah keadaan dimana kedudukan kepala berada diantara fleksi maksimal dan defleksi maksimal, sehingga dahi merupakan bagian terendah. Pada umumnya presentasi dahi ini merupakan kedudukan yang sifatnya sementara, dan sebagian besar berubah menjadi presentasi muka atau presentasi belakang kepala.

Etiologi

Sebab terjadinya presentasi dahi pada dasarnya sama dengan sebab terjadinya presentasi muka. Semua presentasi muka biasanya melewati fase presentasi dahi lebih dahulu.

Diagnosis

Pemeriksaan luar (abdominal): Letaknya adalah memanjang. Diatas PAP terdapat kepala tetapi kepala tidak masuk panggul, punggung ada di sisi kanan belakang ibu; mungkin sukar diraba. Bagian-bagian kecil ada di sebelah kiri depan, di fundus terdapat bokong, tonjolan kepala (*occiput*) dan punggung terdapat pada sisi yang sama (kanan).

Pemeriksaan dalam (vaginal): Diameter anteroposterior kepala ada pada diameter obliqua dextra panggul, dahi, daerah antara nasion dan bregma, merupakan bagian terendah dan teraba di kuadran kiri depan panggul, vertex berada di kuadran kanan belakang. bregma (ubun-ubun besar) dengan mudah dapat diraba, teraba sutura frontalis, tetapi biasanya sutura sagitalis tidak terjangkau, identifikasi margo supraorbitalis merupakan kunci untuk diagnosis

Auskultasi (denyut jantung janin): Denyut jantung janin terdengar paling keras di kuadran kiri bawah perut ibu.

Mekanisme persalinan

Letak dahi merupakan presentasi yang paling buruk diantara letak kepala. Pada letak dahi ukuran terbesar kepala, yaitu diameter mento-oksipitalis akan melalui jalan lahir. Diameter ini cukup besar (13,5 cm); lebih besar dari semua ukuran pintu atas panggul. Oleh karena itu, pada anak yang cukup besar kepala tidak dapat masuk ke dalam pintu atas panggul. Sedangkan pada anak yang agak kecil, kepala dapat masuk. Namun, dengan mulase yang kuat, kemudian terjadi putaran paksi sehingga dahi memutar ke depan ke arah simfisis.

Dahi paling dulu tampak pada vulva dan tulang rahang atas menjadi hipomoklion. Dengan fleksi, lahirlah ubun-ubun besar dan belakang kepala. Setelah belakang kepala lahir dengan gerakan defleksi, berturut-turut lahir mulut dan dagu. Vulva diregang oleh diameter maksila oksipitalis. Kaput sukسدaneum terjadi pada dahi.

Pengelolaan

Pada persalinan dengan letak dahi, janin tidak mungkin lahir pervaginam sehingga persalinan diakhiri dengan seksio sesarea, mengingat bahaya-bahaya untuk ibu dan janin, kecuali bila janin sangat kecil.

Namun bila janin mati dan pembukaan serviks : Tidak lengkap, lakukan seksio sesarea, lengkap, lakukan kraniotomi, jika tidak terampil melakukan kraniotomi, lakukan seksio sesarea. Pada presentasi dahi, jangan melahirkannya dengan ekstraksi vakum atau cunam.

Letak muka, letak sungsang

Presentasi muka adalah presentasi kepala dengan defleksi maksimal hingga oksiput mengenai punggung dan muka terarah ke bawah (kaudal terhadap ibu). Punggung terdapat dalam lordosis dan biasanya terdapat di belakang.

Insidensi presentasi muka kurang dari 1% (1 diantara 250) dan lebih tinggi pada multipara dibanding primigravida. Presentasi muka primer ada sebelum persalinan mulai tetapi keadaan ini jarang. Kebanyakan presentasi muka adalah sekunder, ekstensi terjadi dalam persalinan, umumnya pada PAP. Sekitar 70% presentasi muka adalah dengan dagu di depan atau lintang, sedang 30% dagu di belakang.

Etiologi

Pada umumnya penyebab terjadinya presentasi muka adalah keadaan-keadaan yang memaksa terjadinya defleksi kepala atau keadaan-keadaan yang menghalangi terjadinya fleksi kepala. Oleh karena itu presentasi muka dapat ditemukan pada ibu dengan panggul sempit atau pada janin besar. Selain itu kelainan janin seperti anensefalus dan tumor di leher bagian depan dapat mengakibatkan presentasi muka. Janin anencephalus seringkali ada dalam keadaan presentasi muka dan mempunyai insidensi prematuritas lebih tinggi. Kadang-kadang presentasi muka juga dapat terjadi pada kematian janin intrauterin, akibat otot-otot janin yang telah kehilangan tonusnya.

Diagnosis

Dalam kehamilan letak muka kadang-kadang dapat dicurigai dalam kehamilan, jika : Tonjolan kepala teraba sepihak dengan punggung dan antara belakang kepala dan punggung teraba sudut yang runcing (sudut Fabre); tonjolan kepala ini juga bertentangan dengan pihak bagian-bagian kecil; bunyi jantung anak terdengar pada pihak bagian-bagian kecil.

Diagnosis keadaan di atas dapat diperkuat dengan foto rontgen pelvis antero-posterior dan lateral atau dengan ultrasonografi.

Dalam persalinan dengan pemeriksaan dalam, pada pembukaan yang cukup besar, akan teraba orbita, hidung, tulang pipi, mulut, dan dagu. Karena muka agak lunak, harus dibedakan dari bokong. Untuk membedakan mulut dan anus pada pemeriksaan vaginal : Anus merupakan garis lurus dengan tuber iskhii, mulut merupakan segitiga dengan prominen molar.

Dagu berfungsi sebagai indikator posisi kepala. Dalam hal ini, sangatlah penting untuk membedakan posisi dagu depan, di mana terletak di bagian depan pada rongga panggul ibu, dengan posisi dagu belakang.

Mekanisme persalinan

Presentasi muka jarang ditemukan di atas pintu atas panggul. Pada umumnya presentasi dahi dapat berubah menjadi presentasi muka setelah terjadi ekstensi kepala lebih lanjut pada saat kepala turun melewati panggul. Mekanisme persalinan pada kasus ini terdiri dari beberapa gerakan utama yaitu penurunan, rotasi interna, fleksi, serta gerakan tambahan seperti ekstensi dan rotasi eksterna.

Pada awal persalinan, defleksi ringan saja. Akan tetapi, dengan turunnya kepala, defleksi bertambah hingga dagu menjadi bagian yang terendah. Hal ini disebabkan jarak dari foramen magnum ke belakang kepala lebih besar daripada jarak dari foramen magnum ke dagu.

Diameter submento-bregmatika (9,5 cm) melalui jalan lahir. Karena dagu merupakan bagian yang terendah, dagulah yang paling dulu mengalami rintangan dari otot-otot dasar panggul hingga memutar ke depan ke arah simfisis. Putaran paksi baru terjadi di dasar panggul.

Dalam vulva, mulut tampak lebih dulu. Kepala lahir dengan gerakan fleksi dan tulang lidah (hioid) menjadi hipomoklion; berturut-turut lahirlah hidung, mata, dahi, ubun-ubun besar, dan akhirnya tulang

belakang kepala. Vulva dipegang oleh diameter submento-okspitalis (11,5 cm).

Pengeluaran

Sering terjadi persalinan lama. Kepala bisa lahir spontan apabila dagu anterior dan fleksi. Presentasi muka dengan-dagu posterior kepala tidak akan turun dan persalinan akan macet.

Posisi dagu anterior

Jika pembukaan lengkap; Biarkan persalinan spontan; jika kemajuan lambat dan tidak terdapat tanda-tanda obstruksi, percoba persalinan dengan oksitosin; jika kepala tidak turun dengan baik, lakukan ekstraksi cunam (forceps).

Jika pembukaan tidak lengkap dan tidak ada tanda-tanda obstruksi: Aseleseri dengan oksitosin; Periksa kemajuan persalinan secara presentasi vertex

Posisi dagu posterior

Jika pembukaan serviks lengkap, lahirkan dengan seksio sesarea; jika pembukaan serviks tidak lengkap, nilai penurunan, rotasi, dan kemajuan persalinan. Jika macet, lakukan seksio sesarea; jika janin mati tindakan yang dilakukan adalah melakukan kraniotomi (Dokter kandungan); atau seksio sesarea. *Jangan lakukan ekstraksi vakum pada presentasi muka.*

Posisi Okciput Posterior Persisten

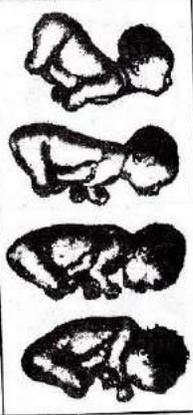
Pada letak belakang kepala biasanya Ubuun-Ubuun Kecil (UUK) akan memutar kedepan dengan sendirinya. Dan janin lahir secara spontan. Kadang-kadang UUK tidak berputar ke depan, tetapi tetap berada didepan yang disebut Positio Occiput Posterior Persistens. Pukaran paksi baru terjadi di hodge III+, bahkan kadang-kadang baru terjadi di hodge IV.

Etiologi

Sering dijumpai pada panggul antropoid, panggul android dan kesempitan bidang tengah panggul; Putar paksi tidak berlawanan

pada perut gantung, janin kecil atau janin mati, arkus pubis sangat luas dan panggul sempit. Ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW); Fleksi kepala kurang; Inersia uteri.

Presentasi Posit Okciput Posterior Persisten, puncak, dahi, muka



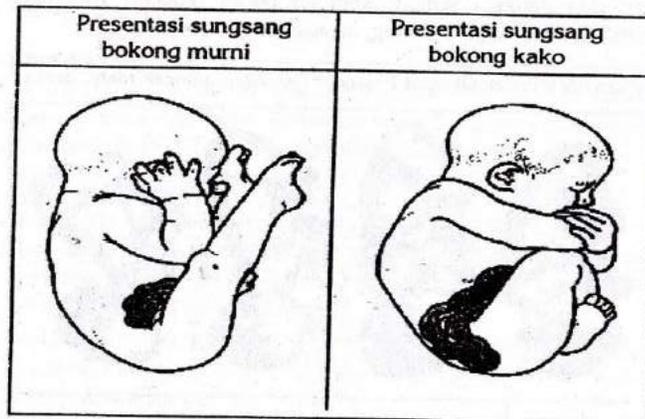
Letak Sungsang

Janin yang letaknya memanjang (membujur) dalam rahim, kepala janin berada di fundus dan bokong dibawah.

Diagnosis

Palpasi: kepala teraba di fundus, bagian bawah bokong, dan punggung dihati atau dikanan; Auskultasi: Bunyi jantung fetus paling jelas terdengar pada tempat yang lebih tinggi dari pusat; Pemeriksaan dalam: dapat diraba os sacrum, tuber ischii, dan anus, kadang-kadang kaki (pada letak kaki).

Gambar : Presentasi Sungsang



Sumber Atlas kebidanan



Sumber Atlas kebidanan

Petalaksanaan :

1. Pertolongan persalinan dengan perasat:
2. Brachth.
3. Muller.
4. Klasik.
5. Lovset.
6. Mauriceau.

GEMELLI (KEHAMILAN GANDA)

Kehamilan dengan dua janin atau lebih sejak ditemukannya obat-obatan dan cara induksi ovulasi maka dari laporan-laporan dari seluruh pelosok dunia, frekuensi gemelli condong meningkat.

Diagnosi gemelli

Pada saat melakukan anamnesa apakah ada perut lebih buncit dari semestinya, gerakan janin lebih banyak dirasakan ibu hamil, uterus terasa lebih cepat membesar, pernah hamil kembar atau adanya riwayat keturunan kembar.

Dilakukan Inspeksi dan palpasihasilnya pada pemeriksaan pertama dan ulangan ada kesan uterus lebih besar dan lebih cepat tumbuhnya dari biasa, gerakan-gerakan janin terasa lebih banyak, bagian-bagian kecil terasa lebih banyak, teraba 3 (tiga) bagian besar janin, teraba 2 (dua) balotement.

Pada saat melakukan auskultasi, maka akan terdengar 2 (dua) denyut jantung janin pada 2 (dua) tempat yang agak berjauhan dengan perbedaan kecepatan sedikitnya 10 denyut permenit atau bila dihitung bersamaan terdapat selisih 10x/mnt.

Hasil pemeriksaan Rongent foto abdomen, akan tampak gambaran dua janin, jika di ulang dengan pemeriksaan ultrasonografi: bila tampak 2 (dua) janin atau 2 (dua) denyut jantung janin (DJF) yang telah dapat ditentukan pada triwulan I.



Pada pemasangan Elektrokardiograf, didapatkan hasil gambaran 2 (dua) EKG yang berbeda dari kedua janin.

Saat dilakukan test urin reaksi kehamilan, didapatkan hasil karena pada hamil kembar umumnya plasenta besar atau 2 (dua) plasenta, maka produksi HCG akan tinggi, juga ditemukan pada kehamilan Mollahidatidosa, kadangkala diagnosa dapat ditegakan setelah bayi pertama lahir uterus masih besar dan ternyata ada satu janin lagi dalam rahim.

Penatalaksanaan

Bila tidak ada masalah dan persalinan berjalan lancar ibu bisa dilakukan pertolongan persalinan normal, akan tetapi jika ditemukan kesulitan, maka dilakukan tindakan tergantung kasus dan akan dibahas lebih lanjut pada asuhan ibu patologis .

MEMBERIKAN ASUHAN PADA IBU BERSALIN KALA III DAN DETEKSI DINI PADA KALA III

MEMBERIKAN ASUHAN PADA IBU BERSALIN KALA III

Fisiologi kala III

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusat beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 menit – 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta, disertai dengan pengeluaran darah. Komplikasi yang dapat timbul pada kala II adalah perdarahan akibat atonia uteri, retensio plasenta, perlukaan jalan lahir, tanda gejala tali pusat.

Tempat implantasi plasenta mengalami pengerutan akibat pengosongan kavum uteri dan kontraksi lanjutan sehingga plasenta dilepaskan dari perlekatannya dan pengumpulan darah pada ruang utero-plasenter akan mendorong plasenta ke luar.

Otot Uterus (miometrium) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding rahim, setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina (Depkes RI 2007).

Mekanisme pelepasan plasenta

Tanda-tanda lepasnya plasenta mencakup beberapa atau semua hal-hal: **perubahan bentuk dan tinggi fundus**, dimana setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya di bawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah pear atau alpukat dan fundus berada di atas pusat (seringkali mengarah ke sisi kanan); tali pusat memanjang, dimana tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva (tanda Ahfeld); semburan darah tiba-tiba, dimana darah terkumpul dibelakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (*retroplacental pooling*) dalam ruang diantara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungnya maka darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang keluar (Depkes RI 2007)

PENGAWASAN PERDARAHAN

Manajemen aktif kala III

Manajemen aktif kala III: Mengupayakan kontraksi yang adekuat dari uterus dan mempersingkat waktu kala III, mengurangi jumlah kehilangan darah, menurunkan angka kejadian retensio plasenta.

Tiga langkah utama manajemen aktif kala III: Pemberian oksitosin/uterotonika sesegera mungkin, melakukan penegangan tali

pusat terkendali (PTT), Rangsangan taktil pada dinding uterus atau fundus uteri.

Penegangan tali pusat terkendali: Berdiri disamping ibu, Pindahkan jepitan semula tali pusat ke titik 5-20 cm dari vulva dan pegang klem penjepit tersebut, letakkan telapak tangan (alas dengan kain) yang lain, pada segmen bawah rahim atau dinding uterus di suprasimfisis, pada saat terjadi kontraksi, tegangkan tali pusat sambil tekan uterus ke dorsokranial, ulangi kembali perasat ini bila plasenta belum dapat dilahirkan (jangan lakukan pemaksaan).

Perhatikan!

Bila setelah 15 menit berlalu ternyata plasenta belum lahir, berikan oksitosin 10 iu, dosis kedua, kosongkan kandung kemih bila penuh, lakukan PTT ulangan, bila waktu 30 menit telah terlampaui (jangan mencoba cara lain untuk melahirkan plasenta walaupun tidak terjadi perdarahan) segera rujuk ibu ke fasilitas kesehatan rujukan.

Rangsangan taktil pada dinding uterus: Minta ibu untuk meletakkan telapak tangannya pada dinding uterus, Instruksikan untuk mengusap dinding uterus dengan gerakan sirkuler, beritahukan bahwa mungkin timbul rasa kencang atau tidak nyaman, Uterus yang mengencang menunjukkan respons adekuat terhadap rangsangan, Teruskan rangsangan taktil bila uterus masih belum berkontraksi (depkes RI 2007).

Pemeriksaan plasenta, selaput ketuban dan tali pusat

Sambil tangan kiri melakukan masase pada fundus uteri, periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukkan ke dalam kantong plastik yang tersedia.



Pemantauan: kontraksi, robekan jalan lahir dan perineum; tandavital: hygiene

Memeriksa apakah ada robekan pada introitus vagina dan perineum yang menimbulkan perdarahan aktif, Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan. Periksa kembali kontraksi uterus dan tanda adanya perdarahan pervaginam, pastikan kontraksi uterus baik.

Lanjutkan pemantauan terhadap kontraksi uterus, tanda perdarahan pervaginam dan tanda vital ibu: 2-3 kali dalam 10 menit pertama; setiap 15 menit pada 1 jam pertama; setiap 20-30 menit pada jam kedua; Pastikan Kontraksi uterus, bila kontraksi uterus tidak baik, lakukan masase uterus dan beri metil ergometrin 0,2 mg intramuskular.

Mengajarkan ibu/keluarga untuk memeriksa/merasakan uterus yang memiliki kontraksi baik dan mengajarkan untuk melakukan masase uterus apabila kontraksi uterus tidak baik.

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

Perdarahan pada atonia uteri : Ujung pembuluh darah di tempat implantasi akan terbuka sesaat setelah plasenta dilepaskan, sekitar 350-500 ml darah per menit akan keluar melalui ujung pembuluh darah tersebut, penghentian perdarahan dari bekas tempat implantasi plasenta hanya dapat terjadi jika anyaman miometrium menjepit pembuluh darah yang berjalan diantara anyaman tersebut, atonia atau hipotonia membuat mekanisme penjepitan tersebut gagal berfungsi,

Atonia uteri berkaitan dengan : Kapasitas uterus jauh lebih besar dari normal (polihidramnion, hamil kembar, makrosomia), Kala I atau II yang memanjang, partus presipitatus, induksi atau akselerasi

persalinan, infeksi intrapartum, grande multipara, penggunaan tokolitik (misalnya: mgso4) atau narkose (misalnya: ether).

Ingat!

Sekitar 60% dari perdarahan pascapersalinan terjadi pada ibu tanpa risiko yang dapat dikenali sebelumnya, senantiasa siap untuk menghadapi atonia uteri/perdarahan pascapersalinan, manajemen aktif kala III merupakan upaya profilaksis komplikasi perdarahan.

Kebutuhan ibu pada kala III

Penatalaksanaan aktif kala III bagi semua ibu melahirkan yaitu: Pemberian oksitosin, penegangan tali pusat, masase uterus setelah segera lahir agar tetap kontraksi; Pemeriksaan rutin, plasenta dan selaput ketubannya: Pemeriksaan rutin pada vagina dan perineum untuk mengetahui adanya laserasi dan luka; pemberian hidrasi pada ibu, pencegahan infeksi, dan menjaga privasi.

Pendokumentasian kala III

Tanggal 19 Oktober 2009 Pukul 08.10 WIB

Subjektif:

Ibu merasa senang dengan kelahiran putranya, ibu merasakan mules kembali, ibu terlihat sedikit lelah namun ibu senang.

Objektif:

Keadaan Umum ibu : baik, Tinggi fundus uteri setinggi pusat, globuler dan keras serta tidak ada bayi kedua.

Assesment :

Diagnosa : Ibu P2A0 kala III, normal

Planning:

Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa keadaan umum ibu dan bayinya dalam keadaan baik, plasenta belum lahir dan bidan akan membantu untuk melahirkannya. Ibu mengerti dan telah mengetahui keadaannya.



Melakukan manajemen aktif kala III, yaitu: Menyuntikkan oksitosin 10 iu sebelum 1 menit secara im di 1/3 paha kanan bagian luar kemudian melakukan PTT (Peregangan tali pusat terkendali).

Setelah uterus berkontraksi, regangkan tali pusat, meregangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso-krania) secara hati-hati (untuk mencegah inversion uteri). Jika plasenta tidak lahir-lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu. Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso-krania) secara hati-hati (untuk mencegah inversion uteri), dan penegangan tali pusat pun telah dilakukan dan plasenta bisa dilahirkan lengkap dengan kontraksi yang baik.

Melakukan penegangan dan dorongan dorso-krania hingga plasenta terlepas minta ibu untuk meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso cranial). Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta, melakukan penegangan dan dorongan dorso-krania hingga plasenta terlepas.

Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta, memegang dan memutar plasenta hingga selaput ketuban terpelintir kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada tempat yang telah disediakan, plasenta pun telah lahir dan ditempatkan pada tempat yang telah disediakan.

Melakukan masase uterus, Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan

lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras), melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras), masase pun telah dilakukan dan fundus teraba keras.

Memeriksa kedua sisi plasenta bagian maternal maupun fetal dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh, memasukkan plasenta ke dalam kantong plastik, plasenta pun lahir lengkap dengan berat kurang lebih 500 gram, panjang tali pusat 50 cm dan tebal plasenta kurang lebih 2 cm.

Meletakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi, melakukan IMD (Inisiasi Menyusui Dini).

Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi dan biarkan bayi selama 1 jam steril, tunda pemberian vitamin K dan tetes mata, selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi dan membiarkan bayi selama 1 jam serta menunda pemberian vitamin K dan tetes mata.

Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum, hasilnya ada laserasi pada vagina dan perineum derajat 1 dan dilakukan 2 penjahitan simpul.

Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam, bayi berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30 menit.

Membiarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam, walaupun bayi sudah berhasil menyusui. Hasilnya bayi pun tetap berada di dada ibu selama 30 menit bayi berhasil melakukan inisiasi menyusui dini.

MENDETEKSI ADANYA KOMPLIKASI DAN PENYULIT PERSALINAN KALA III DAN CARA MENGATASINYA

Perdarahan pada kala III: Atonia uteri, Retensio plasenta, Perlukaan jalan lahir

1. Atonia Uteri

Definisi dari atonia uteri adalah suatu keadaan dimana terjadinya kegagalan kontraksi otot rahim yang menyebabkan pembuluh darah pada bekas implantasi plasenta terbuka sehingga menimbulkan perdarahan.

Penanganan khusus

Jika terdapat tanda-tanda sisa plasenta, keluarkan sisa plasenta tersebut, lakukan uji pembekuan darah sederhana, jika perdarahan terus berlanjut dan semua tindakan diatas telah dilakukan, lakukan; kompresi bimanual interna; komresi aorta abdominalis; jika perdarahan terus berlanjut setelah dilakukan kompresi; lakukan ligasi arteri uterina dan ovarika; lakukan histerektomi jika terjadi perdarahan yang mengancam jiwa setelah ligasi.

2. Retensio Plasenta

Definisi dari retensio plasenta adalah Terlambatnya kelahiran plasenta selama setengah jam setelah persalinan bayi. Pada beberapa kasus dapat terjadi retensio berulang (habitual retensio plasenta), plasenta harus dikeluarkan karena dapat menimbulkan perdarahan, infeksi karena sebagai benda mati, dapat terjadi plasenta incarserata, polip plasenta, degenarasi ganas khorio karsinom.

Faktor-faktor predisposisi

Kontraksi uterus kurang kuat untuk melepaskan plasenta, plasenta melekat erat pada dinding uterus oleh sebab villi chorialis menembus desidua sampai miometrium bahkan sampai dibawah peritonium (plasenta akreta-perkreta), plasenta yang sudah keluar dari dinding rahim belum keluar, disebabkan oleh

tidak adanya usaha untuk melahirkan atau salah dalam penanganan kala III sehingga terjadi lingkaran konstriksi pada bagian bawah uterus.

Penanganan secara umum

Jika plasenta terlihat dalam vagina, mintalah ibu untuk mengedan, jika anda dapat merasakan plasenta dalam vagina, keluarkan plasenta tersebut, pastikan kandung kemih sudah kosong. jika diperlukan lakukan kateterisasi kandung kemih, jika plasenta belum keluar, berikan oksitosin 10 unit I.M. Jika belum dilakukan pada penanganan aktif kala III. **Jangan berikan ergometrin karena dapat menyebabkan kontraksi uterus yang tonik, yang bisa memperlambat pengeluaran plasenta.**

Jika plasenta belum dilahirkan setelah 30 menit pemberian oksitosin dan uterus terasa berkontraksi, lakukan penarikan tali pusat terkendali, jika traksi pusat terkendali belum berhasil, cobalah untuk melakukan pengeluaran plasenta secara manual.

Jika perdarahan terus berlangsung, lakukan uji pembekuan darah sederhana. Kegagalan terbentuknya pembekuan setelah 7 menit atau adanya bekuan lunak yang dapat pecah dengan mudah menunjukkan adanya koagulopati.

Jika terdapat tanda-tanda infeksi (demam, sekret vagina yang berbau) berikan antibiotik untuk metritis.

Sewaktu suatu bagian dari plasenta satu atau lebih lobus tertinggal, maka uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif, raba bagian dalam uterus untuk mencari sisa plasenta. Eksplorasi manual uterus menggunakan teknik yang serupa dengan teknik yang digunakan untuk mengeluarkan plasenta yang tidak keluar: keluarkan sisa plasenta dengan tangan, cunam ovum, atau kuret besar, jika perdarahan berlanjut, lakukan uji pembekuan darah.

MEMBERIKAN ASUHAN PADA IBU BERSALIN KALA IV DAN BAYI BARU LAHIR

Satu jam segera setelah kelahiran membutuhkan observasi yang cermat pada pasien. Tekanan darah, kecepatan denyut nadi, dan kehilangan darah harus dipantau dengan cermat. Selama waktu inilah biasanya terjadi perdarahan masa nifas, biasanya karena relaksasi rahim, tertahannya fragmen plasenta, atau laserasi yang tidak terdiagnosis. Perdarahan yang samar (misalnya pembentukan hematoma vagina) dapat muncul sebagai keluhan nyeri pelvic. Oleh karena itu bidan tidak boleh meninggalkan pasien pada masa ini.

MEMBERIKAN ASUHAN PADA IBU BERSALIN KALA IV

1. Fisiologi Kala IV

Persalinan kala IV dimulai dengan kelahiran plasenta dan berakhir 2 jam kemudian. Periode ini merupakan saat paling kritis untuk mencegah kematian ibu, terutama kematian disebabkan perdarahan. Selama kala IV, bidan harus memantau ibu setiap 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam kedua setelah persalinan. Jika kondisi ibu tidak stabil, maka ibu harus dipantau lebih sering.

2. Evaluasi Uterus, konsistensi dan atonia uteri

Setelah pengeluaran plasenta, uterus biasanya berada pada garis tengah dari abdomen kira-kira 2/3 antara symphysis pubis dan umbilicus atau berada tepat di atas umbilicus. Uterus yang dijumpai berada di atas umbilicus merupakan indikator adanya penggumpalan darah didalam uterus. Uterus yang dijumpai berada di atas umbilicus dan agak menyamping, biasanya kekanan, menunjukkan bahwa kandung kemih sedang penuh. Dalam hal ini kandung kemih tersebut harus dikosongkan. Kandung kemih yang penuh mendorong uterus tergeser dari posisinya dan menghalanginya untuk berkontraksi sebagaimana mestinya, dengan demikian memungkinkan perdarahan yang lebih banyak. Uterus seharusnya terasa keras (kaku) bila diraba. Uterus yang lembek, berayun menunjukkan bahwa uterus dalam keadaan tidak berkontraksi dengan baik, dengan kata lain mengalami atonia uteri. Atonia uterus merupakan penyebab utama dari perdarahan segera setelah persalinan. Apabila kontraksi uterus, otot uterus akan menjepit pembuluh darah untuk menghentikan perdarahan. Hal ini dapat mengurangi kehilangan darah dan mencegah perdarahan post partum. Pemeriksaan fundus uteri dilakukan setiap 15 menit pada jam pertama setelah persalinan dan 30 menit pada jam kedua setelah persalinan.

3. Pemeriksaan Cerviks, vagina dan perineum

Segera setelah bidan merasa yakin bahwa uterus telah berkontraksi dengan baik, ia harus memeriksa perineum, vagina bagian bawah, serta servik apakah ada cedera, perdarahan, benjolan haemotoma, laserasi dan luka berdarah, serta mengevaluasi kondisi dari episiotomi jika memang ada. Laserasi di klasifikasikan berdasarkan luasnya robekan.

Klasifikasi laserasi: *Derajat satu*, luasnya robekan mengenai mukosa vagina, fourchette posterior, dan kulit perineum; *derajat dua*: Seperti derajat satu dan juga mengenai otot perineum;

Derajat tiga: Pada derajat tiga ini seperti derajat dua ditambah dengan otot spingter ani eksternal; *Derajat empat*: derajat tiga ditambah dengan dinding rectum anterior.

Apabila pada saat pemeriksaan jalan lahir nampak perdarahan sebagai tetesan yang terus menerus atau memancar, perlu dicurigai adanya laserasi vagina atau serviks atau adanya pembuluh darah yang tidak diikat.

4. Pemantauan dan evaluasi lanjut

Selama sisa waktu dalam kala IV persalinan, tanda-tanda vital, uterus, kandung kemih, lochia, serta perineum ibu harus dipantau dan dievaluasi, sehingga semuanya berjalan stabil dalam batas-batas normal.

a. Tanda-tanda vital

Pemantauan tanda vital ibu antara lain tekanan darah, denyut jantung, dan pernafasan dilakukan selama kala IV persalinan dimulai setelah kelahiran plasenta. Seterusnya kemudian dievaluasi lagi setiap 15 menit sekali hingga keadaannya stabil seperti pada persalinan, atau jika ada indikasi perlu dimonitor lebih sering lagi. Suhu ibu di ukur sedikitnya sekali dalam kala IV persalinan dan dehidrasinya juga harus dievaluasi.

Denyut nadi biasanya berkisar 60 sampai 70 x/menit. Apabila denyut nadi lebih dari 90 x/menit, perlu dilakukan pemeriksaan dan pemantauan yang terus menerus.

Jika ia menggigil tetapi tidak ada infeksi (ingat bahwa peningkatan suhu dalam batas 2°F adalah normal) hal tersebut akan berlalu jika bidan mengikuti beberapa langkah dasar: Berilah kehangatan dengan menyelimuti tubuh ibu dengan selimut hangat, berikan rasa kepastian dengan memberikan penjelasan mengapa ia menggigil dan juga memberi pujian yang melimpah tentang kinerjanya dalam persalinan, ajari si ibu untuk mengendalikan pernafasannya serta teknik-teknik

relaksasi progresif, Kadang-kadang suhu dapat lebih tinggi dari 37,2 °C akibat dehidrasi atau persalinan yang lama.

b. **Kontraksi uterus**

Pemantauan kontraksi uterus harus dilakukan secara simultan. Jika uterus lembek, maka wanita itu bisa mengalami perdarahan. Untuk mempertahankan kontraksi uterus dapat dilakukan rangsangan taktil (pijatan) bila uterus mulai melembek atau dengan cara menyusukan bayi kepada ibunya, tetapi si bayi biasanya tidak berada didaerah dekapan ibu berjam-jam lamanya dan uterus mulai melembek lagi.

c. **Lochea**

Jika uterus berkontraksi kuat, lochea kemungkinan tidak lebih dari menstruasi. Dengan habisnya efek oksitosik setelah melahirkan, jumlah lochea akan bertambah karena miometrium sedikit banyak berelaksasi.

d. **Kandung kemih**

Kandung kemih harus dievaluasi untuk memastikan kandung kemih tidak penuh. Kandung kemih yang penuh mendorong uterus keatas dan menghalangi uterus berkontraksi sepenuhnya.

Jika kandung kemih penuh, Bantu ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya dan anjurkan untuk mengosongkan kandung kemihnya setiap kali diperlukan. Ingatkan ibu bahwa keiinginan untuk berkemih mungkin berbeda-beda setelah dia melahirkan bayinya. Jika ibu tidak dapat berkemih, Bantu ibu dengan cara menyiramkan air bersih dan hangat ke perineumnya. Atau masukkan jari-jari ibu kedalam air hangat untuk merangsang keiinginan berkemih secara spontan. Jika setelah tindakan-tindakan ini ibu tetap tidak dapat berkemih secara spontan, mungkin diperlukan kateterisasi. Jika kandung kemih penuh atau dapat dipal-pasi, gunakan teknik aseptik pada saat memasukkan kateter

nelaton disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk mengosongkan kandung kemih. Setelah mengosongkan kandung kemih, lakukan rangsangan taktil (pemijatan) untuk merangsang uterus berkontraksi lebih baik.

e. **Perineum**

Perineum dievaluasi untuk melihat adanya edema atau hematoma. Bungkuskan keping es yang dikenakan perineum mempunyai efek ganda untuk mengurangi ketidaknyamanan dan edema bila telah mengalami episiotomi atau laserasi.

5. **Pemantauan kala IV**

Pantau tanda vital setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua, nilai kontraksi uterus dan jumlah perdarahan, ajarkan ibu dan keluarganya untuk melakukan rangsangan taktil, menilai kontraksi uterus, dan estimasi perdarahan, rawat gabung ibu-bayi dan pemberian ASI, berikan asuhan esensial bayi baru lahir.

Ingat!

Jangan tinggalkan ibu dalam 2 jam pertama pasca persalinan, pastikan tanda vital dalam batas normal, berikan asuhan esensial bayi baru lahir, termasuk pemberian ASI setelah lahir (Inisiasi Menyusu Dini), ajarkan ibu dan keluarganya untuk melakukan rangsangan taktil uterus dan menilai kontraksi atau perdarahan, pastikan ibu dan keluarganya mengetahui tanda-tanda bahaya atau komplikasi berat.

6. **Perkiraan darah yang hilang**

Sangat sulit untuk memperkirakan kehilangan darah secara tepat karena darah sering kali bercampur dengan cairan ketuban atau urin dan mungkin terserap dihanduk, kain atau sarung. Meletakkan wadah atau pispot dibawah bokong ibu untuk mengumpulkan darah bukanlah cara yang efektif untuk mengukur kehilangan darah dan bukan merupakan cerminan

asuhan sayang ibu; berbaring diatas wadah atau pispot sangat tidak nyaman dan menyulitkan ibu untuk memegang dan menyusui bayinya.

Satu cara untuk menilai kehilangan darah adalah dengan cara melihat darah tersebut dan meperkirakan berapa banyak botol ukuran 500ml yang bisa dipenuhi darah tersebut. Jika darah bisa mengisi dua botol, ibu telah kehilangan darah satu liter. Jika bisa mengisi setengah botol, ibu kehilangan 250 ml darah. Memperkirakan kehilangan darah hanyalah salah satu cara untuk menilai kondisi ibu.

Belum ada metode yang akurat, meletakkan penampung darah di bawah bokong ibu, selain tidak nyaman juga tidak menjamin pengukuran yang tepat, pengukuran dengan gelas ukur dapat terganggu dengan tambahan cairan lain atau jumlah yang hilang akibat material penyerap (kain, kasa, pakaian, dsb).

Estimasi simtomatik: Bila perdarahan menyebabkan terjadinya perubahan tanda vital (hipotensi) maka jumlah darah yang keluar telah mencapai 1000-1200 ml, bila terjadi syok hipovolemik maka jumlah perdarahan telah mencapai 2000-2500 ml, efek perdarahan terhadap sirkulasi dan oksigenasi sel.

Melakukan Penjahitan Luka Episiotomi/Laserasi

1. Tujuan

Tujuan menjahit laserasi atau episiotomi adalah untuk menyatukan kembali jaringan tubuh (mendekatkan) dan mencegah kehilangna darah yang tidak perlu (memastikan hemostasis). Depkes RI 2007. Ingat setiap kali jarum masuk jaringan tubuh, jaringan akan terluka dan menjadi tempat potensial untuk timbulnya infeksi, oleh sebab itu pada saat menjahit laserasi gunakan benang yang cukup panjang dan gunakan sesedikit mungkin jahitan untuk mencapai tujuan pendekatan dan hemostasis.

2. Macam-macam penjahitan

Menjahit luka episiotomy medialis

Mula-mula otot perineum kiri dan kanan dirapatkan dengan beberapa jahitan. Kemudian fascia dijahit dengan beberapa jahitan, lalu lender vagian dijahit pula dengan beberapa jahitan. Terakhir kulit perineum dijahit dengan empat atau lima jahitan. Jahitan dapat dilakukan secara terputus-putus (*Interrupted suture*) atau secara jelujur (*continuous suture*). Benang yang dipakai untuk menjahit otot, fascia dan selaput lender adalah catgut chromic, sedang untuk kulit perineum dipakai benang sutera.

Menjahit luka episiotomy mediolateralis

pada tehnik ini insisi dimulai dari bagian belakang introitus vagina menuju kearah belakang dan samping. Arah insisi ini dapat dilakukan kearah kanan ataupun kiri, tergantung pada kebiasaan orang yang melakukannya, panjang insisi kira-kira 4 cm, tehnik menjahit sama pada luka episiotomy medialis. Penjahitan dilakukan sedemikian rupa sehingga setelah penjahitan selesai hasilnya harus simetris.

Menjahit luka episiotomy lateralis

Pada tehnik ini insisi dilakukan kearah lateral mulai dari kira-kira pada jam 3 atau 9 menurut arah jarum jam, tehnik ini sering tidak dilakukan lagi oleh kerana banyak menimbulkan komplikasi, tehnik penjahitan sama dengan luka episiotomy mediolateralis (Prawirohardjo 2000)

Menjahit luka episiotomy menurut derajat luka

Luka drajat I dapat dilakukan hanya dengan catgut yang dijahitkan secara jelujur. Menjahit luka episiotomy (*continuous suture*) atau dengan cara angka delapan (*figure of eight*).

Luka derajat II, sebelum dilakukan penjahitan pada robekan perineum tingkat II maupun tingkat III, jika dijumpai pinggir robekan yang tidak rata atau bergerigi, maka pinggir yang

bergerigi tersebut harus diratakan terlebih dahulu, pinggir robekan sebelah kiri dan kanan masing-masing diklem terlebih dahulu, kemudian digunting. Setelah pinggir robekan rata, baru dilakukan penjahitan luka robekan, mula-mula otot dijahit dengan catgut. Kemudian selaput vagina dijahit dengan *catgut* secara terputus-putus atau jelujur, penjahitan lender vagina dimulai dari puncak robekan, terakhir kulit perineum dijahit dengan benang sutera secara terputus-putus

Tingkat III mula-mula dinding vagian depan rektum yang robek dijahit. Kemudian perineal dan fascia septum rektovaginal dijahit dengan *catgut* chromic, sehingga bertemu kembali. Ujung-ujung otot spingter ani yang terpisah oleh karena robekan di klem dengan pean lurus, kemudian dijahit dengan 2-3 jahitan *Catgut* kromik sehingga bertemu kembali. Selanjutnya robekan dijahit lapis demi lapis seperti robekan perineum tingkat II.

Persiapan dan langkah melakukan penjahitan

Atur posisi ibu secara *lithotomi*, kemudian arahkan lampu. Bersihkan daerah vulva dan perineum, petugas mencuci tangan dan mengenakan sarung tangan sendiri, lau pasang duk steril di bawah bokong pasien.

Rabalah seluruh daerah luka dengan ujung jari, lihat dan perhatikan letak ujung luka, pasang vagina tampon bila perlu, jepit jarum jahit dengan *naldvoerder*, pasang benang jahit pada jarum, pegang pincet anatomis dengan tangan kiri, *naldvoerder* dengan tangan kanan, pastikan obat anastesi telah bereaksi dengan bantuan pinset, tempatkan jahit pertama 1 cm di atas ujung luka, tarik jarum dengan bantuan pinset, ikat ujung jahitan dengan simpul mati 2 x dan potong sisa benang kira-kira 1 cm di atas simpul.

Jahitlah mukosa vagina dengan teknik jelujur hingga mencapai lingkaran hymen, tusukkan jarum menembus mukosa vagina di belakang hymen hingga ujung jarum mencapai luka pada

daerah perineum, lalu periksa tepi luka, lanjutkan melakukan penjahitan hingga ujung kaudal luka, pastikan bahwa setiap jahitan pada tiap sisi memiliki ukuran yang sama dan otot yang berada di bagian dalam sudah tertutup.

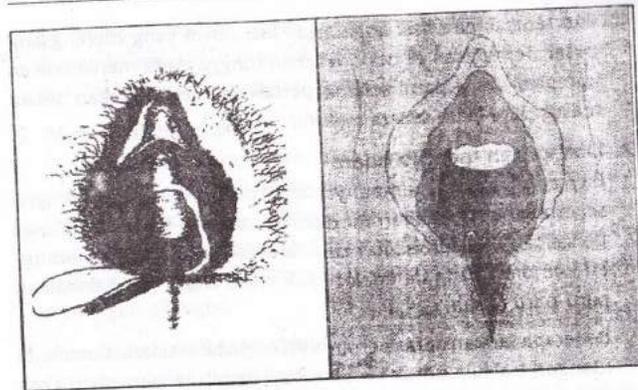
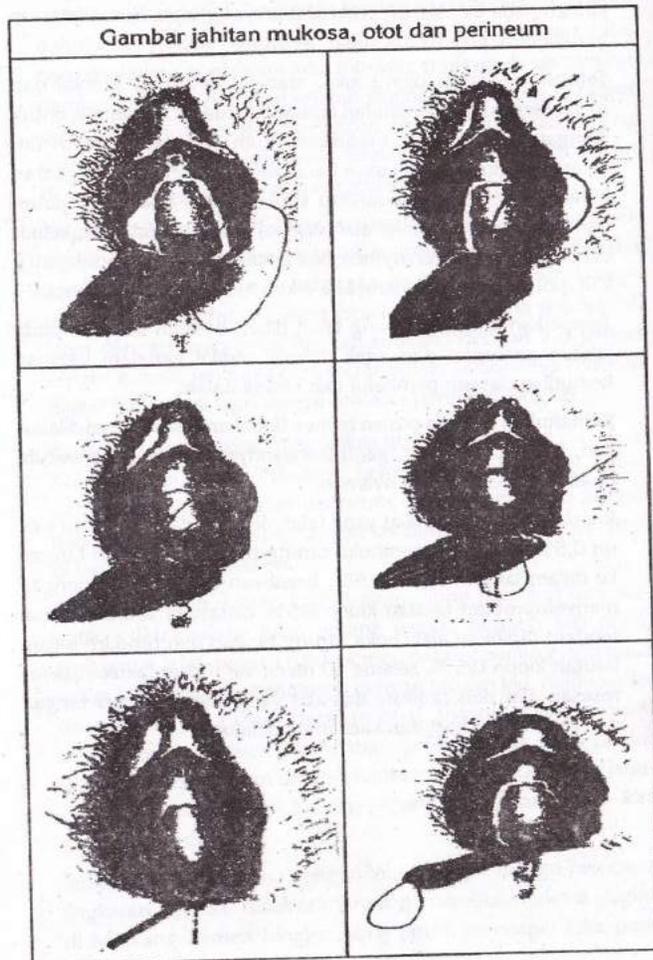
Setelah mencapai ujung luka, arahkan jarum ke kranial dan mulai melakukan penjahitan lapisan ke dua secara jelujur untuk jaringan subkutikular, masukkan jarum dari daerah perineum ke arah vagina, ujung jarum harus keluar di belakang lingkaran hymen, setelah selesai jahitan subkutikular, masukkan jarum dari daerah perineum ke arah vagina, ujung jarum harus keluar di belakang lingkaran hymen, ikat benang dengan simpul mati 3 kali, potong ujung benang kira-kira 1,5 cm dari atas simpul.

Tempelkan kasa steril yang telah diberi betadin solution pada jahitan perineum dan agak dorong sedikit kedalam vaginam kemudian pasang pembalut dan celana dalam.

Beritahukan kepada pasien bahwa tindakan telah selesai dilakukan, bersihkan pasien, ganti pakaiannya dengan yang bersih, buatlah pasien merasa nyaman.

Rendam semua alat-alat yang telah dipakai dalam larutan klorin 0,5%, sebelum membuka sarung tangan, celupkan tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, bersihkan tempat tidur dengan menyemprotkan larutan klorin 0,5% di atasnya setelah selesai rendam rapihkan alat, buka sarung tangan dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit kemudian lakukan pemrosesan alat dan rapikan alat-alat yang lain, mencuci tangan dan membuka skort dan kaca mata pelindung.

Gambar 8.1. Menjahit luka perineum



Sumber: Depkes RI 2007

MEMBERIKAN ASUHAN PADA BAYI SEGERA PADA MASA SETELAH LAHIR

Adaptasi fisiologis BBL terhadap kehidupan di luar uterus

Bayi baru lahir harus beradaptasi dari yang bergantung terhadap ibunya kemudian menyesuaikan dengan dunia luar, bayi harus mendapatkan oksigen dari bernafas sendiri, mendapatkan nutrisi peroral untuk mempertahankan kadar gula, mengatur suhu tubuh, melawan setiap penyakit atau infeksi, dimana fungsi ini sebelumnya dilakukan oleh plasenta.

1. Perubahan sistem pernafasan

Perkembangan paru-paru : paru-paru berasal dari titik yang muncul dari pharynx kemudian bentuk bronkus sampai umur 8 tahun, sampai jumlah bronchiolus untuk alveolus berkembang; Awal adanya nafas karena terjadi hypoksia pada akhir persalinan

dan rangsangan fisik lingkungan luar rahim yang merangsang pusat pernafasan di otak, tekanan rongga dada menimbulkan kompresi paru-paru selama persalinan menyebabkan udara masuk paru-paru secara mekanis

2. Dari cairan menuju udara

Bayi cukup bulan, mempunyai cairan didalam paru-paru dimana selama lahir 1/3 cairan ini diperas dari paru-paru, jika proses persalinan melalui *section cesaria* maka kehilangan keuntungan kompresi dada ini tidak terjadi maka dapat mengakibatkan paru-paru basah.

Beberapa tarikan nafas pertama menyebabkan udara memenuhi ruangan trakhea untuk bronkus bayi baru lahir, paru-paru akan berkembang terisi udara sesuai dengan perjalanan waktu.

3. Perubahan sistem peredaran darah

Setelah bayi lahir, darah bayi baru lahir harus melewati paru-paru untuk mengambil oksigen dan mengadakan sirkulasi tubuh guna menghantar oksigen ke jaringan sehingga harus terjadi dua hal : Penutupan foramen ovale dan penutupan ductus arteriosus antara arteri paru-paru serta aorta.

4. Dua peristiwa yang mengubah tekanan dalam sistem pembuluh darah

Pada saat tali pusat dipotong, registrasi pembuluh sistemik meningkat dan tekanan rahim menurun, tekanan atrium kanan menurun karena berkurangnya aliran darah ke atrium kanan menyebabkan penurunan volume dan tekanan atrium kanan itu sendiri akan membantu darah dengan kandungan oksigen sedikit mengalir ke paru-paru untuk proses oksigenisasi ulang

Pernafasan pertama menurunkan resistensi pembuluh darah paru-paru dan meningkatkan tekanan atrium kanan, oksigen pada pernafasan pertama ini menimbulkan relaksasi dan terbukanya sistem pembuluh darah dan paru-paru akan menurunkan resistensi pembuluh darah paru-paru sehingga terjadi

peningkatan volume darah dan tekanan pada atrium kanan menimbulkan penurunan tekanan pada atrium kiri menyebabkan foramen ovale menutup.

5. Metabolisme glukosa

Untuk memfungsikan otak, dengan tindakan penjepitan tali pusat sehingga bayi harus mempertahankan kadar glukosa darahnya sendiri pada saat bayi lahir, glukosa darah akan menurun dalam waktu cepat (1-2 jam) koreksi penurunan glukosa dilakukan dengan tiga cara : penggunaan ASI, penggunaan cadangan glikogen.

6. Perubahan sistem gastrointestinal

Sebelum janin cukup bulan akan menghisap dan menelan. Repleks gumoh dan replek batuk yang matang sudah terbentuk dengan baik pada saat lahir, kemampuan ini masih cukup selain mencerna ASI, hubungan antara Eosophagus bawah dan lambung masih belum sempurna maka akan menyebabkan gumoh pada bayi baru lahir, kapasitas lambung sangat terbatas kurang dari 30 cc, dan akan bertambah lambat sesuai pertumbuhannya.

7. Perubahan sistem kekebalan tubuhnya

Sistem Immun bayi masih belum matang sehingga rentan terhadap berbagai infeksi dan alergip jika sistem Immun matang akan memberikan kekebalan alami atau didapat, berikut contoh kekebalan alami : Perlindungan oleh kulit membran mukosa, fungsi saringan-saringan saluran nafas, pembentukan koloni mikroba oleh kulit halus dan usus, perlindungan kimia oleh lingkungan asam lambung.

8. Mekanisme kehilangan panas tubuh

Tubuh bayi baru lahir belum mampu untuk melakukan regulasi temperatur tubuh sehingga apabila penanganan pencegahan kehilangan panas tubuh dan lingkungan sekitar tidak disiapkan dengan baik, bayi tersebut dapat mengalami hipotermia yang



dapat mengakibatkan bayi menjadi sakit atau mengalami gangguan fatal.

9. Mekanisme kehilangan panas tubuh

Evaporasi (penguapan cairan pada permukaan tubuh bayi), Konduksi (tubuh bayi bersentuhan dengan permukaan yang temperaturnya lebih rendah), Konveksi (tubuh bayi terpapar udara atau lingkungan bertemperatur dingin), radiasi (pelepasan panas akibat adanya benda yang lebih dingin di dekat tubuh bayi).

10. Sistem pengaturan suhu, metabolisme glukosa gastro intestinal tubuh

Pengaturan suhu : bayi baru lahir belum bisa mengatur suhu sendiri sehingga menimbulkan stress dengan adanya perubahan-perubahan lingkungan, pada saat bayi meninggalkan ruangan rahim ibu yang hangat menuju lingkungan luar rahim yang jauh lebih dingin ditambah air ketuban menguap lewat kulit mengakibatkan mendinginkan darah bayi.

Pada lingkungan yang dingin, pembentukan suhu tanpa mekanisme menggigil merupakan usaha utama seorang bayi kedinginan untuk mendapatkan kembali panas tubuhnya, hasil penggunaan lemak coklat untuk produksi panas, timbunan lemak coklat akan meningkatkan panas sampai 100%, untuk mendapatkan lemak coklat bayi harus menggunakan glukosa untuk mendapatkan energi yang akan merubah lemak menjadi panas, jika bayi kedinginan dia akan mengalami hypoglikemia, hipoksi dan asidosis sehingga upaya pencegahan kehilangan panas merupakan prioritas utama bidan untuk meminimalkan kehilangan panas tubuh bayi.

Perlindungan termal (Termoregulasi)

1. Mencegah kehilangan panas tubuh

Keringkan tubuh bayi dengan handuk bersih, kering dan hangat, selimuti, tutup bagian kepala bayi, minta ibu untuk mendekap tubuh bayi dan segera menyusukan bayinya, tempatkan bayi di lingkungan yang hangat, jangan segera menimbang (tanpa penutup tubuh) dan memandikan bayi.

2. Rekomendasi untuk memandikan bayi

Tunggu (minimal) 6 jam sebelum memandikan bayi (tunggu lebih lama untuk bayi asfiksia atau hipotermia); lakukan setelah stabilnya temperatur tubuh bayi (36,5-37,5°C); mandikan dalam ruangan yang hangat dan tidak banyak hembusan angin; mandikan secara cepat dengan menggunakan air hangat; segera keringkan tubuhnya (dengan handuk bersih, kering, dan hangat) dan segera kenakan pakaiannya; tempatkan di dekat ibunya dan beri ASI sedini mungkin.

Pemeliharaan pernafasan

1. Menjaga suhu tubuh

Bayi diletakkan di atas radiant warmer dan secepat mungkin dikeringkan. Lepaskan dengan cepat kain yang basah dan bungkus bayi dalam selimut yang hangat untuk mengurangi kehilangan panas. Atau dengan cara meletakkan bayi yang kering di kulit dada atau perut ibu yang menggunakan suhu panas dari tubuh ibu.

2. Pembebasan jalan nafas

Posisi bayi lahir adalah terlentang atau miring pada satu sisi dan kepala pada posisi netral. Kemudian lendir dibersihkan dengan mengusap mulut dan hidung dengan menggunakan kasa atau kain. Bila lendir banyak kepala bayi dimiringkan ke samping dan lendir dihisap dari jalan nafas.

3. Rangsangan Taktil

Apabila tidak terjadi pernafasan spontan, dilakukan pengusapan punggung, jentikan pada telapak kaki mungkin bisa merangsang pernafasan spontan.

4. Pemberian Oksigen

Pemberian oksigen 100 % diberikan pada keadaan seperti sianosis, bradikardi, dan tanda distress pernafasan yang lain pada bayi yang bernafas selama stabilisasi.

Pemotongan dan perawatan tali pusat

1. Pemotongan tali pusat

Setelah seluruh badan bayi lahir pegang bayi bertumpu pada lengan kanan sedemikian rupa hingga bayi menghadap ke arah penolong; Nilai bayi dengan cepat, kemudian letakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala lebih rendah dari badan. (Bila tali pusat terlalu pendek, letakkan bayi di tempat yang memungkinkan); Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian tali pusat; Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari umbilicus bayi; Melakukan urutan pada tali pusat ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama Memegang tali pusat di antara 2 klem menggunakan tangan kiri, dengan perlindungan jari-jari tangan kiri, memotong tali pusat di antara kedua klem

2. Mengikat tali pusat

Mengikat tali pusat \pm 1 cm dari umbilikus dengan simpul mati; Mengikat balik tali pusat dengan simpul mati untuk kedua kalinya, melepaskan klem pada tali pusat dan memasukkannya dalam wadah berisi larutan klorin 0,5 %, membungkus kembali bayi.

3. Merawat tali pusat

Sementara menggunakan sarung tangan, bersihkan cecair atau darah dalam larutan klorin 0,5%; bilas dengan air matang

atau DTT kemudian keringkan dengan handuk; ikat (dengan simpul kunci) tali pusat pada 1 cm dari pusat bayi (dengan tali atau penjepit); lepaskan klem penjepit tali pusat dan masukkan dalam klorin 0,5%; jangan kompres atau membungkus tali pusat (pengolesan alkohol atau povidone iodine pada puntung tali pusat masih dibolehkan selama tidak menyebabkan tali pusat basah/lembab).

4. Nasehat bagi ibu atau keluarganya untuk merawat tali pusat

Lipat popok dibawah puntung tali pusat; jika puntungnya kotor, bersihkan dengan air matang/DTT kemudian keringkan kembali secara seksama; warna kemerahan atau timbulnya nanah pada pusar atau puntung tali pusat adalah tanda abnormal (bayi tersebut harus dirujuk untuk penanganan lebih lanjut).

5. Kewaspadaan pencegahan infeksi

Anggaplah setiap orang berpotensi menularkan infeksi, cuci tangan/gunakan cairan dengan basis alkohol, gunakan sarung tangan, pakai baju pelindung, bersihkan bila perlu lakukan DTT peralatan, bersihkan ruang perawatan secara rutin, letakkan bayi yang mungkin mengkontaminasi lingkungan.

6. Pencegahan infeksi

Cuci tangan sebelum dan setelah kontak dengan bayi, gunakan sarung tangan bersih saat menangani bayi yang belum dimandikan, semua peralatan sudah di DTT dan jangan menggunakan alat dari bayi yang satu dengan lainnya sebelum di proses dengan benar, pastikan handuk, pakaian, selimut, kain dan sebagainya dalam keadaan bersih sebelum dipakaikan pada bayi, termasuk penggunaan timbangan, pita pengukur, stetoskop dan peralatan lainnya.

7. Tetes mata profilaksis

Gunakan tetes mata perak nitrat 1%, salep tetrasiklin 1% atau salep eritromisin 0,5%, berikan dalam 1 jam pertama kelahiran,

Setelah pemberian tetes mata profilaksis, kembalikan bayi pada ibunya untuk disusukan dan bergabung kembali

Evaluasi nilai APGAR

Tabel 2.4 Nilai Apgar Score

No	Nilai Apgar	0	1	2
1	Appearance	Seluruh tubuh biru atau putih	Badan merah ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
2	Pulse (nadi)	Tidak ada	< 100 / menit	> 100/ menit
3	Greenace	Tidak ada	Perubahan mimik (menyeringai)	Bersin/ menangis
4	Activity (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif/ ekstremitas fleksi
5	Respiratory (pernapasan)	Tidak ada	Lemah / tidak teratur	Menangis kuat / keras

(Prawiroharjo, 2005:249)

Penilaian ini dilakukan pada saat bayi lahir (menit ke 1 dan 5 sehingga dapat mengidentifikasi bayi baru lahir yang memerlukan pertolongan lebih cepat.

1. Penilaian awal

Menangis kuat atau bernafas tanpa kesulitan, warna kulit bayi (merah muda, pucat, atau kebiruan), gerakan, posisi ekstremitas atau tonus otot bayi.

2. Penatalaksanaan awal BBL

Penilaian awal, mencegah kehilangan panas tubuh, rangsangan taktil, merawat tali pusat, memulai pemberian asi, pencegahan infeksi, termasuk profilaksis gangguan pada mata.

3. Mekonium pada cairan ketuban

Berkaitan dengan adanya gangguan intrauterin kesejahteraan bayi terutama bila konsistensinya kental atau jumlahnya berlebihan; Menimbulkan masalah apabila terjadi aspirasi ke dalam saluran nafas bayi baru lahir; Walaupun bayi tampak bugar, tetap lakukan pemantauan terhadap kemungkinan terjadinya penyulit.

4. Kondisi yang memerlukan rujukan

Bayi dengan kelainan bawaan (hidrosefalus, mikrosefalus, megakolon, langit-langit terbelah, bibir sumbing); Bayi dengan gejala dan tanda infeksi, tidak dapat menyusui atau keadaan umumnya jelek; Asfiksia dan tidak memberi respons yang baik terhadap tindakan resusitasi.

Asfiksia dan Resusitasi Pada Bayi Baru Lahir

1. Asfiksia

Asfiksia merupakan penyebab utama lahir mati dan kematian neonatus. Selain itu asfiksia menyebabkan mortalitas yang tinggi dan sering menimbulkan gejala sisa berupa kelainan neurology. Insidensi asfiksia perinatal di negara maju berkisar antara 1,0 – 1,5 % tergantung dari masa gestasi dan berat lahir. Insidensi asfiksia pada bayi matur berkisar 0,5 %, sedangkan bayi prematur adalah 0,6 %. Di Indonesia, prevalensi asfiksia sekitar 3 % kelahiran (1998) atau setiap tahunnya sekitar 144/ 900 bayi dilahirkan dengan keadaan asfiksia sedang dan berat.

Batasan Asfiksia adalah suatu keadaan hipoksia yang progresif, akumulasi CO₂ dan asidosis.

Klasifikasi: Tanpa asfiksia (nilai APGAR 8 – 10); Asfiksia ringan-sedang (nilai APGAR 4 - 7); Asfiksia berat (nilai APGAR 0 - 3)

Tujuan mengenali dan mengatasi penyebab utama kematian pada bayi baru lahir.

Asfiksia adalah kesulitan atau kegagalan untuk memulai dan melanjutkan pernafasan pada bayi baru lahir, disebut sebagai asfiksia primer bila bayi tidak bernafas sejak dilahirkan, disebut sebagai asfiksia sekunder bila terjadi kesulitan bernafas setelah sebelumnya dapat bernafas pada saat dilahirkan.

Gejala dan tanda : Tidak bernafas atau sulit bernafas (kurang dari 30 x per menit), Pernafasan tidak teratur, terdapat dengkur atau retraksi dinding dada, tangisan lemah atau merintih, warna kulit pucat atau biru, tonus otot lemas atau ekstremitas terkulai, tidak ada denyut jantung atau perlahan (kurang dari 100 x per menit).

2. Resusitasi

Ventilasi

Indikasi pemberian ventilasi tekanan positif antara lain apnea atau gasping, denyut jantung kurang dari 1000 x / menit. Pemberian ventilasi berkisar 40 – 60 x pernafasan per menit (30 kali pernafasan bila disertai dengan pemijatan dada).

Pemijatan dada

Pemijatan dada diberikan pada daerah 1/3 di bawah sternum. Teknik yang digunakan adalah dengan :

- Dua ibu jari pada sternum saling bertumpu atau berdampingan tergantung besar bayi dan jari lain melingkar dada dan menahan punggung.
- Dua jari diletakkan disternum pada sudut kanan dada dan tangan yang lain menahan punggung.

Medikasi

Obat-obatan yang diberikan pada resusitasi bayi baru lahir :

- Epineprim
Dosis yang direkomendasikan 0,1 – 0,3 ml / kg. BB dalam larutan 1 : 10.000 (0,01 mg – 0,03 mg / kg.BB) melalui i.v atau endotrakeal diulang setiap 3 – 5 menit bila perlu.

b. Bikarbonat;

Dosis yang digunakan 1- 2 meq / kg.BB (0,5 meq / ml larutan). Diberikan secara lambat i.v minimal lebih dari 2 menit bila ventilasi dan perfusi baik.

Penatalaksanaan langkah awal resusitasi:

Cegah kehilangan panas (keringkan dan selimuti tubuh bayi), Posisikan dengan benar dan bersihkan jalan nafas, kemudian lakukan upaya inisiasi atau perbaikan pernafasan, lakukan rangsangan taktil.

Bentuk rangsangan taktil yang tidak dianjurkan, bentuk rangsangan seperti: menepuk bokong, meremas atau memompa rongga dada, menekan kedua paha ke perut bayi, mendilatasi sfinkter ani, kompres atau merendam di air panas dan dingin, menguncang-nguncang tubuh bayi, meniupkan oksigen atau udara dingin ke tubuh bayi.

Risiko: Trauma, fraktur, pneumotoraks, gawat nafas, kematian, ruptura hati atau limpa, perdarahan dalam, sfinkter ani robek, hipotermia, hipertermia, luka bakar, kerusakan otak, Hipotermia.

Pembersihan jalan nafas : Bila air ketuban jernih, hisap lendir di mulut, kemudian lendir di hidung; Bila ada pewarnaan mekonium, lakukan pengisapan lendir dari mulut dan hidung saat kepala lahir dan bila setelah lahir bayi menangis dengan kuat, lakukan asuhan BBL seperti biasa. Bila tidak, lakukan pembersihan jalan nafas ulangan.

Penilaian segera: Usaha bernafas atau menangis, Warna kulit BBL, denyut jantung bayi, temuan dan tindakan: Bila bayi menangis, bernafas teratur dan kulit kemerahan maka lakukan asuhan BBL normal; Bila tidak menangis, kulit pucat atau kebiruan dan denyut jantung kurang dari 100 x per menit, lakukan tindakan resusitasi.

Memposisikan bayi: Baringkan telentang atau sedikit miring dengan posisi kepala sedikit ekstensi; Pastikan tali pusat telah dipotong agar pengaturan posisi menjadi leluasa; Hisap lendir di mulut dan hidung yang mungkin dapat menyumbat jalan nafas; Jangan menghisap terlalu dalam karena dapat terjadi reaksi vaso-vagal.

Rangsangan taktil dan upaya bernafas: Gosok dengan lembut punggung, tubuh, kaki atau tangan bayi atau tepuk/sentil telapak kaki bayi; Pengeringan tubuh, mengisap lendir dan rangsangan taktil sebaiknya tidak melebihi dari 30-60 detik; Jika setelah waktu tersebut bayi masih sulit bernafas, lakukan bantuan pernafasan dengan ventilasi positif.

Langkah resusitasi

Pastikan balon dan sungkup berfungsi baik; Telah mencuci tangan dan memakai sarung tangan; Selimuti bayi dengan kain kering dan hangat (kecuali muka dan dada) letakkan di lingkungan yang hangat; Posisikan tubuh dan kepala bayi dengan benar; Pasang sungkup melingkupi dagu, mulut dan hidung; Tekan balon dengan dua jari atau seluruh jari (tergantung ukuran yang tersedia); Periksa pertautan sungkup dengan bayi dan gerakan dada dengan 2 kali ventilasi; Bila semuanya baik, lakukan ventilasi dengan oksigen atau udara ruangan; Kecepatan ventilasi sekitar 40 kali per 30 detik dan perhatikan gerakan dinding dada; Bila dada tidak bergerak naik-turun, periksa kembali pertautan sungkup-bayi atau fungsi balon.

Setelah ventilasi 30 detik, lakukan penilaian pernafasan, warna kulit dan denyut jantung; Bila bayi bernafas normal, lakukan asuhan BBL seperti biasa; Bila belum normal, ulangi ventilasi positif selama 30 detik kedua dan nilai kembali; Bila masih megap-megap dan terdapat retraksi dinding dada, ulangi kembali ventilasi positif dengan oksigen murni; Bila setelah 20 menit bayi masih kesulitan bernafas, pasang pipa nasogastrik untuk mengurangi atau mengosongkan udara dalam lambung,

kemudian rujuk ke fasilitas rujukan; Bila setelah 20 menit ventilasi positif ternyata bayi tetap tidak bernafas maka resusitasi dihentikan. Bayi dinyatakan meninggal dan beritahukan pada keluarga bahwa upaya penyelamatan gagal dan beri dukungan emosional kepada mereka.

Pemasangan pipa lambung: Untuk mengeluarkan udara yang masuk ke dalam lambung saat dilakukan bantuan pernafasan dengan ventilasi positif; Timbunan udara di lambung dapat menekan diafragma dan menghalangi upaya bernafas atau pengembangan paru; Dapat menyebabkan muntah dan terjadi aspirasi isi lambung ke dalam paru-paru.

Asuhan pascaresusitasi: Jaga temperatur tubuh bayi, baik dengan selimut ataupun didekap oleh ibunya; Minta ibu untuk segera menyusukan bayinya; Cegah infeksi ikutan atau paparan bahan tidak sehat; Pantau kondisi kesehatan bayi secara berkala, termasuk kemampuan menghisap ASI; Rujuk bila terdapat tanda-tanda gawatdarurat (demam tinggi, ikterus, lemah, tidak dapat menghisap asi, kejang-kejang).

Bonding Attachment Pemberian Asi Awal

1. Bonding attachment

Sejak awal konsepsi, proses ikatan (*attachment*) antara bayi dan orang tuanya dilanjutkan hubungan kasih sayang (*bonding relationship*) antara ibu dan bayi segera setelah lahir.

Menurut Nerson dan May (1986), Bonding adalah dimulainya interaksi emosi, fisik dan personal antara orang tua dan bayi setelah lahir.

Menurut Sherwan mendefinisikan **Bonding** adalah : hubungan yang unik antara dua orang yang khusus dan berlanjut sepanjang waktu

Sedangkan **Attachment** menurut Nerson dan May adalah ikatan perasaan yang terjadi antara ibu dan bayi meliputi

curahan perhatian serta adanya hubungan emosi dan fisik yang sangat akrab, ikatan ini dimulai sejak kehamilan ibu 20 minggu (biasanya terjadi pada pertengahan trimester).

Bonding attachment merupakan peningkatan tali kasih dan keterikatan ikatan batin antara orang tua dan bayi.

Tujuan bonding attachment adalah untuk membantu tumbuh kembang fisik, emosi dan intelektual seorang anak dari awal kehidupan hingga dewasa.

Manfaatnya dilakukannya *Bonding attachment* adalah bayi merasa dicintai dan diperhatikan, bayi merasa aman karena mendapat dekapan dari ibunya, merupakan awal dalam menciptakan dasar – dasar kepribadian yang positif, contoh : perasaan besar hati dan sikap positif terhadap orang lain.

Faktor-faktor penghambat dilakukannya *Bonding attachment*: Kurang support dari keluarga, orang tua, dan tenaga kesehatan, proses persalinan dengan tindakan/operatif/ SC, bayi dan ibu dengan resiko (tidak rawat gabung), kehadiran bayi yang tidak diharapkan (*unwaried child*).

Upaya untuk meningkatkan *bonding attachment*, membantu orang tua/ keluarga beradaptasi untuk Ibu dengan memberikan perawatan dasar, mendiskusikan pengalaman persalinannya, ijinakan ibu memeriksa bayinya, ajak ibu berkomunikasi dengan bayinya; Ayah: ijinakan ayah kontak sedini mungkin dengan bayi, ijinakan ayah mengekspresikan perasaannya, ijinakan ayah memeriksa bayinya .

2. Rawat Gabung

Definisi

Rawat gabung (*rooming in*) adalah penempatan buaian bayi baru lahir dalam satu kamar dengan ibunya, biasanya disamping tempat tidur ibunya hal ini lanjut dari early ambulation dimaksudkan untuk memungkinkan ibu memelihara anaknya dan menguntukan karena kasih sayang ibu dan anak akan

terjalin membuat ibu lebih pandai memelihara anaknya jika sudah keluar dari tempat bersalin, cara perawatan dimana ibu dan bayi yang baru dilahirkan tidak dipisahkan, melainkan ditempatkan dalam sebuah ruangan/kamar atau tempat bersama-sama selama 24 jam penuh dalam sehariannya.

Tujuan

1. Agar ibu dapat menyusui bayinya sedini mungkin, kapan saja, dimana saja ia membutuhkan.
2. Agar ibu dapat melihat dan memahami cara perawatan bayi secara benar yang dilakukan oleh petugas.
3. Agar ibu mempunyai pengalaman dalam merawat bayinya sendiri selagi ibu masih di rumah sakit.
4. Dapat melibatkan suami secara aktif untuk membantu ibu dalam menyusui bayinya secara baik dan benar.
5. Ibu dapat kehangatan emosional/ batin karena selalu kontak dengan bayinya:

Sasaran dan syarat rooming in

Lahir spontan baik presentasi kepala maupun bokong; Bila lahir dengan tindakan, maka rawat gabung dilakukan setelah bayi cukup sehat, refleks mengisap baik, tidak ada tanda-tanda infeksi; Bayi lahir *Sectio Cesaria* dengan pembiusan umum, rawat gabung dilakukan setelah ibu sadar dan bayi tidak mengantuk, misal 4 – 6 jam setelah operasi; Bayi tidak asfiksia setelah lima menit pertama ($A/S \geq 7$); Umur kehamilan ≥ 37 mg; Berat badan lahir lahir ≥ 2500 gram.; Tidak terdapat tanda-tanda infeksi intrapartum, Bayi dan ibu sehat.

Rawat gabung tidak diperbolehkan pada: Bayi sangat prematur, Berat badan lahir kurang dari 2000 gram, bayi sepsis, gangguan nafas, cacat bawaan, ibu dengan infeksi berat.



Manfaat rawat gabung

- a. Aspek fisik: Mengurangi kemungkinan infeksi silang dari pasien lain atau petugas, dengan menyusui dini kolostrum dapat memberikan kekebalan, ibu setiap saat dapat melihat bayinya maka dapat dengan mudah mengetahui perubahan-perubahan yang terjadi pada bayinya
- b. Aspek fisiologis: Bayi akan dapat ASI lebih sering sehingga bayi akan lebih banyak mendapatkan nutrisi secara fisiologis, seringnya bayi menetek maka akan timbul refleks oksitosin/*let down refleks* yang lebih baik hal ini akan membantu proses fisiologis involusi rahim dan membantu memeras/memancarkan ASI keluar serta refleks prolaktin memacu proses produksi ASI, Dengan menyusui teratur merupakan alat Kontrasepsi alamiah.
- c. Aspek Psikologis: Terjalin proses lekat (*early infant mother bonding*) akibat sentuhan badaniah antara ibu dan bayinya, *Refleks let-down* bersifat psikosomatis, dan bayi akan mendapatkan rasa aman dan terlindung merupakan dasar bagi terbentuknya rasa percaya pada diri anak.
- d. Aspek Edukatif: Ibu mempunyai pendidikan dan pengalaman yang berguna sehingga mampu menyusui serta merawat bayinya.
- e. Aspek Ekonomi: Adanya penghematan anggaran pengeluaran untuk pembelian susu formula, botol susu, dot, serta peralatan lainnya; Beban perawat menjadi lebih efisien waktu, lama perawatan ibu menjadi lebih pendek, involusi rahim lebih cepat.
- f. Aspek medis: Menurunkan terjadinya infeksi nosokomial, menurunkan angka mortalitas dan morbiditas.



Faktor-faktor yang mempengaruhi

- a. Peranan Sosial Budaya: Kemajuan teknologi, perk industri, urbanisasi dan pengaruh kebudayaan barat sehingga menimbulkan pergeseran sosial budaya masyarakat.
- b. Faktor Ekonomi, ekonomi tinggi menyebabkan mudah membeli susu formula.
- c. Peranan Tatalaksana Rumah sakit atau Rumah Bersalin: Bayi dipuaskan beberapa hari, memberikan makanan pre-laktal sehingga bayi malas menyusui, Ibu dan bayi dirawat terpisah.
- d. Rumah Sakit atau Rumah Bersalin yang memberikan susu formula.
- e. Faktor dalam diri ibu sendiri: Keadaan gizi ibu, pengalaman/sikap ibu terhadap penyusuan, keadaan emosi ibu, keadaan payudara ibu.

Peran masyarakat dan pemerintah

- a. Impres no 14 1975 Menteri Ekonomi dan Kesejahteraan Rakyat selaku koordinator pelaksana menetapkan bahwa salah satu program perbaikan gizi yakni peningkatan penggunaan ASI.
- b. Permenkes 240/1985 melarang para produsen susu buatan/formula mencantumkan kalimat susu formula sama dengan ASI, atau lebih baik dari ASI.
- c. Permenkes 76/1975 untuk mencantumkan label tidak cocok untuk bayi pada susu kental manis.
- d. Pencanangan peningkatan penggunaan ASI oleh Bapak Presiden secara nasional pada hari ibu ke 62 (Desember 1990).
- e. Melarang promosi susu buatan/formula sebagai pengganti ASI.
- f. Mengajukan menyusui secara eksklusif.



- g. Melaksanakan rawat gabung di rumah sakit bersalin.
- h. Upaya penerapan 10 langkah untuk keberhasilan menyusui bayi di semua Rumah Sakit, Rumah Sakit Bersalin, Rumah Bersalin, dan Puskesmas.

Memulai pemberian asi

Pastikan pemberian ASI dimulai dalam 1 jam setelah bayi lahir, lakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD), anjurkan ibu memeluk dan menyusukan bayinya setelah tali pusat dipotong, lanjutkan pemberian ASI setelah plasenta lahir dan tindakan lain yang diperlukan, telah selesai dilaksanakan, minta anggota keluarganya membantu ibu menyusukan bayinya.

Pedoman umum menyusui: Mulai dalam 1 jam setelah bayi lahir, jangan berikan makanan atau minuman lain selain ASI, pastikan ASI diberikan hingga 6 bulan pertama kehidupan bayi, berikan asi setiap saat (siang dan malam) bila bayi membutuhkannya, pemberian ASI secara dini, merangsang produksi ASI, memperkuat refleks isap bayi, promosi keterikatan ibu-bayi, memberi kekebalan pasif melalui kolostrum, merangsang kontraksi uterus (untuk involusi).

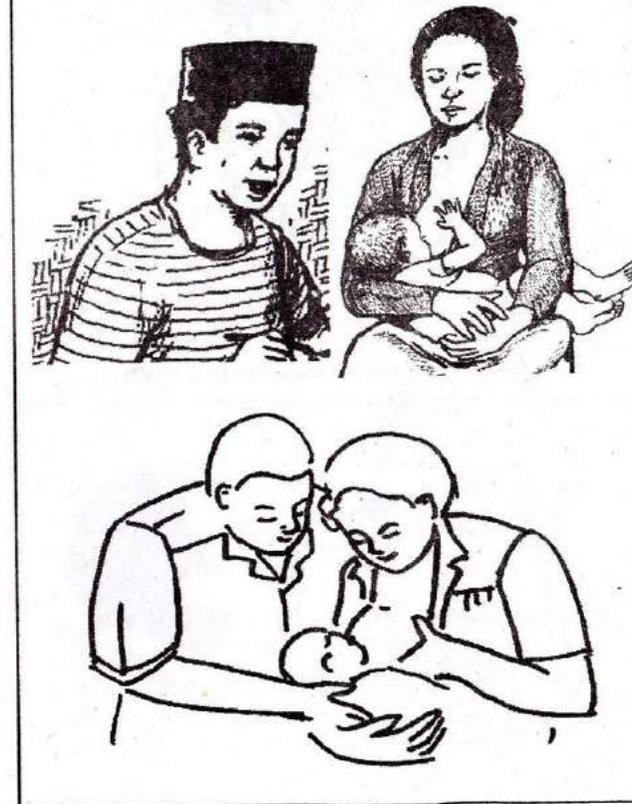
Cara menyusui, Peluk tubuh bayi dan hadapkan mukanya ke payudara ibu sehingga hidungnya berada di depan puting susu, Dekatkan mulut bayi ke payudara bila tampak tanda-tanda siap menyusui, Cara menempelkan mulut pada payudara: sentuhkan dagu bayi pada payudara, tempelkan mulutnya (yang terbuka lebar) pada puting susu sehingga melingkupi semua areola mama (bibir bawahnya melingkupi puting susu).

Perhatikan gerakan menghisap dan jaga agar hidung bayi tidak tertutup oleh payudara

Perawatan payudara : Pastikan puting susu dan areola mammae selalu dalam keadaan bersih, Gunakan kain bersih untuk menyeka puting susu dan gunakan sedikit ASI sebagai pelembab, Lecet dan retak bukan alasan untuk menghentikan pemberian ASI, ajarkan

cara menyusukan yang benar untuk menghindarkan lecet/retak dan kurangnya asupan untuk bayi, Ajarkan cara untuk mengenali dan mencari pertolongan bila terjadi bendungan ASI atau mastitis.

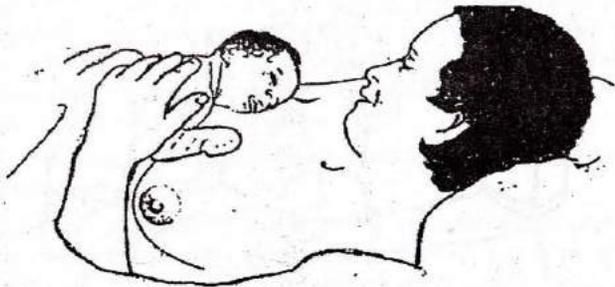
Gambar 8.2 : Dukungan suami selama ibu menyusui



Gambar 8.3 : Cara menyusui yang benar



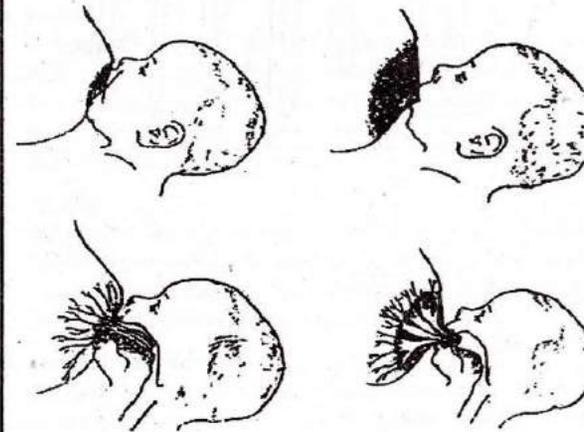
Gambar 8.4 : Inisiasi Menyusu Dini (IMD)



Gambar 8.5 : Gambar rawat gabung



Gambar 8.6 : Kiri: perlekatan yang benar pada waktu menyusui
Kanan: salah, hanya puting yang masuk mulut



Gambar 8.7 : Petugas kesehatan yang member dukungan pada ibu saat menyusui



Unit Belajar 9

PENDOKUMENTASIAN HASIL ASUHAN

PENDOKUMENTASIAN HASIL ASUHAN

1. Definisi

Catatan tentang terinteraksi antara pasien, keluarga pasien dan tim kesehatan yang mencatat tentang hasil pemeriksaan prosedur, pengobatan pada pasien dan pendidikan kesehatan pada pasien, respon pasien kepada semua kegiatan yang dilakukan (nursing Documentation, 1994).

2. Tujuan

Tujuan dari pendokumentasian asuhan kebidanan adalah untuk kepentingan hukum apabila terdapat gugatan di suatu saat nanti dari klien dan juga untuk memudahkan kita untuk memberikan asuhan selanjutnya kepada klien.

3. Langkah-langkah

Metode pendokumentasian yang dilakukan dalam asuhan kebidanan adalah SOAP, yang merupakan salah satu pendokumentasian yang ada.

SOAP merupakan singkatan dari:

- S = *Subjektif*, yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa.
- O = *Objektif*, yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, lab, dan tes diagnosis lain yang dirumuskan dalam data fokus yang mendukung assesment.
- A = *Assesment*, yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi atau masalah potensial.
- P = *Planing*, yaitu menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assesment.

Kala I

Subjektif, Ibu mengatakan mules-mules sering dan teratur, pengeluaran pervaginam berupa lendir darah, usia kehamilan dengan cukup bulan atau sebaiknya tidak cukup bulan, haid terakhir, waktu buang air kecil, waktu buang air besar, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, riwayat penyakit dan riwayat yang diderita keluarga.

Objektif, Keadaan umum, kesadaran, tanda vital, pemeriksaan kebidanan dengan Leopold, palpasi, tinggi fundus uteri, punggung janin, presentasi, penurunan, kontraksi, denyut jantung janin, pergerakan, pemeriksaan dalam : keadaan dinding vagina, portio, pembukaan serviks, posisi portio, konsistensi, ketuban negatif atau positif, penurunan bagian terendah, pemeriksaan laboratorium, Hb, urine, protein reduksi.

Assesment, Ibu G1P0A0 hamil aterm, premature, postmature, partus kala 1 fase aktif atau laten.

Planing, Janin tunggal atau ganda, hidup atau mati, intra uterine atau ekstra uterin, presentase, denyut jantung janin ada atau tidak, frekuensi ada berapa dalam satu menit penuh, teratur atau tidak, keadaan ibu dan janin saat ini baik.

Memantau keadaan ibu dan mengobservasi keadaan umum, tanda-tanda vital, keadaan janin dengan mengobservasi denyut jantung janin, observasi his, dengan menggunakan partograf, mengajarkan ibu untuk mengurangi rasa sakit yang timbul saat his dan cara mengedan yang baik, ajarkan ibu cara mengatur nafas, anjurkan ibu untuk makan dan minum, memberikan suport mental, menyiapkan ruangan, alat dan obat-obatan persalinan.

Kala II

Subjektif, Ibu mengatakan mules-mules yang sering dan selalu ingin mengedan, vulva dan anus membuka, perinium menonjol, his semakin sering dan kuat.

Objektif, Dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil : dinding vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, (lengkap), ketuban negatif, presentasi kepala, penurunan bagian terendah di hodge III, posisi ubun – ubun.

Assesment, Ibu G1P0A0 (aterm, preterm, posterm) partus kala II.

Janin presentasi kepala, tunggak intra uterin, denyut jantung janin positif atau negatif, frekuensi berapa kali dalam satu menit, teratur atau tidak, keadaan ibu dan janin saat ini baik.

Planing, Memantau keadaan umum ibu dengan observasi tanda – tanda vital dengan menggunakan partograf, berikan suport mental, pimpin ibu meneran, anjurkan ibu untuk minum dan mengumpulkan tenaga diantara kontraksi, lahirkan bayi pervaginam spontan.

Kala III

Subjektif, Ibu mengatakan perutnya masih mules. Bayi sudah lahir, plasenta belum lahir, tinggi fundus uteri, kontraksi baik atau tidak. Volume pendarahan pervaginam, keadaan kandung kemih kosong.

Objektif, Ibu P1A0 partus kala III

Assessment, Observasi keadaan umum ibu, kontraksi uterus baik atau tidak, observasi pelepasan plasenta, melakukan peregang tali pusat terkendali, lakukan manajemen kala III, massase uterus, lahirkan plasenta spontan dan periksa kelengkapannya. Nilai volume perdarahan, observasi tanda-tanda vital dan keadaan ibu.

Kala IV

Subjektif, Ibu mengatakan sedikit lemas, lelah, dan tidak nyaman, ibu mengatakan darah yang keluar banyak seperti hari pertama haid.

Objektif, Plasenta sudah lahir, keadaan umum ibu baik, tanda-tanda vital dalam batas normal.

Assessment, Ibu P1A0 partus kala IV

Observasi keadaan umum, kesadaran, suhu, tekanan darah, nadi, keadaan kandung kemih, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, volume perdarahan yang keluar, periksa adanya luka pada jalan lahir atau tidak, bersihkan dan rapihkan ibu, bantulah ibu senyaman mungkin.

CONTOH PENCATATAN DATA SUBYEKTIF, OBJEKTIF, ASSESMENT, PLANING (SOAP): PADA IBU BERSALIN

Tanggal 12 Januari 2012 (Pukul 08.00)

Data subjektif

Tanggal 12 April 2012 Ny. L. Berusia 28 tahun, suku bangsa Indonesia, beragama Islam, pendidikan terakhir SD (tamat), Pekerjaan ibu rumah tangga, sudah menikah 2 tahun yang lalu, ini pernikahan kedua dengan Tn. H. pendidikan SD (tamat), Pekerjaan Tani, Pasangan ini bertempat tinggal di desa antah berantah Rt

11/01 No. 000, Indonesia, keluhan utama sudah ada mules terasa dari depan sampai ke pinggang sejak tadi malam, ibu mengaku keluar lendir bercampur darah dari kemaluannya pukul 05.00 WIB, belum ada keluar air-air yang keluar dari kemaluannya, tidak ada perdarahan dari kemaluannya, ibu masih merasakan gerakan janin dan tidak sakit saat janin bergerak, ibu mengatakan merasa mules yang bertambah dari semalam dan ibu merasakan lelah. Riwayat kehamilan ini, hari pertama haid terakhir ibu tanggal 10 Juli 2011. Makan terakhir sebelum berangkat ke klinik. Porsi setengah piring dengan lauk pauk dan sayuran. Terakhir Buang air Besar kemarin sore, terakhir buang air kecil sebelum berangkat, ibu kurang tidur tadi malam karena kesakitan, ibu tidak mempunyai riwayat penyakit keturunan seperti Asma, Jantung, Diabetes melitus, Hipertensi atau riwayat Operasi Caesaria dan dirawat. Dan ibu tidak ada riwayat keturunan kembar dari keluarga. Tidak ada kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan nifas. Ibu belum mandi hanya cuci muka saja, Kehamilan ini diinginkan dan direncanakan oleh kedua belah pihak dan seluruh keluarga, rencana persalinan di tolong oleh bidan, pengambil keputusan adalah suami dan keluarga.

Data objektif

Dilakukan pemeriksaan kehamilan dan didapatkan hasil bahwa keadaan umum ibu baik, kesadaran composmetis, keadaan emosional stabil, TD : 110/80 mmHg, Nadi : 80x/menit, Suhu : 36°C, Pernapasan : 22x/menit, Berat badan sekarang: 52 Kg, Tinggi badan: 155 Cm, Berat badan pada kunjungan umur kehamilan 36 minggu: 48 Kg, Lingkar lengan atas : 24 Cm.

Hasil pemeriksaan fisik ibu terlihat bersih pemeriksaan fisik lainnya dalam batas normal. Pada ekstremitas bawah tidak terdapat oedema. Pada palpasi Leopold I didapat tinggi fundus uteri 32 Cm, Teraba bokong. Leopold II teraba punggung sebelah kanan dan ekstremitas sebelah kiri. Leopold III bagian terendah adalah kepala sudah masuk PAP, Leopold IV divergen perabaan 1/5 bagian. Tafsir

an berat janin: 3255 gram, His 3x10 menit lamanya 30 detik. Bunyi jantung janin 142x/menit, teratur, punctum maksimum terletak tepat di sebelah kanan bawah pusat. Pada pemeriksaan genitalia terdapat lender bercampur darah sedikit, tidak ada pembengkakan kelenjar bartholini, tidak ada varises, tidak ada oedema. Dilakukan pemeriksaan dalam atas indikasi menilai keadaan persalinan, portio lunak, tipis, posisi porsio antefleksi, pembukaan 5 cm, ketubah (+), presentasi kepala, penurunan Hodge II (+), tidak teraba bagian lain, posisi ubun-ubun kecil kanan depan.

Assesment

Didapatkan assesment diagnosa Ibu G₃ P₂ A₀ hamil 39 minggu parus kala I fase aktif, janin tunggal intra uterin presentasi kepala.

Masalah tidak ditemukan, tidak ada tanda-tanda bahaya pada persalinan.

Kebutuhan: berikan informasi kepada ibu dan keluarganya, pimpinan persalinan kala I fase aktif, berikan asuhan sayang ibu, pantau kemajuan persalinan, pantau kesejahteraan janin

Planning

1. Memberitahukan ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan yaitu hasil tanda-tanda vital normal, his sudah adekuat, tanda-tanda persalinan sudah ada dan ibu akan menghadapi proses persalinan, keadaan ibu baik, pembukaan 5 cm, dan janin dalam keadaan baik, ibu dan keluarga mengerti dan mengetahui keadaan ibu dan janin.
2. Memberikan dukungan mental dan spiritual dengan mengarahkan suami atau keluarga terdekat dalam menghadapi proses persalinannya. Ibu ingin didampingi suami pada saat persalinan nanti. Memberi makan dan minum, makan 1 porsi sedang dengan menu Nasi 1 porsi sedang, ikan 1 potong, sayur 1 mangkok, tahu dan tempe 1 potong, apabila ibu tidak mau makan, bisa di berikan makanan pengganti seperti Roti dan Biscuit

atau sayur, berikan minum air putih, teh manis agar ibu tidak kekurangan cairan dan ada tenaga pada saat mendedan nanti. ibu mau minum air putih dan ½ gelas teh manis, dan ibu hanya makan Roti saja.

3. Memantau kemajuan persalinan, keadaan ibu dan kesejahteraan janin, Tekanan darah, pemeriksaan dalam (pembukaan, portio, ketuban, presentasi, penurunan, posisi kepala, moulage). Tiap 4 jam, Denyut jantung janin, His, Nadi tiap 30 menit, Suhu, Urin tiap 2 jam, pemeriksaan telah dilakukan.
4. Beritahu ibu untuk beristirahat sejenak dan ibu tidak dianjurkan untuk mendedan sampai pembukaan lengkap atau sampai di pimpin untuk mendedan. Mengatur posisi, ibu diperbolehkan mengatur posisi saat persalinan apakah ibu akan setengah duduk, jongkok, berdiri, atau miring. Mengajarkan ibu untuk melakukan tehnik relaksasi pemaafan dengan cara tarik nafas panjang melalui hidung dan keluarkan perlahan-lahan melalui mulut dan mengajarkan ibu cara meneran yang benar dengan mengambil napas dari perut tidak menahan di tenggorokan, mata tidak di tutup, kaki d buka selebar lebarnya dilakukan saat ada mules, jika tidak ada mules ibu tidak dianjurkan untuk meneran.
5. Memberikan asuhan sayang ibu dengan cara: Menjaga privasi ibu dalam proses persalinan dengan cara menggunakan penutup atau tirai diruang bersalin dan tidak menghadirkan orang lain tanpa sepengetahuan dan seizin pasien/ibu. Memberikan makanan dan minuman untuk memenuhi kebutuhan energi dan mencegah dehidrasi. Mempertahankan kandung kemih tetap kosong dengan menganjurkan ibu untuk tidak menahan BAK saat ada keinginan untuk BAK.
6. Menyiapkan ruangan dan tempat dengan penerangan yang cukup, dan terlalu hangat dan menyiapkan alat-alat partus, obat-obatan, persiapan ibu dan bayi.

7. Memantau kemajuan persalinan dan kesejahteraan ibu dan janin yaitu DJJ, kontraksi, nadi setiap 30 menit, tekanan darah dan pemeriksaan dalam 3 jam kemudian, suhu dan urine setiap 2 jam.

Jam	Tensi	Nadi	Suhu	DJJ	His	Lama
08.00 WIB	110/70 mmHg	70x/menit	36°C	120x/menit, reguler	4x/10	40detik
08.30 WIB		75x/menit		125 x/menit, reguler	4x/10	45 detik
09.00 WIB		80x/menit		120 x/menit, reguler	5x/10	45 detik
09.30 WIB		74x/menit		130 x/menit, reguler	5x/10	50 detik
10.00 WIB		85x/menit		140 x/menit, reguler	5x/10	50 detik
10.30 WIB		75x/menit		125 x/menit, reguler	4x/10	45 detik
11.00 WIB		80x/menit		120 x/menit, reguler	5x/10	45 detik
11.30 WIB		74x/menit		130 x/menit, reguler	5x/10	50 detik
12.00 WIB		85x/menit		140 x/menit, reguler	5x/10	50 detik

8. Dokumtasikan hasil pemeriksaan dalam partograf. Obat-obatan dan alat-alat persalinan telah disiapkan sesuai dengan standar Asuhan persalina normal (APN). Semua hasil pemeriksaan telah didokumentasikan dalam partograf.

Tanggal 12 Januari 2012 (Pukul 12 WIB)

Data subjektif

4 jam kemudian setelah pemeriksaan pertama, keadaan klien gelisah, ibu mengatakan ingin BAB yang tidak tertahan lagi.

Data Objektif

Keadaan umum ibu tampak baik dan tampak ingin meneran kesadaran compos mentis, His teratur, 4X 10 menit lamanya 40 detik

kekuatan kuat, Auskultasi Denyut Jantung Janin (+), frekuensi 146x/menit. Vulva tampak membuka anus membuka perineum menonjol, pemeriksaan dalam atas indikasi evaluasi kemungkinan sudah ada tanda-tanda kala II: pembukaan lengkap, ketuban Positif, penurunan kepala Hodge III (+), presentasi kepala posisi ubun-ubun kecil kanan atas.

Assesment

Diagnosa: Ibu G₃ P₂ A₀ hamil aterm kala II

Janin hidup tunggal intra uteri presentasi kepala.

Masalah tidak ada, tanda-tanda bahaya pada persalinan kala II tidak ada.

Kebutuhan asuhan persalinan kala II, Informasi keadaan ibu, Pantau tanda gejala kala II, Inform consent, Asuhan Persalinan, Pantau kesejahteraan ibu dan bayi, Dokumentasikan hasil asuhan.

Planning

1. Memberitahukan kepala ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan yaitu ibu akan segera melahirkan pembukaan sudah lengkap memperbolehkan ibu untuk meneran bila ibu merasa mules, ibu mengerti penjelasan bidan. Memberikan support mental dan spiritual kepada ibu dengan melibatkan suami untuk tetap mendampingi ibu saat akan bersalin, ibu terlihat kesakitan tetapi tidak gelisah, dan suami ikut menjaga di dalam.
2. Menjaga privasi ibu dengan menutup pintu dan jendela. Mendekatkan alat partus set, obat-obatan dan penolong menggunakan alat proyeksi diri seperti: masker, kacamata gogle, celemek,sepatu dan sarung tangan steril, alat proyeksi diri sudah terpasang dan alat-alat sudah didekatkan.
3. Memberikan ibu cairan seperti teh manis. Dimaksudkan agar menambah tenaga ibu, ibu menghabiskan setengah gelas.

4. Memimpin ibu untuk meneran saat ada His dengan cara tarik nafas panjang lewat hidung dan dikeluarkan lewat mulut, pada saat mules kepala diangkat usahakan dagu menempel didada dan mata dibuka, tangan memegang kaki, dan meneran seperti batuk tertahan, ibu mau melakukannya dan ibu mengedan sebanyak 4 kali, kepala sudah berada di diameter 5-6 depan Vulva, penolong melakukan Perasat Stenen dengan menggunakan tangan kanan yang bertujuan untuk mencegah terjadinya rupture perineum, dan tangan kiri melakukan Ritgen untuk mencegah terjadinya defleksi, setelah kepala bayi lahir, kedua tangan pindah memegang kepala untuk melakukan Biparietal, kemudian untuk mengeluarkan bahu depan tarik ke bawah dan mengeluarkan bahu belakang tarik keatas, sangga susur, jam 11.50 WIB bayi lahir spontan pervaginam letak belakang kepala dengan jenis kelamin perempuan, bayi diletakan diatas perut ibu.
5. Penolong menjepit tali pusat bayi dengan klem dan umbilikal klem, kemudian mencelupkan tangan yang memakai sarung tangan kedalam larutan klorin kemudian membilasnya dengan air Desinfektan tingkat tinggi, setelah itu tangan dibersihkan, lalu mengikat tali pusat dengan jarak 1 cm dari dinding perut bayi (pusat) dengan menggunakan benang, kemudian mengunci ikatan tali pusat dengan simpul mati sebanyak dua kali dengan arah yang berlawanan, tali pusat telah diikat dan dibungkus dengan kassa steril. klem dilepas dan disimpan dilarutan klorin 0,5 %.
6. Kemudian dilakukan inisiasi menyusu dini selama minimal satu jam sampai bayi dapat menyusu sendiri sambil tubuh bayi dan ibunya diselimuti secara bersama-sama, inisiasi mnyusu dini berhasil dilakukan



Persalinan Kala III

Tanggal 12 Januari 2012 (pukul 12.45 WIB)

Data subjektif

Ibu mengatakan mules lagi, dan merasa senang bayinya telah lahir dengan selamat dan ibu tampak berkeringat serta terlihat kelelahan.

Data Objektif

Keadaan umum ibu baik tampak lelah kesadaran compos mentis, bayi lahir spontan pervaginam letak belakang kepala jenis kelamin laki-laki, plasenta belum lahir, adanya perdarahan yang keluar tiba-tiba. Dilakukan palpasi tidak ada bayi ke-2.

Assesment

Ibu P₃A₀ partus kala III

Masaah: tidak ada hanya ketidaknyaman sehubungan mulas dan ada darah yang keluar dari kemaluannya

Kebutuhan: informasi keadaan ibu, beri dukungan, asuhan sayang ibu, asuhan kala II (pengeluaran placenta)

Planning

1. Menginformasikan kepada ibu dan keluarga bahwa ibu sudah memasuki persalinan kala III yaitu proses pelepasan plasenta, masalah tidak ada, kebutuhan asuhan persalinan kala III dan memberitahukan kepada ibu bahwa rasa nulas yang ibu rasakan adalah hal yang normal karena ari-arinya belum keluar. Ibu sudah terlihat tenang
2. Melakukan manajemen aktif kala III yaitu: melakukan palpasi uterus untuk memastikan apakah ada janin yang kedua atau tidak. Tidak ada janin kedua melakukan manajemen aktif kala III yaitu jepit dan gunting tali pusat sedini mungkin, menyuntikan oksitosin 10 IU secara IM, melakukan peregang tali pusat



terkendali, melahirkan plasenta melakukan masase fundus. Manajemen aktif kala III telah dilakukan identifikasi kelengkapan plasenta. Identifikasi telah dilakukan, plasenta lahir pukul 12.10 wib, plasenta lahir spontan, lengkap dengan berat \pm 500 gram, selaput utuh, kotiledon 18 cm, insersi centralis, kelainan tidak ada. Mengevaluasi jumlah perdarahan, perdarahan \pm 100cc, Tinggi Fundus Uteri 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik kandung kemih kosong.

3. Menganjurkan keluarga untuk memberikan makan dan minum kepada ibu, serta mengusap keringat ibu, ibu kelihatan senang dan mau diberikan minum sama suaminya bahkan ibu mengatakan lapar ingin makan.
4. Melakukan massase uterus setelah plasenta lahir selama 15 kali untuk mencegah perdarahan, dan ajarkan ibu untu melakukan massase sebanyak 15 kali atau selama 15 detik, masase telah dilakukan dan kontraksi baik.

Persalinan Kala IV

Tanggal 12 Januari 2012 (pukul 14.45 WIB)

Data subjektif

Ibu mengatakan perutnya terasa mules, lelah keluar darah dari vagina. Dan merasa tidak nyaman dengan keadaannya yang kotor.

Data objektif

Keadaan ibu tampak baik, ibu tampak lelah, badan ibu masih kotor, keadaan compos mentis, plasenta lahir spontan, kotiledon lengkap selaput plasenta lengkap insersi centralis panjang tali pusat 30 cm, diameter 18 cm, berat 500 gram, perdarahan kurang lebih 100 cc, TD 100/70 mmHg, Nadi 84x/menit, pernapasan 22x/menit, suhu 36,5° C, tinggi fundus uteri 1 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik, ada robekan pada perineum Grade II.

Assesment

Ibu P₃A₀ partus kala IV Normal, masalah tidak ada, kebutuhan asuhan persalinan kala IV.

Masalah: ibu kelelahan, tidak nyaman karena badannya kotor.

Kebutuhan: informasi kondisi ibu. Asuhan sayang ibu. Pemantauan kalai IV. Dokumentasi hasil asuhan

Planning

1. Menginformasikan pada ibu dan keluarga bahwa pada saat ini ibu sudah melahirkan dengan selamat. Ibu merasa senang bayi dan ari-arinya sudah lahir.
2. Membersihkan ibu dari darah dan cairan ketuban dengan air bersih dan membersihkan tempat tidur, mengganti pakaian ibu dengan yang bersih dan kering dan memasang pembalut agar ibu merasa nyaman, semua telah dilakukan.
3. Memberi dukungan agar ibu memberikan ASI Eksklusif dan ibu berjanji akan memberikan ASI secara eksklusif kepada bayinya selama 6 bulan.
4. Memberikan makan dan minuman agar kondisi ibu cepat puih dan ASI yang keluar bisa banyak, ibu makan setengah porsi nasi berserta lauk pauk dan sayuran dan disediakan bidan.
5. Mendekontaminasikan alat-alat partus dilarutan clorin 0,5 % selama 10 menit Dekontaminasi telah dilakukan. Membersihkan tangan dari lendir darah dilarutan klorin dan dilepas secara terbalik, kemudian mencuci tangan 7 langkah di air mengalir dengan menggunakan sabun. Mengajarkan ibu cara massase uterus, agar ibu mengetahui apabila uterus tidak berkontraksi dengan baik. Ibu telah diajarkan cara masase uterus. Melakukan pemantauan kala IV yaitu tekanan darah, nadi, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan yaitu :

Setiap 15 menit dalam 1 jam pertama

- a. Pukul 15. WIB : TD : 110/70 mmHg, nadi : 80x/menit, suhu 36,5°C, TFU: 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus : baik, kandung kemih kosong, perdarahan pevaginam dalam batas normal.
- b. Pukul 15.15 WIB : TD : 110/70 mmHg, nadi : 80x/menit, TFU: 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus : baik, kandung kemih kosong, perdarahan pevaginam dalam batas normal.
- c. Pukul 15.30 WIB : TD : 110/70 mmHg, nadi : 80x/menit, TFU: 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus : baik, kandung kemih penuh, perdarahan pevaginam dalam batas normal.
- d. Pukul 15.45 WIB : TD : 110/70 mmHg, nadi : 78x/menit, TFU: 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus : baik, kandung kemih penuh, perdarahan pevaginam dalam batas normal.

Pada satu jam kedua setiap 30 menit, yaitu :

- a. Pukul 16.15 WIB : TD : 110/70 mmHg, nadi : 82x/menit, TFU: 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus : baik, kandung kemih kosong, perdarahan pevaginam dalam batas normal.
- b. Pukul 16.45 WIB : TD : 110/70 mmHg, nadi : 80x/menit, TFU: 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus : baik, kandung kemih kosong, perdarahan pevaginam dalam batas normal.



RIWAYAT PENULIS

Ai Yeyeh R., S.Si.T, MKM Lahir Bandung 1 Desember 1968, alamat: Pondok Labu Cilandak Jakarta Selatan 12450 Jakarta-Indonesia, dan jln Veteran ciseureuh no 254 purwakarta. Suami H. Abdul Haris, S.H. dikaruniai satu Putra, satu Putri. No Hp 081314356668.

Riwayat pendidikan:

Lulusan Pasca Sarjana Kesmas Jurusan Kesehatan Reproduksi di Universitas UHAMKA tahun 2010. D IV Kebidanan (Bidan Pendidik) Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju (STIKIM) Jakarta tahun 2005, D III Kebidanan Poltekes Jakarta I Jurusan Kebidanan tahun 2003, D1 Kebidanan Yayasan perguruan Djublek Ranuatmadja (YPDR) Jakarta tahun 1996, Sekolah Perawat Kesehatan Yayasan perguruan Djublek Ranuatmadja (SPK YPDR) Jakarta tahun 1988.

Riwayat mengajar:

Dosen tetap di STKINDO Ciparay Bandung dari tahun 2004 s/d tahun 2005, dosen tetap di Akademi Kebidanan Bhakti Asih Purwakarta dari tahun 2005 s/d sekarang, Dosen tamu Akbid di AKBID YPDR dari tahun 2004 s/d sekarang, Dosen tamu di Universitas Singaperbangsa Karawang (UNSIKA) Prodi Kebidanan dari tahun 2006 s/d sekarang, Dosen tamu Akademi Perawat (AKPER) YPDR dari tahun 2006 s/d sekarang, Dosen tamu di AKPER Fatmawati tahun 2010 sampai sekarang, Dosen tamu Akbid Al-ikhlas Cisarua puncak Bogor dari tahun 2007 s/d sekarang. Dosen tamu AKBID Tiara Bunda Depok dari tahun 2008 s/d sekarang. Dosen tamu AKBID Kamanre Palopo Makasar dari tahun 2008 s/d sekarang, jabatan Akademik: Asisten Ahli No NIDN:

Karya ilmiah:

Buku panduan KTI Akademi Kebidanan Bhakti Asih Purwakarta, pengujian ujian Praktek Akhir Program Di AKBID Bhakti Asih Pur-

wakarta, Prodi kebidanan Unsika Karawang, Akbid Al-Ikhlas Cisarua Bogor, sebagai penguji ujian praktek akhir semester ANC, INC, PNC, KDPK, BBL, pembimbing KTI, Komprehensif, Praktik Klinik.

Riwayat Pelatihan: Pelatihan asesor uji kompetensi BNSP yang diselenggarakan oleh IBI Pusat, pelatihan penyusunan kurikulum berbasis kompetensi di Jakarta, workshop POGI di Jakarta, beberapa pelatihan terkait kompetensi sebagai dosen yang diselenggarakan oleh Kopertis Wilayah IV Jawa Barat (JABAR), ketua Seminar Nasional di UHAMKA dengan Tema HIV/AIDS di sekitar wanita masa reproduksi, pelatihan penulisan karya ilmiah selama tiga hari diselenggarakan oleh Pasca Sarjana Kesmas Uhamka Kampus RS Darmas tahun. 2009, pelatihan item dan review development untuk persiapan Uji Kompetensi Nasional

pengalaman Organisasi: Ketua IBI Ranting Cilandak periode tahun 2003-2007, Interaksi sosial, aktif dalam penyuluhan Kesehatan sebagai bagian dari kegiatan praktek bidan swasta tahun 1996 s/d sekarang.

Riwayat Kerja :

Perawat di Rumah Sakit Anak dan Bersalin (RSAB Harapan Kita) Jakarta tahun 1988-1991, Perawat anak di Rumah sakit Graha Medika Jakarta tahun 1991-1994, Bidan di R.S. Graha Medika Jakarta tahun 1996-1997, Bidan di Rumah sakit Setia Mitra Jakarta tahun 1998-1999, Bidan Praktek Swasta dari tahun 1996 s/d sekarang, Direktur Di Akademi Kebidanan Bhakti Asih Purwakarta dari Tahun 2005 sampai dengan Desember tahun 2009,



DAFTAR PUSTAKA

Admin. "Keluhan Ibu Hamil". Diakses 20 Agustus 2008 : <http://elmo.artiku.com/>.

Alazzawi, Farook. *Atlas Teknik Kebidanan*. Jakarta: EGC

Coneqtique. "Antenatal Care / Diagnosa Pra Kehamilan". Diakses 20 Mei 2008 : <http://www.coneqtique.com>.

Bennet Verrut. 1989. *Myles Textbook For Midwifery*. Newyork : Churchill Living Stone.

Cunningham, Mac Donald, 1995, *William's Obstetri Edisi 18*. Jakarta : EGC

Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2007). " *buku acuan persalinan normal, asuhan essensial persalinan*". Edisi revisi, Jakarta, Departemen kesehatan Republik Indonesia

Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2007). "*Menkes Canangkan Stiker Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi*". Diakses tanggal 20 Mei 2008 : <http://www.depkes.go.id/>.

Departemen Kesehatan RI.2004. *Asuhan Persalinan Normal*. Depkes RI. Jakarta

Farrer, Helen (2001). *Perawatan Maternitas*. Edisi 2. EGC, Jakarta.



- Febrianti, Erlina Mustika (2008). "Inisiasi Menyusui Dini". Diakses 20 Agustus 2008 : <http://kuliahibidan.wordpress.com/>.
- Info Sehat. "Asuhan Antenatal". Diakses 20 Mei 2008 : <http://www.info-sehat.com/dewasa.php>.
- JNPK-KR (2007). *Asuhan Persalinan Normal*. Jaringan Nasional Pelatihan Klinik-Kesehatan Reproduksi, Perkumpulan Obstetri Ginekologi Indonesia (JNPK-KR/POGI), dan JHPIEGO Corporation, Jakarta.
- Juhak, Mang. "Persiapan Apa Saja Yang Harus Dibawa Ibu hamil ke Rumah Sakit". Diakses 20 Agustus 2008 : <http://www.detik.com/>.
- Karsono, Bambang. "Antenatal Care". Diakses 20 Mei 2008 : <http://www.geocities.com>.
- Lestari, Sari (2004). "Fisiologi dan Manajemen Persalinan". Diakses tanggal 20 Agustus 2008 : <http://ksuheimi.blogspot.com/>.
- Lung, Bibi. "Senam Kegel dan Manfaatnya". Diakses 20 Agustus 2008 : <http://bibilung.wordpress.com/>.
- Mochtar, Rustam (1998). *Sinopsis Obstetri Jilid 1 Edisi ke 2*. EGC, Jakarta.
- Manuabá, Ida Bagus Gde. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta. EGC. 1998
- Mochtar Rustam. *Sinopsis Obstetri: Obstetri Fisiologi*. Jakarta. EGC. 1998
- Prawiroharjo, Sarwono (2005). *Ilmu Kebidanan*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta.
- Saifuddin, Abdul Bari (2006). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta.
- Saifuddin, Abdul Bari (2002). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta.



- Sastrawinata, Sulaiman (2007). *Obstetri Patologi*. EGC, Jakarta.
- Suprpto, Agus (2002). "Pola Pertolongan Persalinan 5 Tahun Terakhir Hubungannya dengan Faktor Sosial Ekonomi Di Indonesia". Diakses tanggal 20 Agustus 2008 : <http://digilib.itb.ac.id/>.
- Sarwono. 1999. *Ilmu kebidanan*. Jakarta : YBPSP
- Sweet R Betty. 1997. *Myes Midwifery*. London : Bailler Widal.
- Saifuddin abdul Bari, dkk. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2001
- Wiknjosastro Hanifa, dkk. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 1999
- Sarwono, Hanifa, 1999, *Ilmu Kebidanan*, Jakarta : YBPSP
- Veralls, Sylvia (2003). *Anatomi dan Fisiologi Terapan dalam Kebidanan*. Edisi 3. EGC, Jakarta.
- Wikipedia Indonesia. "Kehamilan". Diakses 20 Mei 2008 : <http://id.wikipedia.org/wiki/>.
- Wiknjosastro, Hanifa (2001). *Standar Pelayanan Kebidanan*. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Wordpress (2008). "Perawatan Antenatal". Diakses 20 Agustus 2008 : <http://creasoft.wordpress.com/>.
- Wordpress. (2008). "Mengukur Status Gizi Ibu Hamil dengan BMI (Bodi Mass Index)". Diakses pada tanggal 20 Agustus 2008 : <http://creasoft.wordpress.com/>.
- Varney, Helen, 1997, *Varney's Midwifery*, Boston : Blackwell Scientific.

ASUHAN KEBIDANAN II

Persalinan



Pembahasan materi dalam buku ini terdiri dari beberapa unit belajar, meliputi:

- ☒ Konsep Dasar Asuhan Kebdanan Pada Ibu Dalam Masa Persalinan
- ☒ Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan
- ☒ Kebutuhan Dasar Selama Persalinan dan Perubahan Fisik dan Psikologis Kala I
- ☒ Manajemen Kala I
- ☒ Memberikan Asuhan Pada Ibu Bersalin Kala I
- ☒ Melakukan Amniotomi, Episiotomi, dan Deteksi Dini Pada Kala II
- ☒ Memberikan Asuhan Pada Ibu Bersalin Kala III dan Deteksi Dini Pada Kala III
- ☒ Memberikan Asuhan Pada Ibu Bersalin Kala IV
- ☒ **Pendokumentasian Hasil Bersalin**

TIM

Penerbit
Trans Info Media
Jakarta

ISBN: 978-602-202-055-4



9 786022 020554