

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu), tanpa disertai penyulit. Persalinan dimulai sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap (JNPK-KR, 2014).

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang cukup bulan pada usia kehamilan antara 37-42 minggu, lahir secara spontan dengan presentasi belakang kepala, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput ketuban dari rahim ibu, tanpa komplikasi dan penyulit apapun, setelah persalinan ibu dan bayi dalam keadaan baik (Walyani, 2016).

2. Bentuk-Bentuk Persalinan

a. Persalinan spontan

Yaitu persalinan yang berlangsung dengan tenaga sendiri melalui jalan lahir.

b. Persalinan buatan

Yaitu persalinan yang dibantu dengan rangsangan sehingga terdapat kekuatan untuk persalinan.

c. Persalinan anjuran

Yaitu persalinan yang paling ideal karena tidak memerlukan bantuan apapun dan mempunyai trauma persalinan yang paling ringan sehingga kualitas sumber daya manusia dapat terjamin (Walyani,2016).

3. Sebab-sebab Terjadinya Persalinan

Menurut (Shofa,2015) Terjadinya persalinan di sebabkan oleh beberapa teori sebagai berikut :

a. Teori Penurunan hormone

1-2 minggu sebelum persalinan di mulai terjadi penurunan kadar hormone estrogen dan progesterone. Progesterone bekerja sebagai penenang otot-otot polos Rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his atau kontraksi.

b. Teori Penuaan plasenta

Tuanya plasenta menyebabkan menurunnya kadar estrogen dan progesterone yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah hal ini akan menimbulkan kontraksi Rahim.

c. Teori distensi Rahim

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi uterus-plasenta.

d. Teori iritasi mekanik

Di belakang servik terletak ganglion servikal, bila ganglion ini di geser dan ditekanakan timbul kontraksi uterus.

e. Induksi partus

Persalinan dapat di timbulkan dengan jalan :

- 1) Ganggang laminaria : Beberapa laminaria dimasukan kedalam serviks dengan tujuan merangsang fleksus frankenhauser.
- 2) Amniotomi : Pemecahan Ketuban
- 3) Oksitosin drips : Pemberian oksitosin menurut tetesan infuse
- 4) Misoprostol : Cytotec/gastru

4. Tanda- Tanda Persalinan

Sebelum terjadi persalinan, beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki kala pendahuluan (*preparatory stage of labor*), dengan tanda-tanda sebagai berikut:

- a. Adanya kontraksi rahim

Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit).

- b. Penipisan dan pembukaan serviks

Penipisan mendahului dilatasi servik, pertama-tama aktivitas uterus dimulai untuk mencapai penipisan, setelah penipisan kemudian aktifitas uterus menghasilkan dilatasi servik yang cepat. Membukanya leher rahim sebagai respon terhadap kontraksi yang berkembang.

- c. Keluarnya lendir bercampur darah (*blood slim*)

Cairan lendir bercampur darah yang keluar melalui vagina.

- d. Keluarnya air-air (ketuban)

Proses penting menjelang persalinan adalah pecahnya air ketuban. Selama sembilan bulan masa gentasi bayi aman melayang dalam cairan amnion. Keluarnya air-air dan jumlahnya cukup banyak berasal dari ketuban yang pecah akibat kontraksi yang makin sering terjadi (Walyani, 2016).

5. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Adapun faktor yang mempengaruhi persalinan yaitu:

a. *Passage* (Jalan Lahir)

Merupakan jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks dan vagina. syarat agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal.

1) *Passage*

- a) Bagian keras tulang – tulang panggul (rangka panggul)
- b) Bagian lunak (otot – otot, jaringan dan ligament –ligamen pintu panggul)
- c) Sumbu panggul

Sumbu panggul adalah garis yang menghubungkan titik-titik tengah ruang panggul yang melengkung ke depan (sumbu Carus).

d) Bidang – bidang Hodge yaitu :

- (1) Bidang Hodge I : dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simpisi dan promontorium.
- (2) Bidang Hodge II : sejajar Hodge I setinggi pinggir bawah simpisis.
- (3) Bidang Hodge III : sejajar Hodge I dan II setinggi spina ischiadika kanan dan kiri.
- (4) Bidang Hodge IV : sejajar Hodge I, II, III setinggi os coccygis.

b. *Power*(Tenaga/Kekuatan)

Power merupakan kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran dari ibu. power merupakan tenaga

primer atau kekuatan utama yang dihasilkan oleh adanya kontraksi dan retraksi otot – otot rahim.

Kekuatan yang mendorong janin keluar (power) terdiri dari :

1) His (kontraksi otot rahim)

Adalah kontraksi uterus karena otot – otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Pada waktu kontraksi otot – otot rahim menguncup sehingga menjadi tebal dan lebih pendek. Kavum uteri menjadi lebih kecil serta mendorong janin dan kantung amneon kearah segmen bawah rahim dan serviks.

2) Kontraksi otot – otot dinding perut.

3) Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan.

4) Ketegangan dan ligmentous action terutama ligamentum rotundum.

c. *Passanger*(Janin, Plasenta dan Air Ketuban)

1) Janin (Kepala janin dan ukuran-ukurannya)

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

2) Plasenta

Plasenta juga harus melalui jalan lahir, ia juga dianggap sebagai penumpang atau passenger yang menyertai janin namun plasenta jarang menghambat pada persalinan normal.

3) Air Ketuban

Amnion pada kehamilan aterm merupakan suatu membrane yang kuat dan ulet tetapi lentur. Amnion adalah jaringan yang menentukan hampir semua kekuatan regang membrane janin dengan demikian pembentukan komponen amnion yang mencegah rupture atau robekan sangatlah penting

bagi keberhasilan kehamilan. Penurunan adalah gerakan bagian presentasi melewati panggul, penurunan ini terjadi atas 3 kekuatan yaitu salah satunya adalah tekanan dari cairan amnion dan juga saat terjadinya dilatasi serviks atau pelebaran muara dan saluran serviks yang terjadi karena tekanan yang ditimbulkan oleh cairan amnion selama ketuban masih utuh.

d. *Psikis* (Psikologis)

Perasaan positif berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar – benar terjadi realitas “kewanitaan sejati” yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan atau memproduksi anaknya.

- 1) Psikologis meliputi : Kondisi psikologis ibu sendiri, emosi di persiapan intelektual, pengalaman melahirkan bayi sebelumnya, kebiasaan adat, dan dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.
- 2) Sikap negative terhadap persalinan di pengaruhi oleh : Persalinan semacam ancaman terhadap keamanan, persalinan semacam ancaman pada *self-image*, medikasi persalinan, dan nyeri persalinan dan kelahiran.

e. *Pysician* (Penolong)

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini Bidan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin, Proses tergantung dari kemampuan skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan (Shofa, 2015).

6. Tahapan-Tahapan Persalinan

a. Kala I (Pembukaan)

- 1) Pengertian Kala I

Persalinan kala I meliputi fase pembukaan 1-10 cm, yang di tandai dengan penipisan dan pembukaan serviks, kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit), cairan lendir bercampur darah (*show*) melalui vagina. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler serta kanalis servikalis karena pergeseran serviks mendatar dan terbuka (Ai Nursiah, dkk 2014).

Kala I dibagi atas 2 fase yaitu :

- a) Fase laten, dimana pembukaan serviks berlangsung lambat, dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam.
- b) Fase aktif (pembukaan serviks 4-10 cm), berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase, yaitu :
 - (1) *Periode akselerasi* : berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
 - (2) *Periode dilatasi maksimal* : berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
 - (3) *Periode deselerasi* : berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan jadi 10 cm atau lengkap (Jannah, 2017).

Pada fase aktif persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian terbawah janin. Dari pembukaan 4 hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata per jam (primipara) atau lebih 1 cm hingga 2 cm (multipara) (Ai Nursiah, dkk 2014).

b. Kala II (kala pengeluaran)

1) Pengertian kala II

Kala II persalinan disebut juga kala pengeluaran yang merupakan peristiwa terpenting dalam proses persalinan karena objek yang dikeluarkan adalah objek utama yaitu bayi.

2) Tanda Dan Gejala Kala II

Kala II dimulai sejak pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi, gejala dan tanda kala II adalah :

- a) Adanya pembukaan lengkap (tidak teraba lagi bibir portio), ini terjadi karena adanya dorongan bagian terbawah janin yang masuk kedalam dasar panggul karena kontraksi uterus yang kuat sehingga portio membuka secara perlahan.
- b) His yang lebih sering dan kuat (\pm 2-3 menit 1 kali) dan timbul rasa mencedan, karena biasanya dalam hal ini bagian terbawah janin masuk ke dasar panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedan.
- c) Adanya pengeluaran darah bercampur lendir, di sebabkan oleh adanya robekan serviks yang meregang.
- d) Pecahnya kantung ketuban, karena kontraksi yang menyebabkan terjadinya perbedaan tekanan yang besar antara tekanan di dalam uterus dan diluar uterus sehingga kantung ketuban tidak dapat menahan tekanan isi uterus akhirnya kantung ketuban pecah.

- e) Anus membuka, karena bagian terbawah janin masuk ke dasar panggul sehingga menekan rectum dan rasa buang air besar, hal ini menyebabkan anus membuka.
- f) Vulva terbuka, perineum menonjol, karena bagian terbawah janin yang sudah masuk ke Pintu Bawah Panggul (PBP) dan di tambah pula dengan adanya his serta kekuatan mengedan menyebabkan vulva terbuka dan perineum menonjol, karena perineum bersifat elastis.
- g) Bagian terdepan anak kelihatan pada vulva, karena labia membuka, perineum menonjol menyebabkan bagian terbawah janin terlihat di vulva, karena ada his dan tenaga mengedan menyebabkan bagian terbawah janin dapat dilahirkan (Shofa, 2015)

c. Kala III (kala uri)

1) Pengertian Kala III

Kala III dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta atau uri. Partus kala III disebut juga kala uri. Kala III merupakan periode waktu dimana penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Oleh karena tempat perlekatan menjadi kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, maka plasenta menjadi berlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus (Kuswanti, 2014).

2) Tanda – Tanda Lepasnya Plasenta

a) Berubahan Bentuk dan Tinggi Fundus

Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya dibawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong kebawah, uterus berbentuk segi

tiga, atau seperti buah pir atau alpukat dan fundus berada diatas pusat (sering kali mengarah ke sisi kanan).

b) Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva (tanda ahfeld).

c) Semburan darah yang mendadak dan singkat

Darah yang terkumpul dibelakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (*retroplacenta pooling*) dalam ruang daintara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungnya, darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang lepas (Ai Nursiah, 2014).

3) Metode Pelepasan Plasenta

a) *Metode Scultze*

Metode yang lebih umum terjadi adalah plasenta terlepas dari satu titik dan merosot ke vagina melalui lubang dalam kanton amnion, permukaan fetal plasenta muncul pada vulva dengan selaput ketuban yang mengikuti dibelakang seperti payung terbalik saat terkelupas dari dinding uterus.

b) *Metode Matthews Duncan*

Plasenta turun melalui bagian samping dan masuk ke vulva dengan pembatas lateral terlebih dahulu seperti kancing yang memasuki lubang baju, sehingga sebagian plasenta tidak berada dalam kantong. Walaupun demikian sebagian selaput ketuban berpotensi tertinggal dengan metode ini karena selaput ketuban tidak terkelupas semua selengkap metode Schultze. Metode ini berkaitan dengan plasenta letak rendah didalam uterus. Proses pelepasan berlangsung lebih lama dan darah yang hilang sangat banyak karena hanya sedikit serat oblik dibagian bawah segmen (Jannah, 2017).

4) Pengeluaran Plasenta

Plasenta yang sudah lepas dan menempati segmen bawah rahim, kemudian melalui serviks, vagina dan dikeluarkan ke introitus vagina. Lahirnya plasenta lebih baik dengan bantuan penolong dengan sedikit tekanan pada fundus uteri setelah plasenta lepas. Tetapi pengeluaran plasenta jangan dipaksakan sebelum terjadi pelepasan karena di khawatirkan menyebabkan inversio uteri. Traksi pada tali pusat tidak boleh digunakan untuk menarik plasenta keluar dari uterus. Pada saat korpus di tekan, tali pusat tetap di regangkan. Maneuver ini diulangi sampai plasenta mencapai introitus, setelah introitus penekanan dilepaskan. Tindakan hati-hati diperlukan untuk mencegah membran tidak terputus dan tertinggal jika membrane robek pegang robekan tersebut dengan klem dan tarik perlahan. Periksa plasenta secara hati-hati untuk memastikan tidak ada bagian plasenta yang tertinggal (Ai Nursiah, 2014).

5) Pemeriksaan Plasenta

Pemeriksaan plasenta meliputi hal-hal sebagai berikut :

- a) Selaput ketuban utuh atau tidak
- b) Plasenta (ukuran plasenta) yang terdiri atas : Bagian maternal, jumlah kotiledon, keutuhan pinggir kotiledon, bagian fetal, utuh atau tidak.
- c) Tali pusat, meliputi : Jumlah arteri dan vena, adakah arteri atau vena yang terputus untuk mendeteksi plasenta suksenturia, dan insersi tali pusat apakah sentral, marginal, panjang tali pusat (Jannah, 2017).

d. Kala IV (Kala pemantauan)

Kala IV ditetapkan sebagai waktu dua jam setelah plasenta lahir lengkap, hal ini dimaksudkan agar bidan atau penolong persalinan masih mendampingi setelah persalinan selama 2 jam (2 jam post partum). Dengan cara ini kejadian-kejadian yang tidak diinginkan karena perdarahan postpartum dapat dikurangi atau dihindarkan.

Pemantauan Kala IV yaitu : Periksa tinggi fundus, kontraksi, tekanan darah, nadi, suhu, kandung kemih dan perdarahan selama 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Mengajarkan ibu atau keluarga tentang bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi dengan cara masase. (Walyani,2016).

7. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

a. Kebutuhan fisiologis

- 1) Oksigen
- 2) Makan dan minum
- 3) Istirahat selama tidak ada his
- 4) Kebersihan badan terutama genetalia
- 5) Buang air kecil dan buang air besar
- 6) Pertolongan persalinan yang berstandar
- 7) Penjahitan perineum bila perlu

b. Kebutuhan rasa aman

- 1) Memilih tempat dan penolong persalinan
- 2) Informasi tentang proses persalinan atau tindakan yang akan dilakukan
- 3) Posisi tidur yang dikehendaki ibu

- 4) Pendampingan oleh keluarga
 - 5) Pantauan selama persalinan
 - 6) Intervensi yang diperlukan
- c. Kebutuhan dicintai dan mencintai
- (1) Pendampingan oleh suami/keluarga
 - (2) Kontak fisik (memberi sentuhan ringan)
 - (3) Masase untuk mengurangi rasa sakit
 - (4) Berbicara dengan suara yang lemah, lembut serta sopan
- d. Kebutuhan harga diri
- 1) Mendengarkan keluhan ibu dengan penuh perhatian atau menjadi pendengar yang baik.
 - 2) Memberi asuhan dengan memperhatikan privasi ibu.
 - 3) Memberi pelayanan yang bersifat empati.
 - 4) Informasi bila akan melakukan tindakan
 - 5) Memberitahu ibu terhadap setiap tindakan yang akan dilakukan.
- e. Kebutuhan aktualisasi diri
- 1) Memilih tempat dan penolong persalinan sesuai keinginan.
 - 2) Menentukan pendamping selama persalinan.
 - 3) Melakukan bounding attachment.
 - 4) Memberi ucapan selamat setelah persalinan selesai (Shofa, 2015).

8. Mekanisme persalinan

Mekanisme Persalinan Normal Pada akhir kala 1, segmen uterus, serviks, dasar panggul, dan pintu keluar vulva membentuk satu jalan lahir yang continue.

Kepala bayi akan melakukan gerakan-gerakan utama meliputi :

- a. *Engagement* (Masuknya kepala pada Pintu Atas Panggul)

Kepala dikatakan telah menancap (*engager*) pada pintu atas panggul apabila diameter biparietal kepala melewati pintu atas panggul. Pada Nulipara, hal ini terjadi sebelum persalinan aktif dimulai karena otot – otot abdomen masih tegang sehingga bagian presentasi terdorong ke dalam panggul. Pada multipara yang otot-otot abdomennya lebih kendur kepala seringkali tetap dapat digerakkan di atas permukaan panggul sampai persalinan dimulai.

b. Descent (Penurunan)

Pada primigravida, masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul biasanya sudah terjadi pada bulan terakhir dari kehamilan, tetapi pada multigravida biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan. Penurunan kepala lebih lanjut terjadi pada kala I dan kala II persalinan. Hal ini disebabkan karena adanya kontraksi dan retraksi dari segmen atas rahim, yang menyebabkan tekanan langsung fundus pada bokong janin. Dalam waktu yang bersamaan terjadi relaksasi dari segmen bawah rahim, sehingga terjadi penipisan dan dilatasi servik. Keadaan ini menyebabkan bayi terdorong ke dalam jalan lahir.

c. Fleksi(Nunduk)

Dengan majunya kepala biasanya juga fleksi bertambah hingga ubun-ubun kecil jelas lebih rendah dari ubun-ubun besar. Fleksi ini disebabkan karena bayi didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir atas panggul, serviks, dinding panggul atau dasar panggul.

d. Rotasi internal (putaran paksi dalam)

Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphysis. Putaran paksi dalam mutlak perlu untuk kelahiran kepala karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul.

e. *Ekstensi*

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai didasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah kedepan dan atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya.

f. *Rotasi eksternal* (putaran paksi luar)

Setelah kepala lahir, maka kepala anak memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Selanjutnya putaran diteruskan hingga belakang kepala berhadapsan dengan tuber ischiadicum sepihak.

g. *Ekspulsi*

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai dibawah symphysis dan menjadi hypomochlion untuk melahirkan bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir (Walyani, 2016).

9. Lima benang merah

a. Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan klinik adalah proses pemecahan masalah yang akan digunakan untuk merencanakan arahan bagi ibu dan bayi baru lahir.

Tujuan langkah dalam membuat keputusan klinik :

- 1) Pengumpulan data utama dan relevan untuk membuat keputusan
- 2) Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah
- 3) Membuat diagnosis atau menentukan masalah yang terjadi
- 4) Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk mengatasi masalah

- 5) Menyusun rencana pemberian asuhan atau intervensi untuk solusi masalah
- 6) Memantau efektifitas asuhan atau intervensi
- 7) Mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi

b. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan:

- 1) Memanggil ibu sesuai namanya, menghargai dan memperlakukannya sesuai martabat
- 2) Menjelaskan asuhan dan perawatan yang akan diberikan pada ibu sebelum memulai asuhan tersebut
- 3) Menjelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarga
- 4) Mengajukan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau kuatir
- 5) Memberikan dukungan, membesarkan hatinya dan menentramkan perasaan ibu serta anggota keluarga yang lain
- 6) Mengajukan ibu untuk ditemani suaminya dan atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya
- 7) Mengajarkan suami dan anggota keluarga mengenai cara memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya
- 8) Melakukan pencegahan infeksi secara konsisten
- 9) Menghargai privasi ibu
- 10) Mengajukan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi
- 11) Mengajukan ibu untuk minum cairan dan makan – makanan bila ia menginginkannya

- 12) Menghargai dan membolehkan praktik tradisional yang tidak memberi pengaruh yang merugikan
- 13) Menghindari tindakan berlebihan dan mungkin membahayakan (episiotomi, pencukuran dan klisma)
- 14) Menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin
- 15) Membantu memulai pemberian ASI dalam 1 jam pertama setelah kelahiran bayi
- 16) Menyiapkan rencana rujukan (bila perlu)
- 17) Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik, bahan - bahan, perlengkapan dan obat – obatan yang diperlukan. Siap melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran bayi

c. Pencegahan infeksi

Prinsip – prinsip pencegahan infeksi:

- 1) Semua orang harus dianggap menularkan penyakit
- 2) Setiap orang harus dianggap beresiko terkena infeksi
- 3) Permukaan benda disekitar kita, peralatan atau benda – benda lainnya yang akan dan telah bersentuhan dengan permukaan kulit yang tak utuh, lecet selaput mukosa atau darah harus dianggap terkontaminasi, sehingga harus diproses dengan benar
- 4) Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatan atau benda lainnya telah diproses maka semua itu harus dianggap terkontaminasi
- 5) Resiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, tetapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan pencegahan infeksi secara benar dan konsisten

d. Pencatatan (rekam medis)

Aspek-aspek dalam pencatatan:

- 1) Tanggal dan waktu asuhan tersebut diberikan
- 2) Identifikasi penolong persalihan
- 3) Paraf atau tanda tangan (dari penolong persalihan) pada semua catatan
- 4) Mencakup informasi yang berkaitan secara tepat, dicatat dengan jelas dan dapat dibaca
- 5) Ketersediaan sistem penyimpanan catatan atau data pasien
- 6) Kerahasiaan dokumen – dokumen medis

e. Rujukan

Meskipun sebagian besar ibu menjalani persalinan normal namun sekitar 10-15 % diantaranya akan mengalami masalah proses persalinan dan kelahiran sehingga perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan. Sangatlah sulit menduga kapan penyulit akan terjadi sehingga kesiapan merujuk ibu dan atau bayinya ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu jika penyulit terjadi. Setiap tenaga/ penolong fasilitas pelayanan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan terdekat yang mampu melayani kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir.

Hal – hal yang paling penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu (BAKSOKUDA):

- 1) Bidan
- 2) Alat
- 3) Keluarga
- 4) Surat
- 5) Obat

- 6) Kendaraan
- 7) Uang
- 8) Darah (Shofa, 2015).

10. IMD (Inisiasi Menyusu Dini)

a. Pengertian Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Inisiasi Menyusu Dini (IMD) atau permulaan menyusu dini adalah bayi mulai menyusu sendiri segera setelah lahir. Seperti halnya bayi mamalia lainnya, bayi manusia mempunyai kemampuan untuk menyusu sendiri. Kontak antara kulit bayi dengan kulit ibunya dibiarkan setidaknya selama satu jam segera setelah lahir, kemudian bayi akan mencari payudara ibu dengan sendirinya.

Cara bayi melakukan inisiasi menyusui dini ini dinamakan the breast crawl atau merangkak mencari payudara.

1) Prinsip menyusui atau pemberian ASI

Beberapa prinsip dalam pemberian ASI adalah sebagai berikut:

- a) Setelah bayi lahir, tali pusat segera diikat.
- b) Letakkan bayi tengkurap di dada ibu dengan kulit bayi bersentuhan langsung ke mulut bayi.
- c) Biarkan kontak kulit berlangsung setidaknya satu jam atau lebih, bahkan sampai bayi dapat menyusu sendiri apabila sebelumnya tidak berhasil.
- d) Bayi diberi topi dan selimut.
- e) Ibu diberi dukungan untuk mengenali saat bayi siap untuk menyusui.
- f) Menyusui dimulai 30 menit setelah bayi lahir.
- g) Memberikan kolostrum kepada bayi.

- h) Tidak memberikan makanan pralaktal seperti air gula atau air tajin kepada bayi baru lahir sebelum ASI keluar, tetapi mengusahakan bayi menghisap untuk merangsang produksi ASI.
- i) Menyusui bayi dari kedua payudara secara bergantian sampai tetes terakhir, masing – masing 15-25 menit.
- j) Memberikan ASI saja selama 4-6 bulan pertama (*on demand*).

2) Manfaat Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

- a) Mendekatkan hubungan batin ibu dan bayi, karena pada IMD terjadi komunikasi batin secara sangat pribadi dan sensitif.
- b) Bayi akan mengenal ibunya lebih dini sehingga akan memperlancar proses laktasi.
- c) Suhu tubuh bayi stabil karena hipotermi telah dikoreksi oleh suhu tubuh ibunya.
- d) Refleks oksitosin ibu akan berfungsi secara maksimal.
- e) Mempercepat produksi ASI, karena sudah mendapat rangsangan isapan dari bayi lebih awal.

3) Cara melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

- a) Tepatkan bayi di atas perut ibunya dalam 2 jam pertama tanpa pembatasan kain diantara keduanya (*skin to skin contac*), lalu selimuti ibu dan bayi dengan selimut hangat.
- b) Setelah bayi stabil dan beradaptasi dengan lingkungan luar uterus, ia akan mulai mencari puting susu ibunya.
- c) Hembusan angin dan panas tubuh ibu akan memancarkan bau payudara ibu, secara insting bayi akan mencari sumber bau tersebut.

- d) Dalam beberapa menit bayi akan merangkak ke atas dan mencari serta merangsang puting susu ibunya, Selanjutnya ia akan mulai menghisap.
- e) Selama prosedur ini tangan bayi akan memasase payudara ibu dan selama itu pula refleks pelepasan hormon oksitosin ibu akan terjadi.
- f) Selama prosedur ini bidan tidak boleh meninggalkan bu dan bayi sendirian. Tahap ini sangat penting karena bayi dalam kondisi siaga penuh. Bidan harus menunda memandikan bayi, melakukan pemeriksaan fisik, maupun prosedur lain (Walyani, 2016).

11. Partograf

Partograf adalah alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi, anamnesis, dan pemeriksaan fisik ibu dalam persalinan, dan sangat penting khususnya untuk membuat keputusan klinik selama kala I persalinan.

Tujuan utama penggunaan partograf adalah mengamati dan mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam dan menentukan normal atau tidaknya persalinan serta mendeteksi dini persalinan lama sehingga bidan dapat membuat deteksi mengenai kemungkinan persalinan lama. Partograf dapat di gunakan untuk semua ibu selama fase aktif kala I persalinan : selama persalinan dan kelahiran di semua tempat seperti rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit dll.

a. Bagian Partograf

Partograf berisi ruang untuk mencatat hasil pemeriksaan yang dilakukan selama kala I persalinan yang mencakup kemajuan persalinan, keadaan janin, dan keadaan ibu.

1) Kemajuan Persalinan

Kemajuan persalinan yang di catat dalam partograf meliputi pembukaan serviks, penurunan kepala janin, dan kontraksi uterus.

a) Pencatatan Selama Fase Laten Dan Fase Aktif Persalinan

(1) Pencatatan Selama Fase Laten

Fase laten ditandai dengan pembukaan serviks 1-3 cm. Selama fase laten persalinan, semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat terpisah dari partograf, yaitu pada catatan atau Kartu Menuju Sehat (KMS) ibu hamil.

(2) Pencatatan Dan Temuan Pada Partograf Selama Fase Aktif

Dilengkapi pada bagian awal (atas) partograf, saat memulai asuhan persalinan.

2) Kesehatan dan Kenyamanan Janin

Menilai dan mencatat setiap 30 menit (lebih sering, jika ada tanda gawat janin). Setiap kotak pada bagian tersebut menunjukkan waktu 30 menit, kisaran normal DJJ terpanjang pada partograf di antara garis tebal angka 180 dan 100. Akan tetapi, penolong harus sudah waspada bila DJJ dibawah 120 atau diatas 160.

3) Warna dan Adanya Ketuban

Warna ketuban dinilai setiap melakukan pemeriksaan dalam, selain warna air ketuban, jika pecah. Catat temuan dalam kontak yang sesuai di bawah lajur DJJ dan gunakan lambang berikut :

- a) U = ketuban utuh (belum pecah)
- b) J = ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih
- c) M = ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium

- d) D = ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah
- e) K = ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban (kering) Mekonium dalam air ketuban tidak selalu menunjukkan gawat janin. Apabila terdapat mekonium, pantau DJJ secara seksama untuk mengenali tanda gawat janin (DJJ 180 kali per menit) selama proses persalinan.

4) Molase (Penyusupan Kepala Janin)

Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras panggul ibu. Tulang kepala yang saling menyusup menunjukkan kemungkinan adanya disproporsi tulang panggul (*Cephalopelvic disproportion*) CPD.

Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, nilai penyusupan kepala janin dan catat temuan dibawah lajur air ketuban dengan menggunakan lambang berikut ini.

- a) 0 = Tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi
- b) 1 = Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan
- c) 2 = Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih, namun masih dapat dipisahkan
- d) 3 = Tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat di pisahkan.

5) Kemajuan Persalinan

Kolom dan lajur pada partograf adalah pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 pada tepi kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks. Skala angka 1- 5 juga menunjukkan seberapa jauh penurunan janin. Masing-masing kotak di bagian ini menyatakan waktu 30 menit.

6) Pembukaan Serviks

Penilaian dan pencatatan pembukaan serviks dilakukan setiap 4 jam (lebih sering, jika terdapat tanda penyulit). Tanda "X" harus ditulis di garis waktu yang sesuai

dengan laju besarnya pembukaan serviks. Beri tanda untuk temuan pemeriksaan dalam yang dilakukan pertama kali selama fase aktif persalinan di garis waspada. Hubungkan tanda “X” dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus).

7) Penurunan Bagian Terbawah Atau Presentasi Janin

Setiap melakukan pemeriksaan dalam (4 jam atau lebih), jika terdapat tanda penyulit, catat dan nilai penurunan bagian terbawah atau presentasi janin. Kemajuan pembukaan serviks umumnya diikuti dengan penurunan bagian terbawah atau presentasi janin pada persalinan normal. Beri tanda “o” pada garis waktu yang sesuai dengan garis tidak terputus 0-5 yang tertera di sisi yang samadengan pembukaan serviks. Hubungkan tanda “o” dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

8) Garis Waspada dan Garis Bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik dengan pembukaan lengkap yang diharapkan terjadi jika laju pembukaan 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspadah. Apabila pembukaan serviks mengarah kesebelah kanan garis waspada, penyulit yang ada harus di pertimbangkan (misalnya fase aktif memanjang, macet dll).

9) Jam dan Waktu

Waktu dimulai fase aktif persalinan, Bagian bawah partograf (pembukaan serviks dan penurunan kepala janin) tertera kotak-kotak yang diberi angka 1-16. Setiap kotak menanyakan waktu satu jam sejak dimulai fase aktif persalinan. Waktu actual saat pemeriksaan dilakukan. Setiap kotak menyatakan satu jam penuh dan berkaitan dengan dua kotak waktu tiga puluh menit pada lajur kotak di atasnya atau lajur kontraksi dibawahnya. Saat ibu masuk dalam fase aktif persalinan,

catatkan pembukaan serviks di garis waspada, lalu catatkan waktu aktual pemeriksaan tersebut dikotak yang sesuai.

10) Kontraksi Uterus

Terdapat lima lajur dengan tulisan “ kontraksi setiap 10 menit“ di sebelah luar kolom paling kiri dibawah lajur waktu partograf. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Tiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lama satuan detik >40 detik.

11) Obat dan Cairan yang Diberikan

- a) Oksitosin Apabila tetesan (drips) oksitosin telah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan intra vena dan satuan tetesan per menit.
- b) Obat lain dan cairan intra vena Catat semua pemberian obat tambahan dan atau cairan intravena dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya.

12) Kesehatan dan Kenyamanan Ibu

Bagian terakhir pada lembar depan partograf berkaitan dengan kesehatan ibu meliputi hal-hal sebagai berikut.

- a) Nadi, tekanan darah, dan temperature tubuh.

Catat dan nilai nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan (lebih sering jika dicurigai terdapat penyulit). Beri tanda titik (.) pada kolom pada waktu yang sesuai. Nilai tekanan darah ibu dan catatat setiap 4 jam selama fase aktif persalinan (lebih sering jika dicurigai terdapat penyulit). Beri tanda panah dalam kolom waktu yang sesuai pada partograf. Nilai dan catat juga temperature tubuh ibu setiap 2 jam dan catat temperature tubuh dalam kotak yang selesai.
- b) Volume urine, protein dan aseton.

Ukuran catat jumlah produksi urine ibu sedikitnya setiap 2 jam. Apabila memungkinkan, setiap kali ibu berkemih, lakukan pemeriksaan aseton atau protein dalam urine.

13) Asuhan, Pengamatan Dan Keputusan Klinik Lainnya.

Catatan semua asuhan lain, hasil pengamatan, dan keputusan klinik di sisi luar kolom partograf, atau buat catatan terpisah tentang kemajuan persalinan. Cantumkan juga tanggal dan waktu saat membuat catatan persalinan. Asuhan pengamatan, dan/ atau keputusan klinik mencakup jumlah cairan oral yang diberikan, seperti keluhan sakit kepala atau penglihatan kabur, konsultasi dengan penolong persalinan lainnya (dokter obgin, bidan, dokter umum), persiapan sebelum melakukan rujukan dan upaya rujukan.

14) Pencatatan Pada Lembar Belakang Partograf

(a) Data Dasar

Data dasar terdiri atas tanggal, nama bidan, tempat persalinan, alamat tempat persalinan, catatan alasan merujuk, tempat rujukan, dan pendamping saat merujuk.

(b) Kala I

Data kala I terdiri atas pertanyaan tentang partograf saat melewati garis waspada, masalah yang dihadapi, penatalaksanaan dan hasil penatalaksanaan tersebut.

(c) Kala II

Data kala II terdiri atas episiotomy, pendamping persalinan, gawat janin, distosia bahu, masalah penyerta, penatalaksanaan, dan hasilnya. Jawaban di beri tanda “√” pada kotak di samping jawaban yang sesuai.

(d) Kala III

Data kala III terdiri atas lama kala III, pemberian oksitosin, peregangan tali pusat terkendali, masase uterus, plasenta lahir lengkap, plasenta tidak lahir >30 menit, laserasi, atonia uteri, jumlah perdarahan, masalah penyerta, penatalaksanaan dan hasilnya.

(e) Kala IV

Data kala IV terdiri dari tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan. Pemantauan kala IV sangat penting untuk menilai resiko atau terjadi perdarahan pasca persalinan. Pemantauan kala IV dilakukan setiap 15 menit pada 1 jam pertama setelah melahirkan dan setiap 30 menit pada 1 jam berikutnya.

(f) Bayi Baru Lahir

Data bayi baru lahir tersiri dari berat dan panjang badan, jenis kelamin, penilaian kondisi bayi baru lahir, pemberian Air Susu Ibu (ASI), masalah penyerta, penatalaksanaan terpilih, dan hasilnya (Jannah, 2017).

12. Asuhan Persalinan Normal 60 Langkah

60 Langkah Persalinan Normal

I. MELIHAT TANDADAN GEJALA KALA DUA

1. Mengamati tandadangejala persalinan kala dua
 - a. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - b. Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vaginanya.
 - c. Perineum menonjol.
 - d. Vulva-vagina dan sfingter ani membuka.

II. MENYIAPKAN PERTOLONGAN PERSALINAN

2. Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3. Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
4. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk sekali pakai/pribadi yang bersih.
5. Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
6. Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).

III. MEMASTIKAN PEMBUKAAN LENGKAP DENGAN JANIN

BAIK.

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar.
8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap.
 - a. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.

9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti di atas).
10. Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100–180 kali / menit).
 - a. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
 - b. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaannya dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.

IV. MENYIAPKAN IBU & KELUARGA UNTUK MEMBANTU

PROSES PIMPINAN MENERAN.

11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
 - a. Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.
 - b. Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberisemangat kepada ibu saat memulai meneran.
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat adahis, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).

13. Melakukan pimpinan meneran saat Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran :

- a. Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
- b. Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.
- c. Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang).
- d. Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.
- e. Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
- f. Menganjurkan asupan cairan per oral.
- g. Menilai DJJ setiap lima menit.
- h. Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60/menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.

14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.

V. PERSIAPAN PERTOLONGAN KELAHIRAN BAYI.

15. Letakan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi membuka 5-6 cm.

16. Letakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.

17. Membuka partus set

18. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

VI. MENOLONG KELAHIRAN BAYI

Lahirnyakelapa

19. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala bayi keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.
20. Memeriksa tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi
 - a. Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b. Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempny di dua tempat dan memotongnya.
21. Tunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksiluar secara spontan Lahir bahu
22. Setelah kepala melakukan putaran paksiluar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.

Lahir badan dan tungkai

23. Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran

siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

24. Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusur tangan yang adadi atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat pangung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

VII. PENANGANAN BAYI BARU LAHIR

25. Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan).

26. Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian pusat.

27. Periksa kembali perut ibu untuk memastikan tidak ada bayi lain dalam uterus (hamil tunggal)

28. Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin.

29. Dalam waktu 1 menit setelah bayilahir, memberikansuntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha kanan atas bagian luar, setelah mengaspirasi terlebih dahulu.

30. Menjepit talipusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada talipusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasangkan klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).

31. Pemotongan dan pengikatan talipusat.

32. Tempatkan bayi untuk melakukan kontak kulit ibu ke kulit bayi. Selimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

VIII. PENATALAKSANAAN AKTIF KALA 3

33. Pindahkan klem padat alipusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
34. Meletakkan satukan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Tangan lain menegangkan tali pusat.
35. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut.
36. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, Menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai.
- a. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan ransangan puting susu. Mengeluarkan plasenta.
 - c. Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.

d. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 – 10cm dari vulva.

e. Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit :

Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit IM. Menilai kandungan kemih dan mengkateterisasi kandungan kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu. Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan. Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya. Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

37. Jika plasenta terlihat di introitus vagina, lanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpelin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.

a) Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forseps disinfeksi tingkat tinggi. Rangsangan taktil (masase) uterus.

38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).

IX. MENILAI PERDARAHAN

39. Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantong plastik atau tempat khusus.
40. Mengevaluasi adanya lacerasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit lacerasi yang mengalami perdarahan aktif.

X. MELAKUKAN PROSEDUR PASCA PERSALINAN

41. Menilai ulang uterus dan memastikan nyaberkontraksi dengan baik.
42. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, lepaskan secara terbalik dan rendam sarung tangan dalam klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, keringkan tangan dengan tissue bersih dan kering.

Evaluasi

43. Pastikan kandung kemih kosong
44. Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
45. Mengevaluasi kehilangan darah.
46. Memeriksa nadi dan pastikan keadaan umum baik.
47. Periksa kembali kondisi bayi untuk memastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/menit).

Kebersihan dan keamanan

48. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cucilah peralatan setelah didekontaminasikan.

49. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
50. Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfektan tingkat tinggi.
Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah.
51. Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Mengajak keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
52. Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
53. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
54. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
55. Pakai sarung tangan bersih untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi.
56. Dalam satu jam pertama berikan salep mata, vit K1 mg intramuskular paha kiri bayi setelah satu jam kontak kulit dengan ibu.
57. Berikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan bawah lateral (setelah satu jam pemberian vit K1).
58. Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
59. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

Dokumentasi
60. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV persalinan (Modul Midwifery Update 2016).

B. Teori Manajemen Kebidanan

1. Pengertian Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan (*Midwifery Management*) adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis, mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosa kebidanan, perencanaan, penatalaksanaan dan evaluasi.

2. Tahapan dalam Manajemen kebidanan

Langkah – langkah asuhan kebidanan menurut varney, yaitu sebagai berikut :

- a. Langkah I : Pengumpulan Data Dasar
- b. Langkah II : Interpretasi Diagnosa atau Masalah Aktual
- c. Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosa Atau Masalah Potensial
- d. Langkah IV : Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan Yang Memerlukan Penanganan Segera
- e. Langkah V : Merencanakan Asuhan Yang Komprehensif/Menyeluruh
- f. LangkahVI : Melaksanakan Perencanaan dan Penatalaksanaan
- g. Langkah VII : Evaluasi

3. Pendokumentasian Hasil Asuhan Kebidanan (SOAP)

Pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif yang meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial serta konseling untuk tindak lanjut.

a. Data Subjektif

Merupakan data yang berisi informasi dari klien. Informasi tersebut dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnosa.

b. Data Objektif

Data yang diperoleh dari apa yang dilihat dan dirasakan oleh bidan pada waktu pemeriksaan laboratorium, USG, dll. Apa yang dapat di obserfasi oleh bidan akan menjadi komponen yang berarti dari diagnose yang akan di tegakkan.

c. Assessment

Merupakan kesimpulan yang dibuat berdasarkan data subjektif dan data objektif yang didapatkan.

Tabel 2-1
Data Nomenklatur Kebidanan

No.	Nama Diagnosa	No.	Nama Diagnosa
1.	Kehamilan normal	36.	Invertio uteri
2.	Partus normal	37.	Bayi besar
3.	Syok	38.	Malaria berat dengan komplikasi
4.	Denyut jantung janin tidak normal	39.	Malaria ringan tanpa komplikasi
5.	Abortus	40.	Mekonium
6.	Solusio plasenta	41.	Meningitis
7.	Akut pielonefritis	42.	Metritis
8.	Amnionitis	43.	Migraine
9.	Anemia berat	44.	Kehamilan mola
10.	Apendisitis	45.	Kehamilan ganda
11.	Atonia uteri	46.	Partus macet
12.	Post partum normal	47.	Posisi occiput posterior (di belakang)
13.	Infeksi mammae	48.	Posisi occiput melintang
14.	Pembekakan mammae	49.	Kista ovarium
15.	Presentasi bokong	50.	Abses pelvic
16.	Asma brochiale	51.	Peritonitis
17.	Presentasi dagu	52.	Plasenta previa
18.	Disproporsi sefalo pelvic	53.	Pneumonia
19.	Hipertensi kronik	54.	Preeklamsia berat atau ringan
20.	Koagilopati	55.	Hipertensi karena kehamilan
21.	Presentasi ganda	56.	Ketuban pecah dini
22.	Cystitis	57.	Partus prematurus
23.	Eklampsia	58.	Prolapsus tali pusat
24.	Kehamilan ektopik	59.	Partus fase laten lama
25.	Ensevhaltitis	60.	Partus kala lama II lama
26.	Epilepsi	61.	Retensio plasenta
27.	Hidranion	62.	Sisa plasenta
28.	Presentasi muka	63.	Rupture uteri
29.	Persalinan semu	64.	Bekas luka <u>uteri</u>
30.	Kematian janin	65.	Presentasi bahu

- | | |
|--------------------------|--------------------------------|
| 31. Hemoragik antepartum | 66. Distosia bahu |
| 32. Hemoragik postpartum | 67. Robekan serviks dan vagina |
| 33. Gagal jantung | 68. Tetanus |
| 34. Inertia uteri | 69. Letak lintang |
| 35. Infeksi luka | |
-

(Wildan,2011).

d. Planning/Perencanaan

Merupakan perencanaan pelaksanaan dan evaluasi sesuai dengan kesimpulan yang dibuat (Ai Nursiah, 2014).