

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Persalinan Normal**

##### **1. Pengertian**

Persalinan dan Kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, dalam Walyani, 2016)

Persalinan adalah suatu proses saat janin dan produk konsepsi dikeluarkan sebagai akibat kontraksi teratur, progresif, sering dan kuat (Purwoastuti, 2016).

Berdasarkan pengertian di atas maka dapat disimpulkan bahwa persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam produk konsepsi dikeluarkan sebagai akibat kontraksi teratur, progresif, sering dan kuat yang nampaknya tidak saling berhubungan bekerja dalam keharmonisan untuk melahirkan bayi.

Tujuan asuhan persalinan normal adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terjadi intergrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat optimal. Dengan pendekatan ini berarti bahwa upaya asuhan persalinan normal harus didukung oleh adanya alasan yang kuat dan berbagai bukti ilmiah yang dapat menunjukkan adanya manfaat apabila diaplikasikan pada setiap proses persalinan (Walyani, 2016).

## 2. Permulaan Persalinan

Tanda persalinan sudah dekat:

### a) *Lightening*

Menjelang minggu ke-

36 pada primigravida, terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk ke dalam panggul. Penyebab dari proses ini adalah sebagai berikut:

- 1) Kontraksi *Braxton Hicks*
- 2) Ketegangan dinding perut
- 3) Ketegangan ligamentum rotundum
- 4) Gaya berat janin, kepala bawah uterus.

Masuknya kepala janin dalam panggul dapat dirasakan oleh wanita hamil dengan tanda-tanda sebagai berikut :

- a) Terasa ringan di bagian atas dan rasa sesak berkurang
- b) Di bagian bawah terasa penuh dan mengganjal
- c) Kesulitan saat berjalan
- d) Sering berkemih

### b) Terjadinya hispemulaan

Pada saat hamil muda sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks* yang kadang dirasakan sebagai keluhan karena rasa sakit yang ditimbulkan. Biasanya pasien mengeluh adanya rasa sakit di pinggang dan terasa sangat mengganggu,

terutama pada pasien dengan ambang rasa sakit yang rendah

.Adanya perubahan kadar hormone estrogen dan progesteron menyebabkan oksitosin semakin meningkat dan dapat menjalankan fungsinya dengan efektif untuk menimb

ulka kontraksi atau hispemulaan.

His pemulaan ini

sering diistilahkan sebagai his palsu dengan ciri-ciri sebagai berikut:

- 1) Rasanya ringan di bagian bawah.
- 2) Datang tidak teratur .
- 3) Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan.
- 4) Durasi pendek
- 5) Tidak bertambah bila beraktivitas (Sulistiyawati A. 2012).

### 3. Tanda-Tanda Persalinan

Tanda-tanda persalinan antara lain:

#### a. Penipisan dan pembukaan serviks

Perubahan serviks diduga terjadi akibat peningkatan intensitas kontraksi *Braxtonhicks*.

Serviks menjadi matang selama periode yang berbeda-

beda yang sebelum persalinan. Kematangan serviks mengindikasikan kesiapan untuk persalinan, saat memasuki persalinan, serviks mengalami penipisan dan pembukaan.

#### b. Kontraksi uterus

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

#### c. *Bloodshow*

Cairan lendir bercampur darah yang keluar melalui vagina (Ilmiah 2015).

### 4. Sebab-Sebab Mulainya Persalinan

Terjadinya persalinan disebabkan oleh beberapa teori sebagai berikut:

#### a. Teori penurunan hormone

1-

2 minggu sebelum persalinan dimulai terjadi penurunan kadar hormone estrogen dan pr

ogesterone. Progesterone bekerja sebagai penenang otot-

otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah hal ini sehingga akan menimbulkan kontraksi rahim.

b. Teori penebaran plasenta

Tuany 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 utero-plasenta.

d. Teori iritasi mekanik

Dibelakang servik terletaknya ligamen servikal (fleksus frankenhauser). Bila ligamen ini digeser dan ditekan, akan timbul kontraksi uterus.

e. Induksi partus

Persalinan dapat ditimbulkan dengan jalan:

- 1) Gangguan laminaria: Beberapa laminaria dimasukkan ke dalam servikal dengan tujuan merangsang fleksus frankenhauser.
- 2) Amniotomi: Pemecahan ketuban
- 3) Oksitosin drips: Pemberian oksitosin menuruttetesan infuse
- 4) Misoprostol: Cytotec/gastru (Ilmiah, 2015).

## 5. 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 kerastulang – tulang panggul (rangka panggul)
- b) Bagian lunak (otot – otot, jaringan dan ligament – ligament pintu panggul)

2) Sumbu panggul

Sumbu panggul adalah garis yang menghubungkan titik-titik tengah ruang panggul yang melengkung kedepan (Sumbu Carus).

3) Bidang – bidang *Hodge*

- a) Bidang *Hodge I* : dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas symphysis dan promontorium
- b) Bidang *Hodge II*: sejajar *Hodge I* setinggi pinggir bawah symphysis.
- c) Bidang *Hodge III*: sejajar *Hodge I* dan *II* setinggi spinaischia dikanan dan kiri
- d) Bidang *Hodge IV*: sejajar *Hodge I, II, III* setinggi os coccygis

b. *Power*

*Power* merupakan kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga menerangi 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 lebih tebal dan lebih

pendek. Kavum terimenjadi lebih kecilserta mendorong janin dan kantung amnion

kearah segmen bawah rahim dan serviks.

2) Kontraksi Otot – otot dinding perut

3) Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan.

4) Ketegangan dan ligamentous action terutama ligamentum rotundum.

c. *Passanger*

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 pas  
senger yang menyertai janin namun plasenta jarang menghambat pada persalinan nor  
mal.

3) Air ketuban

Amnion pada kehamilan term merupakan suatu membran yang kuat dan ulet tetapi  
lentur. Amnion adalah jaringan yang menentukan hambatan persemua kekuatan regangan  
embrane janin dengan demikian pembentuk komponen amnion yang mencegah  
upture atau robekan sangat penting bagi keberhasilan kehamilan. Penurunan ada  
lah gerakan bagian presentasi melewati panggul, penurunan ini terjadi atas  
3 kekuatannya yaitu salah satunya adalah tekanan dan cairan amnion dan juga saat terjadi  
nyadi dilatasi serviks atau pelebaran muara dalam saluran serviks yang terjadi karena teka  
nanyang 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. Mereka seolah-olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu ‘‘keadaan yang belum pasti’’ sekarang menjadi kenyataan.

e. *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. (Ilmiah, 2015).

## **6. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin**

Kebutuhan ibu selama persalinan sebagai berikut;

a. Pemenuhan kebutuhan fisiologi

- 1). Mengatur sirkulasi udara dalam ruangan.
- 2). Memberikan air minum.
- 3). Mengajukan istirahat di luar his.
- 4). Menjaga kebersihan badan terutama daerah genitalia.
- 5). Mengajukan buang air kecil atau buang air besar.
- 6). Menolong persalinan sesuai standar.

b. Pemenuhan kebutuhan rasa aman.

- 1) Memberi informasi tentang proses persalinan dan tindakan yang akan dilakukan.
- 2) Menghargai pilihan posisi tidur.

- 3) Menentukan pendamping selama persalinan.
  - 4) Melakukan pemantauan selama persalinan.
  - 5) Melakukan tindakan sesuai kebutuhan.
- c. Kebutuhan dicintai dan mencintai
- 1). Menghormati pilihan pendamping selama persalinan.
  - 2). Melakukan kontak fisik (membersentuhan ringan).
  - 3). Melakukan massage untuk mengurangi rasa sakit.
  - 4). Melakukan pembicaraan dengan suaranya yang lemah lembut serta sopan.
- d. Pemenuhan kebutuhan harga diri.
- 1) Mendengarkan kelebihan ibu dengan penuh perhatian atau menjadi pendengarnya yang baik.
  - 2) Memberi asuhan dengan memperhatikan privacy ibu.
  - 3) Memberi pelayanan yang bersifat empati.
  - 4) Informasi bila akan melakukan tindakan.
  - 5) Memberitahu ibu terhadap setiap tindakan yang akan dilakukan.
- e. Pemenuhan kebutuhan aktualisasi.
- 1) Memilih tempat dan penolong persalinan sesuai keinginan.
  - 2) Menentukan pendamping selama persalinan.
  - 3) Melakukan bonding attachment.
  - 4) Memberi ucapan selamat setelah persalinan selesai. (Ilmiah, 2015)

## **7. Lima Benang Merah**

Adalima

aspek dasar/lima benang merah, yang penting dan saling terkait dalam persalinan yang bersih dan aman yaitu membuat keputusan klinik, asuhan sayang ibu dan sayang bayi, pencegahan infeksi, pencatatan/rekam medis, dan rujukan

a.

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

Tujuh langkah dalam membuat keputusan klinik:

- 1). Pengumpulan data atau amatan 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 yang ibu dan bayi adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan ibu.

Asuhan yang ibu dalam persalinan:

1).

Memantau

gilibusesuainamanya, menghargai dan memperlakukannya sesuai martabatnya.

2).

Menjelaskan

askan asuhan dan perawat yang akan diberikan pada ibu sebelum memulai asuhan tersebut.

3). Menjelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarganya.

4). Mengajukan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.

5). Mendengarkan dan menanggapi pertanyaan dan kekhawatiran ibu.

6).

Membe

rikandukungan, membesarkan hatinya menentramkan perasaan ibu beserta anggota  
takeluanganya.

7).

Menga

njurkan ibu untuk ditemanis suaminya atau anggota takeluanganya selama persalinan.

8). Menghargai privasi ibu.

9). Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik, bahan-

bahan, perlengkapan dan obat – Obat yang diperlukan (Ilmiah, 2015).

#### c. Pencegahan Infeksi (PI)

Tujuan PI adalah untuk mencegah infeksi serius pascabedah. Ada beberapa  
tindakan yang akan sering kita temui dalam PI, yang perlu diketahui pengetiannya. Tinda  
kan tersebut antara lain adalah sepsis atau teknik aseptik, antisepsis, dekontaminasi, des  
infeksi, cucu bilas, desinfeksi tingkat tinggi, sterilisasi.

Definisi tindakan dalam PI tersebut adalah:

- 1) Asepsis atau teknik aseptik adalah istilah yang dipakai untuk menggambarkan semua  
usaha yang dilakukan dalam mencegah masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh  
dan berpotensi untuk menimbulkan infeksi.
- 2) Antisepsis adalah suatu tindakan PI dengan cara membunuh/menghambat pertumb  
uhan mikroorganisme pada kulit/jaringan tubuh.
- 3) Dekontaminasi adalah suatu tindakan yang dilakukan untuk memastikan bahwa pet  
ug kesehatan dapat menangani secara aman berbagai benda yang terkontaminasi di  
arah, dan cairan tubuh.

- 4) Mencuci dan membilas adalah suatu tindakan untuk menghilangkan darah, cairan tubuh atau benda asing dari kulit/instrument.
  - 5) Desinfeksi adalah suatu tindakan untuk menghilangkan hampir semua mikroorganisme penyebab penyakit yang mencemari benda mati/instrument.
  - 6) Desinfeksi tingkat tinggi DTT adalah suatu tindakan untuk menghilangkan semua mikroorganisme kecuali endospora bakteri dengan cara merebus atau kimiawi.
  - 7) Sterilisasi adalah tindakan untuk menghilangkan semua mikroorganisme termasuk endospora pada benda mati/instrument.
- d. Dokumentasi atau pencatatan.

Pencatatan adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Mengkaji ulang catatan memungkinkan untuk menganalisa data yang telah dikumpulkan dan dapat lebih efektif dalam merumuskan suatu diagnose dan membuat rencana asuhan atau perawatan bagi ibu dan bayinya. (Saifuddin, 2014)

- e. Rujukan

Rujukan tepat waktu merupakan unggulan asuhan sayang ibu dalam mendukung keselamatan ibu dan bayi baru lahir. Singkatan ‘‘BAKSOKU’’ dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan ibu dan bayi (Indrayani, 2013).

## **8. Mekanisme Persalinan**

Mekanisme persalinan normal terbagi dalam beberapa tahapan gerakan kepala janin di dalam panggul yang diikuti dengan lahirnya seluruh anggota badan bayi.

a. Penurunan Kepala

Terjadi selama proses persalinan karena daya dorong dari kontraksi uterus yang efektif, posisi, serta kekuatan meneran dari pasien

b. Fiksasi (*engagement*)

Tahap penurunan pada waktu diameter biparietal dari kepala janin telah masuk panggul ibu

c. Fleksi

Pada saat kepala bertemu dengan dasar panggul, tahanannya akan meningkatkan fleksi menjadi bertambah besar yang sangat diperlukan agar saat sampai dasar panggul kepala janin sudah dalam keadaan fleksi maksimal

d. Putaran paksi dalam

Kepala akan berputar dari arah diameter kanan, miring ke arah diameter PAP dari panggul tepi bahu tetap miring ke kiri, dengan demikian hubungan normal antara as panjang kepala janin dengan as panjang dari bahu akan berubah dan leher akan berputar 45 derajat. Hubungan antara kepala dan panggul ini akan terus berlanjut selama kepala janin masih di dalam panggul

e. Ekstensi

Cara kelahiran ini untuk kepala dengan posisi oksiput posterior. Proses ini terjadi karena gaya tahan dari dasar panggul, dimana gaya tersebut membentuk lengkungan carus, yang mengarahkan kepala ke atas menuju lorong vulva. Bagian leher belakang di bawah oksiput akan bergeser ke bawah simpis pubis dan bekerja sebagai titik poros (*hipomoklion*). Uterus yang berkontraksi kemudian

memberikan tekanan tambahan dikepala yang menyebabkan lebih lanjut saat lubang vulva vagina membuka lebar.

f. Resitusi

Perputaran kepala 45 derajat baik ke kanan atau ke kiri, bergantung kepala ke arah dimana ia mengikuti perputaran menuju posisi oksiput anterior

g. Putaran paksi luar

Pada saat kepala janin mencapai dasar panggul, bahu mengalami perputaran dalam arah yang sama dengan kepala janin agar terletak dalam diameter yang lebih besar dari rongga panggul. Bahu anterior akan terlihat pada lubang vulva-vagina, dimana ia akan bergeser dibawah symphysis pubis.

h. Lahirnya bahu dan seluruh anggota badan bayi

Bahu posterior akan menggembungkan perineum dan kemudian dilahirkannya dengan cara fleksi lateral. Setelah bahu dilahirkan, seluruh tubuh janin akan dilahirkan mengikuti sumbu carus (Sulistiyawati A, 2012).

## 9. Tahapan Persalinan

a. Kala 1 (Pembukaan)

Waktu untuk pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan lengkap (10 cm).

Dalam kala 1 pembukaan dibagi menjadi 2 fase :

a) Fase laten

Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.

(a) Pembukaan kurang dari 4 cm

(b) Biasanya berlangsung kurang dari 8 jam

b) Fase aktif

- (a) Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (Kontraksi adekuat/3 kali atau lebih dalam 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih)
- (b) Serviks membuka dari 4 ke 10, biasanya dengan kecepatan 1cm/lebih perjam hingga pembukaan lengkap (10)
- (c) Terjadinya penurunan bagian terbawah janin
- (d) Berlangsung selama 6 jam dan di bagi atas 3 fase,yaitu :

Berdasarkan kurva friedman :

- (a) Periode akselerasi, berlangsung selama 2 jam pembukaan 4 cm
- (b) Periode dilatasi maksimal, berlangsung selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat dari 4 menjadi 9 cm
- (c) Periode diselerasi, berlangsung lambat dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm/lengkap. Lamanya kala 1 untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan pada multigravida sekitar 8 jam.(Walyani ,2016).

Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah :

- 1) Memberikan dukungan emosional
- 2) Pendampingan anggota keluarga selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya.
- 3) Menghargai keinginan ibu untuk memilih pendamping selama persalinan
- 4) Peran aktif anggota keluarga selama persalinan dengan cara :
  - a) Mengucapkan kata- kata yang membesarkan hati dan memuji ibu.
  - b) Memantau ibu bernafas dengan benar saat kontraksi
  - c) Melakukan massage pada tubuh ibu dengan lembut

- d) Menyeka wajah ibu dengan lembut menggunakan kain
  - e) Menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa aman.
- 5) Mengatur posisi ibu sehingga terasa nyaman
  - 6) Memberikan cairan nutrisi dan hidrasi
  - 7) Mem berikan kecukupan energi dan mencegah dehidrasi. Karena dehidrasi menyebabkan kontraksi tidak teratur dan efektif.
  - 8) Memberikan keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur dan spontan.
  - 9) Kandung kemih penuh menyebabkan gangguan kemajuan persalinan dan menghambat turunnya kepala, menyebabkan ibu tidak nyaman,meningkatkan resiko perdarahan pasca persalinan,mengganggu penatalaksanaan distosia bahu,meningkatkan resiko infeksi saluran kemih pasca persalinan.
  - 10) Pencegahan infeksi untuk mewujudkan persalinan yang bersih dan aman bagi ibu dan bayi, menurunkan angka mordibitas dan mortalitas ibu dan bayi baru lahir (Ilmiah,2015).
- 11) Penapisan Persalinan
- a) Riwayat bedah sesar, yaitu bila ibu pernah mengalami operasi besar seperti Laparatomi,Caesar,dll.
  - b) Perdarahan pervaginaan, yaitu bila ibu mengalami perdarahan melalui jalan lahir.
  - c) Persalinan kurang bulan, yaitu bila umur kehamilan ibu kurang dari 37 minggu

- d) Ketuban pecah dengan mekonium yang kental, yaitu ibu mengeluarkan air ketuban dengan warna hijau tua dan kental karena tercampur mekonium atau BAB bayi.
- e) Ketuban pecah lama, yaitu bila ibu telah mengeluarkan air ketuban selama 24 jam
- f) Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan, yaitu ibu mengeluarkan air ketuban dengan umur kehamilan kurang dari 37 minggu
- g) Ikterus, yaitu bila ibu mengalami kelainan berupa sakit kuning (Kuku, sclera mata, kulit bewarna kuning)
- h) Anemia berat, yaitu bila kadar Hb dalam darah ibu kurang dari normal
- i) Tanda gejala infeksi, misalnya bila ibu mengalami panas tinggi
- j) Preeklampsia/Hipertensi dalam kehamilan (HDK), ditandai dengan tekanan darah dan kadar protein urin tinggi, disertai kejang
- k) Tinggi fundus uteri 40 cm atau lebih, yaitu pembesaran rahim yang melebihi normal
- l) Gawat janin, yaitu denyut jantung janin  $<100x/\text{menit}$  atau  $>160x/\text{menit}$
- m) Primipara dalam Fase aktif persalinan, dengan palpasi kepala janin masih 5/5, atau dengan kata lain pada ibu yang baru pertama kali akan bersalin, kepala janin belum masuk panggul.
- n) Tali pusat menumbung
- o) Syok yaitu nadi cepat, lemah (lebih dari 110 kali/menit), nafas cepat ( $>30$  kali/menit), cemas bingung atau tidak sadar.
- p) Persalinan fase laten memanjang pembukaan serviks kurang dari 4 cm setelah 8 jam

- q) Belum inpartu his kurang dari 2 kali dalam 10 menit, berlangsung kurang dari 20 detik. Tidak ada perubahan serviks dalam waktu satu sampai dua jam.
- r) Partus lama pembukaan serviks mengarah kesebelah kanan garis waspada ( partograf) (Indrayani,2013).

## b. Kala II

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua disebut juga kala pengeluaran bayi.

### 1) Gejala utama kala II

- a) His semakin kuat
- b) Menjelang akhir kala II, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan seperti mendadak.
- c) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan meneran karena tekanannya fleksus frankenhouser.
- d) Dua kekuatan, yaitu his dan meneran akan mendorong kepala bayi sehingga kepala membuka pintu.
- e) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu menyesuaikan kepala pada punggung.
- f) Setelah putaran paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan jalan berikut :
  - 1) Pegang kepala pada tulang oksiput dan bagian bawah dagu, kemudian ditarik cunam kebawah untuk melahirkan bahu depan. Dan cunam ke atas untuk melahirkan bahu belakang.

- 2) Setelah kedua bahu bayi lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi.
  - 3) Bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban
  - g) Lamanya kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit (Sulistyawati A,2012).
- 2) Tanda – tanda kala II :
- a) His lebih sering dan kuat
  - b) Penderita mulai mengejan
  - c) *Blood show* lebih banyak, kadang- kadang diikuti sedikit perdarahan.
  - d) Penderita merasa seperti ingin buang air besar, hal ini disebabkan karena tekanan kepala pada dasar panggul dan juga rectum.
  - e) Perineum mulai menonjol dan anus mulai membuka
  - f) Padamultipara penderita akan dipindahkan ke kamar bersalin pada pembukaan 5 cm, sedangkan pada primipara bila pembukaan 7 cm. Untuk memastikan apakah betul kala II telah mulai, dapat dilakukan pemeriksaan dalam (Saifuddin,2014)
- 3) Asuhan yang dapat dilakukan :
- a) Pendampingan ibu selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya
  - b) Keterlibatan anggota keluarga dalam memberikan asuhan
- Antara lain :
- 1) Membantu ibu untuk berganti posisi
  - 2) Melakukan rangsangan taktil
  - 3) Memberikan makan dan minum
  - 4) Menjadi teman bicara atau pendengar yang baik.

- 5) Memberikan dukungan dan semangat selama persalinan sampai kelahiran bayi.
  - c) Keterlibatan penolong persalinan selama proses persalinan dan kelahiran.
  - d) Membuat hati ibu merasa tenang selama kala II persalinan dengan cara memberikan bimbingan dan menawarkan bantuan kepada ibu.
  - e) Menganjurkan ibu meneran bila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran dengan cara memberikan kesempatan istirahat sewaktu tidak ada his.
  - f) Mencukupi asupan makan dan minum selama kala II.
  - g) Memberikan rasa aman dan nyaman.
  - h) Pencegahan infeksi pada kala II dengan membersihkan vulva dan perineum ibu.
  - i) Membantu ibu mengosongkan kandung kemih secara spontan (Ilmiah,2015).

#### 4) Pengertian Robekan Perineum

Ruptur perineum adalah robekan yang terjadi pada saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan menggunakan alat atau tindakan. Robekan terjadi hampir pada semua primipara. Robekan perineum adalah robekan obstetric yang terjadi pada daerah perineum akibat ketidakmampuan otot dan jaringan lunak pelvic untuk mengakomodasi kelahiran fetus. Pada dasarnya robekan perineum dapat dikurangi dengan menjaga jangan sampai dasar panggul dilewati kepala janin terlalu cepat (Fatimah,prasetya. 2019).

Robekan perineum terjadi hampir pada semua persalinan pertama dan tidak jarang pada persalinan berikutnya. Luka perineum setelah persalinan ada 2 macam yaitu terdiri dari :

1) Rupture

Ruptur adalah luka pada perineum yang diakibatkan oleh rusaknya jaringan secara alamiah karna proses desakan kepala janin atau bahu pada saat proses persalinan. Bentuk ruptur biasanya tidak teratur sehingga jaringan yang robek sulit dilakukan penjahitan. (Rukiyah,2011).

2) Episiotomy

Adalah suatu tindakan inisiasi pada perineum yang menyebabkan terpotongnya selaput lendir vagina, cincin selaput darah, jaringan pada sempit rektovaginal, otot – otot dan fascia perineum dan kulit sebelah depan perineum (Prawiraharjo,2011).

c. Klasifikasi Derajat Laserasi Jalan Lahir

Menurut (Sulistyawati,2012) derajat laserasi jalan lahir adalah sebagai berikut :

a) Derajat 1

Laserasi mengenai mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum. Tidak perlu dijahit jika tidak ada perdarahan dan posisi luka

b) Derajat 2

Laserasi mengenai mukosa vagina, komisari posterior, kulit perineum, otot perineum. Jahit menggunakan teknik yang sesuai kondisi pasien

c) Derajat 3

Laserasi mengenai mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot spingter ani

d) Derajat 4

Laserasi mengenai mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot spingter ani, rectum.

d. Faktor yang mempengaruhi ruptur perineum

1) Paritas

Adalah jumlah janin dengan berat badan lebih dari 500 gr yang pernah dilahirkan hidup maupun mati bila berat badan tidak diketahui maka dipakai umur kehamilan lebih dari 24 minggu. Robekan perineum hampir terjadi pada semua persalinan pertama (primipara) dan tidak jarang pada persalinan berikutnya (multipara)

2) Berat Bayi Lahir

Semakin besar bayi dilahirkan meningkatkan resiko terjadinya ruptur perineum. Bayi besar adalah bayi yang begitu lahir memiliki berat lebih dari 4000 gr. Hal ini terjadi karena semakin besar bayi berat badan bayi yang dilahirkan akan meningkat resiko terjadinya ruptur perineum karena perineum tidak cukup menahan regangan kepala bayi dengan berat badan. Kelebihan berat badan dapat disebabkan oleh beberapa hal diantaranya ibu menderita DM, ibu yang memiliki riwayat melahirkan bayi besar, faktor genetic, dan pengaruh kecukupan gizi. Berat bayi lahir normal adalah sekitar 2500-4000 gram

3) Cara Mengejan

Kekuatan kontraksi rahim dibantu tenaga ibu yang kuat waktu mengejan, mendorong kepala bayi berada pada dasar otot panggul. Pelahiran kepala bayi dilakukan diantara kontraksi, alasannya adalah bahwa kombinasi kontraksi dan upaya mendorong ibu memberikan kekuatan pada saat melahirkan. Hal ini membuat pelahiran kepala lebih cepat dan melepaskan tekanan secara

mendadak, yang keduanya meningkatkan resiko kerusakan intracranial bayi dan laserasi pada jalan lahir.

4) Elastisitas Perineum

Perineum yang kaku dan tidak elastis akan menghambat persalinan kala II dan dapat meningkatkan resiko terhadap janin. Juga menyebabkan robekan perineum yang luas sampai tingkat 3. Hal ini sering ditemui pada primigravida berumur diatas 35.

5) Umur ibu <20 Tahun dan >35 Tahun

Pada umur <20 tahun, organ – organ reproduksi belum berfungsi dengan sempurna, sehingga bila terjadi kehamilan dan persalinan akan lebih mudah mengalami komplikasi. Selain itu, otot-otot perineum dan otot-otot perut belum bekerja secara optimal, sehingga sering terjadi persalinan lama atau macet yang memerlukan tindakan.

e. Tanda-Tanda dan Gejala Robekan Jalan Lahir

Tanda dan gejala robekan jalan lahir diantaranya adalah perdarahan, darah segar yang mengalir setelah bayi lahir, uterus berkontraksi dengan baik, dan plasenta normal. Gejala yang sering terjadi antara lain pucat, lemah, pasien dalam keadaan menggigil

f. Ciri dan Khas Robekan Jalan Lahir

1) Kontraksi uterus kuat, keras, dan mengecil

2) Perdarahan terjadi langsung setelah anak lahir. Perdarahan ini terus menerus setelah massage atau uterotnika langsung mengeras tapi perdarahan tidak berkurang. Dalam hal apapun, robekan jalan lahir harus dapat diminimalkan

karna tak jarang perdarahan terjadi karena robekan dan ini menimbulkan yang fatal seperti terjadi syok (Rukiyah,2012).

- 3) Bila perdarahan berlangsung meski kontraksi uterus baik dan tidak didapatkan adanya plasenta maupun sisa plasenta, kemungkinan telah terjadi perlukaan jalan lahir.

g. Komplikasi Robekan Jalan Lahir

- 1) Perdarahan

Seorang wanita dapat meninggal karena perdarahan pasca persalinan dalam waktu 1 jam setelah melahirkan. Penilaian dan penataksanaan yang cermat selama kala 1 dan kala 4 persalinan sangat penting. Menilai kehilangan darah yaitu dengan cara memantau tanda vital, mengevaluasi asal perdarahan, serta memperkirakan jumlah perdarahan dan menilai tonus otot.

- 2) Fistula

Fistula dapat terjadi tanda diketahui penyebabnya karna perlukaan pada vagina menembus kandung kencing atau rectum. Jika kandung kencing luka, maka air kencing akan segera keluar melalui vagina. Fistula dapat menekan kandung kemih atau rectum yang lama antara janin dan panggul sehingga terjadi iskemia

- 3) Hematoma

Hematoma dapat terjadi akibat trauma partus pada persalinan karna adanya penekanan kepala janin serta tindakan persalinan yang ditandai dengan rasa nyeri pada perineum dan vulva berwarna biru dan merah

- 4) Infeksi

Infeksi masa nifas adalah peradangan disekitar alat genetalia pada kala nifas. Perlukaan pada persalinan merupakan tempat masuknya kuman kedalam tubuh sehingga dapat menimbulkan infeksi

(Fatimah,prasetya,2019).

#### h. Pencegahan Robekan perineum

Perineum massage adalah teknik menjahit perineum disaat hamil atau beberapa minggu sebelum melahirkan guna meningkatkan perubahan hormonal yang melembutkan jaringan ikat, sehingga jaringan perineum lebih elastic dan lebih mudah merenggang. Teknik ini dapat dilakukan satu kali sehari selama beberapa minggu terakhir kehamilan didaerah perineum

#### i. Penjahitan Robekan Perineum

##### a. Pengertian

Penjahitan luka adalah suatu tindakan untuk mendekatkan tepi luka dengan benang sampai sembuh

##### b. Tujuan

1. Untuk mendekatkan jaringan-jaringan perlukaan sehingga proses penyembuhan bisa terjadi, proses penyembuhan itu bukan lah hasil dari penjahitan tersebut tetapi hasil dari pertumbuhan jaringan
2. Untuk menghentikan perdarahan.

#### j. Prinsip Dasar Penjahitan perineum

1. Ibu dalam posisi litotomi
2. Penggunaan cahaya yang cukup
3. Tindakan cepat
4. Teknik yang steril

5. Bekerja hati-hati kassa jangan sampai tertinggal di vagina

k. Mempersiapkan penjahitan

1. Bantu ibu mengambil posisi litotomi
2. Tempatkan handuk atau kain bersih dibawah bokong ibu
3. Jika mungkin letakan lampu sorot
4. Gunakan teknik aseptik pada saat memeriksa robekan atau episiotomy, kemudian memberikan anastesi local dan menjahit luka
5. Cuci tangan menggunakan sabun dan air bersih yang mengalir
6. Pakai sarung tangan desinfektan tingkat tinggi atau yang steril
7. Duduk dengan posisi santai dan nyaman sehingga luka bisa dengan mudah dilihat dan penjahitan bisa dilakukan tanpa kesulitan
8. Gunakan kain/kasa disinfektan tingkat tinggi atau bersih untuk menyeka vulva, vagina, dan perineum ibu
9. Periksa vagina, serviks, dan perineum secara lengkap, pastikan bahwa laserasi/sayatan perineum hanya merupakan derajat I atau II
10. Ganti sarung tangaan dengan sarung DTT yang baru setelah melakukan pemeriksaan rectum
11. Siapkan jarum dan benang
12. Berikan anastesi local
  - a. Jelaskan pada ibu apa yang dilakukan dan anjurkan ibu untuk rileks
  - b. Isi tabung suntik dengan 10 ml lidokain 1%
  - c. Tempelkan jarum ukuran 22 sepanjang 4 cm ke tabung suntik tersebut
  - d. Tusukan seluruh jarum dari tepi luka pada perbatasan anatara mukosa dan kulit perineum kearah perineum. Lakukan aspirasi untuk memeriksa adanya darah dari pembuluh darah yang tertusuk.

- e. Ulangi seluruh langkah 3 pada sisi lain luka. Masing – masing sisi luka akan memerlukan kira-kira 5ml lidokain 1%

Tunggu selama 2 menit dan biarkan anastesi tersebut bekerja dan kemudian uji daerah yang dianastesi dengan cara dicubit dengan forceps atau disentuh dengan jarum yang tajam.

1. Langkah – langkah penjahitan perineum

Siapkan jarum, benang cat gut, dan gunting

1. Robekan perineum derajat 1, pada umumnya dapat sembuh sendiri dan tidak perlu dijahit, tetapi harus dilihat juga apakah meluas dan terus berdarah. Jika perdarahannya banyak dapat digunakan jahitan angka 8 karna jahitan ini kurang menimbulkan tegangan dan lebih menyenangkan bagi pasiennya
2. Robekan perineum derajat 2
  - a. Buat jahitan pertama kurang lebih 1 cm diatas ujung laserasi dimukosa vagina. Setelah itu buat ikatan dan potong pendek benang dari yang lebih pendek. Sisakan benang kira-kira 1 cm
  - b. Tutup mukosa vagina dengan jahitan jelujur, jahit kebawah kearah cincin hymen
  - c. Tepat sebelum cincin hymen, masukan jarum kedalam mukosa vagina lalu kebelakang cincin hymen sampai jarum ada dibawah laserasi kemudian ditarik keluar pada luka
  - d. Gunakan teknik jelujur saat menjahit lapisan otot. Lihat kedalam luka untuk mengetahui letak ototnya
  - e. Setelah dijahit sampai ujung luka putarlah jarum dan mulailah menjahit kearah vagina dengan menggunakan jahitan subkutiler

- f. Pindahkan jahitan dari bagian luka perineum ke vagina dibelakang cincin hymen untuk diikat dengan simpul dan dipotong benangnya
  - g. Ulangi pemeriksaan vagina dengan lembut dan memastikan bahwa tidak ada kassa atau peralatan yang tertinggal dalam vagina
  - h. Dengan lembut memasukan jari yang paling kecil kedalam anus. Raba apakah ada jahitan pada rectum pastikan anus tidak terjahit
  - i. Cuci area genetalia dengan lembut dengan air DTT dan sabun, kemudian keringkan. Bantu pasien mencari posisi yang nyaman. (Ari Sulistyawati,2012).
3. Robekan perineum derajat III dan IV, dilakukan penjahitan dengan teliti. Mula – mula dinding depan rectum yang robek dijahit, kemudian fasea pratekal ditutup, dan muskula spingter ani yang robek dijahit. Selanjutnya dilakukan penutupan robekan seperti pada robekan perineum derajat II.
- a. Apex dari mukosa rectum dan spingter anus diidentifikasi, kemudian dijahit dengan menggunakan benang vicryl 4-0 secara terputus, hati – hati agar jahitannya tidak terlalu dalam sehingga tidak menembus saluran anal untuk mencegah fistula. Anus bagian internal berwarna putih yang mengkilap, dengan struktur fibrosa antara mukosa rectal dan sfingter anus eksternal.
  - b. Sfingter ditarik secara lateral, tempatkan allys klem pada ujung otot agar mudah diperbaiki.
  - c. Sfingter anus diakhiri dengan jahitan kontinyu dengan menggunakan benang vicryl 2-0.
  - d. Sfingter ani eksternal terlihat seperti berkas otot skeletal dengan kapsul fibrous. Alis klem ditempatkan pada setiap ujung sfingter anus, kemudian

jahitan dilakukan pada pukul 12, 3, 6 dan 9 dengan menggunakan benang polydioxanone 2-0 (absorbi yang agak lambat) untuk memungkinkan kedua ujung sfingter membentuk scar secara bersamaan.

e. Teknik lain adalah sambungan secara tumpang tindih pada sfingter ani eksternal. Teknik ini menjadikan lebih banyak lipatan pada perineal dan fungsi sfingter yang lebih baik.

f. Pengobatan robekan jalan lahir

Nasehati ibu untuk :

- 1) Menjaga perineumnya untuk selalu tetap bersih dan kering
- 2) Hindari penggunaan obat-obatan tradisional pada perineum
- 3) Cuci perineumnya dengan sabun dan air bersih yang mengalir tiga sampai empat kali sehari
- 4) Kembali dalam seminggu untuk memeriksa penyembuhan lukanya
- 5) Ibu harus kembali lebih awal jika ia mengalami demam atau pengeluaran cairan busuk dari daerah lukanya jika daerah tersebut menjadi lebih nyeri

(Ari Sulistyawati,2012).

c. Kala III

Stadium pemisah dan ekspulsi plasenta, mulai segera setelah janin lahir, dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban janin (Cunningham dkk, 2006). Biasanya plasenta lepas dalam waktu 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan dengan tekanan fundus uteri.

1. Tanda- tanda lepasnya mencakup beberapa atau semua hal-hal di bawah ini:

- a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus setelah bayi lahir dan sebelum meometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya dibawah pusat.
- b) Tali pusat memanjang. Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vagina.
- c) Semburan darah mendadak dan singkat. Darah yang terkumpul dibelakang plasenta akan membantu 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.

2. Asuhan yang dapat dilakukan :

- a) Memberi kesempatan pada ibu untuk memeluk bayinya dan menyusui segera.
- b) Memberitahu setiap tindakan yang akan dilakukan
- c) Pencegahan infeksi pada kala III
- d) Memantau keadaan ibu ( tanda vital, kontraksi,perdarahan)
- e) Melakukan kolaborasi atau rujukan bila terjadi kegawatdaruratan.
- f) Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi
- g) Memberikan motivasi dan pendamping selama kala III (Ilmiah,2015).

d. Kala IV

Kala IV mulai dari lahirnya plasenta sampai 1-2 jam. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pascapersalinan, paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah sebagai berikut :

- 1) Tingkat kesadaran pasien
- 2) Pemeriksaan tanda-tanda vital
- 3) Kontrol uterus

- 4) Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal tidak melebihi 400-500 cc (Sulistyawati A,2012).

Asuhan yang diberikan pada ibu :

- a) Memastikan tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan dalam keadaan normal.
- b) Membantu ibu untuk berkemih
- c) Mengajarkan ibu dan keluarga tentang cara menilai kontraksi dan melakukan massase uterus.
- d) Memberitahu ibu dan keluarga tentang tanda- tanda bahay post partum seperti perdarahan, demam, bau busuk yang keluar dari jalan lahir, pusing lemas, penyulit dalam menyusui dan kontraksi yang hebat (Ilmiah,2015).

## 10. Diagnosis

### a. Kala I

**Tabel 2.1**  
**Diagnosa Kala 1 Persalinan**

Kategori	Keterangan
Sudah dalam persalinan (inpartu)	Ada tanda-tanda persalinan : Pembukaan serviks > 3 cm His adekuat ( teratur,minimal 2 kali dalam 10 menit selama 40 detik Lendir darah dari vagina
Kemajuan persalinan	Kemajuan berjalan sesuai partograf
Persalinan bermasalah	Seperti : Kemajuan persalinan yang tidak sesuai dengan partograf, melewati garis waspada

(Saifuddin, 2014)

### b. Kala II

**Tabel 2.2**  
**Diagnosa Kala II Persalinan**

Kategori	Keterangan
Kala II berjalan dengan baik	Ada kemajuan penurunan kepala bayi

Kondisi kegawatdaruratan pada kala II	Kondisi kegawatdaruratan membutuhkan perubahan dalam penatalaksanaan atau tinadakan segera. Contoh kondisi tersebut adalah eklampsia, kegawatdaruratan bayi, penurunan kepala terhenti, dan kelelahan ibu.
---------------------------------------	--

(Saifuddin,2014)

c. Kala III

**Tabel 2.3**

**Diagnosa Kala III Persalinan**

Kategori	Keterangan
Kehamilan dengan janin normal tunggal	Persalinan spontan melalui vagina pada bayi tunggal, cukup bulan
Bayi normal	Tidak ada tanda- tanda kesulitan bernafas apgar>7 pada menit ke 5 Tanda-tanda vital stabil Berat badan >2,5 kg
Bayi dengan penyulit	Misal : berat badan kurang, asfiksia,apgar rendah,cacat lahir pada kaki

(Saifuddin,2014)

d. Kala IV

**Tabel 2.4**

**Diagnosa Kala IV Persalinan**

Kategori	Keterangan
Involusi normal	Tonus – uterus tetap berkontraksi Posisi – fundus uteri di bawah umbilicus Perdarahan – tidak berlebihan Cairan – tidak berbau
Kala IV dengan penyulit	Sub involusi – uterus tidak keras, posisi di atas umbilicus Perdarahan – atonia, laserasi, bagian plasenta tertinggal/ membrane/ yang lain

(Saifuddin,2014)

**B. Mal Presentasi**

1. Presentasi adalah bagian janin yang pertama kali memasuki pintu atas panggul dan terus melalui jalan lahir pada saat persalinan mencapai aterm. Tiga presentasi utama adalah kepala (96%), bokong (3%), bahu (1%). Bagian presentasi adalah bagian tubuh janin yang pertama kali teraba oleh jari pemeriksa saat melakukan pemeriksaan dalam. Faktor-faktor yang menentukan bagian presentasi adalah letak janin, sikap janin, dan ekstensi atau fleksi kepala janin (Marni, 2016).

## 2. Posisi Janin

- a. Untuk indicator atau menetapkan arah bagian terbawah janin apakah sebelah kanan, kiri, depan atau belakang terhadap sumbu ibu (materal-pelvis)
- b. Untuk menentukan presentasi dan posisi janin (Marni, 2016).
- c. Ada 6 variasi dari penunjuk arah (indicator) dari bagian terbawah janin :

### a) Letak Belakang kepala (LBK)

Indicator : ubun-ubun kecil (uuk)

Variasi posisi :

1. Ubun-ubun kecil melintang kiri : uuk.mel-ki
2. Ubun-ubun kecil kanan depan : uuk.ka-dep
3. Ubun-ubun kecil kanan belakang : uuk.ka-bel
4. Ubun-ubun kecil melintang kanan : uuk.mel-ka

### b) Presentasi Dahi

Indicator : teraba dahi dan ubun-ubun besar (uub)

Variasi posisi :

1. Ubun-ubun besar kiri depan : uub.ki-dep
2. Ubun-ubun besar kiri belakang : uub.ki-bel
3. Ubun-ubun besar melintang kiri : uub.mel-ki

4. Ubun-ubun besar kanan depan : uub.ka-dep
5. Ubun-ubun besar kanan belakang : uub.mel-ka

c) Presentasi Muka

Indicator (Meto)

Variasi posisi :

1. Daggu kiri depan : d.ki-dep
2. Daggu kiri belakang : d.ki-bel
3. Daggu melintang kiri : d.me-ki
4. Daggu kanan depan : d.ka-dep
5. Daggu kanan belakang :d.ka-bel
6. Daggu melintang belakang : d.mel-ka

d) Presentasi bokong

Incator adalah *sacrum*

Variasi posisi :

1. Sakrum kiri depan : s.ki-dep
2. Sakrum kanan depan : s.ka-dep
3. Sakrum kanan belakang : s.ka-bel
4. Sakrum melintang kanan : s.mel-ka

e) Letak lintang

Menurut posisi kepala

1. Kepala kiri : LLi I
2. Kepala kanan : LLi II menurut arah punggung
  - a. Punggung depan (*dorso-anterior*) : PD
  - b. Punggung belakang (*dorso-poaterior*) : PB
  - c. Punggung atas (*dorso-superior*) : PA

d. Punggung bawah ( *dorso-interior* ) : PB

e. Presentasi Bahu

1) Bahu kanan : Bh.ka

2) Bahu kiri : Bh.ki

Tangan menumbang :

1) Tangan kiri : ta-ki

2) Tangan kanan : ta-ka.

### 3. Sikap Janin (Habitus)

Adalah hubungan bagian-bagian tubuh janin yang satu dengan yang lain yang sebagian merupakan akibat pola pertumbuhan janin dan sebagai akibat penyesuaian janin terhadap bentuk rongga Rahim. Pada kondisi normal, punggung janin sangat fleksi, kepala fleksi kearah dada dan paha fleksi kearah sendi lutut. Tangan disilangkan di depan toraks dan tali pusat terletak diantara lengan dan tungkai. Penyimpangan sikap normal dapat menimbulkan kesulitan saat anak dilahirkan (Marni, 2016).

### 4. Presentasi Dahi

Presentasi dahi merupakan presentasi dimana kedudukan kepala janin berada diantara fleksi maksimal dan defleksi maksimal. Sehingga dahi janin merupakan bagian terendah. Pada umumnya, presentasi dahi ini merupakan kedudukan janin yang bersifat sementara, sebagian besar presentasi tersebut akan berubah menjadi presentasi muka atau presentasi belakang kepala.

#### a. Etiologi

Beberapa etiologi dari presentasi dahi adalah anak berukuran kecil atau sudah meninggal dan penempatan dahi persisren seperti letak muka.

b. Diagnosis

Pada pemeriksaan palpasi, bokong janin teraba di fundus, sedangkan kepala janin berada di bawah. Benjolan kepala janin terdapat pada bagian tempat punggung janin sehingga akan membentuk sudut yang agak tajam (sudut *fabre*). Pada saat pemeriksaan auskultasi, denyut jantung janin (DJJ) akan terdengar jauh lebih jelas dibagian dada. Pada pemeriksaan dalam, dapar diraba ubun—ubun besar, orbita, glabella, dan pangkal hidung, tetapi dagu tidak teraba.

c. Prognosis

Bagi ibu : partus menjadi lama dan lebih sulit, dapat terjadi robekan yang hebat dan rupture uteri.

Bagi anak : mortalitas lebih tinggi

d. Mekanisme persalinan

Pada saat kepala janin memasuki panggul ibu, biasanya dengan dahi melintang atau miring. Dahi akan memutar ke depan saat janin mengalami putar paksi maksila (*fossa canina*) sebagai hipomoklion berada dibawah simfisis, kemudian terjadilah fleksi untuk melahirkan belakang kepala melewati perineum lalu defleksi, maka lahirlah mulut dan dagu di bawah simfisis (Sondakh, 2013).

e. Penanganan

Presentasi dahi dengan ukuran panggul dan janin yang normal, tidak akan dapat lahir spontan pervaginaan, sehingga harus dilahirkan dengan seksio cesaria. Pada janin yang kecil dan panggul yang luas pada garis besarnya sikap dalam menghadapi persalinan presentasi dahi sama dengan sikap dalam menghadapi presentasi muka.

Bila persalinan menunjukkan kemajuan, tidak perlu dilakukan tindakan demikian pula harapan presentasi dahi dapat berubah menjadi presentasi belakang kepala atau presentasi muka (Chellious, 2011).

Jika pada akhir kala I kepala belum masuk kedalam rongga panggul, dapat diusahakan mengubah presentasi dengan prasad *thorn*, tetapi jika tidak berhasil, sebaiknya dilakukan SC. Meskipun kepala sudah masuk ke rongga panggul, tetapi bila kala II tidak mengalami kemajuan sebaiknya dilakukan SC. Penanganan lain yaitu : Jika janin mati dan pembukaan lengkap dilakukan kraniotomi (Chellious, 2011).

## **C. Pelaksanaan**

### **60 Langkah Persalinan Normal**

#### **I. MELIHAT TANDA DAN GEJALA KALA DUA**

1. Mengamati tanda gejala persalinan kala dua
  - a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran
  - b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vaginanya
  - c) Perineum menonjol
  - d) Vulva – vagina dan sfingter anal membuka.

#### **II. MENYIAPKAN PERTOLONGAN PERSALINAN**

- 1 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.
- 2 Mengenakan baju penutup atau celemek plastic yang bersih.

- 3 Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci kedua tangan dengansabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kalipakai/pribadi yang bersih.
- 4 Memakai sarung tangan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam
- 5 Mengisap oksitosin ke dalam tabung suntik ( dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali dipartus set/ wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengontaminasi tabung suntik)..

### III. MEMASTIKAN PEMBUKAAN LENGKAP DENGAN JANIN BAIK

- 1 Membersihkan vulva dan perineum, menyekannya dengan hati – hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahinair disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perenium atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan kebelakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan ( meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi).
- 2 Dengan menggunakan teknik aseptic, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
- 3 Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan clorin 0,5 persen dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5 persen selama 10 menit. Mencuci kedua tangan ( seperti diatas)
- 4 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 pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.

#### IV. MENYIAPKAN IBU & KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES PIMPINANMENERAN.

- 1 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 member semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
- 2 Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran.( Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
- 3 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 member semangat atas usaha ibu untuk meneran
  - c. Membantu ibu untuk mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya ( tidak meminta ibu berbaring terlentang)
  - d. Menganjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi
  - e. Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan member 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 segera terjadi 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.
  - i. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, menganjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi kontraksi tersebut dan beristirahat diantara kontraksi.
  - j. Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran,merujuk ibu dengan segera.
- 4 Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.

#### V. PERSIAPAN PERTOLONGAN KEHIRAN BAYI.

- 1 Letakan handuk bersih ( untuk mengeringkan bayi) diperut bawah ibu, jika kepala bayi membuka 5-6 cm.
- 2 Letakan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu
- 3 Membuka partus set
- 4 Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

#### VI. MENOLONG KELAHIRAN BAYI

Lahirnya kepala

- 1 Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakan tangan yang lain di kepala bayi dan alkukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi,

- membiarkan kepala keluar perlahan – lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan- lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir
- 2 Memeriksa lilitan 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, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.
  - 3 Tunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan bahu.
  - 4 Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, 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 ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior. Lahir badan dan tungkai
  - 5 Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada dibagian 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 kedua lahir.
  - 6 Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas ( anterior ) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangga saat punggung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati- hati membantu kelahiran kaki.

## VII. PENANGANAN BAYI BARU LAHIR

- 1 Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dan tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan)
- 2 Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian pusat.
- 3 Periksa kembali perut ibu untuk memastikan tidak ada bayi lain dalam uterus (hamil tunggal)
- 4 Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.
- 5 Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, memberikan suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.
- 6 Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua cm dari klem pertama (ke arah ibu).
- 7 Pemotongan dan pengikatan tali pusat.
- 8 Tempatkan bayi untuk melakukan kontak kulit ibu ke kulit bayi. Selimuti bayi dengankain atau selimut yang bersih kering menutupi bagian kepala.

#### VIII. MANAJEMEN AKTIF KALA TIGA PERSALINAN (MAK III)

1. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
2. Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada diperut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk meletakkan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Tangan lain menegangkan tali pusat.

3. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso cranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, menghentikannya penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai.

Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu. Mengeluarkan plasenta.

4. Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskannya tekanan berlawanan arah pada uterus.

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

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

Mengulang pemberian oksitosin 10 unit IM. Menilai kandung kemih dan mengkaterisasi kandung 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.

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

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 forceps disinfeksi tingkat tinggi.

Rangsangan taktil (masase uterus)

6. 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

1. 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 plastic atau tempat khusus.
2. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif,

#### X. MELAKUKAN PROSEDUR PASCA PERSALINAN

1. Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
2. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 persen, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, lepaskan secara terbalik dan rendam sarung tangan dalam klorin 0,5 persen selama 10 menit. Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, keringkan tangan dengan tissue bersih dan kering.
3. Pastikan kandung kemih kosong

- 4 Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
- 5 Mengevaluasi kehilangan darah.
- 6 Memeriksa nadi dan pastikan keadaan umum ibu baik.
- 7 Periksa kembali kondisi bayi untuk memastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/menit).
- 8 Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam klorin 0,5 persen untuk dekontaminasi (10 unit). Cuci bilas peralatan setelah didekontaminasikan,
- 9 Membuang bahan- bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampahyang sesuai.
- 10 Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi, Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah.
- 11 Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
- 12 Mendokumentasikan tempat bersalin dengan larutan klorin0,5 persen
- 13 Mencelupkan sarungn tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 persen membalikan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5 persen selama 10 menit.
- 14 Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengair
- 15 Pakai sarung tangan bersih untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi.
- 16 Dalam satu jam pertama berikan salep mata,vit K1 1mg intramuscular paha kiri bayi setelah 1 jam kontak kulit dengan ibu
- 17 Berikan imunisasi Hepatitis B (setelah satu jam pemberian vit K1).
- 18 Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalamlarutan klorin 0,5 persen selama 10 menit.

19 Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir

20 Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang),periksa tanda vital dan asuhan kala IV persalinan.

(Modul Midwifery Update,2016)

## **D. Manajemen Asuhan Kebidanan**

### **1. Pengertian**

Manajemen asuhan kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan, serta keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk mengambil suatu keputusan yang berfokus pada pasien ( Sulistyawati dan Esti N,2012).

Manajemen ini menggunakan pola pikir 7 langkah varney dengan pengumpulan data, diagnose kebidanan,perencanaan,pelaksanaan sampai dengan evaluasi. Yang beralur pada pola pikir varney yang terdiri dari 7 langkah yang berurut secara sistematis dan siklik (dapat berulang).

Berikut langkah – langkah dalam proses penatalaksanaan menurut varney

#### **a. Langkah 1 (Pengumpulan Data Dasar)**

Langkah ini mengumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien.

Untuk memperoleh data dilakukan melalui cara anamnesa :

- 1) Biodata
- 2) Data subjektif
  - a) Keluhan utama
  - b) Riwayat reproduksi
  - c) Riwayat kesehatan

- d) Data psikososial
- e) Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari
- 3) Data objektif
  - a) Pemeriksaan umum
  - b) Pemeriksaan khusus kebidanan (head to toe)
- 4) Langkah II (Identifikasi diagnose, Masalah, dan kebutuhan )
  - a) Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik
  - b) Diagnosis kebidanan yang disimpulkan oleh bidan meliputi usia kehamilan dalam minggu, keadaan janin, normal atau tidaknya kondisi kehamilan ibu.
  - c) Masalah yang sering berkaitan dengan hal – hal yang sedang dialami oleh wanita
  - d) Masalah adalah hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosis.
  - e) Kebutuhan.

b. Langkah III (Merumuskan diagnosa / Masalah potensial yang membutuhkan Antisipasi Masalah Potensial.

Langkah ini dimana bidan melakukan identifikasi masalah dan mengantisipasi penanganannya.

c. Langkah IV (penetapan kebutuhan segera)

Pada langkah ini bidan menetapkan pada kebutuhan terhadap tindakan segera, melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien.

d. Langkah V (Penyusunan Rencana)

Pada rencana ini direncanakan asuhan yang menyeluruh berdasarkan langkah yang sebelumnya, semua perencanaan harus berdasarkan pertimbangan yang tepat meliputi pengetahuan, teori up to date, perawatan berdasarkan bukti (evidence based care)

e. Langkah VI (Pelaksanaan Asuhan)

Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang diuraikan pada langkah ke lima diatas dilakukan secara efisien dan aman .

f. Langkah VII

Hal ini dievaluasi meliputi apakah kebutuhan telah terpenuhi dan mengatasi diagnosis dan masalah yang telah diidentifikasi.

## 2. Pendokumentasian Metode SOAP

Pendokumentasian asuhan kebidanan menggunakan pendekatan SOAP. Catatan SOAP terdiri dari 4 langkah yang disarikan dalam proses pemikiran penatalaksanaan kebidanan yang dipakai untuk mendokumentasikan asuhan pasien dalam rekam medis sebagai catatan kemajuan.

e. Tahap – tahap manajemen SOAP

(S) *subjektif*: informasi atau data yang diperoleh dari apa yang dikatakan klien.

(O) *Objektif*: data yang diperoleh dari apa yang dilihat dan dirasakan oleh bidan sewaktu

Melakukan pemeriksaan dan hasil laboratorium.

(A) *Assesment* : kesimpulan yang dibuat berdasarkan data subejektif dan obyektif

(P) *Planning* : Perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dengan kesimpulan yang telah dibuat.

## **E. Definisi Partograf**

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala 1 persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik.

Partograf adalah alat bantu yang di gunakan selama persalinan. Tujuan utama penggunaan partograf untuk mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dan untuk mendeteksi apakah proses persalinan berjalan dengan normal (Saifuddin,2014).

### **a. Pengisian partograf**

Halaman depan partograf mencantumkan bahwa observasi yang dimulai pada fase aktif persalinan, menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil- hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan termasuk :

- 1) Informasi tentang ibu
  - a) Nama dan umur
  - b) Gravida, para, abortus
  - c) Nomor catatan medik / nomor puskesmas
  - d) Tanggal dan waktu mulai dirawat
- 2) Waktu pecahnya selaput ketuban
- 3) Kondisi janin :
  - a) Denyut jantung janin
  - b) Warna dan adanya air ketuban
  - c) Penyusupan(molase) kepala janin
- 4) Kemajuan persalinan
  - a) Pembukaan serviks
  - b) Penurunan bagian terbawah atau presentasi janin.
  - c) Garis waspada dan garis bertindak
- 5) Jam dan waktu

- a) Waktu mulainya fase aktif persalinan
- b) Waktu actual saat pemeriksaan atau penelitian
- 6) Kontraksi uterus
  - a) Frekuensi kontraksi dalam waktu 10 menit
  - b) Lama kontraksi (dalam detik)
- 7) Obat – obatan yang diberikan
  - a) Oksitosin
  - b) Obat – obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan.
- 8) Kondisi ibu
  - a) Nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh
  - b) Urin (volume, aseton atau protein)
- 9) Asuhan, pengamatan, dan keputusanklinik lainnya. ( dicatat dalam kolom tersedia di sisi partograf atau dicatat kemajuan persalinan)(Saifuddin,2014).

## **F. Nomenklatur Kebidanan**

Nomenklatur kebidanan digunakan untuk menegakan diagnose sehingga memudahkan dalam pengambilan keputusannya, sedangkan pengertian nomenklatur kebidanan sendiri adalah suatu system nama yang telah terklasifikasi dan diakui serta disahkan oleh profesi. Dalam nomenklatur kebidanan terdapat suatu standar yang harus dipenuhi. Standar ini dibuat sebagai daftar untuk merujuk pasien. Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnose atau masalah berdasarkan interprestasi atas data – data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnose dan masalah yang spesifik.

Tujuan pendokumentasian SOAP adalah :

- a) Merupakan kemajuan informasi yang sistematis, yang mengorganisir penemuan dan kesimpulan anda menjadi suatu rencana asuhan

- b) Merupakan penyaringan intisari dari proses penatalaksanaan kebidanan untuk tujuan penyediaan dan pendokumentasian asuhan
- c) Merupakan urutan – urutan yang dapat membantu dalam mengorganisir pikiran anda dan memberikan asuhan yang menyeluruh
- (Rohani,dkk,2011).

**Tabel 2.5**

**Daftar Nomenclatur Kebidanan**

<b>NO</b>	<b>NAMA DIAGNOSIS</b>	<b>NO</b>	<b>NAMA DIAGNOSIS</b>
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 pielometrus	42	Metritis
8	Migrain	43	Migrain
9	Kehamilan mola	44	Kehamilan mola
10	Kehamilan ganda	45	Kehamilan ganda
11	Partus macet	46	Partus macet
12	Posisi occiput	47	Posisi occiput
13	Posisi oksiput melintang	48	Posisi oksiput melintang
14	Kista ovarium	49	Kista ovarium
15	Abses pelvic	50	Abses pelvic
16	Peritonitis	51	Peritonitis
17	Plasenta previa	52	Plasenta previa
18	Pneumonia	53	Pneumonia
19	Preeklampsia berat atau ringan	54	Preeklampsia berat atau ringan
20	Hipertensi karena kehamilan	55	Hipertensi karena kehamilan
21	Ketuban pecah dini	56	Ketuban pecah dini
22	Partus prematuritas	57	Partus prematuritas
23	Prolapus tali pusat	58	Prolapus tali pusat
24	Partus fase laten lama	59	Partus fase laten lama
25	Partus kala 2 lama	60	Partus kala 2 lama
26	Retesio plasenta	61	Retesio plasenta
27	Sisa plasenta	62	Sisa plasenta
28	Ruptur uteri	63	Ruptur uteri
29	Bekas luka uteri	64	Bekas luka uteri
30	Presentasi bahu	65	Presentasi bahu
31	Distosia bahu	66	Distosia bahu
32	Robekan serviks dan vagina	67	Robekan serviks dan vagina
33	Tetanus	68	Tetanus
34	Letak lintang	69	Letak lintang

35	Invertio uteri		
----	----------------	--	--