

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Persalinan Normal

1. Definisi

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 dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Saifuddin, 2015)

Persalinan adalah pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir dengan adanya kontraksi yang ditandai dengan perubahan serviks dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Sulistyawati dan Nugraheny, 2012).

Menurut penjelasan dari berbagai sumber diatas dapat disimpulkan bahwa persalinan adalah pengeluaran hasil konsepsi (janin, plasenta, ketuban dan selaput ketuban yang terjadi pada kehamilan cukup bulan ataupun kurang bulan yang ditandai dengan rasa nyeri ringan dibagian bawah, teratur dan interval makin pendek serta keluar lendir darah dan cairan ketuban.

2. Macam-macam Persalinan

Menurut Aprilia (Aprilia, 2011;111) .terdapat beberapa macam-macam persalinan yaitu,

- a. Berdasarkan cara pengeluarannya
 - 1) Persalinan Spontan yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri melalui jalan lahir.
 - 2) Persalinan Buatan yaitu persalinan dengan buatan tenaga dari luar misalnya forcep/vakum/SC.
 - 3) Persalinan Anjuran yaitu persalinan dengan buatan diberi obat-obatan baik disertai ataupun tanpa pemecahan ketuban.

- b. Berdasarkan Usia Kehamilan

Menurut Aprilia (2011). Macam-macam persalinan berdasarkan usia kehamilannya adalah sebagai berikut :

- 1) Abortus yaitu keluarnya hasil konsepsi (bayi) sebelum dapat hidup pada usia kehamilan <20 minggu.
- 2) Persalinan Imatur yaitu keluarnya hasil konsepsi pada usia kehamilan 20-27 minggu.
- 3) Persalinan Prematur yaitu keluarnya hasil konsepsi pada 28-36 minggu
- 4) Persalinan Matur atau aterm yaitu keluarnya hasil konsepsi pada 37-40
- 5) Persalinan postmatur atau Serotinus yaitu keluarnya hasil konsepsi pada UK>40 minggu

1. Sebab-sebab Mulainya Persalinan

Menurut Widia Shofa Ilmiah (2015) Terjadinya persalinan disebabkan oleh beberapa teori sebagai berikut:

a. Teori penurunan hormone

Satu sampai dua minggu sebelum persalinan dimulai terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesteron menurun.

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 utero-plasenter.

d. Teori iritasi mekanik

Di belakang servik terletak ganglion servikal (fleksus frankenhauser) Bila ganglion ini di geser dan ditekan, akan timbul kontraksi uterus.

e. Induksi partus

Persalinan dapat di timbulkan dengan jalan :

- 1) Ganggang laminaria : beberapa laminaria dimasukan kedalam servikalis dengan tujuan merangsang fleksus frankenhauser.
- 2) Amniotomi : pemecahan ketuban
- 3) Oksitosin drips : pemberian oksitosin menurut tetesan infuse
- 4) Misoprostol : cytotec/gastru.

2. Faktoryangmempengaruhi persalinan

Adapun faktoryangmempengaruhi persalinanyaitu:

a. Passage (JalanLahir)

Merupakan jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari ronggapanggul,dasarpanggul,serviksdanvagina.syaratagarjanin danplasenta dapatmelalujalanlahir tanpa ada rintangan,maka jalan lahirtersebut harus normal.

1) Passage

- a) Bagian kerastulang– tulangpanggul (rangkapanggul)
- b) Bagianlunak(otot–otot,jaringandanligament–ligamenpintu panggu)

2) Sumbu panggul

Sumbu panggul adalah garis yang menghubungkan titik- titik tengah ruangpanggulyangmelengkungkedepan(sumbu Carus).

3) Bidang– bidangHodge

- a) BidangHodgeI:dibentukpadalingkaranPAPdenganbagian atas simpisidan promontorium
- b) Bidang Hodge II : sejajar Hodge I setinggi pinggir bawah simpisi.
- c) Bidang Hodge III : sejajar Hodge I dan II setinggi spina ischiadika kanan 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 meneran dari ibu. Power merupakan tenaga primer atau kekuatan utama yang dihasilkan oleh adanya kontraksi dan retraksi otot-otot rahim. Kekuatannya 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 kantong amnion ke arah segmen bawah rahim dan serviks.

Pada kala I kontraksi yang terjadi tiap 10 menit selama 20-30 detik. Frekuensi kontraksi makin meningkat hingga 2-4 kali tiap 10 menit, dengan durasi 40-90 detik. Kontraksi terjadi bersamaan dengan keluarnya darah, lendir, serta pecah ketuban secara spontan.

Kekuatan his pada akhir kala I atau permulaan kala II interval his 2-3 menit sekali, durasi berkisar 60-90 detik. Kekuatan his menimbulkan putaran paksi dalam, penurunan kepala atau bagian terendah menekan serviks di mana terdapat *fleksus frikenhauser* sehingga terjadi reflek mengejan.

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 penumpang yang menyertai janin namun plasenta jarang menghambat pada persalinan normal.

3) Air Ketuban

Amnion pada kehamilan term merupakan suatu membran 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 robek sangat 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 kegembiraan 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 kehamilannya yang semula dianggap sebagai suatu "keadaaan 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 (Shofa, 2015).

3. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

Kebutuhan ibu selama persalinan sesuai dengan konsep Abraham Maslow sebagai berikut:

- a. Pemenuhan kebutuhan fisiologis
 - 1) Mengatur sirkulasi udara dalam ruangan.
 - 2) Memberi makan dan minum.
 - 3) Menganjurkan istirahat diluar his.
 - 4) Menjaga kebersihan badan terutama daerah genitalia.
 - 5) Menganjurkan ibu 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 pendampingan selama persalinan.
 - 4) Melakukan pemantauan selama persalinan.
 - 5) Melakukan tindakan sesuai kebutuhan.
- c. Kebutuhan dicintai dan mencintai
 - 1) Menghormati pilihan pendampingan selama persalinan.
 - 2) Melakukan kontak fisik (memberi sentuhan ringan).
 - 3) Melakukan massage untuk mengurangi rasa sakit.
 - 4) Melakukan pembicaraan dengan suara yang lemah lembut serta sopan.

d. Pemenuhan kebutuhan hargadiri

- 1) Mendengarkankeluhanibudenganpenuhperhatianataumenjadi pendengaryangbaik.
- 2) Memberi asuhandenganmemperhatikan privasyibu.
- 3) Memberi pelayananyang bersifat empati.
- 4) Informasi bila akan melakukan tindakan
- 5) Memberitahu ibu terhadapsetiaptindakanyangakan dilakukan. e.

Pemenuhan kebutuhanaktualisasi

- 1) Memilih tempat dan penolong persalinan sesuai keinginan.
- 2) Menentukan pendamping selamapersalinan.
- 3) Melakukan boundingattachment.

4. Lima Benang Merah

Adalimaaspekdasar/limabenang merah,yangpenting dansaling terkait dalam persalinanyang bersihdanamanyaitumembuatkeputusanklinik, asuhansayang ibudansayang bayi,pencegahaninfeksi,pencatatan/rekam medis, dan rujukan.

a. Membuat keputusan klinik

Membuatkeputusanklinikadalah proses pemecahan masalahyang akan digunakan untukmerencanakanarahanbagi ibudan bayi baru lahir.

Tujuh langkah dalam membuatkeputusan klinik :

- 1) Pengumpulan datautamadan relevan untuk membuat keputusan
- 2) Menginterpretasikan datadan mengidentifikasi masalah
- 4) Membuat diagnosis ataumenentukan masalahyangterjadi
- 4) Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk mengatasi masalah
- 5) Menyusunrencanapemberianasuhanatauintervensiuntuksolusi masalah

6) Memantau efektifitas asuhan atau intervensi

7) Mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi

b. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan:

- 1) Memanggil ibu sesuai namanya, menghargai dan memperlakukannya sesuai martabatnya.
- 2) Menjelaskan asuhan dan perawatannya yang akan diberikan pada ibu sebelum memulai asuhan tersebut.
- 3) Mendengarkan dan menanggapi pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
- 4) Memberikan dukungan, membesarkan hatinya dan menentramkan perasaan ibu serta anggota keluarga yang lain.
- 5) Mengajukan ibu untuk ditemani suaminya ataupun anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- 6) Melakukan pencegahan infeksi yang baik secara konsisten.
- 7) Menghargai privasi ibu.
- 8) Mengajukan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin.
- 9) Membantu memulai pemberian ASI dalam 1 jam pertama setelah kelahiran bayi.
- 10) Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik, bahan – bahan, perlengkapan dan obat – obat yang diperlukan. Siap melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran bayi.

c. Pencegahan infeksi

Prinsip – prinsip pencegahan infeksi:

- 1) Setiap orang harus dianggap dapat menularkan penyakit.
- 2) Setiap orang harus dianggap beresiko terkena infeksi.
- 3) Permukaan benda disekitar kita, peralatan atau benda – benda lain yang akan telah bersentuhan dengan permukaan kulit

4) Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatan atau benda lainnya telah diproses maka semuanya harus dianggap masih terkontaminasi.

5) Resiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, tapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan-tindakan pencegahan infeksi secara benar dan konsisten.

d. Pencatatan (rekam medis)

Aspek-aspek penting dalam pencatatan:

- 1) Tanggal dan waktu asuhan tersebut diberikan.
- 2) Identifikasi penolong persalinan.
- 3) Paraf atau tandatangan (dari penolong persalinan) 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

Rujukan tepat waktu merupakan unggulan asuhan sayang ibu dalam mendukung keselamatan ibu dan bayi baru lahir. Singkatan “BAKSOKU” dapat digunakan untuk mengingatkan hal penting dalam mempersiapkan rujukan ibu dan bayi (Shofa, 2015).

5. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan normal terbagi dalam beberapa tahap 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 menerandari pasien.

b. Engagement

Fiksasi (engagement) merupakan tahap penurunan pada waktu diameter biparietal dari kepala janin telah masuk panggul ibu.

c. Fleksi

Fleksidisebabkan karena janin didorong maju, dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir pintu atas panggul, serviks, dinding panggul atau dasar panggul. Akibat dari kekuatan dorongan dan tahanan ini terjadilah fleksi.

d. Putaran paksi dalam

Pemutar dari bagian depan sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah simpisis. Pada presentasi belakang kepala bagian yang terendah ialah daerah daerah ubun-kecil dan bagian inilah yang akan memutar ke depan ke bawah simpisis. Hal ini untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnyabentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul.

e. Ekstensi

Terjadi karena adanya gayatan dari dasar panggul dimana gaya tersebut membentuk lengkungan Carrus, yang mengarahkan kepala ke atas menuju lubang vulva sehingga kepala harus ekstensi untuk melaluinya. Bagian leher belakang dibawah occiputnya akan bergeser dibawah simpisis pubis dan bekerja sebagai titik poros. Uterus yang berkontraksi kemudian memberi tekanan tambahan atas kepala yang menyebabkan ekstensi kepala yang lebih lanjut.

f. Putaran paksi luar

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

g . Ekspulsi

Setelah putaran paksiluar bahu depansampaidibawah simpisidan menjadi hypomoclion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusuldanselanjutnya seluruh badan bayilahir searah dengan paksijalan lahir mengikutilengkung carrus(kurvajalan lahir) (Walyani&Purwoastuti,2016).

6. Tahapan Persalinan

Menurut Shofa (2015) tahapan persalinan dibagi menjadi 4 kala yaitu :

a. Kala I (Pembukaan)

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks hingga mencapai pembukaan lengkap. Lama kala I:

Primigravida 12 jam dengan kemajuan pembukaan 1 cm setiap 1 jam

dan multigravida 8 jam dengan kemajuan pembukaan 2 cm setiap 1 jam

Proses ini terbagi dalam 2 fase, yaitu:

1) Fase laten berlangsung 8 jam dimana serviks membuka sampai 3 cm/ 4 cm.

2) Fase aktif berlangsung 6 jam dimana serviks membuka dari 4 cm sampai 10 cm. Fase aktif dibagi menjadi 3 yaitu:

a) Periode akselerasi, berlangsung selama 2 jam pembukaan menjadi

4 cm.

b) Periode dilatasi maksimal, berlangsung selama 2 jam pembukaan

berlangsung cepat dari 4 menjadi 9 cm.

c) Periode diselerasi, berlangsung dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm atau pembukaan lengkap. (Walyani, SE & Purwoastuti, E, 2016).

Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah:

- 1) Memberikan dukungan emosional.
- 2) Pendampingan anggota keluarga selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya.
- 3) Mengatur posisi ibu sehingga terasa nyaman.
- 4) Memberikan cairan nutrisi dan hidrasi – Memberikan kecukupan energi dan mencegah dehidrasi.
- 5) Pencegahan infeksi (Shofa, 2015)

Asuhan sayang ibu dalam penatalaksanaan nyeri:

1) Cara farmakologi adalah dengan pemberian obat – obatan analgesik yang bisa disuntikan, melalui infus intravena yaitu syaraf yang mengantar nyeri selama persalinan.

2) Cara non farmakologi

a) Distraksi

Memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain pada nyeri merupakan mekanisme yang bertanggung jawab pada teknik kognitif efektif lainnya. Distraksi diduga dapat menurunkan persepsi nyeri dengan stimulasi nyeri yang ditransmisikan ke otak, kunjungan dari keluarga dan teman melihat film layar lebar dengan surround sound melalui headphone bermain catur yang membutuhkan konsentrasi.

b) Relaksasi

Relaksasi adalah teknik untuk mencapai kondisi rileks. Dengan menarik nafas dalam – dalam kita mengalirkan oksigen ke

darah yang kemudiannya dialirkan keseluruh bagian tubuh, diembuskan lewat mulut. Hasilnya kita menjadi lebih tenang dan stabil.

b. Kala II (Kala pengeluaran janin)

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks lengkap (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi. Kala dua disebut juga kala pengeluaran bayi (Walyani & Purwoastuti, 2016). Kala II yaitu dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida (Hidayat dan Sujiyatini, 2010).

1) Tanda – tanda kala II:

- a) Ibu merasa ingin meneran (dorongan meneran/doran).
- b) Perineum menonjol (perjol).
- c) Vulva vagina membuka (vulva).
- d) Adanya tekanan pada spincter anus (teknus) sehingga ibu merasa ingin BAB.
- e) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat. f)

Meningkatnya pengeluaran darah dan lendir.

Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang, dengan his dan mengejan yang dipimpin kepala akan lahir dan diikuti seluruh badan janin (Walyani, SE & Purwoastuti, E, 2016).

2) Asuhan yang dapat dilakukan:

- a) Pendampingan ibu selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya.
- b) Keterlibatan anggota keluarga dalam memberikan asuhan antarlain:

- (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 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 (Walyani & Purwoastuti, 2016)

c. Kala III (Kala uri)

Kala III yaitu dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit (Hidayat dan Sujiyatini, 2010).

1) Adapun tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu:

a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus . setelah bayi lahir dan sebelum meometrium mulai berkontraksi , uterus berbentuk

bulat penuh dan tinggi fundus uteri biasanya di bawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta mendorong kebawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah pear atau alpukat dan fundus beradadiatas pusat.

- b) Tali pusat memanjang. Tali pusat terlihat menjulur keluar.
- c) Semburan darah mendadak dan singkat. Darah yang terkumpul dibelakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dan dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpul darah (retroplacental pooling) dalam ruang diantara dinding uterus dan permukaan plasenta melebihi kapasitas stampungannya maka darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang terlepas (Walyani, SE & Purwoastuti, E, 2016).

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 pendampingan selama kala III. (Shofa, 2015)

d. Kala IV (Tahap pengawasan)

Kala IV adalah kala pengawasan 1-2 jam setelah bayi dan plasenta lahir untuk memantau kondisi ibu (Shofa, 2015). Kala IV merupakan

kalapengawasanyang dimulaidarisaatlahirnyaplasentasampai2jam pertama post partum (Hidayat dan Sujiyatini, 2010).

Selama kalaIV, pemantauandilakukan15menitpertama setelah plasenta lahirdan30 menitkeduasetelahpersalinan. Setelahplasenta lahirberikanasuhanyangberupa:

- 1) Rangsangan taktik (massase) uterus untuk merangsang kontraksi uterus.
- 2) Evaluasi tinggi fundus uteri.
- 3) Perkiraan darahyanghilangsecarakeseluruhan.
- 4) Pemeriksaanperineumdariperdarahanaktif(apakahdarilaserasi atau episiotomi).
- 5) Evaluasi kondisi umum ibu dan bayi.
- 5) Pendokumentasian (Shofa, 2015).

PemantauanlanjutkalaIVyangharusdiperhatikandalampemantauan kalaIV adalah:

- 1) Vital sign: tekanan darah, suhu, nadi dan pernapasan
- 2) Tinggi fundus uteri. Kontraksi tidak baik maka uterus teraba lembek, TFU normal sejajar dengan pusat atau dibawah pusat, uteruslembek(lakukanmassase uterus,bila perluberiksninjeksi oksitosin atau methergin).
- 3) Perdarahan.Jika lebihdari normalidentifikasi penyebab(dari jalan lahir,kontraksi atau kandungkencing).
- 4) Kandung kencing.Bilakandung kencing penuh, uterusberkontraksi tidak baik (Shofia, 2015).

7. APN 60 Langkah

- a. Melihat Tanda Gejala Kala II

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

b. 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 didalam partus set.
- 3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
- 4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali 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).

c. 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. Mengganti sarung tangan (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi, langkah # 9).

8) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.

9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan 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).

-Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.

-Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.

d. Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk Membantu Proses Persalinan

11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.

-Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran.

Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta

janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.

- Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.

12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).

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

- Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran

- Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.

- Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang).

- Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.

- Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.

- Menganjurkan asupan cairan per oral.

- Menilai DJJ setiap lima menit.

- 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

- 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 tersebut dan beristirahat di antara kontraksi.

- Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.

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

e. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

15) Letakan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut 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

f. Menolong Kelahiran Bayi

19) Lahirnya kelapa

saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kelapa bayi dan lakukan 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.

20) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi :

- Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.

- Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.

21) Tunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan Lahir bahu

22) 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 kearah 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, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

g. 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.
- 29) 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.
- 30) 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 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
- 31) Pemotongan dan pengikatan tali pusat.
- 32) Tempatkan bayi untuk melakukan kontak kulit ibu ke kulit bayi. Selimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala.
- 33) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- 34) Meletakkan satu tangan diatas 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. 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.

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

36) 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.

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

- Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit :Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit IM. Menilai kandung kemih dan mengkateterisasi 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.

37) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan 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

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).

h. 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 laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

i. Melakukan Prosedur Pasca Persalinan

41) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.

42) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam 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.

j. 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 ibu 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). Cuci bilas peralatan setelah didekontaminasikan.
- 49) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
- 50) Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah.
- 51) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan
- 52) Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
- 53) Menceleupkan 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 1mg intramuskular paha kiri bayi setelah satu jam kontak kulit dengan ibu.
- 57) Berikan imunisasi Hepatitis B (setelah satu jam pemberian vit K1).
- 58) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

59) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

k. Dokumentasi

60) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV persalinan (Modul Midwifery Update,2017)

8. Lilitan Tali Pusat

Menurut Teori Anik (2016) Tali pusat terbentuk dari *body stalk* sebagai penghubung antara janin dan plasenta, tali pusat berasal dari *yolk sack* dan allatons. Pada umur 5 minggu *yolk sack* mulai terbentuk untuk memberikan nutrisi bagi janin. Lilitan tali pusat adalah tali pusat yang membentuk lilitan sekitar badan janin, bahu, tungkai atas dan bawah. Lilitan tali pusat atau *umbilical cord* adalah saluran kehidupan bagi janin selama dalam kandungan, dikatakan saluran kehidupan karena saluran ini sudah tidak diperlukan lagi sehingga harus dipotong dan dijepit.

Tali pusat sangatlah penting, janin bebas bergerak dalam cairan amnion, sehingga pertumbuhan dan perkembangannya berjalan dengan baik. Gerakan janin dalam rahim yang aktif pada tali pusat yang panjang besar kemungkinan dapat terjadi lilitan tali pusat. Tali pusat dapat membentuk lilitan sekitar badan, bahu tungkai atas dan bawah, dan leher.keadaan ini dijumpai pada air ketuban yang berlebihan, tali pusat yang panjang dan bayi yang kecil.

Sebenarnya lilitan tali pusat tidaklah terlalu membahayakan namun, menjadi bahaya ketika memasuki proses persalinan dan terjadi kontraksi rahim dan kepala janin turun memasuki saluran persalinaan. Lilitan tali pusat bisa

semakin erat dan menyebabkan penurunan utero-placenter, juga menyebabkan penekanan /kompresin pada pembuluh – pembuluh darah tali pusat. Akibatnya suplay darah yang mengandung oksigen dan zat makanan terhambat ke bayi menjadi hipoksia.

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada saat terjadi lilitan tali pusat yaitu, Jika tali pusat melilit longgar dileher bayi, melepaskan melewati kepala bayi namun jika tali pusat melilit erat dileher dengan menjepit tali pusat dengan klem di dua tempat, kemudian memotong antaranya, kemudian melahrkan bayi dengan segera. Dalam situasi terpaksa bidan dapat melakukan pemotongan tali pusat pada waktu pertolongan persalinan. (Amik,2016)

B. Menejemen Asuhan Kebidanan (SOAP)

1. Pengertian

Manajemen kebidanan menurut Varney 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 (Sulistiyawati dan Nugraheny, 2012).

Manajemen ini menggunakan pola fikir 7 langkah Varney diawali dengan pengumpulan data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan sampai dengan evaluasi. Beralur pada pola fikir Varney yang terdiri dari 7 langkah berurut secara sistematis dan didokumentasikan menggunakan SOAP. Bentuk dari pendokumentasian SOAP dengan menggunakan pola fikir Varney adalah sebagai berikut :

1. Subjektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa antara lain tanggal, waktu, tahun, biodata, riwayat, termasuk kondisi klien. Catatan data spesifik atau fokus. Tanda gejala subjektif yang diperoleh dari hasil bertanya pada klien, suami atau keluarga. Catatan ini berhubungan dengan masalah sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhanya dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnosis (Astuti, Susanti, Nurparidah dan Mandiri, 2016).

2. Data Obyektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui pengamatan dan terukur, pemeriksaan fisik klien didapatkan melalui inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi, termasuk data penunjang. Data ini member bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis (Astuti, Susanti, Nurparidah dan Mandiri, 2016).

3. Assessment

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisis, diagnosis, dan masalah kebidanan (Astuti, Susanti, Nurparidah dan Mandiri, 2016).

Tabel 1.1 Daftar Diagnosa Nomenklatur Kebidanan

No.	Nama Diagnosis	No.	Nama Diagnosis
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.	Migran
9.	Anemia berat	44.	Kehamilan mola
10.	Apendisitis	45.	Kehamilan ganda
11.	Atonia uteri	46.	Partus macet
12.	Postpartum normal	47.	Posisi occiput posterior (di belakang)
13.	Infeksi mammae	48.	Posisi oksiput melintang
14.	Pembengkakan mammae	49.	Kista ovarium
15.	Presentasi bokong	50.	Abses pelviks
16.	Asma bronchiale	51.	Peritonitis
17.	Presentasi dagu	52.	Plasenta previa
18.	Disproporsi sevalo pelvic	53.	Pneumonia
19.	Hipertensi kronik	54.	Preklampsia berat atau ringan
20.	Koagulopati	55.	Hipertensi karena kehamilan
21.	Presentasi ganda	56.	Ketuban pecah dini
22.	Cystitis	57.	Partus prematuritas
23.	Eklampsia	58.	Prolapsus tali pusat
24.	Kehamilan ektopik	59.	Partus fase laten lama
25.	Ensefalitis	60.	Partus kala II lama
26.	Epilepsi	61.	Retensio plasenta
27.	Hidramnion	62.	Sisa plasenta
28.	Presentasi muka	63.	Rupture uteri
29.	Persalinan semu	64.	Bekas luka uteri
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		

(Sumber : Wildan dan Hidayat, 2011)

4. Planning

Mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang telah dilakukan (Astuti, Susanti, Nurparidah dan Mandiri, 2016).