

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Persalinan Normal

1. Pengertian Persalinan Normal

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

Persalinan adalah suatu proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu (Shofa, 2015).

Persalinan normal merupakan proses yang ditandai dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabkan penipisan, dilatasi serviks, dan mendorong janin keluar melalui jalan lahir sehingga menimbulkan sensasi nyeri yang dirasakan ibu (sulistiawati dkk, 2020).

2. 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 sebelum persalinan. Kematangan serviks mengindikasikan kesiapan untuk

pembukaan 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. *Bloos show*

Cairan lender bercampur darah yang keluar melalui vagina (Shofa, 2015)

3. Sebab – Sebab Mulainya Persalinan

Terjadinya persalinan disebabkan oleh beberapa teori sebagai berikut:

a. Teori penurunan hormon

1-2 minggu sebelum persalinan dimulai terjadinya kadar hormone esterogen dan progesteron.

b. Teori penuaan plasenta

Tuanya plasenta menyebabkan penurunan kadar esterogen dan progesteron yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim.

c. Teori distensi rahim

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

d. Teori iritasi mekanik

Dibelakang servik terletak ganglion servikal bila ganglion ini di geser dan ditekan akan timbumbul kontraksi uterus.

e. Induksi partus

Persalinan dapat timbul dengan jalan

- a) Ganggang laminaria: beberapa laminaria dimasukan dalam serviks dengan tujuan merangsang fleksus frankenhauser.
- b) Amniotomi: pemecahan ketuban.
- c) Oksitosin drips: pemberian oksitosin menurut tetesan infus
- d) Misoprostal: cytotec/ gastru
- e) (Shofa, 2015).

4. Tanda- Tanda Persalinan

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

- a. Adanya kontraksi rahim

Kontraksi uterus memiliki periode relaksasi yang memiliki fungsi penting untuk mengistirahatkan otot uterus. Durasi kontraksi uterus sangat bervariasi, tergantung pada kala persalinan wanita tersebut. Kontraksi pada persalinan aktif berlangsung dari 45 sampai 90 detik dengan durasi rata-rata 60 detik. Pada persalinan awal, kontraksi mungkin hanya berlangsung 15 sampai 20 detik. Frekuensi kontraksi ditentukan dengan mengukur waktu dari permulaan satu kontraksi permulaan kontraksi selanjutnya.

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

Blood slim paling sering terlihat sebagai lendir bercampur darah yang lengket dan harus dibedakan dengan cermat dari perdarahan murni. Bercak darah tersebut biasanya akan terjadi beberapa hari sebelum kelahiran tiba, tetapi tidak perlu khawatir dan tidak perlu tergesa-gesa ke rumah sakit, tunggu

sampai rasa sakit diperut atau bagian belakang dan dibarengi oleh kontraksi yang teratur. Jika keluar darah hebat dan banyak seperti menstruasi segera kerumah sakit.

c. Keluarnya air-air (ketuban)

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

d. Penipisan dan pembukaan serviks

Penipisan mendahului dilatasi servik, pertama-tama aktivitas uterus dimulai untuk mencapai penipisan, setelah penipisan kemudian aktifitas uterus menghasilkan dilatasi servik yang cepat. Membukanya leher rahim sebagai respon terhadap kontraksi yang berkembang (Elisabethdkk, 2016).

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 (rangkapanggul)

b) Bagian lunak (otot – otot, jaringan dan ligament – ligamen pintu panggu)

c) Sumbu panggul

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

d) Bidang – bidang Hodge

(1) Bidang Hodge I : dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simpisi dan promontorium.

(2) Bidang Hodge II : sejajar Hodge I setinggi pinggir bawah simpisi.

(3) Bidang Hodge III : sejajar Hodge I dan II setinggi spina ischiadica kanan dan kiri.

(4) Bidang Hodge IV : sejajar Hodge I, II, III setinggi os coccygis.

e) Stasion bagian persentasi atau derajat penurunan.

(1) Stasion 0 : sejajar spina ischiadica

(2) 1 cm di atas spina ischiadica disebut stasion 1 dan seterusnya sampai stasion 5

(3) – 1 cm dibawah spina ischiadica disebut stasion -1 dan seterusnya.

f) Ukuran ukuran panggul

(1) Ukuran Luar Panggul

(a) Distansia spinarum : jarak antara spina iliaca anterior superior 23 – 26 cm.

(b) Distansia cristarum : jarak antara kedua crista iliaca kanan dan kiri 26 – 29 cm

(c) Konjugata externa (*Boudeloque*) 18 – 20 cm.

(d) Lingkaran panggul 80 – 90 cm

(e) Konjugata diagonalis (periksa dalam) 12,5 cm.

(f) Distansia Tuberum (dipakai oseander) 10,5 cm.

(2) Ukuran panggul dalam

Pintu atas panggul merupakan suatu bidang yang dibentuk oleh promotorium, linea iniminata, dan pinggir atas simpisis fubis.

(3) Ruang Tengah Panggul

(4) Pintu bawah panggul (*outlet*)

(5) Jenis pangggul

(a) Ginekoid

(b) Android

(c) Antropid

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.

Kekuatanyang mendorongjanin keluar(*power*)terdiri dari :

1) His (kontraksi otot Rahim)

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

2) Kontraksi otot– ototdinding perut.

3) Kontraksi diafragma pelvis ataukekuatan mengejan.

4) Ketegangan dan ligmentous 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 passenger yang menyertai janin namun plasenta jarang menghambat pada persalinan normal.

3) Air Ketuban

Amnion pada kehamilan merupakan suatu membrane yang kuat dan ulet tetapi lentur. Amnion adalah jaringan yang menentukan hampir semua kekuatan regang membrane janin dengan demikian pembentukan komponen amnion yang mencegah rupture atau robekan sangatlah penting bagi keberhasilan kehamilan. Penurunan adalah gerakan bagian presentasi melewati panggul, penurunan ini terjadi atas 3 kekuatan yaitu salah satunya adalah tekanan dari cairan amnion dan juga saat terjadinya dilatasi serviks atau pelebaran muara dan saluran serviks yang terjadi karena tekanan yang ditimbulkan oleh cairan amnion selama ketuban masih utuh.

a. 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 hal yang nyata.

b. 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).

Menurut Sri wahyuni dan siti rohami dalam jurnal tahun 2017 Faktor yang mempengaruhi persalinan preterm adalah usia ibu pada saat hamil, secara fisik pada usia kurang dari 20 tahun belum terbentuk sempurna alat reproduksi pada rahim karena masih relatif kecil pembentukan belum sempurna dan pertumbuhan tulang panggul belum cukup lebar sehingga mengakibatkan gangguan pertumbuhan janin. Sedangkan pada usia lebih dari 35 tahun dapat menimbulkan resiko terjadinya komplikasi kehamilan yang berdampak pada mordibitas dan mortalitas bayi yang akan dilahirkan. (wahyun& rohani,2017).

6. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

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) Mengajukan ibu buang air kecil atau buang air besar.
 - 6) Menolong persalinan sesuai standar.
- b. Pemenuhan kebutuhan rasa aman
- 1) Memberi informasi tentang proses persalinan atau 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 harga diri
- 1) Mendengarkan keluhan ibu dengan penuh perhatian atau menjadi pendengar yang baik.
 - 2) Memberi asuhan dengan memperhatikan privasi ibu.
 - 3) Memberi pelayanan yang bersifat empati.
 - 4) Informasi bila akan melakukan tindakan
 - 5) Memberitahu ibu terhadap setiap tindakan yang akan dilakukan.
- e. 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
(Shofa, 2015).

7. 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 menerangi pasien.

b. *Engagement*

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

c. *Fleksi*

Fleksi disebabkan 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

Pemutaran 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 – ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar kedepan kebawah simpisis. Hal ini untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul.

e. *Ekstensi*

Terjadi karena adanya gaya tahanan 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 occipitnya akan bergeser di bawah 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 kepala janin mencapai dasar panggul, bahu mengalami perputaran dalam arah yang sama dengan kepala janin agar terletak dalam diameter yang besar dari rongga panggul. Bahu anterior akan terlihat pada lubang vulva-vagina, dimana ia akan bergeser di bawah simpisis pubis.

g. *Ekspulsi*

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai di bawah simpisis dan menjadi hypomocion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan bayi lahir searah dengan paksi jalan lahir mengikuti lengkung carrus (kurva jalan lahir) (Walyani&Purwoastuti,2016).

8. Tahapan Persalinan

a. Kala I (Pembukaan)

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala 1 persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase aktif dan fase laten.

1) Fase dalam kala 1

- a) Fase laten kala satu persalinan :
 - a) Dimulai sejak uterus berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap.
 - b) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4cm
 - c) Pada umumnya, fase laten berlangsung antara 6 hingga 8 jam.
- b) Fase aktif kala satu persalinan :
 - a) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap.
 - b) Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi kecepatan dengan rata rata 1 cm perjam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara)
 - c) Terjadi penurunan bagian terbawah janin.

(JNPK-KR, 2014)

- 2) Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah :
 - 1) Memberikan dukungan emosional.
 - 2) Pendampingan anggota keluarga selama proses persalinan sampai kelahiran.
 - 3) Mengatur posisi ibu sehingga terasa nyaman.
 - 4) Memberikan cairan nutrisi dan hidrasi – memberikan kecukupan energy dan dehidrasi
 - 5) Pencegahan infeksi (Shofa, 2015).
- 3) Asuhan sayang ibu dalam penatalaksanaan nyeri
 - a) Cara farmakologi adalah dengan pemberian obat – obatan analgesik yang bisadisuntikan, melalui infus intravena yaitu syaraf yang mengantar nyeri selama persalinan.
 - b) Cara non farmakologi

a) Distraksi

Memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain pada nyeri merupakan mekanisme yang bertanggung jawab pada teknik kognitif afektif 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 kemudian dialirkan ke seluruh bagian tubuh, diembuskan lewat mulut. Hasilnya kita menjadi lebih tenang dan stabil.

(shofa, 2015)

b. Kala II (Kala pengeluaran janin)

Kala dua persalinan dimulai dari pembukaan lengkap serviks (10 cm), dilanjutkan dengan upaya mendorong bayi keluar dari jalan lahir dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II disebut juga sebagai kala pengeluaran bayi.

1) Gejala dan tanda kala dua persalinan adalah :

- a) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
- b) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum dan atau vaginanya

- c) Perineum menonjol
 - d) Vulva dan sfingter ani membuka
 - e) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah
- 2) Tanda pasti kala dua ditentukan melalui pemeriksaan dalam (informasi objektif) yang hasilnya adalah
- a) Pembukaan serviks telah lengkap
 - b) Terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina
(JPNK-KR. 2015)
- 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 kala II dengan memberikan vulva dan perineum ibu
- i) Membantu ibu mengosongkan kandung kemih secara spontan.

(walyani& Purwoastuti, 2016)

c. Kala III (Kala pengeluaran Uri)

Kala tiga persalinan disebut juga sebagai kala uri atau kala pengeluaran plasenta. Kala tiga merupakan kelanjutan dari kala satu (kala pembukaan) dan kala dua (kala pengeluaran bayi) persalinan. Dengan demikian, berbagai aspek yang akan dihadapi pada kala tiga, sangat berkaitan dengan apa yang telah dikerjakan pada tahap tahap sebelumnya. Kala III yaitu dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit.

1) Adapun tanda– tandapelepasan plasenta yaitu:

- a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus.

Setelah bayi lahir dan sebelum myometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat (*discoid*) dan tinggi fundus berada 3 jari dibawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong kebawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah alpukat dan fundus setinggi pusat (seringkali mengarah kekanan)

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

- c) Semburan darah mendadak dan singkat. Darah yang terkumpul di retroplasenter (diantara tempat implantasi dan permukaan maternal plasenta) akan melepas plasenta (dengan gaya gravitasi) dari tempat perlekatannya dinding uterus. Jika kumpulan darah (*retroplacental pooling*) dalam ruang antara dinding uterus dan

plasenta telah melebihi kapasitas tampungannya maka darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang terlepas.

2) Manajemen Aktif Kala III

Tujuan MAK III adalah membuat uterus berkontraksi lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah perdarahan dan mengurangi kehilangan darah selama Kala III persalinan jika dibandingkan dengan pelepasan plasenta secara spontan. Sebagian besar (25-29%) morbiditas dan mortalitas ibu di Indonesia disebabkan oleh perdarahan pascapersalinan akibat atonia uteri dan separasi/retensio plasenta yang dapat dicegah dengan Manajemen Aktif Kala III.

a) Keuntungan MAK III :

- (1) Persalinan kala tiga yang lebih singkat
- (2) Mengurangi jumlah kehilangan darah
- (3) Mengurangi kejadian retensio plasenta

b) Manajemen aktif kala tiga terdiri dari tiga langkah utama :

- (a) Pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir
- (b) Melakukan peregangan tali pusat terkendali
- (c) Masase fundus uteri (JNPK-KR, 2015)

3) Asuhan yang dapat dilakukan :

- a) Memberikan 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).

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

Selama kala IV, pemantauan dilakukan 15 menit pertama setelah plasenta lahir dan 30 menit kedua setelah persalinan.

1) Asuhan yang diberikan setelah plasenta lahir beriklan asuhan yang berupa:

- a) Rangsangan taktik (massase) uterus untuk merangsang kontraksi uterus.
- b) Evaluasi tinggi fundus uteri.
- c) Perkiraan darah yang hilang secara keseluruhan.
- d) Pemeriksaan perineum dari perdarahan aktif (apakah darilaserasi atau episiotomi).
- e) Evaluasi kondisi umum ibu dan bayi.
- f) Pendokumentasian

(Shofa, 2015).

2) Pemantauan lanjut kala IV yang harus diperhatikan dalam pemantauan kala IV adalah:

a) Vital sign: tekanan darah, suhu, nadi dan pernapasan

Tinggi fundusuteri. Kontraksi tidak baik maka uterus teraba lembek, TFU normal sejajar dengan pusat atau dibawah pusat, uterus lembek (lakukan massase uterus, bila perlu berikan injeksi oksitosin atau methergin).

b) Perdarahan. Jika lebih dari normal identifikasi penyebab (dari jalan lahir, kontraksi atau kandung kencing).

c) Kandung kencing. Bila kandung kencing penuh, uterus berkontraksi tidak baik

(Shofa, 2015).

9. Penjahitan luka episiotomi/laserasi

a. Tujuan menjahit laserasi atau episiotomi

Tujuannya adalah untuk menyatukan kembali jaringan tubuh (mendekatkan) dan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu (Walyani & Purwoastuti, 2016). Tujuan penjahitan untuk menyatukan kembali jaringan yang luka serta mencegah kehilangan darah Menurut (Shofa, 2015).

b. Macam-macam laserasi

1) Robekan derajat 1,

kadang-kalabahkan tidak perludijahit.

a) Robekan mukosa

b) Komisuraposterior

c) Kulit perineum

- 2) Robekan derajat dua biasanya dapat dijahit dengan mudah dibawah pengaruh analgesia lokal dan biasanya sembuh tanpa komplikasi.
- a) Robekan mukosa
 - b) Komisura posterior
 - c) Kulit perineum
 - d) Otot perineum
- 3) Robekan derajat 3, dapat mempunyai akibat yang lebih serius dan dimana pun bila memungkinkan harus dijahit oleh ahli obstetri, dirumah sakit dengan peralatan yang lengkap, dengan tujuan mencegah inkontinensia vokal dan atau fistula fekal.
- a) Robekan mukosa
 - b) Komisura posterior
 - c) Kulit perineum
 - d) Otot perineum
 - e) Otot sfingter ani
- 4) Robekan derajat 4, harus dijahit oleh ahli obstetri, dirumah sakit dengan peralatan yang lengkap, dengan tujuan mencegah inkontinensia vokal dan atau fistula fekal.
- a) Robekan mukosa
 - b) Komisura *posterior*
 - c) Kulit perineum
 - d) Otot perineum
 - e) Otot sfingter ani
 - f) Dinding depan rectum
- (Shofa, 2015).

- c. Hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan penjahitan, yaitu:
- 1) Laserasi derajat 1 yang tidak mengalami perdarahan, tidak perlu dilakukan penjahitan.
 - 2) Menggunakan sedikit jahitan.
 - 3) Menggunakan selalu teknik aseptik.
 - 4) Menggunakan anastesi lokal, untuk memberikan kenyamanan ibu (Shofa, 2015).
- d. Keuntungan penggunaan anastesi local:
- 1) Ibu lebih merasa nyaman (sayang ibu).
 - 2) Bidan lebih leluasa dalam penjahitan.
 - 3) Lebih cepat dalam menjahit perlukaannya (mengurangi kehilangan darah).
 - 4) Trauma pada jaringan lebih sedikit (mengurangi infeksi).
 - 5) Cairan yang digunakan: Lidocain 1%.
- e. Beberapa tipe anastesi adalah:
- 1) Pembiusan total: hilangnya kesadaran total
 - 2) Pembiusan lokal: hilangnya rasa pada daerah tertentu yang diinginkan (pada sebagian kecil daerah tubuh).
 - 3) Pembiusan regional: hilangnya rasa pada bagian yang lebih luas dari tubuh oleh blokade selektif pada jaringan spinal atau saraf yang berhubungan dengannya (Walyani & Purwoastuti, 2016).

Penjahitan luka perineum dengan menggunakan lidocain 1% dapat mempengaruhi ilamannya penyembuhan luka. Meski demikian pemberian lidocain 1% dianggap penting karena merupakan bagian dari asuhan sayang ibu meskipun dengan diberikannya

lidocain 1% dapat memperlambat penyembuhan luka perineum (Nopiyati, 2013).

10. Partograf

Partograf adalah catatan grafik kemajuan persalinan untuk memantau keadaan ibu dan janin, menemukan adanya persalinan abnormal, yang menjadi petunjuk untuk melakukan tindakan bedah kebidanan dan menemukan disproporsi kepala panggul jauh sebelum persalinan menjadi macet.

Partograf merupakan alat mencatat informasi berdasarkan observasi, anamnesis dan pemeriksaan fisik ibu dalam persalinan dan sangat penting khususnya untuk membuat keputusan klinis selama persalinan. Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan (Indrayani, 2013).

a. Tujuan utama mencatat dalam partograf adalah:

- 1) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.
- 2) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal.

Dengan demikian, dapat melakukan deteksi dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama (Shofa, 2015).

b. Jika digunakan secara tepat dan konsisten, maka partograf akan membantu penolong persalinan untuk:

- 1) Mencatat kemajuan persalinan.
- 2) Mencatat kondisi ibu dan janinnya.

- 3) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran.
- 4) Menggunakan informasi yang tercatat untuk secara dinamis mengidentifikasi adanya penyulit (Shofa, 2015).

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 :

a. Informasi tentang ibu:

- 1) Nama dan umur.
- 2) Gravida, para, abortus.
- 3) Nomor catatan medik/nomor puskesmas.
- 4) Tanggal dan waktu mulai dirawat.
- 5) Waktu pecahnya selaput ketuban.

b. Kondisi janin:

- 1) Denyut jantung janin.
- 2) Warna dan adanya air ketuban
- 3) Penyusupan (molase) kepal janin.

c. Kemajuan persalinan:

- 1) Pembukaan serviks.
- 2) Penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin.
- 3) Garis waspada dan garis bertindak.

d. Jam dan waktu:

- 1) Waktu mulainya fase aktif persalinan.
- 2) Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian.

e. Kontraksi uterus:

Frekuensi dan lamanya.

f. Obat-obat yang diberikan:

1) Oksitosin

2) Obat-obatan lain yang diberikan.

g. Kondisi ibu:

Nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh, urin (volume, aseton atau protein).

h. Asuhan, pengamatan, dan keputusan klinisnya (dicatat dalam kolom tersedia di sisi partograf atau catat kemajuan persalinan)

(Shofa, 2015).

11. Pelaksanaan

60 angka Persalinan Normal

I. MELIHAT TANDA DAN GEJALA KALA DUA

1. Mengamati tanda dan gejala 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.

II. MENYIAPKAN PERTOLONGAN PERSALINAN

2. Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.

3. Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
4. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah sikum, 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).

III. MEMASTIKAN PEMBUKAAN LENGKAP DENGAN JANIN

BAIK.

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

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

IV. MENYIAPKAN IBU & KELUARGA UNTUK MEMBANTU

PROSES PIMPINAN MENERAN.

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

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

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

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

V. PERSIAPAN PERTOLONGAN KELAHIRAN BAYI.

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

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

17. Membuka partus set

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

VI. MENOLONG KELAHIRAN BAYI

Lahirnyakelapa

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

Lahir badan dan tungkai

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

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

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

VII. PENANGANAN BAYI BARU LAHIR

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

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

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

28. Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.

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

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

31. Pemotongan dan pengikatan talipusat.

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

33. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

VIII. PENATALAKSANAAN AKTIF KALA 3

34. Pindahkan klem padatalipusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.

35. Meletakkan satutangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Tangan lain menegangkan tali pusat.

36. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut.

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

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

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

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

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

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

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

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

39. 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

40. 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.
41. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

X. MELAKUKAN PROSEDUR PASCA PERSALINAN

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

Evaluasi

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

Kebersihan dan keamanan

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

52. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
53. Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfektan tingkat tinggi.
Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah.
54. Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Mengajak keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
55. Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
56. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
57. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
58. Pakai sarung tangan bersih untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi.
 - a. Dalam satu jam pertama berikan salep mata, vit K1 1mg intramuskular paha kiri bayi setelah satu jam kontak kulit dengan ibu.
 - b. Berikan imunisasi Hepatitis B (setelah satu jam pemberian vit K1).
59. Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
60. Dokumentasi
Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV persalinan.
(Modul Midwifery Update 2017).

B. Teori Manajemen Asuhan Kebidanan

1. Menejemen Asuhan Kebidanan Pola pikir varney

Menurut Helen Varney, alur pikir bidan saat menghadapi klien meliputi tujuh langkah agar orang lain mengetahui apa yang telah dilakukan oleh seorang bidan melalui proses berfikir sistematis, dan didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

a. Langkah I (Pengumpulan Data Dasar)

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

1) Data subjektif

- a) Keluhan utama
- b) Riwayat reproduksi Riwayat kesehatan
- c) Data psikososial
- d) Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

2) Data objektif

Pemeriksaan umum

Pemeriksaan khusus kebidanan (head to toe)

b. Langkah II (Interpretasi data dasar)

1) Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik.

2) Diagnosis kebidanan yang disimpulkan oleh bidan meliputi usia kehamilan dalam minggu, keadaan janin, normal atau tidaknya kondisi kehamilan ibu.

3) Masalah yang sering berkaitan dengan hal hal yang sedang dialami oleh wanita

4) Masalah adalah hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukandari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosis.

5) Kebutuhan

c. Langkah III (Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial)

Langkah ini dimana bidan melakukan identifikasi masalah dan mengantisipasi penanganannya

d. Langkah IV

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

e. Langkah V

(Merencanakan asuhan yang komprehensif/menyeluruh) 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).

f. Langkah VI (Melaksanakan perencanaan)

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

g. Langkah VII (Evaluasi)

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

2. Pendokumentasian Metode SOAP

a. Tahap- tahap manajemen SOAP

(S) Subjektif : Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa.

(O) Objektif : Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, lab, dan tes diagnosis lain yang dirumuskan dalam data fokus yang mendukung assesment.

(A) Assesment : Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam satu identifikasi atau masalah potensial.

(P) Planning : menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assesment.

b. Tujuan dari pendokumentasian asuhan kebidanan adalah untuk kepentingan hukum apabila terdapat gugatan di suatu saat nanti dari klien dan juga untuk memudahkan kita untuk memberikan asuhan selanjutnya kepada klien (Yeyehdkk,2013).

3. Nomenklatur Kebidanan

Nomenklatur kebidanandigunakanuntukmenegakkandiaogosa sehingga memudahkandalampengambilan keputusannya, sedangkan pengertian nomenklaturkebidanansendiriadalahsuatusistemnamayang telah terklasifikasikan dan diakui sertadisahkan olehprofesi. Dalam nomenklatur kebidananterdapatkuatustandrat yangyangharusdipenuhi.standrat ini diduatsebagaidaftar untukmerujukpasien. Pada langkahinidilakukan identifikasi

terhadapdiagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi atas data-datayang telahdikumpulkan.Datadasaryang telahdikumpulkan diinterpretasikan sehinggadapat merumuskan diagnosadan masalah yang spesifik.

Tabel 2.1 Daftar Nomenklatur kebidanan

NO	NAMADIGNOSIS	NO	NAMADIGNOSIS
1.	Kehamilannormal	36.	Invertiuteri
2.	Partusnormal	37.	Bayibesar
3.	Syok	38.	Melariaberatdengankomplikasi
4.	Denyutjantungjanintidaknormal	39.	Malariaringantanpakomplikasi
	Abortus	40.	Mekonium
6.	Solusioplasenta	41.	Meningitis
7.	Akutpielonefritis	42.	Metritis
8.	Amnionitis	43.	Migrain
9.	Anemiaberat	44.	Kehamilanmola
10.	Apendistitis	45.	Kehamilanganda
11.	Antoniauteri	46.	Partusmacet
12.	Postpartumnormal	47.	Posisiocciput
13.	Infeksimamae	48.	Posisioksiputmelintang
14.	Pembengkakanmamae	49.	Kistaovarium
15.	Presentasibokong	50.	Absespelvic
16.	Asmabronchiale	51.	Peritonitis
17.	Preseptasidagu	52.	Plasentaprevia
18.	Disproporsicephalaopelvic	53.	Pneumonia
19.	Hipertensikronik	54.	Preeklempsiberatatauringan
20.	Koagulopati	55.	Hipertensikerenakehamilan
21.	Presentasiganda	56.	Ketubanpecahdini
22.	Cystitis	57.	Partusprematunitas
23.	Eklampsia	58.	Prolapustalipusat
24.	Kehamilanektopik	59.	Partusfaselatenlama
25.	Ensafalitis	60.	Partuskala2 lama
26.	Epilepsi	61.	Retensioplasenta
27.	Hidromnion	62.	Sisaplasenta
28.	Presentasimuka	63.	Rupturuteri
29.	Persalinansemu	64.	Bekaslukauteri
30.	Kematianjanin	65.	Presentasibahu
31.	Hemoragikantepartum	66.	Distosiabahu
32.	Hemoragikpostpartum	67.	Robekanservikdanvagiana
33.	Gagaljantung	68.	Tetanus
34.	Intertiauteri	69.	Letaklintang
35.	Infeksiluka		

(Wildan,dkk,2011)

