

## **BAB II**

### **LANDASAN TEORI**

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

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

Persalinan normal WHO adalah persalinan yang dimulai secara spontan beresiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan, bayi dilahirkan spontan dengan presentasi belakang kepala pada usia kehamilan antara 37 sampai 42 minggu lengkap. Setelah persalinan ibu dan bayi dalam keadaan baik (Walyani dan Purwoastuti, 2016:15:4)

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar dari Rahim melalui jalan lahir atau jalan lain (Ilmiah, 2015:2)

Persalinan 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. (Varney, 2010)

##### **2. Jenis-Jenis Persalinan**

###### **a. Persalinan spontan**

Yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, dan melalui jalan lahir.

b. Persalinan buatan

Yaitu persalinan yang dibantu dengan tenaga dari luar seperti forcep, secsio caesaria.

c. Persalinan anjuran

Yaitu persalinan yang berlangsung setelah dilakukan suatu tindakan misalnya pemecahan ketuban, pemberian pitogin. (Varney, 2010 )

### 3. Sebab-Sebab Terjadinya Persalinan

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

a. **Teori Penurunan Hormone**

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

Dibelakang servik terletak ganglion servikal (*fleksus frankenhauser*) bila ganglion ini di geser dan di tekan, akan timbul kontraksi uterus.

#### e. **Induksi Partus**

Persalinan dapat ditimbulkan dengan jalan :

- 1) Ganggang laminaria : Beberapa laminaria dimasukan ke dalam servikalis dengan tujuan merangsang fleksus frankenhauser.
- 2) Amniotomi : Pemecahan Ketuban
- 3) Oksitosin drips : Pemberian oksitosin menurut tetesan infuse
- 4) Misoprostol : *Cytotec/Gastru*

#### 4. **Faktor yang mempengaruhi Persalinan**

##### a. Power

Power atau tenaga yang mendorong anak adalah :

- 1) His adalah gelombang kontraksi ritmis otot polos dinding uterus yang dimulai dari daerah fundus uteri dimana tuba falopi memsuki dinding uterus, awal gelombang tersebut didapat dari “pacemaker” yang terdapat dari dinding uterus daerah tersebut.
  - a) *His Persalinan* yang menyebabkan Pendataran dan pembukaan serviks.  
Terdiri dari :*His pembukaan, his pengeluaran dan his pelepasan uteri.*
  - b) *His* Pendahuluan tidak berpengaruh pada serviks

##### 2) Tenaga Mengejan :

- a) Kontraksi otot-otot dinding perut
- b) Kepala didasar panggung merangsang mengejan
- c) Paling efektif saat kontraksi / his

##### b. Passage ( Jalan Lahir )

Jalan lahir dibagi menjadi atas Bagian keras tulang-tulang panggul (rangka panggul).

c. **Passanger**

Keadaan janin (letak, presentasi, ukuran/berat janin, ada/tidak kelainan anatomic mayor).

Dengan adanya keseimbangan / kesesuaian antara faktor-faktor “P” tersebut, persalinan normal diharapkan dapat berlangsung. (Varney, 2010 )

## **5. Berlangsungnya Persalinan Normal**

### **a. Kala I**

#### **1. Dimulai bila timbul his dan pengeluaran lendir bersempu darah**

His yaitu: gelombang kontraksi ritmis otot polos dinding uterus yang dimulai dari daerah fundus uteri di mana tuba falopii memasuki dinding uterus, awal gelombang tersebut didapat dari ‘pacemaker’ yang terdapat di dinding uterus daerah tersebut. (Prawirohardjo, 2014)

Resultante efek gaya kontraksi tersebut dalam keadaan normal mengarah ke daerah lokus minoris yaitu daerah kanalis servikalis (jalan lahir) yang membuka, untuk mendorong isi uterus ke luar.

Terjadinya his, akibat :

- a. Kerja hormon oksitosin
- b. Regangan dinding uterus oleh isi konsepsi
- c. Rangsangan terhadap pleksus saraf Frankenhauser yang tertekan massa konsepsi.

(Prawirohardjo, 2014)

**His yang baik dan ideal meliputi :**

- a. Kontraksi simultan simetris di seluruh uterus
- b. Kekuatan terbesar (dominasi) di daerah fundus
- c. Terdapat periode relaksasi di antara dua periode kontraksi
- d. Terdapat retraksi otot-otot korpus uteri setiap sesudah hi
- e. Serviks uteri yang banyak mengandung kolagen dan kurang mengandung serabut otot, akan tertarik ke atas oleh retraksi otot-otot korpus, kemudian terbuka secara pasif dan mendatar (cervical effacement). Ostium uteri eksternum dan internum pun akan terbuka.

**Nyeri persalinan pada waktu his dipengaruhi berbagai faktor :**

- a. Iskemia dinding korpus uteri yang menjadi stimulasi serabut saraf di pleksus hipogastrikus diteruskan ke sistem saraf pusat menjadi sensasi nyeri.
- b. Peregangan vagina, jaringan lunak dalam rongga panggul dan peritoneum, menjadi rangsang nyeri.
- c. Keadaan mental pasien (pasien bersalin sering ketakutan, cemas/ anxietas, atau eksitasi).
- d. Prostaglandin meningkat sebagai respons terhadap stress

**Pengukuran kontraksi uterus**

- a. Amplitudo : intensitas kontraksi otot polos : bagian pertama peningkatan agak cepat, bagian kedua penurunan agak lambat.
- b. frekuensi : jumlah his dalam waktu tertentu (biasanya per 10 menit).
- c. satuan his : unit Montevide (intensitas tekanan / mmHg terhadap frekuensi).  
(Varney, 2010 )

**2. Pembukaan dibagi 2 fase:**

- a. Fase Laten persalinan dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembekuan serviks secara bertahap, pembukaan serviks kurang dari 4 cm, biasanya berlangsung hingga dibawah 8 jam.
- b. Fase Aktif persalinan frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih ), serviks membuka dari 4 ke 10 cm, biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih per jam hingga pembukaan lengkap (10 cm), terjadi penurunan bagian terbawah janin.

Fase Aktif dibagi 3 :

- 1) Fase Akselerasi dalam 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm
- 2) Fase Dilatasi Maksimal dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm
- 3) Fase Deselerasi : Pembukaan menjadi lambat kembali dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi 10 cm.

Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida. Pada Multigravida pun terjadi demikian, akan tetapi fase laten, fase aktif dan fase diselerasi terjadi lebih pendek (Sukarni dan Margareth, 2013:213)

## **b. Kala II**

Kala II persalinan adalah proses pengeluaran buah kehamilan sebagai hasil pengenalan proses dan penatalaksanaan kala pembukaan, batasan kala II di mulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi, kala II juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi. Lamanya kala II pada persalinan spontan sekitar 40 menit pada primigravida dan 15 menit pada Multipara (Walyani dan Purwoastuti, 2016:15).

- a. Tanda-tanda persalinan kala II sudah dekat :

- 1) Ibu merasa ingin meneran (dorongan meneran/doran)
- 2) Perineum menonjol (perjol)
- 3) Vulva Vagina membuka (vulka)
- 4) Adanya tekanan pada spincter anus (teknus) sehingga ibu merasa ingin BAB
- 5) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat
- 6) Meningkatnya pengeluaran darah dan lender

Dengan adanya his persalinan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan :

- 1) Pendataran dan pembukaan
- 2) Pembukaan menyebabkan selaput lender yang terdapat pada kanalis servikalis terlepas
- 3) Terjadi perdarahan karena kappiler pembuluh darah pecah

b. Perubahan fisiologi pada kala II

1) **Kontraksi Uterus**

**Dimana kontraksi ini bersifat nyeri yang disebabkan oleh anoxia dari sel-sel otot tekanan pada genetalia dalam serviks dan segmen bawah rahim (SBR), Regangan dari serviks, regangan dan tarikan pada peritonem, itu semua terjadi pada saat kontraksi.**

2) **Perubahan-Perubahan Uterus**

**Keadaan Seggmen Atas Rahim (SAR) dan Seggmen Bawah Rahim (SBR) dalam persalinan, perbedaan SAR dan SBR akan tampak lebih jelas, dimana SAR dibentuk oleh korpus uteri dan bersifat memegang peranan aktif (berkontraksi) dan dindingnya bertambah tebal dengan**

majunya persalinan, dengan kata lain SAR mengadakan suatu kontraksi menjadi tebal dan mendorong anak keluar.

3) **Perubahan pada Serviks**

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

4) **Perubahan pada vagina dan dasar panggul**

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

5) **Perubahan fisik lain yang mengalami perubahan**

a) **Perubahan sistem reproduksi**

Kontraksi uterus pada persalinan bersifat unik mengingat kontraksi ini merupakan kontraksi otot fisiologis yang menimbulkan nyeri pada tubuh.

b) **Perubahan tekanan darah**

Tekanan darah akan meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 10-20 mmHg.

c) **Perubahan Metabolisme**

Selama persalinan, Metabolisme karbohidrat meningkat dengan kecepatan tetap. Disebabkan oleh aktifitas otot.



**d) Perubahan suhu**

Perubahan suhu sedikit meningkat selama persalinan dan tertinggi selama dan segera setelah melahirkan.

**e) Perubahan denyut Nadi**

Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih meningkat disbanding selama periode menjelang persalinan.

**f) Perubahan Pernafasan**

Peningkatan frekuensi pernafasan normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi.

**g) Perubahan pada ginjal**

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini didapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal.

**h) Perubahan pada saluran cerna**

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

**i) Perubahan Hematologi**

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,3 gr/100 ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama (Walyani dan Purwoastuti, 2016:29).

**c. Kala III**

**Kala III adalah kala dimana di mulai dari keluarnya bayi sampai plasenta dan selaput ketuban yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah Bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusat beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya (Walyani dan Purwoastuti,2016:74).**

**1) Tanda-tanda pelepasan plasenta**

**Adapun tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu :**

- a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus uteri**
- b) Tali pusat terlihat memanjang**
- c) Semburan darah mendadak singkat**

**Untuk mengatasi pelepasan plasenta, dipakai beberapa perasat antara lain :**

**a) Perasat Kustner**

**Tangan kanan merenggang atau menarik tali pusat, tangan kiri menekan daerah simpisis, bila tali pusat ini masuk kembali kedalam vagina berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus. Bila tali pusat tidak masuk kembali kedalam vagina, berarti plasenta telah lepas dari dinding uterus.**

**b) Perasat Strassman**

**Merenggangkan atau menarik sedikit tali pusat, tangan kiri mengetuk-ngetuk fundus uteri. Bila terasa getaran pada tali pusat, berarti tali pusat belum lepas dari implantasi. Bila tidak terasa getaran, berarti tali pusat telah lepas dari tempat implantasinya.**

**c) Perasat Klien**

Ibu disuruh mendedan, sehingga tali pusat ikut turun atau memanjang. Bila pengendalian dihentikan dan tali pusat masuk berarti belum ada pelepasan plasenta.

2) **Management Aktif Kala III**

- a) Pemberian suntikan oxytosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir sebaya 10 unit IM pada 1/3 paha bagian luar.
- b) Melakukan peregangan tali pusat terkendali dan saat terjadi kontraksi lakukan tekanan dorso cranial hingga tali pusat makin menjulur.
- c) **Massase Fundus Uteri**

Setelah plasenta lahir spontan, lakukan massase fundus uteri selama 15 detik sampai fundus mengeras menandakan kontraksi baik (Walyani dan Purwoastuti, 2016).

**Pemeriksaan pada kala III :**

1) **Plasenta**

Pastikan bahwa seluruh plasenta telah lahir lengkap dengan memeriksa jumlah kotiledonnya (rata-rata 20 kotiledon). Amati apakah ada bagian tertentu yang seperti tertinggal atau tidak utuh, jika kemungkinan itu ada maka segera lakukan eksplorasi untuk membersihkan sisa plasenta.

2) **Selaput Ketuban**

Setelah plasenta lahir, periksakelengkapan selaput ketuban untuk memastikan tidak ada bagian yang tertinggal di dalam uterus. Caranya dengan meletakkan plasenta diatas bagian yang datar dan dipertemukan setiap tepi selaput ketuban sambil

**mengamati apakah ada tanda-tanda robekan dari tepi selaput ketuban.**

**3) Tali Pusat**

**Setelah plasenta lahir, Periksa mengenai data yang berhubungan dengan tali pusat.**

- a) Panjang tali pusat**
- b) Bentuk tali pusat (besar, kecil, atau terpilin-pilin)**
- c) Insersio tali pusat**
- d) Jumlah vena dan arteri pada tali pusat**
- e) Adakah lilitan tali pusat (Walyani dan Purwoastuti, 2016:81).**

**Pemantauan Kala III**

**a) Kontraksi**

**Pemantauan kontraksi pada kala III dilakukan selama melakukan manajemen aktif kala III (ketika PTT), sampai dengan sesaat setelah plasenta lahir.**

**b) Robekan Jalan lahir dan perineum**

**Selama melakukan PTT ketika tidak ada kontraksi, bidan melakukan pengkajian terhadap robekan jalan lahir dan perineum.**

**c) Hygiene**

**Menjaga kebersihan tubuh pasien terutama di daerah genitalia sangat penting dilakukan untuk mengurangi kemungkinan kontaminasi terhadap luka robekan jalan lahir dan kemungkinan infeksi intrauterus (Walyani dan Purwoastuti, 2016:82).**

**d. Kala IV**

Kala IV adalah kala pengawasan dari 1-2 jam setelah bayi dan plasenta lahir. Hal-hal yang perlu diperhatikan adalah kontraksi uterus sampai uterus kembali dalam bentuk normal. Hal ini dapat dilakukan dengan rangsangan taktik (massase) untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat (Walyani dan Purwoastuti, 2016:90).

1) Pemantauan Kala IV

Periksa fundus 15 menit pada jam pertama dan setiap 20-30 menit selama jam kedua, periksa tekanan darah, nadi, kandung kemih dan perdarahan selama 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Mengajarkan ibu dan keluarga tentang bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi (Walyani dan Purwoastuti, 2016:100).

2) Laserasi

Laserasi umumnya terjadi pada persalinan dengan trauma dan dapat dilakukan penjahitan laserasi yang bertujuan untuk menyatukan kembali jaringan tubuh (mendekatkan) dan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu (memastikan hemostasis). Ingat bahwa setiap kali jarum masuk ke jaringan tubuh, jaringan akan terluka dan menjadi tempat yang potensial untuk timbulnya infeksi. Oleh sebab itu pada saat menjahit laserasi atau episiotomy gunakan benang yang cukup panjang dan gunakan sedikit mungkin jahitan untuk mencapai tujuan pendekatan dan hemostasis.

a) Robekan derajat pertama

Robekan derajat pertama meliputi mukosa vagina, fourchette dan kulit perineum tepat dibawahnya. Robekan ini kecil dan diperbaiki sederhana

mungkin. Tujuannya adalah merapatkan kembali jaringan yang terpotong dan menghasilkan hemostasis.

b) Robekan derajat kedua

Robekan derajat kedua merupakan luka robekan yang lebih dalam. Luka ini terutama mengenai garis tengah dan melebar sampai ke corpus perineum.

c) Robekan derajat ketiga

Robekan derajat ketiga meluas sampai corpus perineum, musculus transverses perineus dan sphinter recti, pada robekan partialis derajat ketiga yaitu robekan hanyalah sphincter recti terpotong dan laserasi meluas hingga dinding anterior rectum dengan jarak yang bervariasi. Sebagian penulis lebih senang menyebutkan keadaan ini sebagai robekan derajat ke empat (Chamberlain, 2010:452).

**e. Mekanisme Persalinan**

1. 96% janin adalah letak kepala
2. 3 faktor penting yg berperan dlm persalinan:
  - a. kekuatan pada ibu: his dan mendedan
  - b. keadaan jalan lahir
  - c. Janin
    - 1) Lahirnya bayi: kepala masuk pintu atas panggul (sinklismus/asinklismus)→flexi maximal sampai pada dasar panggul→putaran paksi dalam→gerakan deflexi→kepala lahir→putaran paksi luar→lahir bahu depan→lahir bahu belakang→trochanter depan→trkhanter belakang→bayi lahir seluruhnya.

- 2) bersihkan jalan nafas→jepit tali pusat dg 2 cunam koker pd 5cm dan 10 cm→gunting di antaranya→ikat yang kuat→beri antiseptik
- 3) resusitasi dan bersihkan dan mengisap lendir pd jalan nafas
- 4) lepasnya plasenta: setelah bayi lahir msh ada his yg sm kuat tp frekuensi berkurang→uterus mengecil→perlekatan plasenta lepas (sentral/marginal/kombinasi)
- 5) tinggi fundus uteri setelah kala III adalah sktr 2 jari di bawah pusat (Varney, 2010 )

## **B. Asuhan Persalinan Normal 60 Langkah**

### **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 di bawah 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).

## **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.



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).
  - Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
  - Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan 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.
  - 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-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.

#### **V. 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.

#### **VI. MENOLONG KELAHIRAN BAYI**

Lahirnya kelapa

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 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 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, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat

panggung 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 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.

## **VIII. PENANGANAN BAYI BARU LAHIR**

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).

## **IX. MENILAI PERDARAHAN**

39. Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus.

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

## **X. 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.

#### 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. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
54. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.



55. Pakai sarung tangan bersih untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi.
56. Dalam satu jam pertama berikan salep mata, vit K1 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 korin 0,5% selama 10 menit.
59. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

Dokumentasi

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

(Modul Midwifery Update, 2016)

### **C. Pijat Oksitosin**

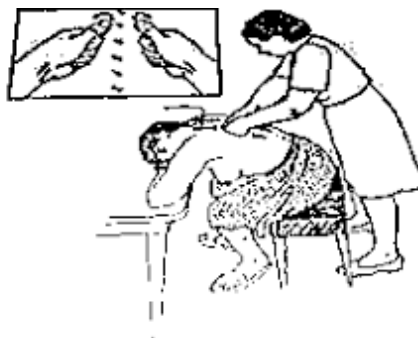
#### **1. Pengertian**

Pijat stimulasi oksitosin adalah pemijatan pada sepanjang tulang belakang (*vertebrae*) sampai tulang *costae* kelima-keenam dan merupakan usaha untuk merangsang hormone prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan. Pijat ini berfungsi untuk meningkatkan hormone oksitosin yang dapat menenangkan ibu, sehingga ASI otomatis keluar (Astutik, 2014). Pemijatan pada tulang belakang *costae* kelima-keenam yang dilakukan pada ibu setelah melahirkan untuk membantu kerja hormone oksitosin dalam pengeluaran ASI, mempercepat syaraf parasimpatis menyampaikan sinyal ke otak bagian belakang untuk merangsang kerja oksitosin dan mengalirkan ASI agar keluar (Desmawati 2013).

Tindakan pijat pada sepanjang tulang belakang dapat mempengaruhi hormone prolaktin yang berfungsi sebagai stimulus produksi ASI pada ibu selama menyusui. Tindakan ini dapat membuat ibu merasa rileks dan melancarkan aliran syaraf serta saluran ASI pada kedua payudara (Amin, 2011). Menurut Depkes RI tahun 2007, Pijat oksitosin dilakukan dengan cara memijat pada daerah punggung sepanjang kedua sisi tulang belakang sehingga diharapkan ibu akan merasakan rileks dan kelelahan setelah melahirkan akan hilang (Setiowatii, 2017).

2. Langkah - langkah pijat stimulasi oksitosin (Astutik, 2014)
  - a. Ibu duduk bersandar kedepan, lipat lengan di atas meja dan meletakkan kepala diatas lengannya
  - b. Payudara tergantung lepas tanpa pakaian
  - c. Seseorang memijat disepanjang kedua sisi tulang belakang ibu, menggunakan ibu jari atau kepalan tangan
  - d. Tekan kuat membentuk gerakan melingkar kecil dengan kedua ibu jari, pijat mulai dari leher, turun kebawah kearah tulang belikat selama 2 – 3 menit

Gambar 2.1 Pijat stimulasi oksitosin (Astutik, 2014).



3. Faktor – faktor yang mempengaruhi keberhasilan pijat stimulasi oksitosin

Ibu harus memperhatikan faktor –faktor yang mempengaruhi keberhasilan pijat stimulasi oksitosin yaitu mendengarkan suara bayi yang dapat memicu aliran

yang memperlihatkan bagaimana produksi susu dapat dipengaruhi secara psikologi dan kondisi.

Teori yang diungkapkan oleh Pilitery (2003) dalam penelitian Ieli (2012) bahwa pijatan oksitosin dapat merangsang hipofisis anterior dan posterior untuk mengeluarkan hormone oksitosin. lingkungan saat menyusui, rasa percaya diri sehingga tidak muncul persepsi tentang ketidakcukupan suplai ASI, mendekati diri dengan bayi, relaksasi yaitu latihan yang bersifat merilekskan maupun menenangkan seperti meditasi, yoga, dan relaksasi progresif dapat membantu memulihkan ketidakseimbangan saraf dan hormone serta memberikan ketenangan alami, sentuhan dan pijatan ketika menyusui, dukungan suami, dan keluarga, minum minuman hangat yang menenangkan dan tidak dianjurkan ibu minum kopi karena mengandung kafein, menghangatkan payudara, merangsang puting susu yaitu menarik dan memutar puting secara perlahan dengan jari – jari ibu (Astutik, 2014).

#### **D. Lilitan Tali Pusat**

Lilitan tali pusat adalah tali pusat yang dapat membentuk lilitan sekitar badan ,bahu, tungkai atas/ bawah dan leher pada bayi. Keadaan ini dijumpai pada ait ketuban yang berlebihan, tali pusat yang panjang, dan bayinya yang kecil. Tali pusat atau Umbilical cord adalah saluran kehidupan bagi janin selama dalam kandungan, dikatakan saluran kehidupan karena saluran inilah yang selama 9 bulan 10 hari menyuplai zat – zat gizi dan oksigen janin. Tetapi begitu bayi lahir, saluran ini sudah tak diperlukan lagi sehingga harus dipotong dan diikat atau dijepit.(Sarwono, 2008).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/ bawah, leher.

Keadaan ini dijumpai pada air ketuban yang berlebihan, tali pusat yang panjang, dan bayinya yang kecil. Sebenarnya lilitan tali pusat tidaklah terlalu membahayakan namun, menjadi bahaya ketika memasuki proses persalinan dan terjadi kontraksi rahim (mules) dan kepala janin turun memasuki saluran persalinan. Lilitan tali pusat bisa menjadi semakin erat dan menyebabkan penurunan utero-placenter, juga menyebabkan penekanan/ kompresi pada pembuluh-pembuluh darah tali pusat. Akibatnya suplai darah yang mengandung oksigen dan zat makanan ke bayi menjadi hipoksia.

## 1. Etiologi

### a) Polihidramnion

Jumlah air ketuban melebihi 2000 cc. Pada usia kehamilan sebelum 8 bulan umumnya kepala janin belum memasuki bagian atas panggul. Pada saat itu ukuran bayi relative kecil dan jumlah air ketuban berlebihan, kemungkinan bayi terlilit tali pusat.

### b) Tali pusat yang panjang

Tali pusat dikatakan panjang jika melebihi 50 cm dan dikatakan pendek jika kurang dari 30 cm. Tali pusat yang panjang menyebabkan bayi terlilit. Panjang tali pusat rata-rata 30-50 cm, namun tiap bayi mempunyai talipusat yang berbeda-beda

## 2. Diagnosa

Beberapa hal yang menandai bayi terlilit tali pusat, yaitu:

- a) Pada bayi dengan usia kehamilan lebih dari 34 minggu, namun bagian terendah janin (kepala atau bokong) belum memasuki pintu atas panggul perlu dicurigai adanya lilitan tali pusat.
- b) Pada janin letak sungsang atau lintang yang menetap meskipun telah dilakukan usaha untuk memutar janin (Versi luar/knee chest position) perlu dicurigai pula

adanya lilitan tali pusat.

- c) Dalam kehamilan dengan pemeriksaan USG khususnya color doppler dan USG 3 dimensi dapat dipastikan adanya lilitan tali pusat.
- d) Dalam proses persalinan pada bayi dengan lilitan tali pusat yang erat, umumnya dapat dijumpai dengan tanda penurunan detak jantung janin di bawah normal, terutama pada saat kontraksi rahim.
- e) Infeksi Tali Pusat ( Tetanus Neonatorum )

### 3. Penyebab Bayi Meninggal Karena Tali Pusat

- a) Puntiran tali pusat secara berulang-ulang kesatu arah. Biasanya terjadi pada trimester pertama dan kedua. Ini mengakibatkan arus darah dari ibuke janin melalui tali pusat terhambat total. Karena dalam usia kehamilan umumnya bayi bergerak bebas.
- b) Lilitan tali pusat pada bayi terlalu erat sampai dua atau tiga lilitan, hal tersebut menyebabkan kompresi tali pusat sehingga janin mengalami hipoksia / kekurangan oksigen.

### 4. Tanda- Tanda Bayi Terlilit Tali Pusat

- a) Pada bayi dengan usia kehamilan lebih dari 34 minggu, namun bagian terendah janin (kepala / bokong) belum memasuki bagian atas rongga panggul.
- b) Pada janin letak sungsang / lintang yang menetap meskipun telah dilakukan usaha memutar janin (versi luar / knee chest position) perlu dicurigai pula adanya lilitan tali pusat.
- c) Tanda penurunan DJJ dibawah normal, terutama pada saat kontraksi

### 5. Cara Mengatasinya

- a) Memberikan oksigen pada ibu dalam posisi miring. Namun, bila persalinan masih akan berlangsung lama dengan DJJ akan semakin lambat (Bradikardia), persalinan harus segera diakhiri dengan operasi Caesar.
- b) Melalui pemeriksaan teratur dengan bantuan USG untuk melihat apakah ada gambaran tali pusat disekitar leher. Namun tidak dapat dipastikan sepenuhnya bahwa tali pusat tersebut melilit leher janin atau tidak. Apalagi untuk menilai erat atau tidaknya lilitan. Namun dengan USG berwarna (Coller Doppen) atau USG tiga dimensi, dan dapat lebih memastikan tali pusat tersebut melilit atau tidak dileher, atau sekitar tubuh yang lain pada janin, serta menilai erat tidaknya lilitan tersebut.
- c) Dalam pimpinan persalinan terutama kala dua observasi, DJJ sangatlah penting segera setelah his dan refleks mengejan. Kejadian distress janin merupakan indikasi untuk menyelesaikan persalinan sehingga bayi dapat diselamatkan. Jika tali pusat melilit longgar dileher bayi, lepaskan melewati kepala bayi namun jika tali pusat melilit erat dileher, lakukan penjepitan tali pusat dengan klem di dua tempat, kemudian potong diantaranya, kemudian lahirkan bayi dengan segera. Dalam situasi terpaksa bidan dapat melakukan pemotongan tali pusat pada waktu pertolongan persalinan bayi.
- d) Bayi meninggal akibat lilitan tali pusat

Pada umumnya, lilitan tali pusat selagi masih dalam kandungan mungkin tidak begitu berbahaya. Dalam kandungan, tali pusat terus mengapung dalam cairan ketuban. Karena terus bergerak, tali pusat yang mengelilingi janin dapat melonggar sehingga mudah terlepas sebelum bayi dilahirkan atau saat persalinan. Selain itu, tali pusat juga dilindungi oleh selaput lendir yang disebut jelly

Wharton. Selaput lendir ini mencegah tali pusat terlalu menekan pembuluh darah bayi saat ia aktif bergerak.

Adanya masalah pada tali pusat saat kehamilan bisa mengganggu asupan nutrisi dan oksigen yang diterima bayi jika lilitannya terlalu kencang. Ketika bayi tidak bisa mendapatkan cukup nutrisi, proses tumbuh kembangnya bisa terganggu. Kondisi ini juga bisa menyebabkan komplikasi seperti penurunan denyut jantung, prolaps tali pusat (tali pusat lebih dulu keluar dari vagina sebelum bayi terlihat), dan gangguan fisik bayi seperti kulit keriput dan lecet, atau warna kulitnya berubah merah keunguan.

## 6. Patofisiologi

Kesulitan yang mungkin terjadi berkaitan dengan tali pusat dapat dijabarkan sebagai berikut:

- a) Tali pusat pendek, artinya kurang dari 40 cm.
- b) Gerak janin terbatas sehingga ada kemungkinan tumbuh kembangnya terganggu.
- c) Tarikan yang keras pada tali pusat pendek dapat menimbulkan solusio plasenta.
- d) Tali pusat yang pendek dapat terjadi karena:
  - 1) Absolute pendek kurang dari 40 cm.
  - 2) Terjadi karena lilitan tali pusat khususnya pada leher janin
- e) Tarikan tali pusat pendek karena lilitan tali pusat pada leher dapat menimbulkan gangguan aliran nutrisi dengan akibat fetal distress.
- f) Turunnya kepala janin ke PAP, dapat pula menimbulkan fetal distress, karena lilitannya makin erat, sampai meninggal jika tindakan terlambat.
- g) Saat inpartu, tali pusat pendek dapat menimbulkan komplikasi.
- h) Bagian terendah tidak dapat/sulit masuk pintu atas panggul, jalan lahir sehingga tetap di atas simfisis.

i) Tarikan tali pusat pendek dapat menimbulkan inversion uteri dengan segala komplikasinya.

- 1) Tali pusat panjang.
- 2) Karena tali pusat terlalu panjang dapat terjadi lilitan beberapa kali di leher.
- 3) Aktivitas janin yang banyak dapat menimbulkan simpul tali pusat sehingga apabila terjadi tarikan, maka simpul dapat menyebabkan aliran nutrisi dan O<sub>2</sub> berkurang dan mengakibatkan fetal distress sampai janin meninggal intrauteri.
- 4) Pada janin hamil ganda monoatomik, tali pusatnya saling berlilitan sehingga menimbulkan fetal distress dan kematian intrauteri.
- 5) Tali pusat satu janin dapat saja melilit pada janin lainnya dengan akibat yang sama (Manuaba, 2007).

Dalam pimpinan persalinan terutama kala dua observasi, DJJ sangatlah penting segera setelah his dan refleks mengejan. Kejadian distress janin merupakan indikasi untuk menyelesaikan persalinan sehingga bayi dapat di selamatka. Jika tali pusat melilit longgar di leher bayi, lepaskan melewati kepala bayi namun jika tali pusat melilit erat dileher, lakukan penjepitan tali pusat dengan klem di dua tempat, kemudian potong diantara, kemudian lahirkan bayi dengan segera.

#### 7. Penatalaksanaan Sesuai Dengan Standar Operasional Prosedur Lilitan Tali Pusat.

- a) Pemeriksaan Terhadap Pasien
- b) Bicaralah dengan orang tua sebelum kelahiran tentang kemungkinan adanya lilitan tali pusat.
- c) Selama kelahiran tak perlu melakukan apa-apa / do nothing

Jika ada lilitan tali pusat dan ini menyebabkan bahu dan badan bayi susah atau kesulitan turun dan lahir setelah kepala lahir (sangat jarang) menggunakan 'teknik



Koprol' (Schorn & Blanco 1991) , Manuver "Salto/Koprol" atau disebut tehnik Somersault tidak memerlukan peralatan, dapat dilakukan terlepas dari berapa kali tali pusat yang melingkar di leher, dapat digunakan dengan ibu dalam posisi persalinan apapun. manuver Somersault mungkin mengakibatkan beberapa stres peregangan pada tali pusat, dan itu mungkin tidak berlaku untuk semua kasus.

d) Tekhnik Manuver Somersault

Manuver Somersault adalah dengan cara memegang kepala bayi tertekuk dan memandunya ke atas atau ke samping ke arah tulang kemaluan atau paha, sehingga bayi melakukan "jungkir/salto," berakhir dengan kaki bayi terhadap lutut ibu dan kepala masih di perineum.

- 1) Setelah lilitan tal pusat ditemukan, bahu anterior dan posterior secara perlahan dilahirkan di bawah kontrol tanpa memanipulasi talipusatnya.
- 2) Setelah bahu dilahirkan, kepala tertekuk sehingga wajah bayi didorong menghadap ke arah paha ibu.
- 3) Kepala bayi tetap dipertahankan di samping perineum sementara tubuh di lahirkan dan melakukan periode "jungkir balik" saat keluar.
- 4) Tali pusat kemudian dibuka dan dilanjutkan dengan manajemen yang biasa terjadi kemudian. Gambar disesuaikan dengan izin dari Mercer et al.
- 5) Setelah tubuh bayi lahir seluruhnya, membuka lilitan (keluarga ibu / dapat melakukan hal ini).
- 6) Jika kondisi bayi kurang bagus (pucat) saat lahir, dorong orang tua untuk berbicara dengan bayi mereka sementara biarkan sirkulasi plasenta membantu mengembalikan volume darah normal dan oksigen untuk bayi (jangan memotong tali pusat bayi untuk resusitasi).

- e) Pemeriksaan di vagina setelah kepala bayi lahir, untuk merasakan dan memeriksa kabel nuchal. (dengan menyelipkan 2 jari ke sela leher kepala dan vagina).
- f) Menarik dan melonggarkan tali pusat yang melilit leher dan melepaskan lilitannya dengan melewati kepala bayi sebelum 'kelahiran' dari bahu, jika Lilitan Tali Pusat nya longgar.
- g) Mencoba untuk melonggarkan Lilitan Tali Pusat atau menjepit dan memotong tali pusat sebelum \* 'kelahiran' dari bahu, jika Lilitan Tali Pusat nya ketat.

## **E. Ketuban Pecah Dini (KPD)**

### **1. Definisi KPD**

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum ada tanda-tanda persalinan (Sofian, 2012). Ketuban pecah dini merupakan pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan yang dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktu melahirkan (Rukiyah dan Yulianti, 2010). Ketuban dinyatakan pecah dini bila terjadi pada saat sebelum persalinan berlangsung (Saifuddin, dkk. 2009). Ketuban pecah dini aterm dapat terjadi pada atau setelah usia gestasi 37 minggu. Jika terjadi sebelum usia gestasi 37 minggu disebut KPD preterm atau *preterm premature rupture membranes* (PPROM) (POGI 2016).

### **2. Etiologi KPD**

Penyebab dari ketuban pecah dini tidak atau masih belum jelas (Sofian, 2011). Menjelang usia kehamilan cukup bulan, terjadi kelamahan pada selaput janin yang memicu robekan. Selain itu hal-hal yang bersifat patologis seperti perdarahan dan infeksi juga dapat menyebabkan terjadinya KPD (Rukiyah dan Yulianti, 2010). Penyebab terjadinya KPD diantaranya karena trauma pada perut ibu, kelainan letak janin dalam rahim, atau pada kehamilan grande multipara (Manuaba,

2009).KPD disebabkan oleh berkurangnya kekuatan membran karena suatu infeksi yang dapat berasal dari vagina dan serviks atau meningkatnya tekanan intrauterine atau oleh kedua faktor tersebut (Saifuddi, dkk. 2009).

### **3. Mekanisme KPD**

Selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu mengalami perubahan biokimia yang menyebabkan selaput ketuban mengalami kelemahan. Perubahan struktur, jumlah sel dan katabolisme kolagen menyebabkan aktivitas kolagen berubah dan menyebabkan selaput ketuban pecah (Negara, dkk. 2017). Selaput ketuban sangat kuat pada awal trimester kehamilan. Akan tetapi di trimester ketiga selaput ketuban mudah pecah karena melemahnya kekuatan selaput ketuban yang berhubungan dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim serta gerakan janin. Pada trimester akhir ini terjadi perubahan biokimia pada selaput ketuban. Jika ketuban pecah pada kehamilan aterm adalah hal fisiologis. Namun, jika terjadi pada kehamilan premature dapat disebabkan oleh faktor eksternal, misalnya infeksi yang menjalar dari vagina. KPD pada premature sering terjadi pada polihidramnion, inkompeten serviks dan solusio plasenta (Prawirohardjo, 2014).

### **4. Faktor yang Mempengaruhi KPD**

Kejadian Pecah Dini (KPD) dapat disebabkan oleh beberapa faktor meliputi:

#### **a. Usia**

Karakteristik pada ibu berdasarkan usia sangat berpengaruh terhadap kesiapan ibu selama kehamilan maupun menghadapi persalinan. Usia untuk reproduksi optimal bagi seorang ibu adalah antara umur 20-35 tahun. Di bawah atau di atas usia tersebut akan meningkatkan risiko kehamilan dan persalinan. Usia seseorang sedemikian besarnya akan mempengaruhi sistem reproduksi, karena organ-organ

reproduksinya sudah mulai berkuarng kemampuannya dan keelastisannya dalam menerima kehamilan (Sunarti, 2017).

b. Sosial Ekonomi

Pendapatan merupakan faktor yang menentukan kualitas dan kuantitas kesehatan di suatu keluarga. Pendapatan biasanya berupa uang yang mempengaruhi seseorang dalam mempengaruhi kehidupannya. Pendapatan yang meningkat merupakan kondisi yang menunjang bagi terlaksananya status kesehatan seseorang. Rendahnya pendapatan merupakan rintangan yang menyebabkan seseorang tidak mampu memenuhi fasilitas kesehatan sesuai kebutuhan (Sunarti, 2017).

c. Paritas

Paritas merupakan banyaknya anak yang dilahirkan oleh ibu dari anak pertama sampai dengan anak terakhir. Adapun pembagian paritas yaitu primipara, multipara, dan grande multipara. Primipara adalah seorang wanita yang baru pertama kali melahirkan dimana janin mencapai usia kehamilan 28 minggu atau lebih. Multipara adalah seorang wanita yang telah mengalami kehamilan dengan usia kehamilan 28 minggu dan telah melahirkan buah kehamilan 2 kali atau lebih. Sedangkan grande multipara merupakan seorang wanita yang telah mengalami hamil dengan usia kehamilan minimal 28 minggu dan telah melahirkan buah kehamilannya lebih dari 5 kali (Sunarti, 2017).

d. Anemia

Anemia pada kehamilan merupakan adalah anemia karena kekurangan zat besi. Jika persediaan zat besi minimal, maka setiap kehamilan akan mengurangi persediaan zat besi tubuh dan akhirnya menimbulkan anemia. Pada kehamilan relatif terjadi anemia karena darah ibu hamil mengalami hemodelusi atau pengencangan dengan penigkatan volume 30% sampai 40% yang puncaknya pada

kehamilan 32 sampai 34 minggu. Pada ibu hamil yang mengalami anemia biasanya ditemukan ciri-ciri lemas, pucat, cepat lelah, mata berkunang-kunang. Pemeriksaan darah dilakukan minimal 2 kali selama kehamilan yang pada trimester pertama dan trimester ke tiga. Dampak anemia pada janin antara lain abortus, terjadi kematian intrauterin, prematuritas, berat badan lahir rendah, cacat bawaan dan mudah infeksi. Pada ibu, saat kehamilan dapat mengakibatkan abortus, persalinan prematuritas, ancaman dekompensasi kardis dan ketuban pecah dini (Sunarti, 2017).

e. Perilaku Merokok

Kebiasaan merokok atau lingkungan dengan rokok yang intensitas tinggi dapat berpengaruh pada kondisi ibu hamil. Rokok mengandung lebih dari 2.500 zat kimia yang teridentifikasi termasuk karbonmonoksida, amonia, aseton, sianida hidrogen, dan lain-lain. Merokok pada masa kehamilan dapat menyebabkan gangguan-gangguan seperti kehamilan ektopik, ketuban pecah dini, dan resiko lahir mati yang lebih tinggi (Sunarti, 2017).

f. Riwayat KPD

Pengalaman yang pernah dialami oleh ibu bersalin dengan kejadian ketuban pecah dini dapat berpengaruh besar terhadap ibu jika menghadapi kondisi kehamilan. Riwayat KPD sebelumnya beresiko 2-4 kali mengalami ketuban pecah dini kembali. Patogenesis terjadinya KPD secara singkat ialah akibat penurunan kandungan kolagen dalam membran sehingga memicu terjadinya ketuban pecah dini dan ketuban pecah preterm. Wanita yang pernah mengalami KPD pada kehamilan menjelang persalinan maka pada kehamilan berikutnya akan lebih beresiko dari pada wanita yang tidak pernah mengalami KPD sebelumnya karena komposisi membran yang semakin menurun pada kehamilan berikutnya.

g. Serviks yang Inkompetensik

Inkompetensia serviks adalah istilah untuk menyebut kelainan pada otototot leher atau leher rahim (serviks) yang terlalu lunak dan lemah, sehingga sedikit membuka ditengah-tengah kehamilan karena tidak mampu menahan desakan janin yang semakin besar. Inkompetensia serviks adalah serviks dengan suatu kelainan anatomi yang nyata, disebabkan laserasi sebelumnya melalui ostium uteri atau merupakan suatu kelainan kongenital pada serviks yang memungkinkan terjadinya dilatasi berlebihan tanpa perasaan nyeri dan mules dalam masa kehamilan trimester kedua atau awal trimester ketiga yang diikuti dengan penonjolan dan robekan selaput janin serta keluarnya hasil konsepsi.

h. Tekanan Intra Uterin

Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini.

i. Trauma

Trauma yang terjadi berupa hubungan seksual, pemeriksaan dalam, amniosintesis.

j. Gemelli

Kehamilan kembar adalah suatu kehamilan dua janin atau lebih. Pada kehamilan gemelli terjadinya distensi uterus yang berlebihan, sehingga menimbulkan adanya ketegangan rahim secara berlebihan. Hal ini terjadi karena jumlahnya berlebih, isi rahim yang lebih besar dan kantung (selaput ketuban) relative kecil sedangkan dibagian bawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah (Sunarti, 2017).

## **5. Tanda dan gejala KPD**

Keluarnya cairan ketuban yang merembes melalui vagina, berbau manis, tidak seperti bau amoniak dengan ciri pucat dan bergaris warna darah merupakan tanda KPD (Rukiyah dan Yulianti, 2010). Bau cairan ketuban sangatlah khas (Prawirohardjo, 2010). Tanda gejala lainnya berupa keluarnya air ketuban berwarna putih keruh, jernih, kuning, hijau/kecoklatan sedikit-dikit maupun sekaligus banyak. Kemudian dapat disertai demam bila sudah ada infeksi, pemeriksaan dalam (VT) selaput ketuban tidak ada atau air ketuban kering.

## **6. Diagnosa KPD**

Berdasarkan anamnesa pada pasien merasakan basah pada vagina atau mengeluarkan cairan yang banyak secara tiba-tiba dari jalan lahir atau “ngepyok”. Cairan berbau khas dan perhatikan warnanya. Pada pemeriksaan dalam selaput ketuban sudah tidak ada lagi. Perlu dipertimbangkan pemeriksaan dalam (VT) pada kehamilan kurang bulan yang belum dalam persalinan. Pemeriksaan dalam dilakukan pada kasus KPD yang sudah dalam persalinan atau yang dilakukan induksi persalinan. Diagnosa juga dapat ditegakkan dengan pemeriksaan laboratorium untuk menentukan ada tidaknya infeksi. Dan juga pemeriksaan ultasonografi (USG) untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri.

## **7. Komplikasi KPD**

Komplikasi pada KPD dapat menyebabkan infeksi intrapartum (korioamnionitis), persalinan preterm yang menyebabkan bayi lahir dengan berat rendah, gawat janin dan kematian janin akibat hipoksia, oligohidramnion, bahkan sering terjadi partus kering (dry labor) karena air ketuban habis (Rukiyah dan Yulianti, 2010). Komplikasi yang timbul akibat KPD bergantung pada usia kehamilan. Dapat terjadi infeksi maternal maupun neonatal, persalinan premature,

hipoksia karena kompresi tali pusat, meningkatnya insiden seksio sesarea atau gagalnya persalinan normal (Prawirohardjo, 2014).

Menurut (Negara, dkk. 2017) komplikasi yang ditimbulkan dari KPD akan berpengaruh terhadap morbiditas dan mortalitas bayi serta adanya dampak terhadap ibunya sendiri diantaranya :

a. Persalinan premature

Setelah ketuban pecah, biasanya segera disusul oleh persalinan. Pada kehamilan aterm 90% terjadi 24 jam setelah ketuban pecah. Pada kehamilan antara 28-34 minggu 50% persalinan dalam 24 jam. Pada kehamilan >26 minggu persalinan seringkali terjadi dalam 1 minggu.

b. Infeksi

Resiko infeksi pada ibu dan anak meningkat pada ketuban pecah dini. Pada ibu dapat terjadi korioamnionitis. Pada bayi dapat terjadi septicemia, pneumonia, omfalitis.

c. Hipoksia dan asfiksia

Dengan pecahnya ketuban, terjadi oligohidramnion sehingga bagian kecil janin akan menempel erat dengan dinding uterus yang dapat menekan tali pusat hingga terjadi asfiksia dan hipoksia.

d. Sindrom deformitas janin

Pertumbuhan janin terhambat dikarenakan ketuban pecah terlalu dini.

## **8. Penanganan KPD**

Penanganan KPD memerlukan pertimbangan usia gestasi, adanya infeksi pada kehamilan ibu dan janin, serta adanya tanda-tanda persalinan (Prawirohardjo, 2014).

a. KPD dengan kehamilan aterm

1) Diberikan antibiotika profilaksis, ampicilin 4x500 mg selama 7 hari



- 2) Dilakukan pemeriksaan “admission test” bila ada kecenderungan dilakukan terminasi kehamilan
- 3) Observasi temperature rektal setiap 3 jam, bila ada kecenderungan meningkat lebih atau sama dengan 37,6 C, segera dilakukan terminasi
- 4) Bila temperature rektal tidak meningkat, dilakukan observasi selama 12 jam. Setelah 12 jam bila belum ada tanda-tanda inpartu dilakukan terminasi.
- 5) Batasi pemeriksaan dalam, dilakukan hanya berdasarkan indikasi obstetric
- 6) Bila dilakukan terminasi, lakukan evaluasi Pelvic Score (PS):
  - a) Bila  $PS \geq 5$ , dilakukan induksi dengan oksitosin drip
  - b) Bila  $PS > 5$ , dilakukan pematangan servik dengan Misoprostol  $\mu$  gr setiap 6 jam per oral maksimal 4 kali pemberian.

b. KPD dengan kehamilan preterm:

- 1) Penanganan dirawat di RS
- 2) Diberikan antibiotika : Ampicilin 4x500 mg selama 7 hari
- 3) Untuk merangsang maturase paru diberikan kortikosteroid (untuk UK <35 minggu) : Deksametason 5 mg setiap 6 jam
- 4) Observasi di kamar bersalin :
  - a) Tirah baring selama 24 jam, selanjutnya dirawat di ruang obstetric
  - b) Dilakukan observasi temperature rektal tiap 3 jam, bila ada kecenderungan meningkat lebih atau sama dengan 37,6 C, segera dilakukan terminasi
- 5) Di ruang obstetri :
  - a) Temperatur rektal diperiksa tiap 6 jam
  - b) Dilakukan pemeriksaan laboratorium : leukosit dan laju endap darah (LED) setiap 3 hari
- 6) Tata cara perawatan konservatif :

- a) Dilakukan sampai janin viable
  - b) Selama perawatan konservatif, tidak dianjurkan melakukan pemeriksaan dalam
  - c) Dalam observasi 1 minggu, dilakukan pemeriksaan USG untuk menilai air ketuban, bila air ketuban cukup, kehamilan diteruskan, dan bila air ketuban kurang (oligohidramnion) dipertimbangkan untuk terminasi kehamilan.
  - d) Pada perawatan konservatif, pasien dipulangkan hari ke 7 dengan saran tidak boleh koitus, tidak boleh melakukan manipulasi vagina, dan segera kembali ke RS bila ada keluar air ketuban lagi
  - e) Bila masih keluar air, perawatan konservatif dipertimbangkan dengan melihat pemeriksaan laboratorium. Bila terdapat leukositosis dan peningkatan LED, lakukan terminasi.
- c. Terminasi kehamilan
- 1) Induksi persalinan dengan drip oksitosin
  - 2) Seksio sesaria bila prasyarat drip oksitosin tidak terpenuhi atau bila drip oksitosin gagal
  - 3) Bila skor pelvik jelek, dilakukan pematangan dan induksi persalinan dengan Misoprostol 50 $\mu$  gr oral tiap 6 jam, maksimal 4 kali pemberian.

## **F. Manajemen Asuhan Kebidanan**

### **1. Pengertian**

Menurut buku 50<sup>th</sup> IBI, 2007, Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara

sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Menurut Depkes RI, 2005, Manajemen Kebidanan adalah metode dan pendekatan pemecahan masalah ibu dan anak yang khusus dilakukan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan pada individu, keluarga, dan masyarakat.

Menurut Helen Varney, 1997, Manajemen Kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan berfokus pada klien.

Metode pendokumentasian yang digunakan dalam asuhan kebidanan adalah SOAP. SOAP adalah catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan tertulis. Pembuatan catatan SOAP merupakan perkembangan informasi sistematis yang mengorganisir penemuan dan konklusi bidan menjadi satu rencana asuhan. Metode ini merupakan intisari dari proses penatalaksanaan kebidanan untuk tujuan mengadakan pendokumentasian asuhan. SOAP merupakan urutan kegiatan yang dapat membantu bidan dalam mengorganisir pikiran dan memberikan asuhan yang menyeluruh.

## **2. Sasaran Manajemen Kebidanan**

Manajemen kebidanan tidak hanya diimplementasikan pada asuhan kebidanan pada individu akan tetapi dapat juga diterapkan di dalam pelaksanaan pelayanan kebidanan yang ditujukan kepada keluarga dan masyarakat. Manajemen kebidanan mendorong para bidan menggunakan cara yang teratur dan rasional sehingga mempermudah pelaksanaan yang tepat dalam mencagahkan masalah klien dan kemudian akhirnya tujuan mewujudkan kondisi ibu dan anak yang sehat dapat tercapai.

Seperti yang telah dikemukakan di atas bahwa permasalahan kesehatan ibu dan anak yang ditangani oleh bidan mutlak menggunakan metode dan pendekatan manajemen kebidanan. Sesuai dengan lingkup dan tanggungjawab bidang maka sasaran manajemen kebidanan ditunjukkan kepada baik individu ibu dan anak, keluarga maupun kelompok masyarakat.

Individu sebagai sasaran didalam asuhan kebidanan disebut klien yang dimaksud klien di sini ialah setiap individu yang dilayani oleh bidan baik itu sehat maupun sakit. Klien yang sakit disebut pasien upaya menyetatkan dan meningkatkan status kesehatan keluarga akan lebih efektif bila dilakukan melalui ibu baik didalam keluarga maupun didalam kelompok masyarakat. Didalam pelaksanaan manajemen kebidanan, bidan memandang keluarga dan kelompok masyarakat sebagai kumpulan individu-individu yang berada di dalam suatu ikatan sosial dimana ibu memegang peran sentral.

Manajemen kebidanan dapat digunakan oleh bidan di dalam setiap melaksanakan kegiatan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan, pemulihan kesehatan ibu dan anak dalam lingkup dan tanggung jawab.

### **3. Langkah-Langkah Manajemen Kebidanan**

#### **1. Data Subjektif**

Adalah informasi yang diceritakan ibu tentang apa yang dirasakannya, apa yang sedang dan telah dialaminya. Data Subjektif juga meliputi informasi tambahan yang diceritakan oleh para anggota keluarga tentang status ibu, terutama jika hal tersebut dapat ditelusuri untuk mengetahui penyebab masalah atau kondisi gawat-darurat seperti rasa nyeri, kehilangan kesadaran atau syok (JNPK\_KR: 8).

#### **2. Data Objektif**

Data Objektif adalah informasi yang dikumpulkan berdasarkan

pemeriksaan/pengamatan terhadap ibu atau bayi.

- a. Pemeriksaan Umum
- b. Pemeriksaan Khusus
- c. Genetalia
- d. Abdomen
- e. Laboratorium (JNPK-KR, 2014: 8).

### 3. Assesment

Assesment adalah mengumpulkan informasi tentang riwayat kesehatan, kehamilan, dan persalinan. Analisis data subjektif dan objektif yang telah diperoleh. Diagnosis menunjukkan variasi suatu kondisi yang berkisar diantara normal dan patologi dan memerlukan upaya korektif untuk menyelesaikannya (JNPK-KR, 2014: 9).

### 4. Daftar Diagnosa Nomenklatur Kebidanan

Diagnosa nomenklatur kebidanan adalah suatu sistem nama yang telah terklasifikasikan dan diakui serta disahkan oleh profesi, digunakan untuk menegakkan diagnose sehingga memudahkan pengambilan keputusannya. Dalam nomenklatur kebidanan mempunyai standar yang harus dipenuhi.

**Tabel 2.1**  
**Daftar Diagnosa Nomenklatur Kebidanan**

No	Nama Diagnosa	No	Nama Diagnosa
1.	Kehamilan Normal	36.	Invertio Uteri
2.	Persalinan Normal	37.	Bayi Besar
3.	Partus Normal	38.	Malaria Berat denga komplikasi
4.	Syok	39.	Malaria Ringan dengan Komplikasi
5.	DJJ Tidak Normal	40.	Meningitis
6.	Abortus	41.	Mekonium
7.	Solusio Plasenta	42.	Metritis
8.	Akut Pyelonephritis	43.	Migrain
9.	Amnionitis	44.	Kehamilan Mola
10.	Anemia Berat	45.	Kehamilan Ganda
11.	Apendiksitis	46.	Partus Macet
12.	Atonia Uteri	47.	Posisi Occiput Posterior
13.	Infeksi Mamae	48.	Posisi Occiput Melintang
14.	Pembengkakan Mamae	49.	Kista Ovarium
15.	Presentasi Bokong	50.	Abses Pelvik
16.	Asma Bronchiale	51.	Peritonitis
17.	Presentasi Daggu	52.	Plasenta Previa
18.	Disproporsi Cephalo Pelvic	53.	Pneumonia
19.	Hipertensi Kronik	54.	Pre-Eklamsi Ringan/Berat
20.	Koagilopati	55.	Hipertensi karna Kehamilan
21.	Presentasi Ganda	56.	Ketuban Pecah Dini
22.	Cystitis	57.	Partus Prematurus
23.	Eklamsia	58.	Prolapsus Tali Pusat
24.	Kelainan Ektopik	59.	Partus fase laten lama
25.	Encephalitis	60.	Partus Kala II Lama
26.	Epilepsy	61.	Sisa Plasenta
27.	Hidramnion	62.	Retensio Plasenta
28.	Presentasi Muka	63.	Rubtura Uteri
29.	Persalinan Semu	64.	Bekas Luka Uteri
30.	Kematian Janin	65.	Presentase Bahu
31.	Hemoragik Antepartum	66.	Distosia Bahu
32.	Hemoragik Postpartum	67.	Robekan Servik dan Vagina
33.	Gagal Jantung	68.	Tetanus
34.	Inertia Uteri	69.	Letak Lintang
35.	Infeksi Luka		

(Wildan, 2011)

## 5. Planning

Rencana kerja yang telah dikerjakan, akan dievaluasi untuk menilai tingkat

efektifitasnya menentukan apakah perlu dikasi ulang atau dianggap sesuai dengan rencana kebutuhan saat itu, rencana asuhan harus dijelaskan secara objektif dan jujur kepada ibu dan keluarganya agar mereka mengerti intervensi terpilih, manfaat yang diharapkan dan bagaimana upaya penolong untuk menghindarkan ibu-bayi dari berbagai gangguan yang dapat mengancam keselamatan jiwa atau kualitas hidup mereka (JNPK\_KR: 10).

