

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Persalinan Normal

1. Pengertian

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin , uri) yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain. (Indrayani, 2013)

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. (Saifuddin,2014)

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 – 42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.(Saifuddin,2014)

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir dengan bantuan atau tanpa bantuan.(Ilmiah, 2015)

Tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi.

2. Permulaan Persalinan

Tanda persalinan sudah dekat:

a. *Lightening*

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

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

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

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

Pada saat hamil muda sering terjadi kontraksi Braxton Hicks yang kadang dirasakan sebagai keluhan karena rasa sakit yang ditimbulkan. Biasanya pasien mengeluh adanya rasa sakit di pinggang dan terasa sangat mengganggu, terutama pada pasien dengan ambang rasa sakit yang rendah. Adanya perubahan kadar hormon estrogen dan progesterone menyebabkan oksitosin semakin meningkat dan dapat

menjalankan fungsinya dengan efektif untuk menimbulkan kontraksi atau his pemulaan. His pemulaan ini sering diistilahkan sebagai his palsu dengan ciri – ciri sebagai berikut:

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

3. Tanda- Tanda Persalinan

Tanda-tanda persalinan antara lain:

a. Penipisan dan pembukaan serviks

Perubahan serviks diduga terjadi akibat peningkatan intensitas kontraksi *braxton hicks*. Serviks menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum persalinan. Kematangan serviks mengindikasikan kesiapan untuk persalinan. Saat memasuki persalinan, serviks mengalami penipisan dan pembukaan.

b. Kontraksi uterus

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

c. *Blood show*

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

4. Sebab-Sebab Mulainya Persalinan

Terjadinya persalinan disebabkan oleh beberapa teori sebagai berikut:

a. Teori penurunan hormon

1-2 minggu sebelum persalinan di mulai terjadi penurunan kadar hormon esterogen 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 esterogen dan progesterone yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim.

c. Teori distensi rahim

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot - otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi utero – plasenter.

d. Teori iritasi mekanik

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

e. Induksi partus

Persalinan dapat di timbulkan dengan jalan:

- 1) Ganggang laminaria: Beberapa laminaria dimasukan kedalam servikalis dengan tujuan merangsang fleksus frenkenhauser.

- 2) Amniotomi: Pemecahan ketuban
- 3) Oksitosin drips: Pemberian oksitosin menurut tetesan infuse
- 4) Misoprostol: Cytotec/ gastru (Ilmiah, 2015)

5. Faktor yang mempengaruhi persalinan

Adapun faktor yang mempengaruhi persalinan yaitu:

a. *Passage* (Jalan Lahir)

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

1) *Passage*

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

2) Sumbu panggul

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

3) Bidang – bidang *Hodge*

- a) Bidang *Hodge* I : dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas symphysis dan promontorium.
- b) Bidang *Hodge* II : sejajar *Hodge* I setinggi pinggir bawah symphysis.

- c) Bidang *Hodge*III : sejajar *Hodge* I dan II setinggi spina ischiadika kanan dan kiri.
- d) Bidang *Hodge*IV : sejajar *Hodge* I, II, III setinggi os coccygis.

b. Power

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

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

Kekuatan yang mendorong janin keluar (*power*) terdiri dari :

1) His (kontraksi otot rahim)

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

2) Kontraksi otot – otot dinding perut.

3) Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan.

4) Ketegangan dan ligmentous action terutama ligamentum rotundum.

c. Passanger

1) Janin (Kepala janin dan ukuran-ukurannya)

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

2) Plasenta

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

3) Air ketuban

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

d. *Psikis* (Psikologis)

Perasaan positif berupa kelegaan hati, seolah – olah pada saat itulah benar – benar terjadi realitas “kewanitaan sejati” yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan atau memproduksi anaknya. Mereka seolah – olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu “keadaan yang belum pasti” sekarang menjadi hal yang nyata.

e. Penolong

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

6. **Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin**

Kebutuhan ibu selama persalinan sebagai berikut:

- a. Pemenuhan kebutuhan fisiologis.
 - 1) Mengatur sirkulasi udara dalam ruangan.
 - 2) Memberi makan dan minum.
 - 3) Menganjurkan istirahat diluar his.
 - 4) Menjaga kebersihan badan terutama daerah genetalia.
 - 5) Menganjurkanibu buang air kecil atau buang air besar.
 - 6) Menolong persalinan sesuai standar.

b. Pemenuhan kebutuhan rasa aman.

- 1) Memberi informasi tentang proses persalinan atas 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 masase untuk mengurangi rasa sakit.
- 4) Melakukan pembicaraan dengan suara yang lemahlembut serta sopan.

d. Pemenuhan kebutuhan harga diri.

- 1) Mendengarkan keluhan ibu dengan penuh perhatian atau menjadi pendengar yang baik.
- 2) Memberi asuhan dengan memperhatikan privacy ibu.
- 3) Memberi pelayanan yang bersifat empati.
- 4) Informasi bila akan melakukan tindakan
- 5) Memberitahu ibu terhadap setiap tindakan yang akan dilakukan.

e. Pemenuhan kebutuhan aktualisasi.

- 1) Memilih tempat dan penolong persalinan sesuai keinginan.
- 2) Menentukan pendamping selama persalinan.

- 3) Melakukan bounding attachment.
- 4) Memberi ucapan selamat setelah persalinan selesai. (Ilmiah, 2015)

7. Lima Benang Merah

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

a. Membuat Keputusan Klinik

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

Tujuh langkah dalam membuat keputusan klinik :

- 1) Pengumpulan data utama dan relevan untuk membuat keputusan
- 2) Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah
- 3) Membuat diagnosis atau menentukan masalah yang terjadi
- 4) Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk mengatasi masalah
- 5) Menyusun rencana pemberian asuhan atau intervensi untuk solusi masalah
- 6) Memantau efektifitas asuhan atau intervensi
- 7) Mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi

b. Asuhan Sayang Ibu Dan Bayi

Asuhan sayang ibu dan bayi adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan ibu.

Asuhan sayang ibu dalam persalinan :

- 1) Memanggil ibu sesuai namanya, menghargai dan memperlakukannya sesuai martabatnya.
- 2) Menjelaskan asuhan dan perawatan yang akan diberikan pada ibu sebelum memulai asuhan tersebut.
- 3) Menjelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarganya.
- 4) Mengajukan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.
- 5) Mendengarkan dan menanggapi pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
- 6) Memberikan dukungan, membesarkan hatinya menentramkan perasaan ibu beserta anggota keluarganya.
- 7) Mengajukan ibu untuk ditemani suaminya atau anggota keluarganya selama persalinan.
- 8) Menghargai privasi ibu
- 9) Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik, bahan – bahan, perlengkapan dan obat – obatan yang diperlukan.(Ilmiah, 2015)

c. Pencegahan Infeksi (PI)

Tujuan PI adalah untuk mencegah infeksi serius pascabedah. Ada beberapa tindakan yang akan sering kita temui dalam PI, yang perlu

diketahui pengertiannya. Tindakan tersebut antara lain adalah aseptis atau teknik aseptic, antisepsis, dekontaminasi, desinfeksi, cuci bilas, desinfeksi tingkat tinggi, sterilisasi.

Definisi tindakan dalam PI tersebut adalah :

- 1) Aseptis atau tehnik aseptik adalah istilah yang dipakai untuk menggambarkan semua usaha yang dilakukan dalam mencegah masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh dan berpotensi untuk menimbulkan infeksi.
- 2) Antisepsis adalah suatu tindakan PI dengan cara membunuh/ menghambat pertumbuhan mikroorganisme pada kulit/jaringan tubuh
- 3) Dekontaminasi adalah suatu tindakan yang dilakukan untuk memastikan bahwa petugas kesehatan dapat menangani secara aman berbagai benda yang terkontaminasi darah, dan cairan tubuh.
- 4) Mencuci dan membilas adalah suatu tindakan untuk menghilangkan darah, cairan tubuh atau benda asing dari kulit/instrument.
- 5) Desinfeksi adalah suatu tindakan untuk menghilangkan hampir semua mikroorganisme penyebab penyakit yang mencemari benda mati/instrument.

- 6) Desinfeksi Tingkat Tinggi/DTT adalah suatu tindakan untuk menghilangkan semua mikroorganisme kecuali endospora bakteri dengan cara merebus atau kimiawi.
- 7) Sterilisasi adalah suatu tindakan untuk menghilangkan semua mikroorganisme termasuk endospora pada benda mati/instrument.(Saifuddin, 2014)

d. Dokumentasi atau pencatatan

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

e. Rujukan

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

8. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan normal terbagi dalam beberapa 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 meneran dari pasien

b. Penguncian (engagement)

Tahap penurunan pada waktu diameter biparietal dari kepala janin telah melalui lubang masuk panggul pasien.

c. Fleksi

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

d. Putaran paksi dalam

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

e. Ekstensi

Cara kelahiran ini untuk kepala dengan posisi oksiput posterior. Proses ini terjadi karena gaya tahanan dari dasar panggul, dimana gaya tersebut membentuk lengkungan carus, yang mengarahkan kepala ke atas menuju lorong vulva. Bagian leher belakang di bawah oksiput akan bergeser ke bawah simpis pubis dan bekerja sebagai titik poros (hipomoklion). Uterus yang berkontraksi kemudian memberikan tekanan tambahan di kepala yang menyebabkan lebih lanjut saat lubang vulva vagina membuka lebar.

f. Restitusi

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

g. Putaran paksi luar

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

h. Lahirnya bahu dan seluruh anggota badan bayi

Bahu posterior akan mengembungkan perineum dan kemudian dilahirkan dengan cara fleksi lateral. Setelah bahu dilahirkan, seluruh

tubuh janin akan dilahirkan mengikuti sumbu carus.(Sulistyawati A, 2012)

9. Tahapan Persalinan

a. Kala I (Pembukaan)

Kala 1 adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0-10 cm. Proses ini terbagi dalam 2 fase, yaitu:

- 1) Fase laten (8jam) dimana serviks membuka sampai 3 cm.
- 2) Fase aktif (7 jam) dimana serviks memuka dari 4 cm sampai 10 cm.

Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga parturient (ibu yang sedang bersalin) masih dapat berjalan – jalan. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan pada multigravida sekitar 8 jam. (Sulistyawati A, 2012).

Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah :

- 1) Memberikan dukungan emosional.
- 2) Pendampingan anggota keluarga selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya.
- 3) Menghargai keiinginan ibu untuk memilih pendampingan selama persalinan.
- 4) Peran aktif anggota keluarga selama persalinan dengan cara:
 - a) Mengucapkan kata – kata yang membesarkan hati dan memuji ibu.

- b) Memantau ibu bernafas dengan benar saat kontraksi.
 - c) Melakukan massage pada tubuh ibu dengan lembut.
 - d) Menyeka wajah ibu dengan lembut menggunakan kain.
 - e) Menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa aman.
- 5) Mengatur posisi ibu sehingga terasa nyaman.
- 6) Memberikan cairan nutrisi dan hidrasi
- 7) Memberikan kecukupan energi dan mencegah dehidrasi. Oleh karena dehidrasi menyebabkan kontraksi tidak teratur dan efektif.
- 8) Memberikan keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur dan spontan.
- 9) Kandung kemih penuh menyebabkan gangguan kemajuan persalinan dan menghambat turunya kepala; menyebabkan ibu tidak nyaman; meningkatkan resiko perdarahan pasca persalinan; mengganggu penatalaksanaan distosia bahu; meningkatkan resiko infeksi saluran kemih pasca persalinan.
- 10) Pencegahan infeksi untuk mewujudkan persalinan yang bersih dan aman bagi ibu dan bayi; menurunkan angka mordibitas dan mortalitas ibu dan bayi baru lahir.(Ilmiah, 2015)
- 18 Penapisan Persalinan
- 1) Riwayat bedah besar, yaitu bila ibu pernah mengalami operasi besar seperti Laparatomie, Caesar, dll

- 2) Perdarahan pervaginam, yaitu bila Ibu mengalami perdarahan melalui jalan lahir
- 3) Persalinan kurang bulan, yaitu bila umur kehamilan ibu kurang dari 37 minggu
- 4) Ketuban pecah dengan mekonium yang kental, yaitu ibu mengeluarkan air ketuban dengan warna hijau tua dan kental karena tercampur mekonium atau BAB bayi
- 5) Ketuban pecah lama, yaitu bila ibu telah mengeluarkan air ketuban selama 24 jam
- 6) Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan, yaitu Ibu mengeluarkan air ketuban dengan umur kehamilan kurang dari 37 minggu
- 7) Ikterus, yaitu bila ibu mengalami kelainan berupa sakit kuning (kuku, sclera mata, kulit berwarna kuning)
- 8) Anemia berat, yaitu bila kadar Hb dalam darah ibu kurang dari normal
- 9) Tanda/gejala infeksi, misalnya bila ibu mengalami panas tinggi
- 10) Preeklampsia/Hipertensi Dalam Kehamilan (HDK), ditandai dengan tekanan darah dan kadar protein urine tinggi, disertai kejang
- 11) Tinggi Fundus Uteri 40 cm atau lebih, yaitu pembesaran rahim yang melebihi normal

- 12) Gawat Janin, yaitu denyut jantung janin $<100x/\text{menit}$ atau $>160x/\text{menit}$
- 13) Primipara dalam Fase Aktif Persalinan, dengan palpasi kepala janin masih 5/5, atau dengan kata lain pada ibu yang baru pertama kali akan bersalin, kepala janin belum masuk panggul.
- 14) Tali pusat menubung.
- 15) Syok yaitu nadi ceat, lemah (lebih dari 110 kali/menit), nafas ceper (>30 kali/menit), cemas bingung atau tidak sadar.
- 16) Persalinan fase laten memanjang pembukaan serviks kurang dari 4cm setelah 8 jam.
- 17) Belum inpartu his kurang dari 2 kali dalam 10 menit, berlangsung kurang dari 20 detik. Tidak ada perubahan serviks dalam waktu satu sampai dua jam.
- 18) Partus lama pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (partograf). (Indrayani, 2013)

b. Kala II

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

- 1) Gejala utama kala II
 - a) His semakin kuat
 - b) Menjelang akhir kala II, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan seperti mendadak.

- c) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan meneran karena tekanannya fleksus frankenhouser.
 - d) Dua kekuatan, yaitu his dan meneran akan mendorong kepala bayi sehingga kepala membuka pintu.
 - e) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu menyesuaikan kepala pada punggung.
 - f) Setelah putaran paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan jalan berikut:
 - (1) Pegang kepala pada tulang oksiput dan bagian bawah dagu, kemudian ditarik cunam ke bawah untuk melahirkan bahu depan. dan cunam ke atas untuk melahirkan bahu belakang.
 - (2) Setelah kedua bahu bayi lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi.
 - (3) Bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.
 - g) Lamanya kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit. (Sulistyawati A, 2012)
- 2) Tanda – tanda kala II:
- a) His lebih sering dan kuat.
 - b) Penderita mulai mengejan.
 - c) *Blood show* lebih banyak, kadang – kadang diikuti sedikit perdarahan.

- d) Penderita merasa seperti ingin buang air besar, hal ini disebabkan karena tekanan kepala pada dasar panggul dan juga pada rektum.
 - e) Perineum mulai menonjol dan anus mulai membuka
 - f) Pada multipara penderita akan dipindahkan ke kamar bersalin pada pembukaan 5 cm, sedangkan pada primipara bila pembukaan 7 cm. Untuk memastikan apakah betul kala II telah mulai, dapat dilakukan pemeriksaan dalam. (Saifuddin, 2014)
- 3) Asuhan yang dapat dilakukan:
- a) Pendampingan ibu selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya.
 - b) Keterlibatan anggota keluarga dalam memberikan asuhan antara lain:
 - (1) Membantu ibu untuk berganti posisi.
 - (2) Melakukan rangsangan taktil.
 - (3) Memberikan makan dan minum.
 - (4) Menjadi teman bicara atau pendengar yang baik.
 - (5) Memberikan dukungan dan semangat selama persalinan sampai kelahiran bayi.
 - c) Keterlibatan penolong persalinan selama proses persalinan dan kelahiran.

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

c. Kala III

Persalinan kala III dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban.

- 1) Tanda- tanda lepasnya plasenta mencakup beberapa atau semua hal – hal di bawah ini :
 - a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus .setelah bayi lahir dan sebelum meometrium mulai berkontraksi , uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus uteri biasanya dibawah pusat.
 - b) Tali pusat memanjang. Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vagina.

c) Semburan darah mendadak dan singkat. Darah yang terkumpul dibelakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dan dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (retroplacental pooling) dalam ruang diantara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitasampungannya maka darah tersedur keluar dari tepi plasenta.

2) Asuhan yang dapat dilakukan:

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

(Ilmiah, 2015)

d. Kala IV

Kala IV mulai darilahirnya plasenta sampai 1 – 2 jam. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pascaperslinan, paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- 1) Tingkat kesadaran pasien.
- 2) Pemeriksaan tanda – tanda vital
- 3) Kontraksi uterus
- 4) Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal tidak melebihi 400-500 cc.(Sulistyawati A, 2012)

Asuhan yang diberikan pada ibu :

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

10. Diagnosis

a. Kala I

Tabel 2.1 Diagnosis Kala I Persalinan

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

Kegawatdaruratan saat persalinan	Seperti: eklampsia, perdarahan, dan gawat janin
----------------------------------	---

(Saifuddin, 2014)

b. Kala II

Tabel 2.2 Diagnosis Kala II Persalinan

Kategori	Keterangan
Kala II berjalan dengan baik	Ada kemajuan penurunan kepala bayi
Kondisi kegawatdaruratan pada kala II	Kondisi kegawatdaruratan membutuhkan perubahan dalam penatalaksanaan atau tindakan segera. Contoh kondisi tersebut adalah eklampsia, kegawatdaruratan bayi, penurunan kepala terhenti, dan kelelahan ibu

(Saifuddin, 2014)

c. Kala III

Tabel 2.3 Diagnosis Kala III Persalinan

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

(Saifuddin, 2014)

d. Kala IV

Tabel 2.4 Diagnosis Kala IV Persalinan

Kategori	Keterangan
Involusi normal	Tonus – uterus tetap berkontraksi Posisi – fundus uteri di bawah umbilikus Perdarahan – tidak berlebihan

	Cairan – tidak berbau
Kala IV dengan penyulit	Sub involusi – uterus tidak keras, posisi di atas umbilikus Perdarahan – atonia, laserasi, bagian plasenta tertinggal/ membran/ yang lain

(Saifuddin, 2014)

11. Nomenklatur Kebidanan

Nomenklatur kebidanan digunakan untuk menegakkan diaogosa sehingga memudahkan dalam pengambilan keputusannya, sedangkan pengertian nomenklatur kebidanan sendiri adalah suatu sistem nama yang telah terklasifikasikan dan diakui serta disahkan oleh profesi. Dalam nomenklatur kebidanan terdapat suatu standrat yang yang harus dipenuhi.stamdrat ini dibuat sebagai daftar untuk merujuk pasien.Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi atasdata-datayang telah dikumpulkan.Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik.

Tabel 2.5
Daftar Nomenklatur kebidanan

NO	NAMA DIAGNOSIS	NO	NAMA DIAGNOSIS
1.	Kehamilan normal	36.	Invertio uteri
2.	Partus normal	37.	Bayi besar
3.	Syok	38.	Malaria berat dengan komplikasi
4.	Denyut jantung janin tidak normal	39.	Malaria ringan tanpa komplikasi
5.	Abortus	40.	Mekonium
6.	Solusio plasenta	41.	Meningitis
7.	Akut pielonefritis	42.	Metritis
8.	Amnionitis	43.	Migrain
9.	Anemia berat	44.	Kehamilan mola
10.	Apendistitis	45.	Kehamilan ganda

11.	Antonia uteri	46.	Partus macet
12.	postpartum normal	47.	Posisi occiput
13.	Infeksi mammae	48.	Posisi oksiput melintang
14.	Pembengkakan mammae	49.	Kista ovarium
15.	Presentasi bokong	50.	Abses pelvic
16.	Asma bronchiale	51.	Peritonitis
17.	Preseptasi dagu	52.	Plasenta previa
18.	Disproporsi cephalo pelvic	53.	Pneumonia
19.	Hipertensi kronik	54.	Preeklamsi berat atau ringan
20.	Koagulopati	55.	Hipertensi karena kehamilan
21.	Presentasi ganda	56.	Ketuban pecah dini
22.	Cystitis	57.	Partus prematuritas
23.	Eklampsia	58.	Prolaps tali pusat
24.	Kehamilan ektopik	59.	Partus fase laten lama
25.	Ensefalitis	60.	Partus kala 2 lama
26.	Epilepsi	61.	Retensio plasenta
27.	Hidromnion	62.	Sisa plasenta
28.	Presentasi muka	63.	Ruptur uteri
29.	Persalinan semu	64.	Bekas luka uteri
30.	Kematian janin	65.	Presentasi bahu
31.	Hemoragik antepartum	66.	Distosia bahu
32.	Hemoragik post partum	67.	Robekan servik dan vagina
33.	Gagal jantung	68.	Tetanus
34.	Intertia uteri	69.	Letak lintang
35.	Infeksi luka		

(Wildan, dkk., 2011)

12. Definisi Partograf

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

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

a. Pengisian partograf

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

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

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

13. Pelaksanaan

60 Langkah 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 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 kepala

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 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 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. MANAJEMEN AKTIF KALA TIGA PERSALINAN (MAK III)

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 :

Mengulang 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 terpilin. 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. Mengajukan 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)

14. Paritas

1. Pengertian

Paritas adalah banyaknya kelahiran hidup yang dipunyai oleh seorang wanita (BKKBN, 2006). Menurut Prawirohardjo (2009), paritas dapat dibedakan menjadi primipara, multipara dan grandemultipara.

Paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin yang mampu hidup diluar rahim (28 minggu) (JHPIEGO, 2008).

Sedangkan menurut Manuaba (2008), paritas adalah wanita yang pernah melahirkan bayi aterm.

2. Klasifikasi jumlah paritas berdasarkan jumlahnya, maka paritas seorang perempuan dapat dibedakan menjadi:

a. Nullipara

Nullipara adalah seorang wanita yang belum pernah melahirkan bayi.
(Walyani, 2016)

b. Primipara

Primipara adalah wanita yang pernah melahirkan bayi hidup untuk pertama kalinya. (Walyani, 2016).

c. Multipara

Multipara adalah wanita yang telah melahirkan seorang anak lebih dari satu kali. (Prawirohardjo, 2009).

Multipara adalah wanita yang pernah melahirkan bayi viable beberapa kali atau lebih dari satu kali. (Walyani, 2016)

Multigravida adalah wanita yang sudah hamil, dua kali atau lebih
(Varney, 2006).

d. Grandemultipara

Grandemultipara adalah wanita yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih dan biasanya mengalami penyulit dalam kehamilan dan persalinan (Manuaba, 2008).

Grandemultipara adalah wanita yang pernah melahirkan bayi 6 kali atau lebih hidup atau mati (Walyani, 2016).

Grandemultipara adalah wanita yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih (Varney, 2006).

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi paritas menurut Friedman adalah

a. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan oleh seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah suatu cita-cita tertentu. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka makin mudah dalam memperoleh menerima informasi, sehingga kemampuan ibu dalam berpikir lebih rasional. Ibu yang mempunyai pendidikan tinggi akan lebih berpikir rasional bahwa jumlah anak yang ideal adalah 2 orang.

b. Pekerjaan

Pekerjaan adalah simbol status seseorang dimasyarakat. Pekerjaan jembatan untuk memperoleh uang dalam rangka memenuhi kebutuhan hidup dan untuk mendapatkan tempat pelayanan kesehatan yang diinginkan. Banyak anggapan bahwa status pekerjaan seseorang yang tinggi, maka boleh mempunyai anak banyak karena mampu dalam memenuhi kebutuhan hidup sehari-sehari.

c. Keadaan Ekonomi

Kondisi ekonomi keluarga yang tinggi mendorong ibu untuk mempunyai anak lebih karena keluarga merasa mampu dalam memenuhi kebutuhan hidup.

d. Latar Belakang Budaya

Cultur universal adalah unsur-unsur kebudayaan yang bersifat universal, ada di dalam semua kebudayaan di dunia, seperti pengetahuan bahasa dan khasanah dasar, cara pergaulan sosial, adat-istiadat, penilaian-penilaian umum. Tanpa disadari, kebudayaan telah menanamkan garis pengaruh sikap terhadap berbagai masalah. Kebudayaan telah mewarnai sikap anggota masyarakatnya, karena kebudayaan pulalah yang memberi corak pengalaman individu-individu yang menjadi anggota kelompok masyarakat asuhannya. Hanya kepercayaan individu yang telah mapan dan kuatlah yang dapat memudahkan dominasi kebudayaan dalam pembentukan sikap individual. Latar belakang budaya yang mempengaruhi paritas antara lain adanya anggapan bahwa semakin banyak jumlah anak, maka semakin banyak rejeki.

e. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan domain dari perilaku. Semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang, maka perilaku akan lebih bersifat langgeng. Dengan kata lain ibu yang tahu dan paham tentang jumlah anak yang ideal, maka ibu akan berperilaku sesuai dengan apa yang ia ketahui. (Friedman, 2005).

15. KB IUD

a. Pengertian

Suatu alat atau benda yang dimasukkan ke dalam rahim yang sangat efektif, reversibel dan berjangka panjang, dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduktif (Saefuddin, 2003)

b. Jenis-Jenis AKDR

1) AKDR Non-hormonal

Pada saat ini AKDR telah memasuki generasi ke-4. Karena itu berpuluh-puluh macam AKDR telah dikembangkan. Mulai dari generasi pertama yang terbuat dari benang sutra dan logam sampai generasi plastik (polietilen) baik yang ditambah obat maupun tidak.

a) Menurut bentuknya AKDR dibagi menjadi

1) Bentuk terbuka (open device)

Misalnya: Lippes Loop, CUT, Cu-7, Marguiles, Spring Coil, Multiload, Nova-T

2) Bentuk tertutup (closed device)

Misalnya: Ota-Ring, Antigon, dan Graten Berg Ring.

b) Menurut Tambahan atau Metal

1) Medicated IUD

Misalnya: Cu T 200, Cu T 220, Cu T 300, Cu T 380 A, Cu-7, Nova T, ML-Cu 375

2) Un Medicated IUD

Misalnya: Lippes Loop, Marguiles, Saf-T Coil, Antigon.

IUD yang banyak dipakai di Indonesia dewasa ini adalah jenis Un Medicated yaitu Lippes Loop dan yang dari jenis Medicated Cu T, Cu-7, Multiload dan Nova-T.

Pada jenis Medicated IUD angka yang tertera dibelakang IUD menunjukkan luasnya kawat halus tembaga yang ditambahkan, misalnya Cu T 220 berarti tembaga adalah 200mm²

2) IUD yang mengandung hormonal

a) Progestasert-T = Alza T

Panjang 36mm, lebar 32mm, dengan 2 lembar benang ekor warna hitam. Mengandung 38 mg progesteron dan barium sulfat, melepaskan 65mcg progesteron per hari. Tabung insersinya berbentuk lengkung, Daya kerja :18 bulan. Teknik insersi: plunging. (modified withdrawal)

b) LNG-20

Mengandung 46-60mg Levonorgestrel, dengan pelepasan 20mcg per hari, Sedang diteliti di Finlandia. Angka kegagalan /kehamilan sangat rendah: <0,5 per 100 wanita per tahun. Penghentian pemakaian oleh karena persoalan-persoalan perdarahan ternyata lebih tinggi dibandingkan IUD lainnya, karena 25% mengalami amenore atau perdarahan hait yang sangat sedikit.

c. Mekanisme Kerja

Mekanisme kerja AKDR sampai saat ini belum diketahui secara pasti, ada yang berpendapat bahwa AKDR sebagai benda asing yang menimbulkan reaksi radang setempat, dengan sebutan lekorit yang dapat melarutkan blastosis atau seperma. Mekanisme kerja AKDR yang dililiti kawat tembaga mungkin berlainan. Tembaga dalam konsentrasi kecil yang dikeluarkan ke dalam rongga uterus juga menghambat khasiatanhidrase karbon dan fosfatase alkali. AKDR yang mengeluarkanhormon juga menebalkan lender sehingga menghalangi pasasi sperma (Prawirohardjo, 2005).

Menurut Saefuddin (2003), mekanisme kerja IUD adalah:

- 1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi
- 2) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri
- 3) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu walaupun AKDR membuat sperma sulit ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi
- 4) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur ke dalam uterus.

d. Efektivitas IUD

- 1) Efektivitas IUD dinyatakan dalam angka kontinuitas (continuition rate) yaitu beberapa lama IUD tetap tinggal dalam uteri tanpa :
 - a) Ekspulsi
 - b) Terjadinya kehamilan

- c) Pengangkatan/pengeluaran karena alasan-alasan medis atau pribadi.
- 2) Efektivitas dari bermacam-macam IUD tergantung pada:
- a) IUD-nya: ukuran, bentuk kandungannya
 - b) Akseptor: Umur, parietas, frekuensi senggama.
 - c) Dari faktor-faktor yang berhubungan dengan akseptor yaitu umur dan parietas diketahui :
 - (1) Makin tua usia, makin rendah angka kehamilan, ekspulsi dan pengangkatan/pengeluaran IUD
 - (2) Makin muda usia, terutama pada nulligravida makin tinggi angka ekspulsi dan pengangkatan /pengeluaran IUD.
- e. Keuntungan Dan Kerugian Akdr Atau IUD
- 1) Keuntungan
- a) Keuntungan AKDR Non hormonal (Cu T 380A) :
 - (1) Sebagai kontrasepsi efektivitasnya tinggi. Sangat efektif 0,6-0,8 kehamilan per 100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1kegagalan dalam 125-170 kehamilan)
 - (2) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan
 - (3) Metode jangka panjang
 - (4) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat
 - (5) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
 - (6) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus.

b) Keuntungan IUD hormonal adalah:

- (1) Mengurangi volume darah haid dan mengurangi dismenorrhoe
- (2) Untuk mencegah adhesi dinding-dinding uterus oleh synechiae (Asherman's Syndrome)

2) Kerugian

a) Kerugian AKDR (Cu T-380A) Non hormonal:

- (1) Perubahan siklus haid
- (2) Haid lebih lama dan banyak
- (3) Perdarahan (spotting) antarmenstruasi
- (4) Disaat haid lebih sakit
- (5) Merasa sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan
- (6) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS
- (7) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan

b) Kerugian IUD hormonal:

- (1) Jauh lebih mahal dari pada Cu IUD
- (2) Harus diganti setelah 18 bulan
- (3) Lebih sering menimbulkan perdarahan mid-siklus dan perdarahan bercak (spotting)
- (4) Insidens kehamilan ektopik lebih tinggi
- (5) Efek samping dan komplikasi IUD hormonal dibagi menjadi 2 kelompok yaitu:

- 1) Pada saat insersi
 - a) Rasa sakit atau nyeri
 - b) Muntah, keringat dingin
 - c) Perforasi uterus
 - 2) Efek samping dan komplikasi IUD dikemudian hari:
 - a) Rasa sakit dan perdarahan
 - b) Infeksi
 - c) Kehamilan intra-uterine
 - d) Kehamilan ektopik
 - e) Ekspulsi
- f. Indikasi pemakaian akdr atau iud
- 1) Yang dapat menggunakan AKDR/IUD dan Progestasert
 - a) Usia reproduktif
 - b) Keadan nullipara
 - c) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang
 - d) Menyusui yang menginginkan menggunakan alat kontrasepsi
 - e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui bayinya
 - f) Resiko rendah dari IMS
 - g) Tidak menghendaki metode hormonal
 - h) Tidak menyukai mengingat-ingat minum pil setiap hari
 - i) Perokok
 - j) Sedang memakai antibiotika atau antikejang
 - k) Gemuk ataupun yang kurus

- 1) Sedang menyusui
- 2) Begitu juga ibu dalam keadaan seperti di bawah ini dapat menggunakan AKDR (Cu T-380A):
 - a) Penderita tumor jinak payudara
 - b) Epilepsi
 - c) Malaria
 - d) Tekanan darah tinggi
 - e) Penyakit tiroid
 - f) Setelah kehamilan ektopik
 - g) Penderita DM

g. kontraindikasi Pemakaian AKDR

- 1) Sedang hamil
- 2) Perdarahan vagina yang tidak diketahui
- 3) Sedang menderita infeksi genitalia
- 4) Penyakit trifoblas yang ganas
- 5) Diketahui menderita TBC velvik
- 6) Kanker alat genital
- 7) Ukuran rongga rahim kurang dari 5cm

B. Menejemen Asuhan Kebidanan (SOAP)

1. Pengertian

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

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

Berikut langkah-langkah dalam proses proses penatalaksanaan menurut varney

a. Langkah I (Pengumpulan Data Dasar)

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

Untuk memperoleh data dilakukan melalui cara anamesa :

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

- e) Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari
- 3) Data objektif
 - a) Pemeriksaan umum
 - b) Pemeriksaan khusus kebidanan (head to toe)
- b. Langkah II (Identifikasi diagnosa, Masalah, dan Kebutuhan)
 - 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 ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosis.
 - 5) Kebutuhan
- b. Langkah III (Merumuskan diagnosa/Masalah potensial yang membutuhkan Antisipasi Masalah Potensial.
Langkah ini dimana bidan melakukan identifikasi masalah dan mengantisipasi penanganannya

c. Langkah IV (penetapan kebutuhan segera)

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

d. Langkah V (Penyusunan Rencana)

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

e. Langkah VI (pelaksanaan Asuhan)

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

2) Langkah VII

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

2. Pendokumentasian Metode SOAP

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

Tahap- tahap menejemen SOAP

(S)Subjektif : informasi atau data yang diperoleh dari apa yang dikatakan pasien.

(O) Objektif : data yang diperoleh dari apa yang dilihat dan dirasakan oleh bidan sewaktu melakukan pemeriksaan dan hasil laboratorium.

(A) Assesment : kesimpulan yang dibuat berdasarkan data subjektif dan objektif

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

Tujuan pendokumentasian SOAP adalah:

- a. Merupakan kemajuan informasi yang sistematis, yang mengorganisir penemuan dan kesimpulan anda menjadi suatu rencana asuhan.
- b. Merupakan penyaringan intisari dari proses penatalaksanaan kebidanan untuk tujuan penyediaan dan pendokumentasian asuhan
- c. Merupakan urutan – urutan yang dapat membantu dalam mengorganisir pikiran anda dan mermberikan asuhan yang menyeluruh.

(Rohani,dkk,2011).