

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Persalinan Normal

1. Pengertian

Persalinan normal adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Hidayat dan Sujiyatini, 2010).

Persalinan normal adalah persalinan yang terjadi pada kehamilan aterm (bukan premature atau postmatur), mempunyai onset yang spontan (tidak diinduksi), selesai setelah 4 jam dan sebelum 24 jam sejak saat awitanya, mempunyai janin tunggal dengan presentase puncak kepala, terlaksana tanpa bantuan artificial, tidak mencakup komplikasi, plasenta lahir spontan (Walyani& Purwoastuti, 2016).

2. Tanda – Tanda 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 atau 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 hormone estrogen dan progesterone menyebabkan oksitosin semakin meningkat dan dapat menjalankan fungsinya dengan efektif untuk menimbulkan kontraksi atau his permulaan. His permulaan 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(Walyani & Purwoastuti, 2016)

Tanda-tanda persalinan antara lain:

- a. Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek.
- b. Dapat terjadi pengeluaran pembawa tanda, yaitu:
 - 1) Pengeluaran lendir
 - 2) Lendir bercampur darah
- c. Dapat disertai ketuban pecah dini.
- d. Pada pemeriksaan, dijumpai perubahan servix:
 - 1) Peri pembukaan servix
 - 2) Perdarahan servix
 - 3) Terjadi pembukaan servix(Walyani & Purwoastuti, 2016)

3. Sebab - Sebab Mulainya Persalinan

Terjadinya persalinan disebabkan oleh beberapa teori sebagai berikut:

- a. Teori penurunan hormone

1-2 minggu sebelum persalinan di mulai terjadi penurunan kadar hormone 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 penebaran plasenta

Turunan plasenta menyebabkan menurunnya kadar estrogen dan progesterone yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim.

c. Teori distensi Rahim

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

d. Teori iritasi mekanik

Di belakang serviks terletak ganglion servikal (fleksus frankenhauser) Bila ganglion ini digeser dan ditekan, akan timbul kontraksi uterus.

e. Induksi partus

Persalinan dapat di timbulkan dengan jalan:

- 1) Ganggang laminaria: Beberapa laminaria dimasukan kedalam servikalis dengan tujuan merangsang fleksus frankenhauser.
- 2) Amniotomi: Pemecahan ketuban
- 3) Oksitosin drips: Pemberian oksitosin menurut tetesan infuse
- 4) Misoprostol: Cytotec/ gastru (Shofa, 2015)

4. 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 –ligamen pintu panggu)
- c) Sumbu panggul

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

d) Bidang – bidang Hodge

- Bidang Hodge I : dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simpisi dan promontorium.
- Bidang Hodge II : sejajar Hodge I setinggi pinggir bawah simpisi.
- Bidang Hodge III : sejajar Hodge I dan II setinggi spina ischiadika kanan dan kiri.
- 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 (Shofa, 2015).

5. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

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

- a. Pemenuhan kebutuhan fisiologis.
 - 1) Mengatur sirkulasi udara dalam ruangan.
 - 2) Memberi makan dan minum.
 - 3) Menganjurkan istirahat diluar his.
 - 4) Menjaga kebersihan badan terutama daerah genitalia.
 - 5) Menganjurkanibu buang air kecil atau buang air besar.
 - 6) Menolongkan persalinan sesuai standar.
- b. Pemenuhan kebutuhan rasa aman.
 - 1) Menberi 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 msase 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 privasi ibu.
 - 3) Memberi pelayanan yang bersifat empati.
 - 4) Informasi bila akan melakukan tindakan
 - 5) Memberitahu ibu terhadap setiap tindakan yang akan dilakukan.
- e. Pemenuhan kebutuhan aktualisasi.
 - 1) Memilih tempat dan penolong persalinan sesuai keinginan.
 - 2) Menentukan pendamping selama persalinan.
 - 3) Melakukan bounding attachment.
 - 4) Memberi ucapan selamat setelah persalinan selesai. (Shofa, 2015)

6. Mekanisme Persalinan

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

a. Engagement

Mekanisme masuknya kepala janin yang dipakai sebagai ukuran kepala janin adalah diameter biparietal dan diameter melintang. Saat itu kepala janin dalam presentasi occiput melewati pintu atas panggul (PAP) disebut sebagai engagement. Kepala janin biasanya memasuki pintu atas panggul dalam posisi diameter lintang atau salah satu dari diameter oblik (sinklitismus) sehingga sumbu kepala janin menjadi tegak lurus

dengan bidang pintu atas panggul. Pada multipara atau beberapa beberapa nullipara fenomena ini dapat terjadi pada minggu – minggu terakhir kehamilan. Selain itu posisi kepala janin saat masuk melintasi pintu atas panggul dalam posisi asinklismus. Posisi asinklismus, presentasi dapat terjadi dengan berbagai posisi antarlain, asinklismus anterior, yan arah sumbu kepala membuat sudut lancip ke depan dengan pintu atas panggul, lancip kebelakang dengan pintu atas panggul.

b. Penurunan

Pada nulipara penurunan presentasi dapat terjadi sebelum kejadian persalinan. Penurunan presentasi terjadi disebabkan satu atau lebih dari empat faktor yaitu, tekanan cairan amnion, tekanan langsung fundus pada bokong melalui mekanisme kontraksi, tekanan langsung otot – otot abdomen disaat kontrakasi, dan ekstensi dan pelurusan badan janin.

c. Fleksi

Kepala memasuki rongga panggul dengan posisi fleksi dan ukuran yang paling kecil (diameter suboksipito-bregmatika = 9,5 cm). Pada saat kepala berada didasar panggul kepala berada dalam fleksi maksimal.

d. Putar paksi dalam

Pemutaran kepala yang menggerakkan oksiput (ubun – ubun kecil) dari posisi asalnya ke anterior menuju simfisis pubis, atau ke posterior menuju sacrum (jarang terjadi), selalu dihubungkan dengan turunya bagian presentasi kepala mencapai spina (engaged). Kepala yang turun

menempati diafragma pelvis didukung oleh elastisitas diafragma pelvis dan tekanan intra uterin oleh his yang berulang – ulang.

e. Defleksi

Setelah kepala berada di dasar panggul dengan ubun – ubun kecil berada di bawah simpisis (sebagai hipomoklion). Kepala mengadakan fleksi penuh mencapai vulva, kepala menekan lorong panggul. Ada dua kekuatan yang berperan dalam terjadinya fleksi penuh yakni, berasal dari uterus bekerja lebih posterior dan tahanan dasar panggul yang bekerja dibagian anterior. Gaya resultan nya mengarah ke muara vulva sehingga terjadi ekstensi, yang membawa dasar oksiput menempel pada margo inferios simpisis. Karena pintu keluar vulva mengarah keatas dan kedepan, ekstensi harus terjadi sebelum kepala dapat melewatinya. Sehingga berturut – turut lahirlah bregmatika, dahi, muka dan akhirnya dagu.

f. Putaran paksi luar

Kepala yang sudah lahir selanjutnya mengalami restitusi esternal (putaran paksi luar). Bila oksiput awalnya mengarah ke kiri maka kepala berotasi kearah tuberositas ischium kiri atau sebaliknya suatu gerakan yang sesuai dengan rotasi badan janin, yang bekerja membawa diameter biakromial berhempit dengan anteroposterior pintu bawah panggul. Gerakan ini untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung anak.

g. Ekspulsi

Bahu melintasi pintu atas panggul dalam keadaan miring untuk menyesuaikan dengan bentuk panggul. Saat di dasar panggul. Apabila kepala telah lahir, bahu berada dalam posisi depan belakang dengan demikian bahu depan lahir lebih dahulu, baru kemudian diikuti bahu belakang (Manurung, 2011).

7. Lima benang merah

a. Membuat keputusan klinik

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

Tujuan 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 sayang bayi

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

Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan:

- 1) Memanggil ibu sesuai namanya, menghargai dan memperlakukannya sesuai martabat
- 2) Menjelaskan asuhan dan perawatan yang akan diberikan pada ibu sebelum memulai asuhan tersebut
- 3) Menjelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarga
- 4) Mengajukan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau kuatir
- 5) Memberikan dukungan, membesarkan hatinya dan menentramkan perasaan ibu serta anggota keluarga yang lain
- 6) Mengajukan ibu untuk ditemani suaminya dan atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya
- 7) Mengajarkan suami dan anggota keluarga mengenai cara memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya
- 8) Melakukan pencegahan infeksi secara konsisten
- 9) Menghargai privasi ibu
- 10) Mengajukan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi

- 11) Menganjurkan ibu untuk minum cairan adan makan – makanan bila ia menginginkanya
- 12) Menghargai dan membolehkan praktik tradisional yang tidak memberi pengaruh yang merugikan
- 13) Menghindari tindakan berlebihan dan mungkin membahayakan (episiotomi, pencukuran dan klisma)
- 14) Menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin
- 15) Membantu memulai pemberin ASI dalam 1 jam pertama setelah kelahiran bayi
- 16) Menyiapkan rencana rujukan (bila perlu)
- 17) Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik, bahan - bahan, perlengkapan dan obat – obatan yang diperlukan. Siap melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelhiran bayi

c. Pencegahan infeksi

Prinsip – prinsip pencegahan infeksi:

- 1) Semua orang harus dianggap menularkan penyakit
- 2) Setiap orang harus dianggap beresiko terkena infeksi
- 3) Permukaan benda disekitar kita, peralatan atau benda – benda lainnya yang akan dan telah bersentuhan dengan permukaan kulit yang tak utuh, lecet selaput mukosa atau darah harus dianggap terkontaminasi, sehingga harus diproses dengan benar
- 4) Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatan atau benda lainnya telah diproses maka semua itu harus dianggap terkontaminasi

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

d. Pencatatan (rekam medis)

Aspek-aspek dalam pencatatan:

- 1) Tanggal dan waktu asuhan tersebut diberikan
- 2) Identifikasi penolong persalinan
- 3) Paraf atau tanda tangan (dari penolong persalinan) pada semua catatan
- 4) Mencakup informasi yang berkaitan secara tepat, dicatat dengan jelas dan dapat dibaca
- 5) Ketersediaan sistem penyimpanan catatan atau data pasien
- 6) Kerahasiaan dokumen – dokumen medis

e. Rujukan

Meskipun sebagian besar ibu menjalani persalinan normal namun sekitar 10-15 % diantaranya akan mengalami masalah proses persalinan dan kelahiran sehingga perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan. Sangatlah sulit menduga kapan penyulit akan terjadi sehingga kesiapan merujuk ibu dan atau bayinya ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu jika penyulit terjadi. Setiap tenaga/ penolong fasilitas pelayanan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan terdekat yang mampu melayani kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir.

Hal – hal yang paling penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu (BAKSOKUDA):

- 1) Bidan
- 2) Alat
- 3) Keluarga
- 4) Surat
- 5) Obat
- 6) Kendaraan
- 7) Uang
- 8) Darah (Shofa, 2015)

8. Tahapan Persalin

a. Kala I (Pembukaan)

Kala I dimulai dari saat persalinan mulai (pembukaan nol) sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini terbagi dalam 2 fase, yaitu:

- 1) Fase laten : berlangsung selama 8 jam, serviks membuka sampai 3 cm.
- 2) Fase aktif : berlangsung selama 7 jam, serviks membuka dari 4 cm sampai 10 cm, kontraksi lebih kuat dan sering, dibagi dalam 3 fase:
 - a) Fase akselerasi : dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm sampai menjadi 4 cm.
 - b) Fase dilatasi maksimal : dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.

- c) Fase deselerasi : pembukaan menjadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap (Sondakh, 2013).

Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah:

- 1) Memberikan dukungan emosional.
- 2) Pendampingan anggota keluarga selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya.
- 3) Menghargai keinginan ibu untuk memilih pendampingan selama persalinan.
- 4) Peran aktif anggota keluarga selama persalinan dengan cara:
 - a) Menucapkan 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 – Memberikan kecukupan Energi dan mencegah dehidrasi. Oleh karena dehidrasi menyebabkan kontraksi tidak teratur dan efektif.
- 7) Memberikan keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur dan spontan.
- 8) 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.

9) Pencegahan infeksi (Shofa, 2015)

b. Kala II

Tanda – tanda bahwa kala 2 persalinan sudah dekat:

- 1) Ibu merasa ingin meneran (dorongan meneran/ doran)
- 2) Perineum menonjol (perjol)
- 3) Vulva vagina membuka (vulka)
- 4) Adanya tekanan pada spicter aus (teknus) sehingga ibu merasa ingin BAB
- 5) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat
- 6) Meningkatkan pengeluaran darah dan meningkat (Walyani & Purwoastuti, 2016)

Asuhan yang dapat diberikan pada ibu adalah:

- 1) Pendampingan ibu selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya.
- 2) Keterlibatan anggota keluarga dalam memberikan asuhan antara lain:
 - a) Membantu ibu untuk berganti posisi.
 - b) Melakukan rangsangan taktil
 - c) Memberikan makanan dan minuman.
 - d) Menjadi teman bicara / pendengar yang baik.
 - e) Memberikan dukungan dan semangat selama persalinan sampai kelahiran bayi.

- 3) Keterlibatan penolong persalinan selama proses persalinan & kelahiran dengan cara:
 - a) Memberikan dukungan dan semangat kepada ibu dan keluarga.
 - b) Menjelaskan tahapan dan kemajuan persalinan.
 - c) Melakukan pendampingan selama proses persalinan dan kelahiran.
- 4) Membuat hati ibu merasa tenang selama kala II persalinan dengan cara memberikan bimbingan dan menawarkan bantuan kepada ibu.
- 5) Mengajak ibu meneran bila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran dengan cara memberikan kesempatan istirahat sewaktu tidak ada his.
- 6) Mencukupi asupan makan dan minum selama kala II.
- 7) Memberikan rasa aman dan nyaman.
- 8) Pencegahan infeksi pada kala II dengan membersihkan vulva dan perineum ibu.
- 9) Membantu ibu mengosongkan kandung kemih secara spontan.
(Shofa, 2015).

c. Kala III

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Proses lepasnya plasenta ditandai dengan:

- 1) Uterus menjadi bundar.

- 2) Uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim.
- 3) Tali pusat bertambah panjang.
- 4) Terjadi semburan darah tiba – tiba (Sondakh, 2013).

Asuhan yang dapat dilakukan oleh ibu adalah :

- 1) Memberi kesempatan pada ibu untuk memeluk bayinya dan menyusui segera.
- 2) Memberitahu setiap tindakan yang akan dilakukan.
- 3) Pencegahan infeksi pada kala III.
- 4) Memantau keadaan ibu (tanda vital, kontraksi, perdarahan).
- 5) Melakukan kolaborasi/ rujukan bila terjadi kegawatdaruratan.
- 6) Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi.
- 7) Memberikan motivasi dan pendampingan selama kala III (Shofa, 2015).

d. Kala IV (Kala pengawasan/ Observasi/ pemulihan)

Kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam postpartum. Kala ini terutama bertujuan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama (Sondakh, 2013).

Asuhan yang dapat diberikan kepada ibu adalah:

- 1) Memastikan tanda – tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan dalam keadaan normal.

- 2) Membantu ibu untuk berkemih.
- 3) Mengajarkan ibu dan keluarganya tentang cara menilai kontraksi dan melakukan massase uterus.
- 4) Menyelesaikan asuhan awal bagi bayi baru lahir.
- 5) Mengajarkan ibu dan keluarga tentang tanda – tanda bahaya post partum seperti perdarahan, demam, bau busuk dari vagina, using, lemas, penyulit dalam menyusui bayinya dan terjadi kontraksi hebat.
- 6) Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi.
- 7) Pendampingan pada ibu sela kala IV.
- 8) Nutrisi dan dukungan emosional.

9. Asuhan 60 langkah persalinan

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 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. 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 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. 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 klorin 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, 2017).

B. Menejemen Asuhan Kebidanan (SOAP)

1. Pengertian

Manajemen asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan (Hidayat & Sujiyanti, 2010)

Langkah – langkah manajemen kebidanan :

a. Langkah 1 (pengumpulan data dasar)

Langkah pertama merupakan langkah awal yang akan menentukan langkah berikutnya . mengumpulkan data adalah menghimpun informasi tentang klien/ orang yang meminta asuhan. Kegiatan pengumpulan data dimulai saat klien masuk dan dilanjutkan secara terus menerus selama proses asuhan kebidanan berlangsung. Data dapat dikumpulkan dari berbagai sumber, sumber yang dapat memberikan informasi paling akurat yang dapat diperoleh secepat mungkin dan upaya sekecil mungkin. Pasien adalah sumber informasi yang paling akurat dan ekonomis, disebut sumber data primer. Sumber data alternatif atau sumber data sekunder adalah data yang sudah ada, praktikan kesehatan lain, anggota keluarga. Teknik pengumpulan data ada 3 yaitu observasi, wawancara, dan pemeriksaan.

b. Langkah II (intepetasi data dasar)

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data – data yang dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasi sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik.

c. Langkah III (Mengidentifikasi diagnosa atau masalah)

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap siap bila diagnosa/ masalah potensial ini benar – benar terjadi.

d. Langkah IV (Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan tindakan segera)

Beberapa data menunjukkan situasi emergensi dimana bidan perlu bertindak segera demi keselamatan ibu dan bayi, beberapa data menunjukkan situasi yang memerlukan tindakan segera sementara menunggu instruksi dokter. Mungkin juga memerlukan konsultasi dengan tim kesehatan lain. Bidan mengevaluasi setiap pasien untuk menentukan asuhan pasien yang paling tepat.

e. Langkah V (Merencanakan asuhan yang komperhensif/ menyeluruh)

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah – langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau di antisipasi, pada langkah ini informasi/ atau data dasar yang tidak lengkap dilengkapi. Suatu rencana asuhan harus sama – sma disetujui oleh bidan agar efektif. Oleh karena itu

tugas dalam langkah ini termasuk membuat dan mendiskusikan rencana dengan begitu juga dengan penegasan akan persetujuannya. Perencanaan supaya terarah, dibuat pola pikir dengan langkah tentukan tujuan tindakan yang akan dilakukan yang berisi tentang sasaran/ target dan hasil yang akan dicapai, selanjutnya ditentukan rencana tindakan sesuai dengan masalah/diagnosa dan tujuan yang akan dicapai.

f. Langkah VI (Melaksanakan perencanaan)

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke 5 dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan atau sebagian dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukannya sendiri tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (Memastikan langkah tersebut benar – benar terlaksana). Dalam situasi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter dan keterlibatannya dalam manajemen asuhan bagi pasien yang mengalami komplikasi, bidan juga bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyingkat waktu, biaya dan meningkatkan mutu asuhan.

g. Langkah VII (Evaluasi)

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar – benar terpenuhi sesuai dengan kebutuhan. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif (Hidayat& Sujiyanti, 2010).

C. Melakukan penjahitan episiotomi/ laserasi

Tujuan menjahit laserasi atau episiotomi adalah untuk menyatukan kembali jaringan tubuh (mendekatkan) dan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu (memastikan hemostasis)(Walyani & Purwoastuti, 2016).

Laserasi dapat dikategorikan dalam:

a. Robekan derajat satu

- 1) Robekan mukosa
- 2) Komisura posterior
- 3) Kulit perineum

b. Robekan derajat dua

- 1) Robekan mukosa
- 2) Komisura posterior
- 3) Kulit perineum
- 4) Otot perineum

c. Robekan derajat tiga

- 1) Robekan mukosa
- 2) Komisura posterior
- 3) Kulit perineum
- 4) Otot perineum
- 5) Otot sfingter ani

d. Robekan derajat empat

- 1) Robekan mukosa
- 2) Komisura posterior
- 3) Kulit perineum
- 4) Otot perineum
- 5) Otot sfingter ani
- 6) Dinding depan rectum

Hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan penjahitan, yaitu:

- a. Laserasi derajat satu yang tidak mengalami perdarahan, tidak perlu dilakukan penjahitan.
- b. Menggunakan sedikit jahitan.
- c. Menggunakan selalu tehnik aseptik.
- d. Menggunakan anastesi lokal, untuk memberikan kenyamanan ibu.

Keuntungan penggunaan anastesi lokal:

- a. Ibu lebih merasa nyaman (asuhan sayang ibu)
- b. Bidan lebih leluasa dalam penjahitan.

- c. Lebih cepat dalam menjahit perlukaannya (mengurangi kehilangan darah).
- d. Trauma pada jaringan lebih sedikit (mengurangi infeksi).
- e. Cairan yang digunakan lidocain 1 %.
- f. Tidak dianjurkan menggunakan lidocain 2 % (konsentrasinya terlalu tinggi dan menimbulkan nekrosis pada jaringan. Lidocain dengan epinephrine (memperlambat penyerapan lidocain dan memperpanjang efek kerjanya) (Shofa, 2015).

D. IMD (Inisiasi Menyusu Dini)

1. Pengertian Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Inisiasi Menyusu Dini (IMD) atau permulaan menyusui dini adalah bayi mulai menyusu sendiri segera setelah lahir. Seperti halnya bayi mamalia lainnya, bayi manusia mempunyai kemampuan untuk menyusui sendiri. Kontak antara kulit bayi dengan kulit ibunya dibiarkan setidaknya selama satu jam segera setelah lahir, kemudian bayi akan mencari payudara ibu dengan sendirinya. Cara bayi melakukan inisiasi menyusui dini ini dinamakan the breast crawl atau merangkak mencari payudara.

a. Prinsip menyusui atau pemberian ASI

Beberapa prinsip dalam pemberian ASI adalah sebagai berikut:

- 1) Setelah bayi lahir, tali pusat segera diikat.
- 2) Letakkan bayi tengkurap di dada ibu dengan kulit bayi bersentuhan langsung ke mulut bayi.

- 3) Biarkan kontak kulit berlangsung setidaknya satu jam atau lebih, bahkan sampai bayi dapat menyusui sendiri apabila sebelumnya tidak berhasil.
 - 4) Bayi diberi topi dan selimut.
 - 5) Ibu diberi dukungan untuk mengenali saat bayi siap untuk menyusui.
 - 6) Menyusui dimulai 30 menit setelah bayi lahir.
 - 7) Memberikan kolostrum kepada bayi.
 - 8) Tidak memberikan makanan pralaktal seperti air gula atau air tajin kepada bayi baru lahir sebelum ASI keluar, tetapi mengusahakan bayi menghisap untuk merangsang produksi ASI.
 - 9) Menyusui bayi dari kedua payudara secara bergantian sampai tetes terakhir, masing – masing 15-25 menit.
 - 10) Memberikan ASI saja selama 4-6 bulan pertama (on demand) (Sondakh, 2013)
- b. Manfaat Inisiasi Menyusui Dini (IMD)
- 1) Mendekatkan hubungan batin ibu dan bayi, karena pada IMD terjadi komunikasi batin secara sangat pribadi dan sensitif.
 - 2) Bayi akan mengenal ibunya lebih dini sehingga akan memperlancar proses laktasi.
 - 3) Suhu tubuh bayi stabil karena hipotermi telah dikoreksi oleh suhu tubuh ibunya.
 - 4) Refleks oksitosin ibu akan berfungsi secara maksimal.

5) Mempercepat produksi ASI, karena sudah mendapat rangsangan isapan dari bayi lebih awal (Walyani & Purwoastuti, 2016)

c. Cara melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

- 1) Tepatkan bayi di atas perut ibunya dalam 2 jam pertama tanpa pembatasan kain diantara keduanya (*skin to skin contac*), lalu selimuti ibu dan bayi dengan selimut hangat.
- 2) Setelah bayi stabil dan beradaptasi dengan lingkungan luar uterus, ia akan mulai mencari puting susu ibunya.
- 3) Hembusan angin dan panas tubuh ibu akan memancarkan bau payudara ibu, secara insting bayi akan mencari sumber bau tersebut.
- 4) Dalam beberapa menit bayi akan merangkak ke atas dan mencari serta merangsang puting susu ibunya, Selanjutnya ia akan mulai menghisap.
- 5) Selama prosedur ini tangan bayi akan memasase payudara ibu dan selama itu pula refleks pelepasan hormon oksitosin ibu akan terjadi.
- 6) Selama prosedur ini bidan tidak boleh meninggalkan bu dan bayi sendirian. Tahap ini sangat penting karena bayi dalam kondisi siaga penuh. Bidan harus menunda memandikan bayi, melakukan pemeriksaan fisik, maupun prosedur lain (Walyani & Purwoastuti, 2016)

E. Pendokumentasian Metode SOAP

Tahap – tahap manajemen SOAP :

- (S) *Subjektif* :Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa
- (O) *Objektif* :Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, lab, dan tes diagnosis lain yang dirumuskan dalam data fokus yang mendukung assesment
- (A) *Assesment* :Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi atau masalah potensial
- (P) *Planning* :Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assesment (Yeyeh, dkk,2009).

F. Nomenklatur Kebidanan

Tabel 2.1
Nomenklatur Kebidanan

NO	NAMA DIGNOSIS	NO	NAMA DIGNOSIS
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.	Preeklampsia 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.	Ensafalitis	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, 2011)