

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Persalinan Normal

1. Pengertian

Persalinan adalah proses di mana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. (JNPKR, 2014)

Persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi dan kekuatan yang teratur. (Rohani dkk, 2011)

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini di mulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta. (Sulistyawati & Nugraheny, 2012)

Persalinan normal yaitu proses pengeluaran buah kehamilan cukup bulan yang mencakup pengeluaran bayi, plasenta dan selaput ketuban, dengan presentasi kepala (posisi belakang kepala), dari rahim ibu melalui jalan lahir (baik jalan lahir lunak maupun kasar), dengan tenaga ibu sendiri (tidak ada intervensi dari luar). (Ilmiah, 2015)

Persalinan adalah proses membuka dan minipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin. (Ilmiah , 2015)

2. Bentuk Persalinan

a. Persalinan spontan

Yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.

b. Persalinan buatan

Yaitu bila persalinan berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar.

c. Persalinan anjuran

Yaitu bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan pemberian rangsangan.

(Rohani dkk, 2011)

3. Sebab-Sebab Mulainya Persalinan

a. Hal yang menjadi penyebab mulainya persalinan belum diketahui benar, yang ada hanyalah merupakan teori-teori yang kompleks. Perlu diketahui bahwa ada 2 hormon yang dominan saat hamil.

1) Esterogen

- a) Meningkatkan sensitivitas otot rahim.
- b) Memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, serta rangsangan mekanis.

2) Progesterone

- a) Menurunkan sensitivitas otot rahim.
- b) Menyulitkan penerimaan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, serta rangsangan mekanis.
- c) Menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

Esterogen dan progesterone harus berada dalam kondisi keseimbangan sehingga kehamilan dapat dipertahankan. Perubahan keseimbangan kedua hormon tersebut menyebabkan oksitosin yang dikeluarkan oleh hipofisis pars posterior dapat menimbulkan kontraksi Braxton hicks akan menjadi kekuatan dominan saat mulainya persalinan, oleh karena itu semakin tua kehamilan, frekuensi kontraksi semakin sering.

Dalam teori penurunan hormon saat 1–2 minggu sebelum proses melahirkan dimulai, terjadi penurunan kadar estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot–otot polos rahim, jika kadar progesterone turun akan menyebabkan tegangnya pembuluh darah dan menimbulkan his. (Sulistiyawati & Nugraheny, 2012).

4. Teori Penyebab Persalinan

a. Teori Kerenggangan

- 1) Otot rahim mempunyai kemampuan merenggang dalam batas waktu tertentu.
- 2) Setelah melewati batas tersebut, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai

b. Teori Penurunan Progesterone

- 1) Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat sehingga pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu.
- 2) Produksi progesterone mengalami penurunan sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin.
- 3) Akibatnya, otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

c. Teori Oksitosin Internal

- 1) Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior.

- 2) Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat merubah sensitivitas otot rahim sehingga sering terjadi kontraksi Braxton hicks.
- 3) Menurunnya konsentrasi progesterone akibat tuanya usia kehamilan menyebabkan oksitosin meningkatkan aktifitas sehingga persalinan dimulai.

d. Teori Prostaglandin

- a) Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua.
- b) Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan.
- c) Prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan.

(Rohani dkk, 2011)

5. Persalinan Ditentukan Oleh 3 Faktor “P” Utama

a. Passage (Jalan Lahir)

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

Passage (Jalan Lahir) terdiri atas :

1. Bagian keras tulang-tulang panggul.

2. Bagian lunak otot-otot, jaringan dan ligamen-ligamen pintu panggul.

(Ilmiah, 2015)

b. Power

Power adalah 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.

1. His

Adalah kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Pada saat kontraksi otot-otot rahim menguncup, sehingga menjadi tebal dan lebih pendek. Kavum uteri menjadi lebih kecil serta mendorong janin dan kantung amnion ke arah segmen bawah rahim dan serviks.

2. Kontraksi otot-otot dinding perut.

3. Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan.

4. Ketegangan dan ligamentous action terutama ligamentum rotundum.

(Ilmiah, 2015)

c. Passanger

1. Janin

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 pasenger yang menyertai janin, namun plasenta jarang menghambat pada persalinan normal.

3. Air Ketuban

Amnion pada kehamilan aterm merupakan suatu membran yang kuat dan ulet tetapi lentur. Amnion adalah jaringan yang membentuk hampir semua kekuatan regang membran janin dengan demikian pembentukan komponen amnion yang mencegah rupture sangatlah penting. Penurunan adalah gerakan bagian presentasi melewati panggul, penurunan terjadi atas kekuatan, salah satunya adalah tekanan dari cairan amnion dan juga saat terjadi dilatasi servik atau pelebaran muara dan saluran servik yang terjadi di awal persalinan dapat juga terjadi karena tekanan yang ditimbulkan oleh cairan amnion selama ketuban masih utuh. (Ilmiah, 2015)

6. Berlangsungnya Persalinan Normal

Kala I

- a. Dimulai bila timbul his dan pengeluaran lendir bersemu darah

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontaksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). (JNPKR, 2014)

His adalah salah satu kekuatan pada ibu yang menyebabkan serviks membuka dan mendorong janin ke bawah.(Prawirohardjo, 2014)

Pembagian dan sifat his adalah :

- 1) His Pendahuluan (His palsu)

His tidak kuat dan tidak teratur, kontraksinya pendek dan tidak bertambah kuat bahkan sering berkurang.

- 2) His Pembukaan

- a) His membuka serviks sampai terjadi pembukaan lengkap 10 cm.
- b) His terasa kuat, teratur dan sakit.

- 3) His Pengeluaran

- a) Sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi dan lama.
- b) His untuk mengeluarkan janin.
- c) Koordinasi antara his, kontraksi otot perut, kontraksi diafragma dan ligamen.

- 4) His pelepasan plasenta

Kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.

5) His Pengiring

Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, menyebabkan pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

(Rohani dkk, 2011)

b. Persalinan kala I dibagi menjadi 2 Fase:

1) Fase laten

Dimana pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung dalam 7 – 8 jam.

2) Fase aktif

Pembukaan servik 4-10 cm, berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase:

a) Fase akselerasi: berlangsung selama 2 jam pembukaan menjadi 4 cm.

b) Fase dilatasi maksimal: berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.

c) Fase deselerasi: berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam, pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap.

(Rohani dkk, 2011)

3) Pada Primigravida Kala I kira-kira 12 Jam, pada multipara 6 Jam. (Sulistyawati & Nugraheny, 2012)

c. Rencana Asuhan pada kala 1

- 1) Beritahu ibu mengenai hasil pemeriksaan.
- 2) Memantau terus-menerus kemajuan persalinan dengan menggunakan partograf.
- 3) Memantau terus menerus tanda-tanda vital ibu.
- 4) Memantau terus menerus keadaan bayi.
- 5) Memantau perubahan tubuh ibu untuk menentukan apakah persalinan dalam kemajuan yang normal.
- 6) Memeriksa perasaan ibu dan respon fisik terhadap persalinan.
- 7) Membantu ibu memahami apa yang terjadi sehingga ia berperan aktif dalam menentukan asuhan.
- 8) Menghadirkan orang yang dianggap penting oleh ibu selama persalinan.
- 9) Mengenali masalah secepatnya dan mengambil keputusan serta tindakan yang tepat guna dan tepat waktu.
- 10) Mengatur aktifitas dan posisi ibu.
- 11) Membimbing ibu untuk rileks sewaktu ada his dengan menarik nafas panjang kemudian lepaskan.
- 12) Menjaga privasi ibu.
- 13) Menjelaskan tentang kemajuan persalinan.
- 14) Menjaga kebersihan diri.
- 15) Mengantisipasi rasa panas.
- 16) Pemberian cukup minum.

17) Memenuhi kebutuhan eliminasi ibu.

18) Memberikan sentuhan pada salahsatu bagian tubuh ibu untuk membantu mengurangi rasa kesendirian ibu saat menjelang proses persalinan.

19) Persiapan persalinan normal.

(Rohani dkk, 2011)

Tabel 2.1
Pemantauan Kondisi Kesehatan Ibu

Pemantauan Kondisi Kesehatan Ibu		
Parameter	Fase Laten	Fase Aktif
Tekanan darah	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Temperatur Suhu	Setiap 4 jam	Setiap 2 jam
Nadi	Setiap 30 menit	Setiap 30 menit
Denyut jantung janin	Setiap 30 menit	Setiap 30 menit
Kontraksi Uterus	Setiap 30 menit	Setiap 30 menit
Perubahan serviks	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Penurunan kepala	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Urine	Setiap 2-4 jam	Setiap 2 jam

(Rohani dkk, 2011)

Kala II

Kala II dimulai ketika dilatasi serviks yang sudah lengkap, dan berakhir ketika janin sudah lahir. Kala II persalinan disebut juga sebagai stadium eksplusi janin.

(Prawirohardjo, 2014)

a. Gejala dan tanda kala II persalinan

1) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi

- 2) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum
 - 3) Perineum memnonjol
 - 4) Vulva-vagina dan sfinter ani membuka
 - 5) Meningkatnya pengeluaran lender bercampur darah
- (JNPKR, 2014)

b. Asuhan yang diberikan pada Kala II persalinan :

- 1) Memberikan dukungan emosional.
- 2) Membantu mengatur posisi ibu.
- 3) Memberikan cairan dan nutrisi.
- 4) Memberikan keleluasaan menggunakan kamar mandi secara teratur.
- 5) Melakukan pencegahan Infeksi.
- 6) Menganjurkan ibu untuk ditemani suami atau anggota keluarga yang lain selama persalinan.
- 7) Mengajarkan suami atau anggota keluarga cara memberikan dukungan pada ibu.
- 8) Menghargai privasi ibu.
- 9) Menghargai praktik-praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan.
- 10) Menghindari tindakan berlebihan dan mungkin membahayakan seperti : Episiotomi, pencukuran .
- 11) Menganjurkan ibu memeluk bayinya segera setelah lahir.

12) Membantu memulai pemberian ASI dalam satu jam pertama setelah kelahiran bayi.

13) Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik.

(Rohani dkk, 2011)

c. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan normal adalah gerakan janin dalam menyesuaikan ukuran dirinya dengan ukuran panggul saat kepala bayi melewati panggul. (Sumarah, 2009)

Mekanisme persalinan

- 1) Engagement
- 2) Penurunan
- 3) Fleksi
- 4) Rotasi dalam
- 5) Ekstensi
- 6) Rotasi Luar
- 7) Expulsi

(Sumarah, 2009)

d. Prosedur Asuhan Persalinan Normal 60 Langkah

- 1) Mendengarkan dan melihat tanda-tanda gejala Kala II. (Dorongan Meneran, Perinium menonjol, Tekanan pada Anus, Vulva dan sfingter ani membuka)

- 2) Memastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksanaan komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir.
- 3) Memakai alat pelindung diri.
- 4) Melepaskan semua perhiasan yang ada di tangan, kemudian Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 5) Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
- 6) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntuk, gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik.
- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati – hati dari depan ke belakang saat melakukan Vulva Hygiene dengan kapas DTT.
- 8) Melakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap, selaput ketuban telah pecah.
- 9) Dekontaminasi sarung tangan dalam larutan klorin 0,5%. cuci tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
- 10) Periksa DJJ setelah kontaksi uterus mereda dan mendokumentasikan semua hasil pemeriksaan ke dalam partograf.

- 11) Beritahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik, kemudian bantu ibu menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
- 12) Meminta keluarga untuk menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat. Posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman.
- 13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat, (membimbing ibu agar dapat meneran dengan benar dan efektif, memberi semangat dan dukungan pada ibu dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai, bantu ibu dalam posisi yang nyaman kecuali posisi berbaring dalam waktu yang lama, menganjurkan ibu istirahat disela-sela kontraksi, memberikan cukup asupan cairan per-oral, menilai DJJ setiap kontraksi selesai)
- 14) Anjurkan ibu untuk memilih posisi yang nyaman.
- 15) Pasang handuk bersih di atas perut ibu.
- 16) Pasang kain bersih dilipat 1/3 dibagian bokong.
- 17) Membuka partus set dan periksa kembali kelengkapan alat.
- 18) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
- 19) Setelah tampak kepala bayi 5-6cm di depan vulva, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk

mempertahankan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala.

Anjurkan ibu meneran efektif dan bernafas cepat dan dangkal.

- 20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat.
- 21) Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan.
- 22) Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan ke arah atas untuk melahirkan bahu belakang.
- 23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah untuk menopang kepala dan bahu. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- 24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki.
- 25) Melakukan penilaian sepiantas, mulai dari apakah bayi cukup bulan, pernafasan, tonus otot, warna kulit dan menangis kuat.
- 26) Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali tangan tanpa menghilangkan verniks.
- 27) Memeriksa uterus apakah ada janin kedua (gemeli).
- 28) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.

- 29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir suntikkan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian luar.
- 30) Setelah 2 menit sejak bayi (cukup bulan) lahir, pegang tali pusat dengan satu tangan pada sekitar 5 cm dari pusar bayi, kemudian jari telunjuk dan jari tengah tangan lain menjepit tali pusat dan geser hingga 3 cm proksimal dari pusar bayi. Klem tali pusat pada titik tersebut kemudian tahan klem ini pada posisinya, gunakan jari telunjuk dan tengah tangan lain untuk mendorong isi tali pusat ke arah ibu (sekitar 5 cm) dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama.
- 31) Pemotongan tali pusat diantara kedua klem dengan salah satu tangan melindungi perut bayi di antara 2 klem tersebut dan lakukan pengikatan tali pusat dengan benang DTT/steril.
- 32) Menaruh bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu-bayi, agar bayi mencari puting susu untuk inisiasi menyusui dini (IMD) dan menyelimuti bayi biarkan selama 1 jam.
- 33) Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- 34) Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu untuk mendeteksi kontraksi dan tangan lain memegang klem dan meregangkan tali pusat.
- 35) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah dan tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang atas (dorso kranial).

- 36) Bila pada penekanan bagian bawah dinding depan uterus ke arah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah kranial hingga plasenta dapat dilahirkan.
- 37) Saat plasenta muncul di introitus vagina, sambut plasenta dan lahirkan dengan kedua tangan dan putar searah jarum jam hingga selaput ketuban terpelin, kemudian lahirkan.
- 38) Segera lakukan Masase fundus uterus.
- 39) Periksa kedua sisi plasenta (maternal–fetal), pastikan plasenta telah dilahirkan dengan lengkap, masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.
- 40) Evaluasi kemungkinan adanya laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan jika ada laserasi yang luas dan menimbulkan perdarahan.
- 41) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 42) Celupkan tangan yang menggunakan sarung tangan di larutan chlorin 0,5% lepaskan secara terbalik dan rendam dalam larutan chlorin. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 43) Pastikan kandung kemih kosong.
- 44) Ajarkan ibu / keluarga melakukan massase uterus dan menilai kontaksi.

- 45) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- 46) Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.
- 47) Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik.
- 48) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi selama 10 menit. Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.
- 49) Buang baha-bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai.
- 50) Membersihkan ibu dengan air DTT bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 51) Pastikan ibu merasa nyaman membantu ibu memberikan ASI.
- 52) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan cloring 0,5%.
- 53) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan clorin 0,5% balik dan rendam dalam larutan chlorin selama 10 menit..
- 54) Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 55) Pakai sarung tangan bersih / DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi.
- 56) Dalam satu jam pertama berikan salep mata / tetes mata profilaksis infeksi, Vitamin K1 dengan dosis 1 mg secara IM di paha sebelah kiri bayi , pemeriksaan fisik BBL, Pernafasan bayi (normal 40-60 x/menit) dan temperatur tubuh (normal 36,5 – 37,5° C) setiap 15 menit

57) Setelah 1 jam pemberian Vit K1, berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan bayi secara IM.

58) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan chlorin 0,5% selama 10 menit.

59) Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

60) Melengkapi partograf.

(Pengurus Pusat Ikatan IBI)

Tabel 2.2
Tanda Bahaya Kala II

Tanda Bahaya	Cara Mengatasi
Sistol <90 mmHg Diastol >90 mmHg	<ul style="list-style-type: none"> a. Minta pasien untuk duduk nyaman mungkin, lakukan pemeriksaan kembali setelah 1 jam. b. Apabila hasil normal kembali setelah satu jam, lakukan pemeriksaan ulang. Lakukan juga pemeriksaan tanda dan gejala bahaya lainnya. c. Jika setelah satu jam pemeriksaan ulang dan hasilnya tetap, lakukan rujukan.
Suhu >38°C	<ul style="list-style-type: none"> a. Apabila panas tidak disertai tanda lainnya, berikan hidrasi dengan memasang infus, berikan antibiotik. b. Apabila panas disertai bau yang tidak enak dari vagina, berikan tindakan yang sama dan lakukan rujukan.
Nadi <90 atau >110x/menit	<ul style="list-style-type: none"> c. Lakukan hidrasi d. Apabila kondisi tidak membaik, rujuk pasien
Pengeluaran air ketuban dengan mekonium.	<ul style="list-style-type: none"> a. Anjurkan pasien miring kiri. b. Dengakan DJJ pada saat dan diantara kontraksi setiap 30 menit.
Pengeluaran air ketuban berwarna merah.	<ul style="list-style-type: none"> c. Apabila DJJ normal, mekonium hanya merupakan tanda kematangan janin dan tidak ada tanda fetal distres.
Pengeluaran air ketuban berbau.	

	<ul style="list-style-type: none"> d. Apabila DJJ abnormal, kemudian lakukan rujukan dengan memberikan oksigen. e. Persiapan asistensi dan resusitasi bayi baru lahir. f. Apabila berwarna merah lakukan hidrasi dan rujukan. g. Apabila berbau, beri antibiotik dan lakukan rujukan.
DJJ	<ul style="list-style-type: none"> a. Dengarkan DJJ setelah 3 kontraksi.
<100x/menit, >180x/menit	<ul style="list-style-type: none"> b. Apabila DJJ abnormal setelah penghitungan 3 kontraksi, berikan oksigen 4-6lt/menit. c. Dengarkan DJJ berikutnya setelah 3 kontraksi, apabila hasil masih abnormal lakukan rujukan dengan tetap memberikan oksigen. d. Apabila terjadi saat persalinan, lakukan episiotomi dan vakum rendah dengan syarat kepala lebih skala 0 atau lebih 2/5 per palpasi. e. Apabila kondisi tidak memungkinkan, lakukan rujukan dengan menyiapkan asisten melakukan resusitasi bayi.
Tidak mengalami peningkatan yang signifikan atas kemajuan persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Observasi keadaan umum pasien, dengarkan DJJ tiap 15 menit. b. Beri pendampingan dan perhatikan keadaan psikologi dan emosional pasien. c. Berikan cukup kalori dan hidrasi.
Kontraksi tidak adekuat	<ul style="list-style-type: none"> a. Apabila tercium bau keton, berikan pasien 1 liter jus atau minuman manis lain peroral. b. Apabila pasien tidak dapat minum langsung, pasang infus dengan cairan dextrose 5% dalam ½ kolf NaCl dalam 1 jam. c. Apabila dalam 1 jam tidak ada perbaikan, maka rujuk pasien.
Tidak ada gerakan janin	<ul style="list-style-type: none"> a. Palpasi abdomen untuk merasakan gerakan janin. b. Tanyakan pasien apakah dia menggunakan obat sedatif. c. Apabila pasien menggunakan sedatif, lakukan periksa ulang setelah efek obat hilang.

(Sumber: Pusdiknakes, 2003 dalam Sulistyawati & Nugraheny, 2012)

Kala III

Persalinan kala III dimulai segera setelah janin lahir, dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban janin.

(Prawirohardjo, 2014)

Pada kala III, otot uterus berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina.

Setelah janin lahir, uterus mengadakan kontraksi yang mengakibatkan penciutan permukaan kavum uteri, tempat implantasi plasenta. Akibatnya plasenta akan terlepas dari implantasinya.

(Ilmiah, 2015)

a. Management aktif kala III terdiri atas tiga langkah utama, yaitu :

- 1) Pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir.
- 2) Melakukan Penegangan Talipusat Terkendali (PTT).

3) Massase fundus uteri.

(JNPKR, 2014)

Tanda-tanda pelepasan plasenta :

1) Uterus menjadi globular dan terjadinya perubahan tinggi fundus.

2) Tali pusat memanjang.

3) Semburan darah tiba-tiba.

(Rohani dkk, 2011)

Selain mengamati tanda-tanda pelepasan plasenta, bidan juga melakukan prasad untuk mengecek pelepasan plasenta.

b. Tiga prasad yang dapat dilakukan adalah :

1) Perasat kustner

Tangan kanan merenggang atau menarik tali pusat, sementara tangan kiri menekan atas simpisis, bila tali pusat masuk kembali kedalam vagina berarti plasenta belum lepas. Prasad ini hendaknya dilakukan secara hati-hati. Apabila hanya sebagian plasenta terlepas, perdarahan banyak akan terjadi.

2) Perasat strassman

Tangan kanan merenggakan atau menarik sedikit tali pusat, tangan kiri mengetok-ngetok fundus uteri. Bila terasa getaran pada tali pusat yang di regangkan ini berarti tali pusat belum lepas dari dinding uterus.

3) Perasat klien

Wanita tersebut disuruh mengedan. Tali pusat tampak turun ke bawah. Bila pengedanannya dihentikan dan tali pusat masuk kembali ke dalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus.

Normalnya, pelepasan plasenta berkisar $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ jam sesudah bayi lahir, namun bila terjadi banyak perdarahan atau bila padapersalinan sebelumnya ada riwayat perdarahan postpartum, maka tidak boleh menunggu, sebaiknya plasenta dikeluarkan dengan tangan. Selain itu, bila perdarahan lebih dari 500 cc atau 1 nierbeken, sebaiknya plasenta langsung dikeluarkan. (Rohani dkk, 2011).

Kala IV

Kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam sesudahnya, adapun hal-hal yang perlu diperhatikan adalah kontraksi uterus sampai kembali ke bentuk normal. (Sumarah, 2009)

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

Pemantauan selama kala IV dilakukan secara menyeluruh. Pemantauan dilakukan pada tekanan darah, suhu, tonus uterus dan kontraksi, tinggi fundus uteri, kandung kemih, serta perdarahan pervaginam. Pelaksanaan dilakukan setiap 15 menit pada satu jam pertama pascapersalinan dan dilanjutkan dengan setiap 30 menit pada jam kedua pascapersalinan. Hasil observasi dan asuhan dicatat dalam lembar observasi dan didokumentasikan pada lembar partograf. (Rohani dkk, 2011)

Pada masa ini, perhatian khusus diberikan pada ibu dan bayi, karena masa 1-2 jam setelah proses persalinan ini merupakan masa yang memerlukan pengawasan ketat dari bidan untuk menghindari komplikasi yang dapat terjadi, baik pada ibu maupun pada bayi. Seperti perdarahan pascapersalinan, atau asfiksia pada bayi. Oleh karena itu bidan haruslah mempunyai keterampilan yang memadai untuk dapat mendeteksi kelainan dan menangani kelainan tersebut secara benar dan sesuai dengan kewenangannya. (Rohani dkk, 2011)

B. Episiotomi

Episiotomi dalam arti sempit adalah insisi pudenda. Perineotomi adalah insisi perineum. Akan tetapi, dalam bahasa biasa episiotomi sering sama digunakan dengan perineotomi. Dengan kata lain, episiotomi adalah insisi pada perineum untuk memperbesar mulut vagina. Pada persalinan, episiotomi bukan merupakan tindakan rutin. (Rohani dkk, 2011)

Episiotomi ialah insisi perineum untuk memudahkan persalinan dan mencegah ruptur perineum totalis. Pada masa lalu dianjurkan untuk melakukan episiotomi secara rutin, tetapi hal itu tidak di dukung oleh bukti-bukti ilmiah yang cukup. Namun hal ini juga tidak boleh diartikan bahwa episiotomi tidak diperbolehkan, karena ada indikasi tertentu untuk tetap dilakukan tindakan episiotomi. (Sulistyawati & Nugraheny, 2012)

Alasan mengapa episiotomi bukan merupakan tindakan rutin adalah sebagai berikut :

1. Perineum dapat dipersiapkan untuk persalinan melalui latihan keagel (keagel exercise) dan pijatan pada periode prenatal. Latihan keagel pada periode postpartum dapat memperbaiki tonus otot-otot perineum.
2. Robekan dapat terjadi meskipun telah dilakukan episiotomi
3. Nyeri dan rasa tidak nyaman akibat episiotomi dapat menghambat interaksi ibu – anak dan dimulai kembalinya hubungan seksual orangtua. (Rohani dkk, 2011)

Indikasi dilakukannya episiotomi :

1. Gawat janin. Untuk menolong keselamatan janin, maka persalinan harus segera diakhiri.
2. Persalinan pervaginam dengan penyulit, misalnya presbo, distosia bahu, akan dilakukan ekstraksi forcep, ekstraksi vacuum.
3. Jaringan parut pada perineum atau pada vagina.
4. Perineum kaku dan pendek.
5. Adanya ruptur yang membakat pada perineum.
6. Prematur unruk mengurangi tekanan pada kepala janin.

(Sumarah, 2009)

Manfaat episiotomi :

1. Mencegah robekan perineum derajat 3, terutama sekali di mana sebelumnya ada laserasi yang luas di dasar panggul. Insisi yang bersih dan dilakukan pada posisi yang benar akan lebih cepat sembuh daripada robekan yang tidak teratur.

2. Menjaga uretra dan klitoris dari trauma yang luas. Kemungkinan mengurangi regangan otot penyangga kandung kemih atau rektum yang terlalu kuat dan berkepanjangan, yang dikemudian hari menyebabkan inkontinensia urine dan prolaps vagina.
3. Mengurangi lama kala II yang mungkin penting terhadap kondisi ibu atau keadaan janin (fetal distress).
4. Memperbesar vagina jika diperlukan manipulasi untuk melahirkan bayi, contohnya pada presentasi bokong atau pada persalinan dengan forsepmengurangi risiko luka intrakranialpada bayi prematur.
(Rohani dkk, 2011)

Jenis episiotomi yang dilakukan ditentukan berdasarkan letak dan arah insisi :

1. Episiotomi mediolateralis

Merupakan insisi pada perineum ke arah bawah, tetapi menjauhi rektum, selain juga dapat kearah kanan atau kiri tergantung tangan dominan yang digunakan oleh penolong.

2. Episiotomi medialis / Median

Pengguntingan yang dimulai pada garis tengah komisura posterior lurus ke bawah, tetapi tidak sampai mengenai serabut sfingter ani. Episiotomi median merupakan insisi pada garis tengah perineum ke arah rektum, yaitu ke arah tendensius perineum, memisahkan dua sisi otot perineum bulbokavernosus.

3. Episiotomi lateralis

Pengguntingan yang dilakukan ke arah lateral mulai dari kira-kira jam tiga atau sembilan menurut arah jarum jam. Jenis episiotomi ini sekarang tidak dilakukan lagi karena banyak menimbulkan komplikasi.

4. Insisi Schuchardt.

Jenis ini merupakan variasi dari episiotomi medilateralis, tetapi pengguntingannya melengkung ke arah bawah lateral, melingkari rektum, dan sayatan lebih lebar. (Rohani dkk, 2011)

Memberikan anestesi lokal :

2. Jelaskan pada ibu apa yang akan dilakukan dan bantu ibu untuk merasa rileks.
3. Masukkan 10 ml larutan lidokain 1% tanpa epineprin ke dalam tabung suntik steril ukuran 10 ml (tabung suntik yang lebih besar juga di gunakan jika di perlukan). Jika lidokain 1% tidak tersedia, lutkan 1 bagian lidokain 2% dengan 1 bagian cairan garam fisiologis atau air distilasi air steril, sebagai contoh larutkan 5 ml lidokain dalam 5 ml cairan garam fisiologis atau air steril.
4. Pastikan bahwa tabung suntik memiliki jarum ukuran 22 dan panjang 4 cm (jarum yang lebih panjang boleh digunakan jika diperlukan).
5. Letakkan dua jari ke dalam vagina diantara kepala bayi dan perineum

6. Masukkan jarum ditengah fourchette dan arahkan jarum sepanjang tempat yang dilakukan episiotomi.
7. Aspirasi untuk memastikan bahwa jarum tidak berada di pembuluh darah.
8. Tarik jarum perlahan-lahan sambil menyuntikkan maksimum 10 ml lidokain.
9. Tarik jarum bila sudah kembali ke titik asal jarum suntik di tusukkan.

(Rohani dkk, 2011)

C. Atonia Uteri

1. Pengertian

Atonia Uteri adalah keadaan lemahnya tonus/kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mau menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir.

(Prawirohardjo, 2014).

Atonia uteri adalah suatu kondisi dimana miometrium tidak dapat berkontraksi dan bila ini terjadi maka darah yang keluar dari bekas tempat melekatnya plasenta menjadi tidak terkendali. (Sumarah, 2009)

Atonia Uteri merupakan penyebab utama perdarahan post partum. Disamping menyebabkan kematian, perdarahan post partum memperbesar kemungkinan infeksi puerperal karena daya tahan penderita berkurang.

(Ilmiah, 2015)

Jika uterus tidak berkontraksi dengan segera setelah kelahiran plasenta, maka ibu dapat mengalami perdarahan sekitar 350–500 cc/menit dari bekas tempat melekatnya plasenta. Bila uterus berkontraksi maka miometrium akan menjepit anyaman pembuluh darah yang berjalan diantara serabut otot tadi. (JNPKR, 2014)

2. Beberapa hal yang dapat mencetuskan atonia uteri:
 - a. Mani pulasi uterus yang berlebihan atau induksi
 - b. General anastesi (pada pesalinan dengan operasi)
 - c. Uterus yang teregang berlebihan
 - d. Kehamilan kembar
 - e. Fetal Macrosomia
 - f. Polihidramnion
 - g. Kehamilan lewat waktu
 - h. Partus lama
 - i. Grande multipara (fibrosis otot–otot uterus)
 - j. Anastesi yang dalam
 - k. Infeksi uterus (chorioamnionitis, endomyometritis, septicemia), Plasenta previa, Solutio plasenta).

(Ilmiah, 2015)
3. Tanda dan Gejala Atonia Uteri:
 - a. Uterus tidak berkontraksi dan teraba lembek.
 - b. Perdarahan segera setelah bayi lahir.

(Sulistyawati, Nugraheny, 2011)

4. Penatalaksanaan Atonia uteri:

a. Masase Fundus uteri segera setelah lahirnya plasenta.

b. Jika uterus tidak berkontraksi lakukan:

- 1) Bersihkan bekuan darah dan selaput ketuban dari vagina dan lubang serviks.
- 2) Pastikan bahwa kandung kemih ibu kosong. Jika penuh dapat di palpasi, lakukan kateterisasi kandung kemih dengan menggunakan tehnik antiseptik.
- 3) Lakukan kompresi bimanual internal selama 5 menit.

c. Kemudian jika uterus masih belum berkontraksi lakukan:

- 1) Anjurkan keluarga untuk membantu melakukan kompresi bimanual eksternal (KBE).
- 2) Keluarkan tangan perlahan-lahan.
- 3) Berikan ergometrin 0,2 mg IM
- 4) Psang infus menggunakan jarum 16 atau 18 dan berikan 500 cc Ringer laktat + 20 unit oksitosin.
- 5) Ulangi kompresi bimanual internal

d. Jika uterus berkontraksi, pantau ibu dengan seksama selama persalinan kala empat dan jika uterus tidak berkontraksi segera lakukan rujukan.

(JNPKR, 2014).

5. Atonia uteri dapat mengakibatkan ibu mengalami Syok Hemoragik

Syok Hemoragik adalah suatu syok yang disebabkan oleh perdarahan pasca persalinan seperti atonia uteri dan laserasi serviks/vagina

a. Gejala klinik syok

- 1) Tekanan darah menurun
- 2) Nadi cepat dan lemah
- 3) Pucat
- 4) Keringat dingin
- 5) Sianosis jari–jari
- 6) Sesak nafas
- 7) Penglihatan kabur

Tabel 2.3
Daftar Nomenklatur Diagnosis Kebidanan

No.	Nama Diagnosis	No.	Nama Diagnosis
1.	Kehamilan normal	36.	Invertio uteri
2	Partus normal	37.	Bayi besar
3.	Syok	38.	Malaria berat dengan komplikasi
4.	Denyut jantung janin tidak normal	39.	Malaria ringan tanpa komplikasi
5.	Abortus	40.	Mekonium
6.	Solusio plasenta	41.	Meningitis
7.	Akut pielonefritis	42.	Metritis
8.	Amnionitis	43.	Migran
9.	Anemia berat	44.	Kehamilan mola
10.	Apendisitis	45.	Kehamilan ganda
11.	Atonia uteri	46.	Partus macet

No.	Nama Diagnosis	No.	Nama Diagnosis
12.	Postpartum normal	47.	Posisi occiput posterior (di belakang)
13.	Infeksi mammae	48.	Posisi oksiput melintang
14.	Pembengkakan mammae	49.	Kista ovarium
15.	Presentasi bokong	50.	Abses pelviks
16.	Asma bronchiale	51.	Peritonitis
17.	Presentasi dagu	52.	Plasenta previa
18.	Disproporsi sevalo pelvic	53.	Pneumonia
19.	Hipertensi kronik	54.	Preklampsia berat atau ringan
20.	Koagulopati	55.	Hipertensi karena kehamilan
21.	Presentasi ganda	56.	Ketuban pecah dini
22.	Cystitis	57.	Partus prematuritas
23.	Eklampsia	58.	Prolapsus tali pusat
24.	Kehamilan ektopik	59.	Partus fase laten lama
25.	Ensefalitis	60.	Partus kala II lama
26.	Epilepsi	61.	Retensio plasenta
27.	Hidramnion	62.	Sisa plasenta
28.	Presentasi muka	63.	Rupture uteri
29.	Persalinan semu	64.	Bekas luka uteri
30.	Kematian janin	65.	Presentasi bahu
31.	Hemoragik antepartum	66.	Distosia bahu
32.	Hemoragik postpartum	67.	Robekan serviks dan vagina
33.	Gagal jantung	68.	Tetanus
34.	Inertia uteri	69.	Letak lintang
35.	Infeksi luka		

Sumber : Wildan (2011)

D. PENDOKUMENTASIAN

Pendokumentasian asuhan kebidanan menggunakan pendekatan SOAP. Catatan SOAP terdiri atas empat langkah yang disarikan dalam proses pemikiran penatalaksanaan kebidanan yang dipakai untuk mendokumentasikan asuhan pasien dalam rekam medis sebagai catatan kemajuan. (Rohani dkk, 2011)

SOAP adalah catatan tertulis secara singkat, lengkap dan bermanfaat bagi bidan atau pemberi asuhan lainnya. Seorang bidan hendaknya menggunakan SOAP setiap bertemu pasiennya. Seorang bidan harus melihat catatan SOAP terdahulu saat ia merawat seorang pasien untuk mengevaluasi kondisi yang sekarang. (Rohani dkk, 2011)

S: Subjektif

Informasi/data yang diperoleh dari apa yang dikatakan pasien tersebut.

O: Objektif

Data yang diperoleh dari apa yang dilihat dan dirasakan oleh bidan sewaktu melakukan pemeriksaan dan hasil laboratorium.

A: Assasment

Kesimpulan yang dibuat berdasarkan data subjektif/objektif.

P: Planning

Perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi sesuai dengan kesimpulan yang telah dibuat.

(Rohani dkk, 2011)