

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian Persalinan Normal

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. 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 (Prawirohardjo, 2009).

Persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta dan membran dari rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi dan kekuatan yang teratur. Mula–mula kekuatan yang muncul kecil, kemudian terus meningkat sampai pada puncaknya pembukaan serviks lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari rahim ibu (Rohani, dkk, 2011).

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

B. Bentuk–bentuk persalinan

1. Persalinan spontan: bila seluruh persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.
2. Persalinan buatan: bila persalinan berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar.
3. Persalinan anjuran: bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan pemberian rangsangan (Rohani, dkk, 2011).

C. Sebab–Sebab Mulainya Persalinan

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

1. Estrogen
 - a. Meningkatkan sensitivitas otot rahim.
 - b. Memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, serta rangsangan mekanis.
2. Progesteron
 - a. Menurunkan sensitivitas otot rahim.
 - b. Menyulitkan penerimaan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, serta rangsangan mekanisme.
 - c. Menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

Estrogen dan progesteron 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*. Kontraksi *Braxton Hicks* akan menjadi kekuatan dominan saat mulainya persalinan, oleh karena itu semakin tua kehamilan, frekuensi kontraksi semakin sering (Rohani, dkk, 2011).

D. Teori penyebab persalinan

1. Teori keregangan
 - a. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu.
 - b. Setelah melewati batas tersebut, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.
2. Teori penurunan progesteron
 - a. Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, di mana terjadi penimbunan jaringan ikat sehingga pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu.
 - b. Produksi progesteron mengalami penurunan sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin.
 - c. Akibatnya, otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.
3. Teori oksitosin internal
 - a. Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior.
 - b. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*.

- c. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya usia kehamilan menyebabkan oksitosin meningkatkan aktivitas sehingga persalinan dimulai.
4. Teori prostaglandin
 - a. Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua.
 - b. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan.
 - c. Prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan.

Bagaimana terjadinya persalinan masih tetap belum dapat dipastikan, besar kemungkinan semua faktor bekerja sama–sama, sehingga pemicu persalinan menjadi multifaktor (Rohani, dkk, 2011).

E. Faktor–Faktor Yang Memengaruhi Persalinan

Persalinan dapat berjalan normal (*Eutoci*) apabila ketiga faktor fisik 3 P yaitu *power*, *passage* dan *passanger* dapat bekerja sama dengan baik. Selain itu terdapat 2 P yang merupakan faktor lain yang secara tidak langsung dapat memengaruhi jalannya persalinan, terdiri atas psikologi dan penolong.

1. Power (tenaga/kekuata)

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot–otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligamen. Kekuatan primer yang diperlukan dalam persalinan adalah his, sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah tenaga meneran ibu.

2. Passage (jalan lahir)

Jalan lahir terdiri atas panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina dan introitus. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku, oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai.

Jalan lahir dibagi atas :

- a. Bagian keras: tulang–tulang panggul.
- b. Bagian lunak: uterus, otot dasar panggul, dan perineum.

3. Passenger (janin dan plasenta)

Cara penumpang (passenger) atau janin bergerak disepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yaitu ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin.

Plasenta juga harus memulai jalan lahir sehingga dapat juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin. Namun, plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kelahiran normal.

4. Psikis (psikologis)

Banyak wanita normal bisa merasakan kegairahan dan kegembiraan saat merasa kesakitan diawal menjelang kelahiran bayinya. Perasaan positif ini berupa kelegaan hati, seolah–olah pada saat itulah benar–benar terjadi “kewanitaan sejati”, yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan atau memproduksi anak. Faktor psikologis meliputi hal–hal sebagai berikut:

- a. Melibatkan psikologis ibu, emosi, dan persiapan intelektual.
- b. Pengalaman melahirkan bayi sebelumnya.

- c. Kebiasaan adat.
 - d. Dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.
5. Penolong

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin, dalam hal ini tergantung dari kemampuan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan (Rohani, dkk, 2011).

F. Tanda masuk dalam persalinan

1. Terjadinya His Persalinan

Karakter dari his persalinan

- a. Pinggang terasa sakit menjalar ke depan.
- b. Sifat his teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar.
- c. Terjadi perubahan pada serviks.
- d. Jika pasien menambah aktivitasnya, misal dengan berjalan, maka kekuatan bertambah.

2. Pengeluaran Lendir Dan Darah (Penanda Persalinan)

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

- a. Pendataran dan pembukaan.
- b. Pembukaan menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kanalis servikalis terlepas.
- c. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

3. Pengeluaran cairan

Sebagai pasien mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun jika ternyata tidak tercapai, maka persalinan akhirnya diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum, atau sectio caesaria (Sulistiyawati & Nugraheny, 2012).

G. Tanda persalinan sudah dekat

1. *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:

- a. Kontraksi braxton hicks.
- b. Ketegangan dinding perut.
- c. Ketegangan ligamentum rotundum.
- d. Gaya berat janin, kepala kearah bawah uterus (Sulistiyawati & Nugraheny, 2012).

2. Terjadinya His (kontaksi uterus)

His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan. Pada bulan terakhir dari kehamilan dan sebelum persalinan dimulai, sudah ada kontaksi rahim yang disebut his. His dibedakan sebagai berikut :

- a. His pendahuluan atau his palsu (*false labor pains*), yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan dari kontraksi dari *Braxton Hicks*. His pendahuluan ini bersifat tidak teratur dan menyebabkan nyeri diperut

bagian bawah dan lipat paha, tidak menyebabkan nyeri yang memancar dari pinggang ke perut bagian bawah seperti his persalinan. Hal yang paling penting adalah his pendahuluan tidak mempunyai pengaruh pada serviks.

- b. His persalinan, walaupun his merupakan suatu kontraksi dari otot-otot rahim yang fisiologis, akan tetapi bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya dan bersifat nyeri. Perasaan nyeri tergantung juga pada ambang nyeri dari penderita, yang ditentukan oleh kondisi jiwanya. Kontraksi rahim bersifat otonom, artinya tidak dipengaruhi oleh kemauan, namun dapat dipengaruhi dari luar, misalnya rangsangan oleh jari-jari tangan (Rohani, dkk, 2011).

H. Pembagian Dan Sifat – Sifat His

1. His pendahuluan
 - a. His tidak kuat dan tidak teratur.
 - b. Menyebabkan bloody show.
2. His pembukaan
 - a. His membuka serviks sampai terjadinya pembukaan lengkap 10 cm.
 - b. Mulai 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 (meriang), menyebabkan pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari (Rohani, dkk, 2011).

I. Asuhan Sayang Ibu

1. Memberikan dukungan emosional.
2. Membantu pengaturan posisi ibu.
3. Memberikan cairan dan nutrisi.
4. Memberikan keleluasan untuk 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 dan anggota-anggota keluarga cara memberikan dukungan pada ibu.
8. Menghargai privasi ibu.
9. Menghargai praktik-praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan (misalnya: menggantungkan bangle, kunir, menggunakan peniti dibaju ibu yang akan melahirkan, dengan kepercayaan akan memperlancar persalinan).
10. Menghindari tindakan berlebihan dan mungkin membahayakan, seperti: episiotomi, pencukuran, dan klisma.
11. Menganjurkan ibu untuk 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).

J. Tahapan Persalinan Normal

1. Kala I

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

- a. Fase laten pada kala satu persalinan
 - 1) Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
 - 2) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm.
 - 3) Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.
- b. Fase aktif pada kala satu persalinan
 - 1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).
 - 2) Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam

(nulipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).

3) Terjadi penurunan bagian terbawah janin (JNPK-KR, 2014).

c. Perubahan fisiologis kala I

1) Pernafasan

Peningkatan laju pernapasan selama persalinan adalah normal. Hal ini mencerminkan adanya kenaikan metabolisme. Hiperventilasi yang lama adalah tidak normal dan dapat menyebabkan alkalosis (Lailiyana dkk, 2011).

2) Perubahan metabolisme

Selama persalinan metabolisme karbohidrat baik *aerobic* maupun *anaerobic* akan naik secara terus menerus, hal ini dapat disebabkan karena kecemasan serta kegiatan otot tubuh. Kenaikan metabolisme tercermin dengan kenaikan suhu badan, denyut jantung, pernapasan, curah jantung, dan kehilangan cairan (Lailiyana dkk, 2011).

3) Perubahan gastrointestinal

Gerakan lambung dan penyerapan makanan padat secara substansial berkurang drastis selama persalinan. Selain itu pengeluaran asam lambung berkurang, menyebabkan aktivitas pencernaan hampir berhenti dan pengosongan lambung menjadi sangat lambat. Cairan tidak berpengaruh dan meninggalkan lambung dalam tempo yang biasa. Rasa mual dan muntah biasa terjadi sampai akhir kala I persalinan (Lailiyani dkk, 2011).

4) Perubahan hematologis

Hemoglobin akan meningkat 1,2 gram/100ml selama persalinan dan kembali seperti sebelum persalinan pada hari pertama postpartum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal (Lailiyani, dkk, 2011).

a) Perubahan pada segmen atas rahim dan segmen bawah rahim

Uterus terbagi menjadi dua bagian yaitu segmen atas rahim (SAR) yang dibentuk oleh korpus uteri dan segmen bawah rahim yang terbentuk dari istmus uteri. SAR memegang peranan yang aktif karena berkontraksi dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan (Lailiyani dkk, 2011).

b) Perubahan serviks

Perubahan serviks meliputi:

(1) Pendataran adalah pemendekan dari kanalis servikalis, yang semula berupa saluran yang panjangnya beberapa millimeter sampai 3 cm, menjadi satu lubang saja dengan tepi yang tipis.

(2) Pembukaan adalah pembesaran dari ostium eksternum yang semula berupa suatu lubang dengan diameter beberapa millimeter menjadi lubang yang dapat dilalui janin, serviks dianggap membuka lengkap setelah mencapai diameter 10 cm (Lailiyana dkk, 2011).

Tabel 2.1
Pemantauan Kondisi Kesehatan Ibu.

Parameter	Fase Laten	Fase Aktif
Tekanan darah	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Temperatur/suhu	Setiap 4 jam	Setia 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 janin	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Urine	Setiap 2 – 4 jam	Setiap 2 jam

(Rohani, dkk, 2011).

2. Kala II

Kala II persalinan dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi. Biasanya disebut juga kala pengeluaran atau keluarnya bayi dari uterus melalui vagina di kala II his lebih kuat dan cepat 2-3 menit sekali, primigravida 1 ½ jam, multigravida ½ jam (Prawirohardjo, 2014).

a. Tanda dan gejala pada kala II persalinan

- 1) His semakin kuat, dengan interval 2-3 menit dan durasi 50- 100 detik.
- 2) Menjelang akhir kala 1 ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- 3) ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya fleksus frankenhausser.
- 4) Kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga kepala membuka vagina dan tampak suboksiput sebagai *hipoinoclion*.

b. Fetus

- 1) DJJ lebih sulit didengar pada kala 2 persalinan karena biasanya bayi terletak lebih rendah dirahim ibu.
- 2) Kepala masuk rongga panggul, dasar panggul tertekan sehingga timbul reflek mengedan.

c. Otot penyokong

Karena ibu mengedan, otot pada dinding perut akan berkontraksi.

Mengedan yang optimal dilakukan dengan cara :

- 1) Paha ditarik dekat lutut
- 2) Badan fleksi
- 3) Dagunya menyentuh dada
- 4) Gigi bertemu gigi
- 5) Tidak mengeluarkan suara

Setiap his datang, maka akan timbul rasa ingin bab, reflek mengedan dan kesakitan pada ibu. Pada kala II tanda – tanda vital perlu diperhatikan dan DJJ harus selalu di observasi. Pada primigravida kala II berlangsung rata –rata 1,5 sampai 2jam dan pada multi gravida rata – rata berlangsung selama jam.

3. Kala III (kala pengeluaran plasenta)

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh proses biasanya berlangsung dalam 6 menit - 15 menit setelah bayi lahir. Tanda – tanda pelepasan plasenta:

- a. Terjadi perubahan bentuk uterus dan tinggi fundus uteri
- b. Tali pusat memanjang atau terjulur keluar melalui vagina / vulva
- c. Adanya semburan darah secara tiba–tiba (Elisabeth dkk, 2016).

Untuk mengatasi pelepasan plasenta, dipakai babarapa perasat antara lain:

- a. Perasat kustner

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

- b. Prasad strassman

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

- c. Prasad klien

Ibu disuruh mengedan, sehingga talipusat ikut turun atau memanjang. Bila pengedanan dihentikan dan tali pusat masuk

Management aktif kala III

- a. Pemberian suntikan oxytosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir sebanyak 10 unit Im pada 1/3 paha atau bagian luar.
- b. Melakukan peregangan tali pusat terkendali dan saat terjadi kontraksi lakukan tekanan dorso kranial hingga tali pusat makin menjulur.
- c. Masase fundus uteri

Segera setelah plasenta dan membran lahir, dengan penahanan yang kokoh lakukan masase fundus uterus dengan gerakan melingkar hingga fundus menjadi kencang (keras). Masase fundus uteri dilakukan untuk mencegah terjadinya perdarahan yang berlebihan dan merupakan diagnosis cepat dari atonia uteri (Sulistyawati & Nugraheny, 2012).

Atonia uteri adalah suatu kondisi dimana myometrium tidak dapat berkontraksi dan bila ini terjadi maka darah yang keluar dari bekas tempat melekatnya plasenta menjadi tidak terkendali. Jika uterus tidak berkontraksi dengan segera setelah kelahiran plasenta, maka ibu dapat mengalami perdarahan sekitar 350–500 cc/menit dari bekas tempat melekatnya plasenta (JNPK-KR, 2014).

4. Kala IV (OBSERVASI)

Kala IV dimulai dari lahirnya plasenta selama 1–2 jam. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pascapersalinan, paling sering 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- a. Tingkat kesadaran pasien
- b. Pemeriksaan tanda–tanda vital: Tekana darah, nadi, suhu, pernafasan.
- c. Kontraksi uterus.
- d. Terjadinya perdarahan (Sulistyawati & Nugraheny, 2012).

K. Robekan Perineum

Robekan pada perineum umumnya terjadi pada persalinan dimana:

- 1. Kepala janin terlalu cepat lahir
- 2. Persalinan tidak dipimpin sebagaimana mestinya
- 3. Sebelumnya pada perineum terdapat banyak jaringan perut
- 4. Pada persalinan dengan distosia bahu (Prawirohardjo, 2010).

Jenis atau tingkatan robekan perineum dapat atas 4 tingkatan:

- Tingkat I : robekan hanya terjadi pada selaput lendir vagina dengan atau tanpa mengenai kulit perineum sedikit.
- Tingkat II : robekan mengenai selaput lendir vagina dan otot perinei transversalis, tetapi tidak mengenai otot sfinger ani.
- Tingkat III : robekan mengenai perineum sampai dengan otot sfingter ani.
- Tingkat IV : robekan mengenai perineum sampai dengan otot sfinger ani dan mukosa rektum (Prawiroharjo, 2009).

L. Penilaian Sekilas Sesaat Setelah Bayi Lahir

Sesaat setelah bayi lahir bidan melakukan penilaian sekilas untuk menilai kesejahteraan bayi secara umum. Aspek yang dinilai adalah warna kulit dan tangis bayi, jika warna kulit adalah kemerahan dan bayi dapat menangis spontan maka ini sudah cukup untuk dijadikan data awal bahwa dalam kondisi baik (Sulistyawati & Nugraheny, 2011).

Jangan melakukan pengisapan lendir secara rutin pada mulut bayi dan hidung bayi. Sebagian besar bayi sehat dapat menghilangkan lendir tersebut secara alamiah dengan mekanisme bersin dan menangis saat lahir. Pada pengisapan lendir yang terlalu dalam, ujung kanul pengisap dapat menyentuh daerah orofaring yang kaya dengan persyarafan parasimpatis sehingga dapat menimbulkan reaksi vaso-vagal. Reaksi ini menyebabkan perlambatan denyut jantung (bradikardia) dan atau henti napas (apnea) sehingga dapat membahayakan keselamatan jiwa bayi. Dengan alasan itu maka pengisapan lendir secara rutin menjadi tidak dianjurkan (JNPK-KR, 2014).

M. Inisiasi Menyusu Dini

Inisiasi menyusu dini dilakukan segera setelah lahir dan tali pusat diikat, letakkan bayi tengkurap di dada ibu dengan kulit bayi bersentuhan langsung ke kulit ibu. Biarkan kontak kulit ini berlangsung setidaknya 1 jam atau lebih, bahkan sampai bayi dapat menyusu sendiri. Ibu diberi dukungan untuk mengenali saat bayi siap untuk menyusu, menolong bayi bila diperlukan (JNPK-KR, 2014).

Ada beberapa keuntungan insisiasi menyusu dini bagi ibu dan bayi

1. Keuntungan kontak kulit dengan kulit untuk bayi
 - a. Optimalisasi fungsi hormonal ibu dan bayi
 - b. Kontak kulit ke kulit dan IMD akan :
 - 1) Menstabilkan pernapasan
 - 2) Mengendalikan temperatur tubuh bayi
 - 3) Bayi tidak terlalu banyak menangis selama satu jam pertama
 - 4) Mendorong keterampilan bayi untuk menyusu yang lebih cepat dan efektif
 - 5) Meningkatkan hubungan psikologis antara ibu dan bayi
2. Keuntungan kontak kulit dengan kulit untuk ibu
 - a. Oksitosin
 - 1) Stimulasi kontraksi uterus dan menurunkan risiko perdarahan pascapersalinan
 - 2) Merangsang pengeluaran kolostrum dan meningkatkan produksi ASI
 - 3) Keuntungan dan hubungan mutualistik ibu dan bayi
 - 4) Ibu menjadi lebih tenang
 - b. Prolaktin
 - 1) Meningkatkan produksi ASI
 - 2) Membantu ibu mengatasi stres terhadap berbagai rasa kurang nyaman
 - 3) Memberi efek relaksasi pada ibu setelah bayi selesai menyusu
 - 4) Menunda ovulasi

3. Keuntungan inisiasi menyusui dini untuk bayi:
 - a. Makanan dengan kualitas dan kuantitas optimal. Mendapat kolostrum segera, disesuaikan dengan kebutuhan bayi
 - b. Segera memberikan kekebalan pasif pada bayi. Kolostrum adalah imunisasi pertama bagi bayi
 - c. Meningkatkan kecerdasan
 - d. Membantu bayi mengkoordinasikan kemampuan hisap, telan dan napas
 - e. Meningkatkan jalinan kasih sayang ibu pada bayi
 - f. Mencegah kehilangan panas (JNPK-KR, 2014).

N. Menjahit Laserasi Preineum atau Episiotomi

Menjahit laserai atau episiotomi adalah untuk menyatukan kembali jaringan tubuh (mendekatkan) dan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu (memastikan hemostatis). Pada saat menjahit laserasi atau episiotomi gunakan benang yang cukup panjang dan gunakan sedikit mungkin jahitan untuk mencapai tujuan pendekatan dan hemostatis (JNPK-KR, 2014).

Berikan anestesia lokal pada setiap ibu yang memerlukan penjahitan laserasi atau episiotomi. Penjahitan sangat menyakitkan dan menggunakan anestesia lokal merupakan asuhan sayang ibu (JNPK-KR, 2014).

O. Partograf

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama persalinan. Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah untuk :

1. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui periksa dalam.
2. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama. Partograf akan membantu penolong persalinan untuk mencatat kemajuan persalinan, kondisi ibu dan janin, asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran, serta menggunakan informasi yang tercatat, sehingga secara dini mengidentifikasi adanya penyulit persalinan, dan membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu (Prawiroharjo, 2014).

P. Manajemen Asuhan Kebidanan

SOAP merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan tertulis. Bidan hendaknya menggunakan dokumentasi SOAP setiap kali bertemu pasien. Alasan catatan SOAP dipakai dalam pendokumentasian adalah karena metoda SOAP merupakan kemajuan informasi yang sistematis yang mengorganisir penemuan dan kesimpulan dalam rencana asuhan, metoda SOAP dapat dipakai sebagai penyaring inti sari proses penatalaksanaan kebidanan dalam tujuannya penyediaan dan pendokumentasian asuhan, dan dengan SOAP dapat membantu bidan dalam mengorganisir pikiran dan asuhan yang menyeluruh (Subiyanti, 2017).

S : Subjektif

Data subjektif adalah data yang diperoleh dari sudut pandang pasien atau segala bentuk pernyataan atau keluhan dari pasien.

O : Objektif

Data objektif merupakan data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan / observasi bidan atau tenaga kesehatan lain. Yang termasuk dalam data objektif meliputi pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium, ataupun pemeriksaan diagnostik lainnya.

A : Assesment

Assesment merupakan pendokumentasian dari hasil analisa data subjektif dan data objektif. Analisa yang cepat dan akurat sangat diperlukan guna pengambilan keputusan / tindakan yang tepat.

P : Planning

Planning (Perencanaan) adalah rencana yang dibuat berdasarkan hasil analisa. Rencana asuhan ini meliputi rencana saat ini dan akan datang (Subiyanti, 2017).

Q. Asuhan Persalinan Normal 60 Langkah

1. Mendengarkan dan melihat tanda-tanda gejala Kala II.
2. Memastikan kelengkapan alat, patahkan ampul oksitosin dan lidokain 1% dan memasukan spuit kedalam partus set.
3. Memakai alat pelindung diri.
4. Mencuci tangan.
5. Memakai sarung tangan sebelahkanan.
6. Mengisi spuit dengan oksitosin dan lidokain kemudian masukkan kedalam partus set.

7. Vulva hygiene.
8. Periksa dalam, pastikan pembukaan lengkap, selaput ketuban telah pecah.
9. Rendam sarung tangan dalam larutan klorin 0,5%.
10. Periksa DJJ
11. Beritahu hasil pemeriksaan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin saat ini baik.
12. Meminta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran.
13. Memimpin ibu untuk meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.
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.
18. Memakai sarung tangan.
19. Pimpin berulang kali hingga kepala turun ke dasar panggul, kepala tampak divulva 5-6 cm. Lakukan steneng untuk melindungi agar perineum dan klitoris tidak rupture.
20. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat
21. Setelah kepala lahir kemudian tunggu putaran faksi luar
22. Lahirkan bahu dengan cara biparental, tarik cunam kebawah untuk melahirkan bahu depan dan cunan ke 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, pengeluaran tangan atau berlanjut ke punggung, bokong, tingkat dan kaki.
25. Melakukan penilaian sepiantas, mulai dari pernafasan, tonus otot, warna kulit dan menangis kuat.
26. Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh kecuali tangan.
27. Memeriksa uterus apakah ada janin kedua.
28. Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir suntikkan obat 10 unit IM 1/3 paha atas bagian luar.
30. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem 2 cm dari perut bayi dan 2 cm dari klem pertama.
31. Pemotongan tali pusat dengan tangan melindungi perut bayi dan pengikatan tali pusat dengan benang DTT/steril.
32. Menaruh bayi di atas perut ibu untuk mencari puting susu dan melakukan IMD.
33. Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
34. Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu dan tangan lain meregangkan tali pusat.

35. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah dan tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang atas (dorsocranal).
36. Lakukan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas.
37. Saat plasenta muncul di introitus vagina sambut dengan kedua tangan dan putar searah jarum jam, kemudian masukan plasenta kedalam kendil.
38. Masase fundus uterus dengan 4 jari palmar.
39. Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bagian bayi.
40. Melihat adanya laserasi.
41. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan.
42. Lakukan dekontaminasi sarung tangan kedalam larutan clorin
43. Pastikan kandung kemih kosong
44. Ajari ibu atau keluarga untuk melakukan massase
45. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
46. Pemeriksaan 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 didekontaminasi.
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. Dokumentasi tempat bersalin dengan larutan clorin 0,5%.
53. Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan clorin 0,5%.

54. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
55. Pakai sarung tangan bersih untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi
56. Dalam satu jam pertama, beri salep mata profilaksis infeksi dan vitamin K 1 mg IM dipaha kiri bagian bawah
57. Setelah satu jam pemberian vitamin K berikan suntikkan imunisasi hepatitis B dipaha kanan.
58. Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit
59. Cuci kedua tangan dengan sabun dibawah air mengalir
60. Melengkapi partograf (PPIB, 2017).

R. Daftar Diagnosa Nomenklatur Kebidanan

Diagnosa nomenklatur dilakukan dengan mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial yang lain berdasarkan beberapa masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi yang cukup dan apabila memungkinkan dilakukan proses pencegahan atau dalam kondisi tertentu pasien memerlukan tindakan segera.

Tabel 2.2
Daftar Diagnosa Nomenklatur Kebidanan

No	Nama Diagnosa	No	Nama Diagnosa
1.	Kehamilan normal	36.	Invertio Uteri
2.	Persalinan Normal	37.	Bayi Besar
3.	Partus Normal	38.	Malaria Berat dengan komplikasi
4.	Syok	39.	Malaria Ringan Dengan Komplikasi
5.	DJJ tidak normal	40.	Mekonium
6.	Abortus	41.	Meningitis

7.	Solusio Placentae	42.	Metritis
8.	Akut Pyelonephritis	43.	Migrain
9.	Amnionitis	44.	Kehamilan Mola
10.	Anemia Berat	45.	Kehamilan Ganda
11.	Apendiksitis	46.	Partus Macet
12.	Antonia Uteri	47.	Posisi Occiput Posterior
13.	Infeksi Mamae	48.	Posisi Occiput Melintang
14.	Pembengkakan Mamae	49.	Kista Ovarium
15.	Presentasi Bokong	50.	Abses Pelvik
16.	Asma Bronchiale	51.	Peritonitis
17.	Presentasi Daggu	52.	Plasenta Previa
18.	Disproporsi Sevalo pelvic	53.	Pneumonia
19.	Hipertensi Kronik	54.	Pre-eklamsi ringan/berat
20.	Koagilopati	55.	Hipertensi karna kehamilan
21.	Presentasi Ganda	56.	Ketuban Pecah dini
22.	Cystitis	57.	Partus Prematurus
23.	Eklamsia	58.	Prolapsus Tali pusat
24.	Kelainan Ektopik	59.	Partus fase laten lama
25.	Encephalitis	60.	Partus kala II lama
26.	Epilepsy	61.	Sisa placenta
27.	Hidramniom	62.	Retensio plasenta
28.	Presentasi Muka	63.	Rubtura uteri
29.	Persalinan semu	64.	Bekas luka uteri
30.	Kematian Janin	65.	Presentase bahu
31.	Hemorargik antepartum	66.	Distosia bahu
32.	Hemorargik postpartum	67.	Robekan serviks dan vagina
33.	Gagal Jantung	68.	Tetanus
34.	Inertia uteri	69.	Letak lintang
35.	Infeksi Luka		

(Wildan, 2011).