

BAB II

TINJAUAN KASUS

A. Persalinan Normal

1. Pengertian

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

Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan/kekuatan sendiri (Sulistyawati dan Nugraheny, 2010).

Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan persentase belakang kapala yang berlangsung selama 18 jam produk konsepsi dikeluarkan sebagai akibat kontraksi teratur, progresif, sering dan kuat yang nampaknya tidak saling berhubungan bekerja dalam kaharmonisan untuk melahirkan bayi (Walyani dan Purwoastuti, 2016).

2. Permulaan persalinan

Tanda persalinan sudah dekat:

a. *Lightening*

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

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

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

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

b. Terjadinya his pemulaan

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 esterogen dan progesterone menyebabkan oksitosin semakin meningkat dan

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

- 1) Rasa nyeri ringan di bagian bawah.
- 2) Datang tidak teratur.
- 3) Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda – tanda kemajuan persalinan.
- 4) Durasi pendek.
- 5) Tidak bertambah bila beraktivitas (Sulistyawati dan Nugraheny, 2010).

3. Bentuk Bentuk Persalinan

a. Persalinan spontan

Yaitu persalinan yang berlangsung dengan tenaga sendiri

b. Persalinan buatan

Yaitu persalinan dengan rangsangan sehingga terdapat kekuatan untuk persalinan.

c. Persalinan anjuran

Yaitu persalinan yang paling ideal karena tidak memerlukan bantuan apapun dan mempunyai trauma persalinan yang paling ringan sehingga kualitas sumber daya manusia dapat terjamin (Walyani dan Purwoastuti, 2016).

4. Gravid dan Para

- a. *Gravid* adalah seorang wanita yang sedang hamil
- b. *Primigravida* adalah seorang wanita yang hamil untuk pertama kali
- c. *Para* adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang dapat hidup (*viable*)
- d. *Nullipara* adalah seorang wanita yang belum pernah melahirkan bayi *viable*
- e. *Primipara* adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi hidup untuk pertama kali
- f. *Multipara* atau pleuripara adalah wanita yang pernah melahirkan bayi *viable* beberapa kali (sampai 5 kali)
- g. *Grandemultipara* adalah wanita yang pernah melahirkan bayi 6 kali atau lebih hidup atau mati (Walyani dan Purwoastuti, 2016).

5. Tanda Mulainya Persalinan

Menurut Ilmiah (2015) Terjadinya persalinan di sebabkan oleh beberapa teori sebagai berikut :

a. Teori Penurunan hormone

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

b. Teori Penuaan plasenta

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

c. Teori distensi Rahim

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

d. Teori iritasi mekanik

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

e. Induksi partus

Persalinan dapat di timbulkan dengan jalan :

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

6. Tanda tanda Persalinan

a. Adanya kontraksi Rahim

Secara umum, tanda awal bahwa ibu hamil untuk melahirkan adalah mengejangnya Rahim atau dikenal dengan istilah kontraksi. Kontraksi tersebut berirama, teratur, dan *involuter*, umumnya kontraksi bertujuan untuk menyiapkan mulut lahir untuk membesar

dan meningkatkan aliran darah di dalam plasenta. setiap kontraksi uterus memiliki tiga fase yaitu :

- 1) *Increment*: Ketika intensitas terbentuk.
- 2) *Acme* : Puncak atau Maximun.
- 3) *Decement* : Ketika otot relaksasi

b. Keluarnya lendir bercampur darah

Lendir disekresi sebagai hasil poliferasi kelenjar lendir servik pada awal kahamilan. Lendir mulanya menyumbat leher rahim, sumbatan yang tebal pada mulut rahim terlepas, sehingga menyebabkan keluarnya lendir yang berwarna kemerahan bercampur darah dan terdorong keluar oleh kontraksi yang membukan mulut rahim yang menandakan bahwa mulut rahim menjadi lunak dan membuka. Lendir inilah yang dimaksud sebagai *bloody slim*. Wanita sering kali berpikir bahwa ia melihat tanda persalinan. Bercak darah tersebut biasanya akan terjadi beberapa hari sebelum kelahiran tiba, tapi tidak perlu khawatir dan gtergesa-gesa pergi ke Rumah Sakit, tunggu sampai rasa sakit perut atau bagian belakang dan dibarengi oleh kontraksi yang teratur. Jika keluar darah banyak seperti menstruasi segera ke Rumah Sakit.

c. Keluarnya air-air (ketuban)

Proses penting menjelang persalinan adalah pecahnya air ketuban. Selama Sembilan bulan masa gestasi bayi aman melayang dalam cairan amnion. Keluarnya air-air dan jumlahnya cukup banyak,

berasal dari ketuban yang pecah akibat kontraksi yang makin sering terjadi. Ketuban mulai pecah sewaktu-waktu sampai pada saat persalinan. Kebocoran cairan amniotik bervariasi dari yang mengalir deras sampai yang menetes sedikit demi sedikit, sehingga dapat diyahankan menggunakan pembalut yang bersih. Tidak ada rasa sakit yang menyertai pemecahan ketuban dan alirannya tergantung pada ukuran, dan kemungkinan kepala bayi telah memasuki rongga panggul ataupun belum.

d. Pembukaan servik

Tanda ini tidak dirasakan oleh pasien tetapi dapat diketahui dengan pemeriksaan dalam, petugas akan melakukan pemeriksaan untuk menentukan pematangan, penipisan, dan pembukaan leher rahim. Servik menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum persalinan, kematangan servik mengindikasikan kesiapannya untuk persalinan (Walyani dan Purwoastuti, 2016).

7. Mekanisme Persalinan

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

a. Penurunan kepala

Terjadi selama proses persalinan karena daya dorong dari kontraksi uterus yang efektif, posisi, serta kekuatan meneran dari pasien

b. Penguncian (*engagement*)

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

c. *Fleksi*

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

d. Putaran paksi dalam

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

e. *Ekstensi*

Cara kelahiran ini untuk kepala dengan posisi oksiput posterior. Proses ini terjadi karena gaya tahanan dari dasar panggul, dimana gaya tersebut membentuk lengkungan carus, yang mengarahkan kepala ke atas menuju lorong vulva,. Bagian leher belakang di bawah oksiput akan bergeser ke bawah simpisipubis dan bekerja sebagai titik poros (*hipomoklion*). Uterus yang berkontraksi kemudian

memberikan tekanan tambahan di kepala yang menyebabkan lebih lanjut saat lubang vulva vagina membuka lebar.

f. Putaran paksi luar

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

g. Lahirnya bahu dan seluruh anggota badan bayi

Bahu posterior akan menggembungkan perineum dan kemudian dilahirkan dengan cara *fleksi lateral*. Setelah bahu dilahirkan, seluruh tubuh janin akan dilahirkan mengikuti sumbu *carus* (Sulistyawati dan Nugraheny, 2010).

8. Faktor yang mempengaruhi persalinan

a. POWER/Tenaga yang mendorong bayi keluar

Seperti his atau kontraksi uterus kekuatan ibu mengedan, kontraksi diafragma, dan ligamentum action terutama ligamentum rotundum.

1) His (kontraksi otot uterus)

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.

2) Kontraksi otot-otot dinding perut

3) Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan

4) Ketegangan dan *ligamentous Action* terutama *ligamentum rotundum* (Ilmiah, 2015).

b. *Passage* (jalan lahir)

Jalan lahir dibagi atas:

- 1) Bagian keras tulang-tulang panggul (rangka panggul)
- 2) Bagian lunak: otot-otot, jaringan-jaringan, *ligament-ligament*.

Ukuran-ukuran panggul

1) Alat pengukur ukuran panggul:

- a) Pita meter
- b) Jangka panggul: *martin, oseander, Collin, dan baudelokue*
- c) *Pelvimetri* klinis dengan periksa dalam
- d) *Pelvimertirongenologis*.

2) Ukuran – ukuran panggul

- a) *Distansia spinarum*: jarak antara kedua *spina iliaca anterior superior* 24 – 26 cm.
- b) *Distansia kristarum*: jarakn antara kedua *Krista iliaca* kanan dan kiri 28 – 30 cm.
- c) *Konjungata eksterna*: 18 – 20 cm
- d) Lingkaran panggul: 80 – 100 cm
- e) *Conjugate diagnolis*: 12,5 cm
- f) *Distansia tuberum*: 10,5 cm.

3) Ukuran dalam panggul

- a) Pintu atas panggul merupakan suatu bidang yang di bentuk oleh *promotorium*, *linea innuminata* dan pinggir atas *simpisis pubis*.
- b) *Konjugata vera*: dengan periksa dalam diperoleh konjugata diagonalis 10,5 cm
- c) *Konjugata transversal*: 12 – 13 cm
- d) *Konjugata oblingua*: 13 cm
- e) *Konjugata obstetrika* adalah jarak bagian tengah *simpisis* ke *promotorium*
- f) Ruang tengah panggul
- g) Bidang terluas ukurannya: 13 x 12,5 cm
- h) jarak antara *spina isciadika* 11 cm
- i) Pintu bawah panggul (*putlet*)
- j) Ukuran *anterior-posterior* 10 – 12 cm
- k) Ukuran melintang 10,5 cm
- l) *Arcus pubis* membentuk sudut 90 derajat lebih, pada laki – laki kurang dari 80 derajat (Walyani dan Purwoastuti, 2016).

c. *Passanger*

Passanger utama lewat jalan lahir adalah janin. Ukuran kepala janin lebih lebar daripada bagian bahu, kurang lebih seperempat dari panjang ibu. 96% bayi dilahirkan dengan bagian kepala lahir pertama.

Passanger terdiri dari janin, plasenta, dan selaput ketuban (Walyani dan Purwoastuti, 2016).

d. Psikis (psikologis)

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

e. Penolong

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

9. Kebutuhan Dasar Ibu Dalam Proses Persalinan

a. Dukungan fisik dan psikologis

Setiap ibu yang akan memasuki masa persalinan maka akan muncul perasaan takut, khawatir, ataupun cemas terutama apabila ibu primipara. Rasa takut dapat meningkatkan nyeri, otot-otot menjadi tegang dan ibu menjadi cepat lelah yang pada akhirnya akan menghambat proses persalinan. Dukungan dapat diberikan oleh orang-orang terdekat pasien (suami, keluarga, teman, perawat, bidan

maupun dokter). Pendamping persalinan hendaknya orang yang sudah terlibat sejak dalam kelas-kelas antenatal.

b. **Kebutuhan Makanan dan cairan**

Makanan padat tidak boleh diberikan selama persalinan aktif, oleh karena makan padat lebih lama tinggal dalam lambung dari pada makanan cair, sehingga proses pencernaan lebih lambat selama persalinan. bila ada pemberian obat, dapat juga merangsang terjadinya mual/muntah yang dapat mengakibatkan terjadinya aspirasi ke dalam paru-paru, untuk mencegah dehidrasi, pasien dapat diberikan banyak minum segar (jus buah) selama proses persalinan, namun bila mual/muntah dapat diberikan cairan IV(RL).

c. **Kebutuhan Eliminasi**

Kandung kencing harus dikosongkan setiap 2 jam selama proses persalinan. Bila pasien tidak dapat berkemih sendiri dapat dilakukan katektisasi oleh karena kandung kencing yang penuh akan menghambat penurunan bagian bawah janin. selain itu juga akan meningkatkan rasa tidak nyaman yang tidak dikenali pasien karena bersama dengan munculnya kontraksi uterus.

d. **Posisioning dan aktifitas**

Persalinan dan kelahiran merupakan suatu peristiwa yang normal, tanpa disadari dan mau tidak mau harus berlangsung. Untuk membantu ibu agar tetap tenang dan rileks sedapat mungkin bidan tidak boleh memaksakan pemilihan posisi yang diinginkan oleh ibu

dalam persalinannya. sebaliknya, peran bidan adalah untuk mendukung ibu dalam pemilihan posisi apapun yang dipilihnya, menyarankan alternative-alternatif hanya apabila tindakan ibu tidak efektif atau membahayakan bagi dirinya sendiri atau bagi bayinya.

e. Pengurangan rasa nyeri

1) Cara-cara untuk mengurangi rasa sakit ialah:

- a) Mengurangi sakit di sumbernya
- b) Memberikan rangsangan alternative yang kuat
- c) Mengurangi reaksi mental yang negatif, emosional, dan reaksi fisik, ibu terhadap rasa sakit.

2) Pendekatan-pendekatan untuk mengurangi rasa sakit, menurut Varney's Midwifery:

- a) Adanya seseorang yang dapat mendukung dalam persalinan
- b) Pengaturan posisi
- c) Relaksasi dan latihan pernafasan
- d) Istirahat dan privasi
- e) Penjelasan mengenai proses/kemajuan/prosedur yang akan dilakukan
- f) Asuhan diri
- g) Sentuhan dan *massase*
- h) *Counterpressure* untuk mengurangi tegangan pada *ligament sacroiliaca*
- i) Pijatan ganda pada pinggul

- j) Penekanan pada lutut
- k) Kompres hangat dan kompres dingin
- l) Berendam
- m) Pengeluaran suara
- n) Visualisasi dan pemusatan perhatian
- o) Musik (Walyani dan Purwoastuti,2016).

10. Lima Benang Merah

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

a. Membuat Keputusan Klinik

Membuat keputusan merupakan proses pemecahan masalah yang akan digunakan untuk merencanakan arahan bagi ibu dan bayi baru lahir:

Tujuh langkah dalam membuat keputusan klinik :

- 1) Pengumpulan data utama dan relevan untuk membuat keputusan
- 2) Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah
- 3) Membuat diagnosis atau menentukan masalah yang terjadi/dihadapi
- 4) Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk mengatasi masalah

- 5) Menyusun rencana pemberian asuhan atau intervensi untuk solusi masalah
- 6) Melaksanakan asuhan/intervensi terpilih
- 7) Memantau dan mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi
- 8) Asuhan Sayang Ibu Dan Bayi

b. Asuhan Sayang Ibu Dan Sayang Bayi

Asuhan sayang ibu dan bayi adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan ibu. Membayangkan asuhan sayang ibu /ASI adalah dengan menanyakan pada diri kita sendiri “apakah asuhan seperti ini yang saya inginkan untuk keluarga saya yang sedang hamil”. Salah satu prinsip Asuhan Sayang Ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama persalinan (Ilmiah,2015).

c. Pencegahan Infeksi (PI)

Tujuan PI adalah untuk mencegah infeksi serius pascabedah. Ada beberapa tindakan yang akan sering kita temui dalam PI, yang perlu diketahui pengertiannya. Tindakan tersebut antara lain adalah aseptis atau teknik aseptik, antisepsis, dekontaminasi, desinfeksi, cuci bilas, desinfeksi tingkat tinggi, sterilisasi.

Definisi tindakan dalam PI tersebut adalah :

- 1) Aseptis atau tehnik aseptik adalah istilah yang dipakai untuk menggambarkan semua usaha yang dilakukan dalam mencegah

masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh dan berpotensi untuk menimbulkan infeksi.

- 2) Antisepsis adalah suatu tindakan PI dengan cara membunuh/menghambat pertumbuhan mikroorganisme pada kulit/jaringan tubuh
- 3) Dekontaminasi adalah suatu tindakan yang dilakukan untuk memastikan bahwa petugas kesehatan dapat menangani secara aman berbagai benda yang terkontaminasi darah, dan cairan tubuh.
- 4) Mencuci dan membilas adalah suatu tindakan untuk menghilangkan darah, cairan tubuh atau benda asing dari kulit/instrument.
- 5) Desinfeksi adalah suatu tindakan untuk menghilangkan hampir semua mikroorganisme penyebab penyakit yang mencemari benda mati/instrument.
- 6) Desinfeksi Tingkat Tinggi/DTT adalah suatu tindakan untuk menghilangkan semua mikroorganisme kecuali endospora bakteri dengan cara merebus atau kimiawi.
- 7) Sterilisasi adalah suatu tindakan untuk menghilangkan semua mikroorganisme termasuk endospora pada benda mati/instrument (Sarwono Prawirohardjo,2014)

d. Pencatatan (Rekam Medis)

- 1) Aspek-aspek penting dalam pencatatan:
 - a) Tanggal dan waktu asuhan tersebut diberikan
 - b) Identifikasi penolong persalinan
 - c) Paraf atau tandatangan (dari penolong persalinan) pada semua catatan
 - d) Mencangkup informasi yang berkaitan secara tepat, dicatat dengan jelas dan dapat dibaca
 - e) Ketersediaan sistem penyimpanan catatan atau data pasien
 - f) Kerahasiaan dokumen-dokumen medis

e. Rujukan

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

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

11. Tahapan Persalinan normal

a. Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan servik hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I dibagi menjadi 2 fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

- 1) Fase laten persalinan dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan servik secara bertahap, pembukaan servik kurang dari 4 cm, biasanya berlangsung hingga dibawah 8 jam.
- 2) Fase aktif persalinan frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih), servik membuka dari 4 ke 10 cm, biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih per jam hingga pembukaan lengkap (10 cm), terjadi penurunan bagian terbawah janin. Berlangsung selama 6 jam dan dibaginas 3 fase, yaitu:

Berdasarkan *kurva friedman* :

- a) Periode *akseleras*, berlangsung selama 2 jam pembukaan menjadi 4 cm
- b) Periode *dilatasi* maksimal, berlangsung selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat dari 4 cm menjadi 9 cm

c) Periode *diselerasi*, berlangsung lambat dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm/lengkap (Walyani dan Purwoastuti,2016).

3) Perubahan fisiologi kala I

a) Perubahan uterus

Segmen Atas dan Bawah Rahim

(1) Segmen atas Rahim , aktif, berkontraksi, dinding

bertambah tebal

(2) Segmen bawah Rahim/SBR : pasif, makin tipis

Bentuk Rahim

(1) Kontraksi : Sumbu panjang bertambah ukuran melintang dan muka belakang berkurang

(2) Lengkung punggung anak berkurang : kutub atas anak ditekan oleh fundus, kutub bawah ditekan masuk PAP

(3) Bentuk Rahim bertambah panjang, otot-otot memanjang diregang, menarik SBR dan servik : pembukaan.

b) Perubahan pada vagina dan dasar panggul

(1) Kala 1 : Ketuban meregang vagina bagian atas

(2) Setelah ketuban pecah : perubahan vagina dan dasar panggul karena bagian depan anak (Hidayat dan Sujiatini,2010).

c) Perubahan serviks

(1) Penipisan serviks (*effacement*)

Berhubungan dengan kemajuan pemendekan dan penipisan serviks. Seiring dengan bertambah efektifnya kontraksi, serviks mengalami perubahan bentuk menjadi lebih tipis.

(2) Pembukaan (dilatasi)

Setelah serviks dalam keadaan menipis penuh, maka tahap berikutnya adalah pembukaan. Serviks membuka disebabkan adanya daya tarikan otot uterus ke atas secara terus menerus saat uterus berkontraksi.

Mekanisme pembukaan pada primigravida *ostium uteri internum* akan membuka lebih dulu sehingga serviks akan mendatar dan menipis, kemudian *ostium uteri eksternum* membuka (Sulistyawati dan Nugraheny, 2010).

d) Penurunan janin

Pemeriksaan penurunan bagian terbawah janin ke dalam rongga panggul melalui pengukuran pada dinding abdomen akan memberikan tingkat kenyamanan yang lebih baik bagi ibu, jika dibandingkan dengan pemeriksaan dalam (*vaginal toucher*) (Ilmiah, 2015).

b. Kala II

Kala II persalinan dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi. Biasanyadisebut juga kala pengeluaran atau keluarnya bayi dari uterus melalui vagina di kala II his lebih kuat dan cepat 2-3 menit sekali, primigravida 1½ jam, multigravida ½ jam (Prawirohardjo,2014).

1) Tanda – tanda persalinan kala II sudah dekat :

- a) Ibu merasa ingin meneran (dorongan meneran/doran)
- b) Perineum menonjol (perjol)
- c) Vulva Vagina membuka (vulka)
- d) Adanya tekanan pada spincter anus (teknus) sehingga ibu merasa ingin BAB
- e) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat
- f) Meningkatnya pengeluaran darah dan lendir

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 kappiler pembuluh darah pecah

2) Perubahan fisiologi pada kala II

- a) Kontraksi Uterus

Uterus terasa sangat keras karena seluruh ototnya berkontraksi. Proses ini akan efektif hanya jika his bersifat fundal dominan, yaitu kontraksi disominasi oleh otot fundus yang menarik otot bawah rahim ke atas sehingga akan menyebabkan pembukaan serviks dan dorongan janin ke bawah secara alami.

b) Perubahan pada serviks

Pada kala II, serviks sudah menipis dan dilatasi maksimal. Saat dilakukan pemeriksaan dalam, portio sudah tak teraba dengan pembukaan 10 cm.

c) Pergeseran organ dasar panggul

Tekanan pada otot dasar panggul oleh kepala janin akan menyebabkan pasien ingin meneran, serta diikuti dengan perineum yang menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka. Labia mulai membuka dan tak lama kemudian kepala janin tampak pada vulva saat ada his.

d) Perubahan fisik lain yang mengalami perubahan

(1) Perubahan tekanan darah

Tekanan darah akan meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15-25 mmHg.

(2) Perubahan Metabolisme

Selama persalinan, metabolisme terus berlanjut sehingga kala II persalinan. Upaya meneran pasien menambah

aktivitas otot-otot rangka sehingga meningkatkan metabolisme.

(3) Perubahan suhu

Perubahan suhu tertinggi terjadi pada saat proses persalinan dan segera setelahnya, peningkatan suhu normal adalah $0,5-1^{\circ}\text{C}$.

(4) Perubahan denyut Nadi

Frekuensi denyut nadi bervariasi tiap kali pasien meneran. Secara keseluruhan frekuensi nadi meningkat selama kala II disertai takikardi yang nyata ketika mencapai puncak menjelang kelahiran bayi.

(5) Perubahan Pernafasan

Pernafasan sama seperti pada kala I persalinan.

(6) Perubahan gastrointestinal

Penurunan motilitas lambung dan absorbs yang hebat berlanjut sampai pada kala II. Biasanya mual dan muntah pada saat transisi akan mereda selama kala II persalinan.

(7) Perubahan ginjal

Perubahan pada organ ini sama seperti kala I persalinan (Sulistyawati dan Nugraheny, 2010).

(8) Perubahan Hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2 gr/100 ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama (Walyani dan Purwoastuti, 2016).

c. Kala III

Kala III adalah kala dimana di mulai segera setelah bayi lahir sampai plasenta dan selaput ketuban yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta, disertai dengan pengeluaran darah.

1) Tanda-tanda pelepasan plasenta.

Adapun Tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu :

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

Untuk mengatasi pelepasan plasenta, dipakai beberapa perasat antara lain:

a) Perasat *kustner*

Tangan kanan merenggang atau menarik tali pusat, tangan kiri menekan daerah simpisis, bila tali pusat ini masuk kembali

kedalam vagina berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus. Bila tali pusat tidak masuk kembali kedalam vagina, berarti plasenta telah lepas dari dinding uterus.

b) Prasat *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) Prasat klien

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

2) Management aktif kala III

a) Pemberian suntikan *oxytosin*

b) Melakukan peregangan tali pusat terkendali

c) Masase fundus uteri

Setelah plasenta lahir spontan, lakukan masase fundus uteri selama 15 detik sampai fundus mengeras menandakan kontraksi baik.

Pemeriksaan pada kala III :

a. Plasenta

Pastikan bahwa seluruh plasenta telah lahir lengkap dengan memeriksa jumlah kotiledonnya (rata-rata 20

kotiledon).Amati apakah ada bagian tertentu yang seperti tertinggal atau tidak utuh, jika kemungkinan itu ada maka segera lakukan eksplorasi untuk membersihkan sisa plasenta.

b. Selaput Ketuban

Setelah plasenta lahir, periksa kelengkapan selaput ketuban untuk memastikan tidak ada bagian yang tertinggal di dalam uterus.caranya dengan meletakkan plasenta di atas bagian yang datar dan pertemukan setiap tepi selaput ketuban sambil mengamati apakah ada tanda-tanda robekan dari tepi selaput ketuban.

c. Tali pusat

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

- 1) Panjang tali pusat
- 2) Bentuk tali pusat(besar, kecil, atau terpinil-pilin)
- 3) Insersio tali pusat
- 4) Jumlah vena dan arteri pada tali pusat

d) Adakah lilitan tali pusat.

Pemantauan kala III

1. Kontraksi

Pemantauan kontraksi pada kala III dilakukan selama melakukan manajemen aktif kala III ketika

melakukan Peregangan Tali Pusat Terkendali, sampai dengan sesaat setelah plasenta lahir.

2. Robekan jalan lahir dan perineum

Robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Robekan perineum umumnya terjadi di garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat, sudut arkus pubis lebih kecil dari pada biasa, kepala janin melewati pintu panggul bawah dengan ukuran yang lebih besar dari pada *sirkumferensia suboksipito bregmatik* (Walyani dan Purwoastuti,2016).

Tabel 2.1
Derajat Robekan Episiotomi atau Laserasi

Derajat	Area Robekan
Derajat satu	a. Mukosa vagina b. Komisura posterior c. Kulit perineum
Derajat dua	a. Mukosa vagina b. Komisura posterior c. Kulit perineum d. Otot perineum
Derajat tiga	a. Mukosa vagina b. Komisura posterior c. Kulit perineum d. Otot perineum e. Otot sfingter ani
Derajat empat	a. Mukosa vagina b. Komisura posterior

	c. Kulit perineum d. Otot perineum e. Otot sfingter ani f. Dinding depan rectum
--	--

(Sondakh,2013)

3. Hygiene

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

d. Kala IV

Kala IV persalinaan dimulai sejak plasenta lahir sampai 2 jam setelah plasenta lahir. Kala ini dimasukkan ke dalam persalinaan karena pada masa ini sering timbul perdarahan. Dua jam setelah persalinaan merupakan waktu yang kritis bagi ibu dan bayi. Keduanya baru saja mengalami perubahan fisik yang luar biasa, yaitu si ibu melahirkan bayi dari perutnya dan bayi sedang menyesuaikan diri dari dalam perut ibu ke dunia luar. Dalam kala IV ini petugas atau bidan harus tinggal bersama ibu dan bayi untuk memastikan bahwa keduanya dalam kondisi yang

stabil dan mengambil tindakan yang tepat untuk melakukan stabilisasi.

1. Pemantauan dan penanganan Kala IV

Pemantauan dan penanganan yang dilakukan oleh tenaga medis:

a. Pemeriksaan kelengkapan plasenta dan selaput ketuban setelah kelahiran plasenta:

- 1) Periksa bagian maternal plasenta untuk memastikan kotiledon lengkap.
- 2) Upaya untuk menyatukan bagian-bagian yang robek atau terpisah untuk memastikan bahwa tidak ada bagian yang hilang.
- 3) Periksa bagian fetal plasenta untuk memastikan tidak adanya kemungkinan plasenta suksenturiola (Hidayat dan Sujiatini,2010).

b. memperhatikan jumlah darah yang keluar

c. Pemeriksaan perineum

Melihat adakah perdarahan aktif dan nilai derajat laserasi perineum.

d. Pemantauan keadaan umum ibu

Bila tanda-tanda vital serta kontraksi uterus pada ibu bersalin dalam batas normal selama

minimal 2 jam setelah persalinan, maka besar kemungkinan ia tidak akan mengalami bahaya perdarahan postpartum setelah itu. Pemantauan tekanan darah, nadi, tinggi fundus uteri, kandung kemih, kontraksi uterus dan tanda-tanda adanya perdarahan setiap 15 menit sekali di 1 jam pertama dan setiap 30 menit sekali di 1 jam kedua selama kala IV (Hidayat dan Sujiatini, 2010).

3. Perubahan fisiologi pada kala IV

a. Uterus

Uterus terletak di tengah abdomen kurang lebih $\frac{1}{2}$ sampai $\frac{3}{4}$ antara simfisis pubis sampai umbilicus. Jika uterus ditemukan dibagian tengah, diatas *umbilicus*, maka hal tersebut menandakan adanya darah dan bekuan didalam uterus yang perlu dikeluarkan. Uterus yang berada diatas *umbilicus* dan bergeser, paling umum ke kanan, cenderung menandakan kandung kemih penuh. Uterus yang berkontraksi normal harus keras ketika disentuh.

b. Serviks, vagina, dan perineum

Segera setelah kelahiran, serviks akan berubah menjadi bersifat terkulai, dan tebal. *Tonus vagina* dan tampilan jaringan vagina

dipengaruhi oleh peregangan yang telah terjadi selama kala II persalinan.

c. *Plasenta, membran,* dan tali pusat

Inspeksi unit plasenta membutuhkan kemampuan bidan untuk mengidentifikasi tipe-tipe plasenta dan insersi tali pusat.

d. Penjahitan *episiotomi* dan *laserasi*

Penjahitan *episiotomi* dan *laserasi* memerlukan pengetahuan anatomi *perineum*, tipe jahitan, pembedahan *asepsis*, dan penyembuhan luka. Bidan juga harus mengetahui tipe jarum dan benang, instrumen standar, dan peralatan yang tersedia di lingkungan praktik (Sondakh, 2013).

B. Asuhan Persalinan Normal 60 Langkah

I. Melihat Tanda Dan Gejala Kala Dua

1. Mengamati tanda dan gejala persalinan Kala Dua
 - a. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran
 - b. Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina
 - c. Perineum tampak menonjol
 - d. Vulva dan sfingter ani membuka

II. Menyiapkan Pertolongan Persalinan

2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir

Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi, siapkan

- a. Tempat datar, rata, bersih, kering, dan hangat.
- b. 3 handuk/kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi)
- c. Alat penghisap lender
- d. Lampu sorot 60 watt dari tubuh bayi

Untuk ibu:

- a. Menggelar kain di perut bawah ibu
 - b. Menyiapkan oksitocin 10 unit
 - c. Alat suntik steril sekali pakai didalam partus set
3. Memakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan
 4. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasanyang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir dan kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering
 5. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam
 6. Masukkan oksitosin kedalam tabung spuit (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)

III. Memastikan Pembukaan Lengkap Dan Keadaan Janin

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT

- a. Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang
 - b. Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia
 - c. Jika terkontaminasi, lasayakan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut dalam larutan clorin 0,5%. Pakai sarung tangan DTT/steril untuk melaksanakan langkah lanjutan
8. Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap
- a. Bila ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi
9. Dekontaminasi sarung tangan (celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam klorin 0,5% selama 10 menit). Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan
10. Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus mereda (relaksasi) untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal (120-160x/menit)
- a. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
 - b. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, DJJ, semua temuan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan ke dalam patograf

IV. Menyiapkan Ibu Dan Keluarga Uuntuk Membantu Proses Meneran

11. Beritahukan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik, kemudian bantu ibu menemukan posisi yang nyaman dan sesuai keinginannya
 - a. Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada
 - b. Jelaskan pada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendusayang dan member semangat kepada ibu dan meneran secara benar
12. Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang sayaat. Pada kontraksi itu ibu di posisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman
13. Laksanakan posisi meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat :
 - a. Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif
 - b. Dusayang dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai
 - c. Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama)

- d. Anjurkan ibu untuk istirahat di antara kontraksi
 - e. Anjurkan keluarga memberikan semangat dan dukungan pada ibu
 - f. Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum)
 - g. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai
 - h. Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran lebih dari 120 menit (2 jam) pada primigravida atau lebih dari 60 menit (1 jam) pada multi gravid
14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum ada rasa dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit

V. Persiapan Untuk Melahirkan Bayi

- 15. Letakan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut bawah ibu , jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
- 16. Letakan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu
- 17. Buka utup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan
- 18. Pakai sarung tangan DTT/steril pada kedua tangan

VI. Pertolongan Untuk Melahirkan Bayi

Lahirnya Kepala

19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran secara efektif atau bernapas cepat dan dangkal.
20. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi), segera lanjutkan proses kelahiran bayi.

Perhatikan!

- a. Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi
 - b. Jika tali pusat melilit leher secara sayaat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat diantara dua klem tersebut
21. Setelah kepala lahir tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan

Lahirkan Bahu

22. Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu bawah muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang

Lahirkan Badan Dan Tungkai

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 dengan tangan atas berlanjut ke punggung bokong tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan telunjuk diantara kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk)

VII. Asuhan Bayi Baru Lahir**Lakukan Penilaian (Sepintas)**

25. Apakah bayi cusayap bulan ?

Apakah bayi menangis kuat ?

Apakah bayi bergerak dengan aktif ?

Jika salah satu jawabanya adalah TIDAK lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia (lihat penuntun belajar resusitasi bayi asfiksia)

Jika semua jawaban YA lanjut ke-26

Keringkan Tubuh Bayi

26. Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan vernik. Danti

handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu

27. Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemeli)
28. Beritahu ibu bahwa ibu akan disuntikan oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir suntikan oksitosin 10 unit (intramuskuler) di 1/3 distal lateral paha (lasayakan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin)
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 pahan klem ini pada posisinya, gunakan jari telunjuk dan tengah tangan lain untuk mendorong isi tali pusat kearah ibu (sekitar 5 cm) dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama.
31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat
 - a. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah di jepit (lindungi perut bayi), dan lasayakan pengguntingan tali pusat diantara 2klem tersebut

- b. Ikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusat dengan simpul sayanci pada sisi lainnya
 - c. Lepaskan klem dan masukan dalam wadah yang telah disediakan
32. Letakan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu-bayi. Luruskan bahu bayi sehingga bayi dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau areola mammae ibu.
- a. Selimuti ibu-bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi
 - b. Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam
 - c. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusui untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara
 - d. Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui

VIII. Manajemen Aktif Kala Tiga Persalinan (MAK III)

33. Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
34. Letakan satu tangan di atas kain pada perut bawah ibu (di atas simfisis), untuk mendeteksi kontraksi, tangan lain memegang klem untuk memegang klem untuk menegangkan tali pusat

35. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan lain mendorong uterus kearah belakang-atas (dorsokranial) secara hati hati (untuk mencegah inversion uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berisayatnya dan ulangi kembali prosedur di atas
- a. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melasayakan stimulasi puting susu

Mengeluarkan Plasenta

36. Bila pada penekanan bagian bawah dinding depan uterus kearah dorso ternyata dikutii dengan pergeseran tali pusat kearah distal maka lanjutkan dorongan kearah kranial hingga plasenta dapat dilahirkan
- a. Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya ditegangkan (jangan di tarik secara kuat terutama jika uterus tak berkontraksi) sesuai sumbu alan lahir (kearah bawah-sejajar lantai-atas)
 - b. Jika tali pusat bertambah panjang pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta
 - c. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat
 - 1) Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM
 - 2) Lakukan kateterisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh
 - 3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan

- 4) Ulangi tekanan dorso-kranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya
 - 5) Jika plasenta tak lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan maka segera lasayakan tindakan plasenta manual
37. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan
- a. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melasayakan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem ovum DTT/steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal

Rangsang Taktil (Masase) Uterus

38. Segera setelah plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan di fundus dan lasayakan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus terasa keras)
- a. Lakukan tindakan yang diperlukan (kompresi bimanual internal, kompresi aorta abdominasi. Tampon kondom-kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil/masase

IX. Menilai Perdarahan

39. Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta kedalam kantong plastik atau tempat khusus
40. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi yang luas dan menimbulkan pendarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan pendarahan aktif, segera melasayakan penjahitan

X. Asuhan Pascapersalinan

41. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi pendarahan pervaginam
42. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, lepaskan secara terbalik rendam sarung tangan dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering

Evaluasi

43. Pastikan kandung kemih kosong
44. Ajarkan ibu / keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
45. Melakukan 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 (40-60 kali/menit)
- a. Jika bayi sulit bernapas, merintih, atau retraksi, diresusitasi, dan segera merujuk ke rumah sakit
 - b. Jika bayi napas terlalu cepat atau sesak napas, segera rujuk ke rumah sakit rujukan
 - c. Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut

Kebersihan dan Keamanan

48. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah setelah didekontaminasi
49. Buang bahan-bahan terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
50. Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah di ranjang atau di sekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakaikan pakaian yang bersih dan kering
51. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk member ibu minum dan makanan yang diinginkan
52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
53. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit

54. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir dan kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering
55. Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi
56. Dalam 1 jam pertama, beri salep/tetes mata profilaksis infeksi, vitamin K11 mg IM dipaha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pernapasan bayi (normal 40-60 kai/menit) dan temperatur tubuh (normal 36,5-37,5) setiap 15 menit
57. Setelah 1 jam setelah pemberian vitamin K berikan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan bawah lateral. Leakan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan
58. Lepaskan sarung tangn dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
59. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering

Dokumentasi

60. Lengkapi partograf (Modul Midwifery Update, 2017).

C. Partograf

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala 1 persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik. 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 dilaksanakan deteksi secara dini
3. Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir (JNPK-KR,2014).

D. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Inisiasi Menyusu Dini (IMD) merupakan proses membiarkan bayi menyusu sendiri setelah kelahiran. Bayi diletakkan di dada ibunya dan bayi itu sendiri dengan segala upayanya mencari puting untuk segera menyusui.

Inisiasi menyusu dini merupakan program yang sedang gencar dianjurkan oleh Pemerintah. Dari hasil penelitian dalam dan luar negeri, ternyata inisiasi menyusu dini dapat mensukseskan pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif. Lebih dari itu, terlihat hasil yang nyata, yaitu menyelamatkan bayi. Manfaat inisiasi menyusu dini untuk bayi salah satunya adalah menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB) yang disebabkan oleh hipotermia serta dapat menghangatkan bayi melalui dada ibu dengan suhu yang tepat. Menurut penelitian Bergman, kulit ibu berfungsi sebagai incubator, karena kulit ibu merupakan *thermoregulator* bagi bayi. Jika semua bayi di dunia segera lahir diberi kesempatan menyusu sendiri dengan membiarkan kontak kulit ibu ke

kulit bayi setidaknya selama satu jam, maka satu juta jiwa nyawa bayi dapat diselamatkan.

Pada analisa *paired T-Test*, didapatkan bahwa inisiasi menyusui dini berpengaruh terhadap kejadian hipotermia pada bayin baru lahir dengan signifikan 0,000. Kontak kulit yang disebut juga sebagai *Skin to Skin Contact* (SSC) ini dapat efektif sebagai penghangat untuk mencegah kehilangan panas pada bayi baru lahir yang normal dan sehat.

Kontak kulit ini, melalui rangsangan sensorik seperti sentuhan, kehangatan, dan bau, dapat menjadi rangsangan vagal yang kuat. Rangsangan ini memiliki salah satu efek yaitu pengeluaran hormone oksitosin maternal. Stimulus isapan yang pada puting susu juga menimbulkan sinyal yang dijalarkan melalui saraf sensorik ke neuron oksitosin yang ada di dalam nucleus paraventikuler dan supraoptik di hipotalamus yang menyebabkan timbulnya pelepasan oksitosin oleh kelenjar hipofisis posterior. Oksitosin dapat meningkatkan suhu pada payudara, sehingga dapat pula untuk menghangatkan bayi (Wildan, 2015).

E. Resiko Tinggi Kehamilan Usia Dini

Terdapat beberapa faktor yang melatarbelakangi terjadinya komplikasi kehamilan, antara lain kualitas pelayanan antenatal, faktor resiko kehamilan, dan status social ekonomi.

Faktor resiko pada seorang ibu hamil merupakan suatu keadaan atau ciri tertentu pada seorang ibu hamil yang dapat menyebabkan resiko atau bahaya kemungkinan terjadinya komplikasi yang dapat mengakibatkan kematian,

kesakitan, kecacatan, ketidaknyamanan, ketidakpuasan, pada ibu ataupun janin. Menurut Rochjati, faktor resiko dibagi menjadi 3 kelompok berdasarkan kapan ditemukan, cara pengenalan, dan sifat resikonya.

Kelompok faktor resiko kehamilan terdiri dari 10 faktor yang dikategorikan ada potensi gawat obstetric (APGO) meliputi: terlalu muda untuk hamil (usia 17 tahun), terlalu tua hamil (usia 35 tahun), terlalu lambat hamil (hamil pertama setelah kawin 4 tahun), terlalu lama hamil lagi (anak terkecil 10 tahun), terlalu cepat hamil (anak terkecil 2 tahun), terlalu pendek (tinggi badan 145cm), pernah gagal hamil, pernah melahirkan anakn dengan tindakan, dan pernah melahirkan anak dengan sectio cesarean. Faktor resiko kehamilan ini sering disingkat dengan 7 terlalu dan 3 pernah.

Ibu hamil yang memiliki satu atau lebih faktor resiko kehamilan harus diwaspadai kemungkinan timbulnya komplikasi saat kehamilan terlebih saat persalinan, seperti contoh wanita hamil pada usia 17 tahun perlu diwaspadai terjadi persalinan premature, dan perdarahan *antepartum*, wanita hamil pada usia diatas 35 tahun atau terlalu lambat hamil lebih beresiko terjadi preeklamsi jarak kehamilan yang terlalu dekat (2 tahun) beresiko mengalami persalinan prematur, IUGR, dan anemia.

Komplikasi kehamilan yang tidak terdeteksi secara dini akan berlanjut menjadi komplikasi yang serius yang akan mengancam jiwa ibu maupun janin sehingga meningkatkan angka kesakitan dan kematian ibu maupun janin. Bidan sebagai petugas kesehatan terdepan yang paling banyak berhubungan

dengan ibu hamil dalam memberikan perawatan kehamilan (*antenatal care*) diharapkan dapat meningkatkan cakupan *skrining* faktor resiko.

Faktor yang mempengaruhi kesehatan ibu dan bayi menurut Walsh (2007) antara lain adalah pertama, fisik ibu yaitu: status kesehatan meliputi usia diatas 35 tahun, primi muda, primi tua sekunder, anak terkecil kurang dari 2 tahun, tinggi badan kurang dari 145 cm, kehamilan ganda, kehamilan *Hidramnion*, pernah operasi, riwayat penyakit yang di derita. Kedua, status gizi meliputi anemia, kekurangan energy protein, gondok. Ketiga, gaya hidup meliputi merokok, alcohol, perilaku hidup sehat yang kurang. Keempat, psikologis bisa internal maupun eksternal. Kelima, lingkungan, social budaya dan ekonomi (Ummah, 2015).

F. Manajemen Asuhan Kebidanan

1. Pendokumentasian Metode SOAP

Tahap- tahap menejemen SOAP

(S)Subjektif : Menggambarkan pendokumentasian hanya mengumpulkan data klien melalui anamnesis tanda gejala atau informasi dan data yang diperoleh dari apa yang dikatakan oleh klien.

(O) Objektif : Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan fisik klien, hasil lab, tesdiagnostik lain yang dirumuskan dalam fokus untuk mendukung assesment.

Tanda gejala objektif yang diperoleh yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik.

Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik.

Tabel 2.2
Daftar 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 cephalao 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 vagiana
33.	Gagal jantung	68.	Tetanus
34.	Intertia uteri	69.	Letak lintang
35.	Infeksi luka		

(Wildan, dkk., 2008).

(A) *Assesment* : Masalah atau diagnose yang ditegakan berdasarkan data atau informasi subjektif maupun objektif yang dikumpulkan atau disimpulkan

(P) *Planning* : Perencanaan, melaksanakan dan evaluasi dengan kesimpulan (Yeyeh, dkk 2011).

Tujuan pendokumentasian SOAP adalah:

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