

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Persalinan Normal

1. Definisi

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, 2012).

Persalinan adalah suatu proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu (Shofa, 2015).

Persalinan adalah proses proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 – 42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Icesmil dan Margareth, 2013).

2. Macam – macam Persalinan

Menurut Elisabeth, S dan Endang, P, 2016, persalinan dibagi menjadi 3 yaitu:

- a. Persalinan spontan, bila persalinan berlangsung dengan tenaga sendiri.
- b. Persalinan buatan, bila persalinan dengan rangsangan sehingga terdapat kekuatan untuk persalinan.

- c. Persalinan anjuran, yaitu persalinan paling ideal karena tidak memerlukan bantuan apapun dan mempunyai trauma persalinaan yang paling ringan sehingga kualitas sumber daya manusia dapat terjamin.

Menurut cara persalinan:

- a. Partus biasa (normal) atau disebut juga partus spontan adalah proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala dengan tenaga ibu sendiri tanpa bantuan alat – alat serta tidak melukai ibu dan bayi, umumnya berlangsung kurang dari 24 jam. Persalinan normal dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit.
- b. Partus luar biasa (abnormal) adalah persalinan pervaginam dengan bantuan alat – alat atau melalui dinding perut dengan operasi sectio caesaria (SC).

Menurut usia kehamilan:

- a. Abortus adalah terhentinya proses kehamilan sebelum janin dapat hidup (viable), berat janin di bawah 1.000 gram, atau usia kehamilan di bawah 28 minggu.
- b. Partus prematurus adalah persalinan dari hasil konsepsi pada umur kehamilan 28 – 36 minggu. Janin dapat hidup, tetapi prematur, berat janin antara 1.000 – 2.500 gram.

- c. Partus matures/aterm (cukup bulan) adalah partus pada umur kehamilan 37 – 40 minggu, janin matur, berat badan diatas 2.500 gram.
- d. Partus postmaturus (serotinus) adalah persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih dari waktu partus yang ditaksir, janin disebut postmatur.
- e. Partus presipitatus adalah partus yang berlangsung cepat, mungkin dikamar mandi, di atas kendaraan dan sebagainya.
- f. Partus percobaan adalah suatu penilaian kemajuan persalinan untuk memperoleh bukti tentang ada atau tidaknya Cephalo Pelvix Disproportion (CPD).

3. Permulaan Persalinan

Gejala awal persalinan:

a. *Lightening*

Proses terjadinya penurunan bagian kepala janin memasuki pintu bawah panggul. Pada primigravida penurunan kepala berlangsung pada usia kehamilan 36 minggu dan pada multigravida berlangsung pada usia kehamilan 38 minggu. Proses lightening dipengaruhi oleh adanya peregangan pada jaringan otot dan bagian persendian tulang pelvis, diameter pelvis anterior-posterior sedikit bertambah luas.

b. Perubahan bentuk perut

Penurunan kepala, berdampak terhadap fundus uteri. Fundus uteri turun dan perut tampak melebar ke samping.

c. Perubahan pola berkemih

Terjadi *lightening* yakni penurunan kepala ke dalam rongga panggul akan menekan kandung kemih yang ada dibagian anterior panggul. Kondisi ini sering membuat ibu mengalami frekuensi berkemih yang berlebihan dan hampir tidak dapat menahan kontraksi untuk berkemih.

d. *Braxton hicks*

Braxton hicks diawal kehamilan telah ada, namun semakin usia kehamilan matur intensitas *braxton hicks* semakin kuat dan tidak menimbulkan nyeri. Kondisi ini dipengaruhi karena adanya penekanan kepala janin di daerah lumbal dan thorakal pada saat kepala janin memasuki rongga panggul. Faktor lain yakni pengaruh hormon estrogen dan progesteron yang berkurang di akhir kehamilan. Sehingga memicu sekresi oksitosin dari posterior hipofisis. Dengan demikian kontraksi uterus akan muncul yang diawali dengan *braxton hicks*. Sehingga *braxton hicks* sering disebut dengan gejala *false labor*.

Tabel 2.1 Perbedaan antara true labor dan false labor

Karakteristik Kontraksi	False Labor	True Labor
Kejadian kontraksi	Munculnya kontraksi ireguler.	Interval munculnya secara regular dan lebih kurang 30-70 detik.
Perubahan munculnya gelombang kontraksi	Kontraksi dapat berhenti ketika ibu istirahat atau ketika berubah posisi.	Gelombang kontraksi akan terus berlangsung walaupun sedang bergerak atau berubah posisi.
Intensitas kontraksi	Kontraksi biasanya tidak lama atau tidak begitu kuat sehingga tidak menimbulkan nyeri.	Intensitas montraksi akan terus meningkat

Awal kontraksi	munculnya	Kontraksi biasanya hanya dirasakan pada bagian permukaan abdomen atau daerah pelvic.	Kontraksi diawali dari tulang belakang dan bergerak kepermukaan abdomen.
-----------------------	------------------	--	--

e. Pengeluaran mucus vagina

Sekresi serviks meningkat yang dikeluarkan lewat vagina. Konsentrasinya pada awalnya kental dan berangsur-angsur seperti lendir. Dengan demikian serviks mulai mengalami pendataran (*effacement*) dan terjadi pengeluaran *plug mucus*. *Plug mucus* adalah yang menutupi kanalis servikalis dan sering bercampur dengan darah (*blood sleem*) (Manurung, 2011).

4. Tanda- Tanda Persalinan

Tanda-tanda persalinan antara lain:

a. Penipisan dan pembukaan serviks

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

b. Kontraksi uterus

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

c. *Blood show*

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

5. Sebab - Sebab Mulainya Persalinan

Terjadinya persalinan disebabkan oleh beberapa teori sebagai berikut:

a. Teori penurunan hormone

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

b. Teori penuaan plasenta

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

c. Teori distensi rahim

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

d. Teori iritasi mekanik

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

e. Induksi partus

Persalinan dapat di timbulkan dengan jalan:

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

6. Faktor yang mempengaruhi persalinan

Adapun faktor yang mempengaruhi persalinan yaitu:

a. Passage (Jalan Lahir)

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

1) Passage

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

2) Sumbu panggul

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

3) Bidang – bidang Hodge

- a) Bidang Hodge I : dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simpisi dan promontorium.

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

b. Power

Power merupakan kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran dari ibu. power merupakan tenaga primer atau kekuatan utama yang dihasilkan oleh adanya kontraksi dan retraksi otot – otot rahim. Kekuatan yang mendorong janin keluar (power) terdiri dari :

1) His (kontraksi otot rahim)

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

2) Kontraksi otot – otot dinding perut.

3) Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan.

4) Ketegangan dan ligmentous action terutama ligamentum rotundum.

c. Passanger

1) Janin (Kepala janin dan ukuran-ukurannya)

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

2) Plasenta

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

3) Air Ketuban

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

d. Psikis (Psikologis)

Perasaan positif berupa kelegaan hati, seolah – olah pada saat itulah benar – benar terjadi realitas “kewanitaan sejati” yaitu munculnya rasa

bangga bisa melahirkan atau memproduksi anaknya. Mereka seolah – olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu “keadaan yang belum pasti” sekarang menjadi hal yang nyata.

e. Penolong

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

7. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

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

a. Pemenuhan kebutuhan fisiologis

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

b. Pemenuhan kebutuhan rasa aman

- 1) Memberi informasi tentang proses persalinan atas tindakan yang akan dilakukan.
- 2) Menghargai pilihan posisi tidur.

- 3) Menentukan pendampingan selama persalinan.
 - 4) Melakukan pemantauan selama persalinan.
 - 5) Melakukan tindakan sesuai kebutuhan.
- c. Kebutuhan dicintai dan mencintai
- 1) Menghormati pilihan pendampingan selama persalinan.
 - 2) Melakukan kontak fisik (memberi sentuhan ringan).
 - 3) Melakukan msase untuk mengurangi rasa sakit.
 - 4) Melakukan pembicaraan dengan suara yang lemahlembut serta sopan.
- d. Pemenuhan kebutuhan harga diri
- 1) Mendengarkan keluhan ibu dengan penuh perhatian atau menjadi pendengar yang baik.
 - 2) Memberi asuhan dengan memperhatikan privasy ibu.
 - 3) Memberi pelayanan yang bersifat empati.
 - 4) Informasi bila akan melakukan tindakan
 - 5) Memberitahu ibu terhadap setiap tindakan yang akan dilakukan.
- e. Pemenuhan kebutuhan aktualisasi
- 1) Memilih tempat dan penolong persalinan sesuai keinginan.
 - 2) Menentukan pendamping selama persalinan.
 - 3) Melakukan bounding attachment.
 - 4) Memberi ucapan selamat setelah persalinan selesai (Shofa, 2015).

8. Lima Benang Merah

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

a. Membuat keputusan klinik

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

Tujuh langkah dalam membuat keputusan klinik :

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

b. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan:

- 1) Memanggil ibu sesuai namanya, menghargai dan memperlakukannya sesuai martabatnya.

- 2) Menjelaskan asuhan dan perawatan yang akan diberikan pada ibu sebelum memulai asuhan tersebut.
- 3) Mendengarkan dan menanggapi pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
- 4) Memberikan dukungan, membesarkan hatinya dan menentramkan perasaan ibu serta anggota keluarga yang lain.
- 5) Menganjurkan ibu untuk ditemani suaminya ataupun anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- 6) Melakukan pencegahan infeksi yang baik secara konsisten.
- 7) Menghargai privasi ibu.
- 8) Menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegara mungkin.
- 9) Membantu memulai pemberian ASI dalam 1 jam pertama setelah kelahiran bayi.
- 10) Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik, bahan – bahan, perlengkapan dan obat – obatan yang diperlukan. Siap melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran bayi.

c. Pencegahan infeksi

Prinsip – prinsip pencegahan infeksi:

- 1) Setiap orang harus dianggap dapat menularkan penyakit.
- 2) Setiap orang harus dianggap beresiko terkena infeksi.
- 3) Permukaan benda disekitar kita, peralatan atau benda – benda lainnya yang akan dan telah bersentuhan dengan permukaan kulit yang tak utuh, lecet selaput mukosa atau darah harus dianggap terkontaminasi, sehingga harus diproses secara benar.

- 4) Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatan atau benda lainnya telah diproses maka semua itu harus dianggap masih terkontaminasi.
- 5) Resiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, tapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan – tindakan pencegahan infeksi secara benar dan konsisten.

d. Pencatatan (rekam medis)

Aspek – aspek penting dalam pencatatan:

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

e. Rujukan

Rujukan tepat waktu merupakan unggulan asuhan sayang ibu dalam mendukung keselamatan ibu dan bayi baru lahir. Singkatan “BAKSOKU” dapat digunakan untuk mengingat hal – hal penting dalam mempersiapkan rujukan ibu dan bayi (Shofa, 2015).

9. 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. Engagement

Fiksasi (engagement merupakan tahap penurunan pada waktu diameter biparietal dari kepala janin telah masuk panggul ibu.

c. Fleksi

Fleksi disebabkan karena janin didorong maju, dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir pintu atas panggul, serviks, dinding panggul atau dasar panggul. Akibat dari kekuatan dorongan dan tahanan ini terjadilah fleksi.

d. Putaran paksi dalam

Pemutaran dari bagian depan sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah simpisis. Pada presentasi belakang kepala bagian yang terendah ialah daerah daerah ubun – ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar kedepan kebawah simpisis. Hal ini untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul.

e. Ekstensi

Terjadi karena adanya gaya tahanan dari dasar panggul dimana gaya tersebut membentuk lengkungan Carrus, yang mengarahkan kepala ke atas menuju lubang vulva sehingga kepala harus ekstensi untuk melaluinya. Bagian leher belakang dibawah occipitnya akan bergeser di bawah simpisis pubis dan bekerja sebagai titik poros. Uterus yang berkontraksi kemudian memberi tekanan tambahan atas kepala yang menyebabkan ekstensi kepala yang lebih lanjut.

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 simpisis pubis.

g. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai di bawah simpisis dan menjadi hypomoclion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan bayi lahir searah dengan paksi jalan lahir mengikuti lengkung carrus (kurva jalan lahir) (Walyani & Purwoastuti, 2016).

10. Tahapan Persalinan

a. Kala I (Pembukaan)

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks hingga mencapai pembukaan lengkap. Lama kala I: Primigravida 12 jam dengan kemajuan pembukaan 1 cm setiap 1 jam dan multigravida 8 jam dengan kemajuan pembukaan 2 cm setiap 1 jam (Hidayat dan Sujiyatini, 2010).

Proses ini terbagi dalam 2 fase, yaitu:

- 1) Fase laten berlangsung 8 jam dimana serviks membuka sampai 3 cm/ <4 cm.
- 2) Fase aktif berlangsung 6 jam dimana serviks memuka dari 4cm sampai 10 cm. Fase aktif di bagi menjadi 3 yaitu:
 - a) Periode akselerasi, berlangsung selama 2 jam pembukaan menjadi 4 cm.
 - b) Periode dilatasi maksimal, berlangsung selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat dari 4 menjadi 9 cm.
 - c) Periode diselerasi, berlangsung dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm atau pembukaan lengkap(Walyani, SE & Purwoastuti, E, 2016).

Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah :

- 1) Memberikan dukungan emosional.
- 2) Pendampingan anggota keluarga selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya.

- 3) Mengatur posisi ibu sehingga terasa nyaman.
- 4) Memberikan cairan nutrisi dan hidrasi – Memberikan kecukupan energi dan mencegah dehidrasi.
- 5) Pencegahan infeksi (Shofa, 2015)

Asuhan sayang ibu dalam penatalaksanaan nyeri:

1) Cara farmakologi adalah dengan pemberian obat – obatan analgesik yang bisa disuntikan, melalui infus intravena yaitu syaraf yang mengantar nyeri selama persalinan.

2) Cara non farmakologi

a) Distraksi

Memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain pada nyeri merupakan mekanisme yang bertanggung jawab pada teknik kognitif afektif lainnya. Distraksi diduga dapat menurunkan persepsi nyeri dengan stimulasi nyeri yang ditransmisikan ke otak, kunjungan dari keluarga dan teman melihat film layar lebar dengan surround sound melalui headphone bermain catur yang membutuhkan konsentrasi.

b) Relaksasi

Relaksasi adalah teknik untuk mencapai kondisi rileks. Dengan menarik nafas dalam – dalam kita mengalirkan oksigen ke darah yang kemudian dialirkan ke seluruh bagian tubuh, dihembuskan lewat mulut. Hasilnya kita menjadi lebih tenang dan stabil.

b. Kala II (Kala pengeluaran janin)

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks lengkap (10 cm) dan berakhir dengan kelahirnya bayi. Kala dua disebut juga kala pengeluaran bayi (Walyani & Purwoastuti, 2016). Kala II yaitu dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida (Hidayat dan Sujiyatini, 2010).

1) Tanda – tanda kala II:

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

Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang, dengan his dan mengejan yang terpinpin kepala akan lahir dan diikuti seluruh badan janin (Walyani, SE & Purwoastuti, E, 2016).

2) Asuhan yang dapat dilakukan:

- a) Pendampingan ibu selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya.

- b) Keterlibatan anggota keluarga dalam memberikan asuhan antara lain:
 - (1) Membantu ibu untuk berganti posisi.
 - (2) Melakukan rangsangan taktil.
 - (3) Memberikan makan dan minum.
 - (4) Menjadi teman bicara atau pendengar yang baik.
 - (5) Memberikan dukungan dan semangat selama persalinan sampai kelahiran bayi.
- c) Keterlibatan penolong persalinan selama proses persalinan dan kelahiran.
- d) Membuat hati ibu merasa tenang selama kala II persalinan dengan cara memberikan bimbingan dan menawarkan bantuan kepada ibu.
- e) Menganjurkan ibu meneran bila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran dengan cara memberikan kesempatan istirahat sewaktu tidak ada his.
- f) Mencukupi asupan makan dan minum selama kala II.
- g) Memberikan rasa aman dan nyaman.
- h) Pencegahan infeksi pada kala II dengan membersihkan vulva dan perineum ibu.
- i) Membantu ibu mengosongkan kandung kemih secara spontan (Walyani & Purwoastuti, 2016).

c. Kala III (Kala uri)

Kala III yaitu dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit (Hidayat dan Sujiyatini, 2010).

1) Adapun tanda – tanda pelepasan plasenta yaitu:

- a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus . setelah bayi lahir dan sebelum meometrium mulai berkontraksi , uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus uteri biasanya dibawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta kedorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau eperti buah pear atau alpukat dan fundus berada diatas pusat.
- b) Tali pusat memanjang. Tali pusat terlihat menjulur keluar.
- c) Semburan darah mendadak dan singkat. Darah yang terkumpul dibelakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dan dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (retroplacental pooling) dalam ruang dintara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungannya maka darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang terlepas(Walyani, SE & Purwoastuti, E, 2016).

2) Asuhan yang dapat dilakukan:

- a) Memberi kesempatan pada ibu untuk memeluk bayinya dan menyusui segera.
- b) Memberitahu setiap tindakan yang akan dilakukan.

- c) Pencegahan infeksi pada kala III.
- d) Memantau keadaan ibu (tanda vital, kontraksi, perdarahan)
- e) Melakukan kolaborasi atau rujukan bila terjadi kegawatdaruratan.
- f) Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi.
- g) Memberikan motivasi dan pendampingan selama kala III.

(Shofa, 2015)

d. Kala IV (Tahap pengawasan)

Kala IV adalah kala pengawasan 1 – 2 jam setelah bayi dan plasenta lahir untuk memantau kondisi ibu (Shofa, 2015). Kala IV merupakan kala pengawasan yang dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum (Hidayat dan Sujiyatini, 2010).

Selama kala IV, pemantauan dilakukan 15 menit pertama setelah plasenta lahir dan 30 menit kedua setelah persalinan. Setelah plasenta lahir berikan asuhan yang berupa:

- 1) Rangsangan taktik (massase) uterus untuk merangsang kontraksi uterus.
- 2) Evaluasi tinggi fundus uteri.
- 3) Perkiraan darah yang hilang secara keseluruhan.
- 4) Pemeriksaan perineum dari perdarahan aktif (apakah dari laserasi atau episiotomi).
- 5) Evaluasi kondisi umum ibu dan bayi.
- 6) Pendokumentasian (Shofa, 2015).

Pemantauan lanjut kala IV yang harus diperhatikan dalam pemantauan kala IV adalah:

- 1) Vital sign: tekanan darah, suhu, nadi dan pernapasan
- 2) Tinggi fundus uteri. Kontraksi tidak baik maka uterus teraba lembek, TFU normal sejajar dengan pusat atau dibawah pusat, uterus lembek (lakukan massase uterus, bila perlu berikan injeksi oksitosin atau methergin).
- 3) Perdarahan. Jika lebih dari normal identifikasi penyebab (dari jalan lahir, kontraksi atau kandung kencing).
- 4) Kandung kencing. Bila kandung kencing penuh, uterus berkontraksi tidak baik (Shofia, 2015).

11. Penjahitan luka episiotomi/laserasi

- a. Tujuan menjahit laserasi atau episiotomi

Tujuannya adalah untuk menyatukan kembali jaringan tubuh (mendekatkan) dan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu (Walyani & Purwoastuti, 2016). Menurut Shofa (2015), tujuan penjahitan untuk menyatukan kembali jaringan yang luka serta mencegah kehilangan darah.

- b. Macam – macam laserasi

- 1) Robekan derajat 1, kadang kala bahkan tidak perlu dijahit.
 - a) Robekan mukosa
 - b) Komisura posterior
 - c) Kulit perineum

- 2) Robekan derajat 2, biasanya dapat dijahit dengan mudah dibawah pengaruh analgesia lokal dan biasanya sembuh tanpa komplikasi.
 - a) Robekan mukosa
 - b) Komisura posterior
 - c) Kulit perineum
 - d) Otot perineum
- 3) Robekan derajat 3, dapat mempunyai akibat yang lebih serius dan dimana pun bila memungkinkan harus dijahit oleh ahli obstetri, di rumah sakit dengan peralatan yang lengkap, dengan tujuan mencegah inkontinensia vokal dan atau fistula fekal.
 - a) Robekan mukosa
 - b) Komisura posterior
 - c) Kulit perineum
 - d) Otot perineum
 - e) Otot sfingter ani
- 4) Robekan derajat 4, harus dijahit oleh ahli obstetri, dirumah sakit dengan peralatan yang lengkap, dengan tujuan mencegah inkontinensia vokal dan atau fistula fekal.
 - a) Robekan mukosa
 - b) Komisura posterior
 - c) Kulit perineum
 - d) Otot perineum

- e) Otot sfingter ani
- f) Dinding depan rectum (Shofa, 2015).

Hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan penjahitan, yaitu:

- a) Laserasi derajat 1 yang tidak mengalami perdarahan, tidak perlu dilakukan penjahitan.
- b) Menggunakan sedikit jahitan.
- c) Menggunakan selalu teknik aseptik.
- d) Menggunakan anastesi lokal, untuk memberikan kenyamanan ibu (Shofa, 2015).

Keuntungan penggunaan anastesi local:

- a) Ibu lebih merasa nyaman (sayang ibu).
- b) Bidan lebih leluasa dalam penjahitan.
- c) Lebih cepat dalam menjahit perlukaannya (mengurangi kehilangan darah).
- d) Trauma pada jaringan lebih sedikit (mengurangi infeksi).
- e) Cairan yang digunakan: Lidocain 1%.

Beberapa tipe anastesi adalah:

- a) Pembiusan total: hilangnya kesadaran total
- b) Pembiusan lokal: hilangnya rasa pada daerah tertentu yang diinginkan (pada sebagian kecil daerah tubuh).
- c) Pembiusan regional: hilangnya rasa pada bagian yang lebih luas dari tubuh oleh blokade selektif pada jaringan spinal

atau saraf yang berhubungan dengannya (Walyani & Purwoastuti, 2016).

Penjahitan luka perineum dengan menggunakan lidocain 1% dapat mempengaruhi lamanya penyembuhan luka. Meski demikian pemberian lidocain 1% dianggap penting karena merupakan bagian dari asuhan sayang ibu meskipun dengan diberikannya lidocain 1% dapat memperlambat penyembuhan luka perineum (Nopiyati, 2011).

12. Definisi Partograf

Partograf adalah catatan grafik kemajuan persalinan untuk memantau keadaan ibu dan janin, menemukan adanya persalinan abnormal, yang menjadi petunjuk untuk melakukan tindakan bedah kebidanan dan menemukan disproporsi kepala panggul jauh sebelum persalinan menjadi macet.

Partograf merupakan alat mencatat informasi berdasarkan observasi, anamnesa dan pemeriksaan fisik ibu dalam persalinan dan sangat penting khususnya untuk membuat keputusan klinis selama persalinan. Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan (Indrayani, 2013).

Tujuan utama mencatat dalam partograf adalah:

- a. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.

- b. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian, dapat melakukan deteksi dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama (Shofa, 2015).

Jika digunakan secara tepat dan konsisten, maka partograf akan membantu penolong persalinan untuk:

- a. Mencatat kemajuan persalinan.
- b. Mencatat kondisi ibu dan janinnya.
- c. Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran.
- d. Menggunakan informasi yang tercatat untuk secara dini mengidentifikasi adanya penyulit (Shofa, 2015).

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

- a. Informasi tentang ibu:
 - 1) Nama dan umur.
 - 2) Gravida, para, abortus.
 - 3) Nomor catatan medik/nomor puskesmas.
 - 4) Tanggal dan waktu mulai dirawat.
 - 5) Waktu pecahnya selaput ketuban.
- b. Kondisi janin:
 - 1) Denyut jantung janin.
 - 2) Warna dan adanya air ketuban.
 - 3) Penyusupan (molase) kepala janin.

- c. Kemajuan persalinan:
 - 1) Pembukaan serviks.
 - 2) Penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin.
 - 3) Garis waspada dan garis bertindak.
- d. Jam dan waktu:
 - 1) Waktu mulainya fase aktif persalinan.
 - 2) Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian.
- e. Kontraksi uterus:
 - 1) Frekuensi dan lamanya.
- f. Obat-obatan yang diberikan:
 - 1) Oksitosin.
 - 2) Obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan.
- g. Kondisi ibu:
 - 1) Nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh, urin (volume, aseton atau protein).
- h. Asuhan, pengamatan, dan keputusan klinik lainnya (dicatat dalam kolom tersedia di sisi partograf atau di catat kemajuan persalinan) (Shofa, 2015).

13. Pelaksanaan

60 Langkah Persalinan Normal

I. MELIHAT TANDA DAN GEJALA KALA DUA

- 1. Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua.
 - a. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.

- b. Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/atau vaginanya.
- c. Perineum menonjol.
- d. Vulva-vagina dan sfingter anal membuka.

II. MENYIAPKAN PERTOLONGAN PERSALINAN

- 2. Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
- 3. Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
- 4. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
- 5. Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
- 6. Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).

III. MEMASTIKAN PEMBUKAAN LENGKAP DENGAN JANIN BAIK

- 7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina,

perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi, langkah # 9).

8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap.

Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.

9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti di atas).

10. Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100 – 180 kali / menit).

- Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.

- Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.

IV. MENYIAPKAN IBU & KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES PIMPINAN MENERAN.

11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik.

Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.

- Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran.

Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.

- Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.

12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).

13. Melakukan pimpinan meneran saat Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran :

- Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran

- Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.

- Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang).

- Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.

- Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
 - Menganjurkan asupan cairan per oral.
 - Menilai DJJ setiap lima menit.
 - Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60/menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran
 - Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, menganjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi.
 - Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.
14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.

V. PERSIAPAN PERTOLONGAN KELAHIRAN BAYI.

15. Letakan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut bawah ibu, jika kepala bayi membuka 5-6 cm.
16. Letakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
17. Membuka partus set
18. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

VI. MENOLONG KELAHIRAN BAYI

Lahirnya kelapa

19. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kelapa bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.
20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi :
 - Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.
21. Tunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan Lahir bahu
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan kearah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.

Lahir badan dan tungkai

23. Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
24. Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

VII. PENANGANAN BAYI BARU LAHIR

25. Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan).
26. Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian pusat.
27. Periksa kembali perut ibu untuk memastikan tidak ada bayi lain dalam uterus (hamil tunggal)
28. Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.

29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, memberikan suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.
30. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat.
32. Tempatkan bayi untuk melakukan kontak kulit ibu ke kulit bayi. Selimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala.

VIII. PENANGANAN BAYI BARU LAHIR

33. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
34. Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Tangan lain menegangkan tali pusat.
35. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik,

menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai.

- Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan ransangan puting susu. Mengeluarkan plasenta.

36. Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.

- Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 – 10 cm dari vulva.
- Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit :

Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit IM. Menilai kandung kemih dan mengkateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu. Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan. Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya. Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

37. Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga

selaput ketuban terpinil. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.

- Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forseps disinfeksi tingkat tinggi.

Rangsangan taktil (masase) uterus

38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).

IX. MENILAI PERDARAHAN

39. Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantong plastik atau tempat khusus.
40. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

X. MELAKUKAN PROSEDUR PASCA PERSALINAN

41. Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
42. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, lepaskan secara terbalik dan rendam sarung tangan dalam klorin 0,5% selama

10 menit. Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, keringkan tangan dengan tissue bersih dan kering.

Evaluasi

43. Pastikan kandung kemih kosong.
44. Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
45. Mengevaluasi kehilangan darah.
46. Memeriksa nadi dan pastikan keadaan umum ibu baik.
47. Periksa kembali kondisi bayi untuk memastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/menit).

Kebersihan dan keamanan

48. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci bilas peralatan setelah didekontaminasikan.
49. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
50. Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah.
51. Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
52. Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.

53. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
54. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
55. Pakai sarung tangan bersih untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi.
56. Dalam satu jam pertama berikan salep mata, vit K1 1mg intramuskular paha kiri bayi setelah satu jam kontak kulit dengan ibu.
57. Berikan imunisasi Hepatitis B (setelah satu jam pemberian vit K1).
58. Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan korin 0,5% selama 10 menit.
59. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

Dokumentasi

60. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV persalinan.

(Modul Midwifery Update, 2017).

B. Menejemen Asuhan Kebidanan (SOAP)

1. Pengertian

Asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup peraktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan.

Managemen kebidanan (*Midwifery Management*) adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah

secara sistematis, mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Hidayat, A & Sujiyatini, 2010).

a. Langkah I (Pengumpulan Data Dasar)

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

Untuk memperoleh data dilakukan melalui cara anamesa

- 1) Biodata
- 2) Data subjektif
 - a) Keluhan utama
 - b) Riwayat reproduksi
 - c) Riwayat kesehatan
 - d) Data psikososial
 - e) Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari
- 3) Data objektif
 - a) Pemeriksaan umum
 - b) Pemeriksaan khusus kebidanan (head to toe)

b. Langkah II (Interpretasi data dasar)

- 1) Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik.
- 2) Diagnosis kebidanan yang disimpulkan oleh bidan meliputi usia kehamilan dalam minggu, keadaan janin, normal atau tidaknya kondisi kehamilan ibu.

- 3) Masalah yang sering berkaitan dengan hal hal yang sedang dialami oleh wanita.
 - 4) Masalah adalah hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosis.
 - 5) Kebutuhan
- c. Langkah III (Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial)
Langkah ini dimana bidan melakukan identifikasi masalah dan mengantisipasi penanganannya
 - d. Langkah IV (Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera)
Pada langkah ini bidan menetapkan pada kebutuhan terhadap tindakan segera, melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien
 - e. Langkah V (Merencanakan asuhan yang komptehensif/menyeluruh)
Pada rencana ini direncanakan asuhan yang menyeluruh berdasarkan langkah yang sebelumnya, semua perencanaan harus berdasarkan pertimbangan yang tepat meliputi pengetahuan, teori *up to date*, perawatan berdasarkan bukti (*evidence based care*).
 - f. Langkah VI (Melaksanakan perencanaan)
Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang diuraikan pada langkah ke lima diatas dilakukan secara efisien dan aman.

g. Langkah VII (Evaluasi)

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

2. Pendokumentasian Metode SOAP

Tahap- tahap manajemen SOAP

(S)Subjektif : Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa.

(O) Objektif : Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, lab, dan tes diagnosis lain yang dirumuskan dalam data fokus yang mendukung assesment.

(A) Assesment : Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam satu identifikasi atau masalah potensial.

(P) Planning : menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assesment (Yeyeh dkk, 2012).

Tujuan dari pendokumentasian asuhan kebidanan adalah untuk kepentingan hukum apabila terdapat gugatan di suatu saat nanti dari klien dan juga untuk memudahkan kita untuk memberikan asuhan selanjutnya kepada klien (Yeyeh dkk, 2012).

Nomenklatur Kebidanan

Nomenklatur kebidanan digunakan untuk menegakkan diaogosa sehingga memudahkan dalam pengambilan keputusannya, sedangkan pengertian nomenklatur kebidanan sendiri adalah suatu sistem nama yang telah terklasifikasikan dan diakui serta disahkan oleh profesi. Dalam nomenklatur kebidanan terdapat suatu standrat yang yang harus dipenuhi. standrat ini diduat sebagai daftar untuk merujuk pasien. Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa 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.	Presebtasi dagu	52.	Plasenta previa
18.	Disproporsi cephalao pelvic	53.	Pneumonia
19.	Hipertensi kronik	54.	Preeklempsi berat atau ringan

- | | |
|---------------------------|---------------------------------|
| 20. Koagulopati | 55. Hipertensi kerana 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, 2011).