

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 KONSEP PERSALINAN

2.1.1 Pengertian Persalinan

Persalinan merupakan proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Sulistyawati, 2013).

2.1.2 Bentuk – Bentuk Persalinan

Bentuk – bentuk persalinan berdasarkan definisi, cara dan menurut usia kehamilan menurut Rohani, 2011 :

a. Bentuk Persalinan Berdasarkan Definisi

- 1) Persalinan spontan : Seluruh proses persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.
- 2) Persalinan buatan : Bila persalinan berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar.
- 3) Persalinan anjuran : Bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan pemberian rangsang.

b. Menurut cara persalinan

- 1) Partus biasa (normal) atau biasa disebut partus spontan adalah proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala dengan tenaga ibu sendiri tanpa bantuan alat, berlangsung kurang dari 24 jam.
- 2) Partus luar biasa (abnormal) adalah persalinan per vaginam dengan bantuan alat atau melalui operasi sectio caesaria (SC).

c. Menurut Usia Kehamilan

- 1) Abortus adalah terhentinya poses kehamilan sebelum janin dapat hidup, berat janin di bawah 1.000 gram, atau usia kehamilan dibawah 28 minggu.
- 2) Partus prematurus adalah persalinan hasil konsepsi pada umur kehamilan 28-36 minggu, janin dapat hidup, berat janin 1000-2500 gram.

- 3) Partus atures/ aterm (cukup bulan) adalah partus pada umur kehamilan 37-40 minggu, janin matur, berat badan di atas 2500 gram.
- 4) Partus post maturus (serotinus) adalah partus yang terjadi 2 minggu atau lebih dari waktu yang di taksir.

2.1.3 Sebab Mulainya Persalinan

Beberapa teori penyebab persalinan seperti yang diterangkan oleh Sulistyawati, 2013 :

a. Teori keregangan

- 1) Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu
- 2) Setelah melewati batas tersebut, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Contohnya pada kehamilan gemeli, sering terjadi kontraksi karena uterus teregang maksimal, sehingga mengalami persalinan lebih dini.

b. Teori penurunan progesteron

1 – 2 minggu sebelum proses persalinan dimulai, terjadi penurunan kadar estrogen dan progesterone. Progesteron bekerja sebagai penenang otot polos rahim, jika kadar progesterone turun maka akan menyebabkan tegangnya pembuluh darah dan menimbulkan his (kontraksi).

Hal ini sama seperti yang diterangkan oleh Rohani (2011), bahwa proses penebaran plasenta terjadi mulai 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat sehingga pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Selain itu produksi progesteron mengalami penurunan sehingga otot rahim sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya, otot

rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

c. Teori oksitosin

1) Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior, perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim sehingga terjadi braxton hicks.

2) Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya usia kehamilan menyebabkan oksitosin meningkatkan aktivitasnya sehingga persalinan dimulai.

d. Teori prostaglandin

Prostaglandin dihasilkan oleh desidua sebagai salah satu penyebab permulaan persalinan, hal ini disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu hamil sebelum melahirkan atau selama proses persalinan.

e. Teori plasenta menjadi tua

Seiring matangnya usia kehamilan, villi chorialis dalam plasenta mengalami beberapa perubahan, menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesterone yang mengakibatkan tegangnya pembuluh darah sehingga akan menimbulkan his atau kontraksi uterus.

f. Teori iritasi mekanis

Di belakang serviks terletak ganglion servikalis (fleksus frankenhauser), bila ganglion ini digeser dan ditekan (misalnya oleh kepala janin), maka akan timbul kontraksi uterus.

g. Teori hipotalamus – pituitary dan glandula suprarenalis

- 1) Glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan
- 2) Pada kehamilan dengan bayi anensefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuknya hipotalamus.

2.1.4 Tanda Permulaan Persalinan

a. *Lightening*

Menurut Rohani (2011), *Lightening* dapat dirasakan mulai 2 minggu sebelum persalinan yakni penurunan bagian presentasi bayi ke dalam pelvis minor (PAP). Pada primigravida menjelang minggu ke-36 terjadi penurunan fundus uteri, sedangkan pada multigravida tanda ini tidak begitu terlihat.

Mulai penurunan bagian terbawah bayi ke pelvis terjadi sekitar 2 minggu menjelang persalinan. Bila bagian terbawah bayi telah turun, maka ibu akan merasa tidak nyaman, selain napas pendek pada trimester 3, ketidaknyamanan disebabkan karena adanya tekanan bagian terbawah pada struktur daerah pelvis, secara spesifik akan mengalami hal berikut :

- 1) Kandung kemih tertekan sedikit, menyebabkan ruang yang tersisa untuk ekspansi berkurang sehingga frekuensi berkemih meningkat
- 2) Kram pada tungkai yang disebabkan tekanan bagian presentasi pada syaraf yang menjalar melalui foramen obturator dan menuju ke tungkai

- 3) Perasaan tidak nyaman akibat tekanan pada panggul yang menyeluruh sehingga menimbulkan sensasi terus-menerus bahwa harus ada sesuatu yang dikeluarkan
- 4) Peningkatan statis vena yang menghasilkan edema dependen akibat tekanan bagian presentasi pada pelvis minor menghambat aliran darah balik dari ekstremitas bawah

b. Terjadi His Permulaan

Menurut Sulistyawati (2013), saat hamil muda sering terjadi kontraksi Braxton hicks yang dirasakan sebagai keluhan karena rasa sakit yang ditimbulkan penyebabnya adalah adanya perubahan kadar hormon estrogen dan progesterone yang menyebabkan oksitosin semakin meningkat, dan menimbulkan his palsu dengan ciri – ciri sebagai berikut :

- 1) Rasa nyeri yang ringan di bagian bawah
- 2) Datang tidak teratur
- 3) Tidak ada perubahan pada serviks
- 4) Durasi pendek
- 5) Tidak bertambah bila beraktivitas.

c. Terjadi His Persalinan

kontraksi yang datangnya teratur, berirama, dan involunter, tujuannya membuka mulut rahim agar membesar dan meningkatkan aliran darah di dalam plasenta.

Karakter his persalinan adalah :

- 1) Pinggang terasa sakit yang menjalar kedepan
- 2) Sifatnya teratur, interval semakin pendek, dan kekuatan semakin besar
- 3) Jika dibuat beraktivitas (jalan), kekuatan akan semakin bertambah (sondakh, 2013).

d. Perubahan Serviks

Perubahan pada serviks diakibatkan karena peningkatan intensitas kontraksi Braxton Hicks. Serviks menjadi matang (lembek dan mendatar) dan terjadi obliterasi serviks yang memungkinkan terjadi dilatasi sebagai tanda permulaan dimulainya persalinan (Rohani, 2011).

e. Pengeluaran Lendir dengan Darah

Dengan adanya HIS persalinan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan :

- 1) Pendataran dan pembukaan
- 2) Pembukaan menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kanalis servikalis terlepas
- 3) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah (Sondakh, 2013).

f. Pengeluaran Cairan

Pada beberapa kasus persalinan akan terjadi pecah ketuban. Sebagian besar keadaan ini terjadi menjelang pembukaan lengkap. Setelah adanya pecah ketuban, diharapkan proses persalinan akan berlangsung kurang dari 24 jam. Namun jika ternyata tidak tercapai, maka persalinan akhirnya diakhiri dengan tindakan tertentu seperti ekstraksi vakum atau *sectio caesaria*.

2.1.5 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

a. Power (Tenaga/Kekuatan)

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

His adalah kontraksi otot rahim pada persalinan, pada bulan terakhir dari kehamilan dan sebelum persalinan dimulai.

1) His dibedakan sebagai berikut :

a) His pendahuluan atau his palsu (false labor pains)

Merupakan peningkatan dari kontraksi braxton Hicks, bersifat tidak teratur dan menyebabkan nyeri perut bagian bawah dan lipatan paha, tidak menyebabkan nyeri dari pinggang ke perut bagian bawah seperti his persalinan. Lamanya kontraksi pendek dan tidak bertambah kuat bila ibu berjalan, bahkan sering berkurang. His pendahuluan tidak memberikan pengaruh pada serviks (Sondakh, 2013)

b) His Persalinan

His persalinan timbul perlahan tetapi teratur. Makin lama bertambah kuat sampai pada puncaknya ialah yang paling kuat, kemudian berangsur-angsur menurun menjadi lemah. Makin lama makin cepat dan jaraknya teratur sesuai dengan proses persalinan sampai bayi dilahirkan (Sondakh, 2013).

2) Sifat His Normal

- a) Kontraksi otot rahim dimulai dari daerah tuba dan ligamentum rotundum kemudian menjalar ke seluruh bagian uterus
- b) Kekuatan nyeri paling tinggi di fundus uteri
- c) Kekuatannya seperti mekanisme memeras isi rahim
- d) Otot rahim yang berkontraksi tidak kembali ke panjang semula, sehingga terjadi retraksi dan pembentukan segmen bawah rahim.
- e) Setiap his terjadi perubahan pada serviks yaitu menipis dan membuka (Sulistyawati, 2013).

3) Observasi His Persalinan

- a) Frekuensi HIS per 10 menit

- b) Intensitas kekuatan his diukur dalam mmHg
- c) Aktivitas his adalah hasil kali frekuensi dengan amplitudo, diukur dengan unit Montevideo. Contoh: frekuensi suatu his 3, terjadi per 10 menit, dan amplitudonya 50 mmHg, maka aktivitas rahim = $3 \times 50 = 150$ unit montevideo
- d) Durasi his adalah lamanya his yang diukur dengan detik, misalnya selama 40 detik
- e) Datangnya his terjadi sering, teratur atau tidak
- f) Interval antara 2 kontraksi adalah masa relaksasi. Pada permulaan persalinan timbul 1 kali dalam 10 menit, pada kala pengeluaran sekali dalam 2 menit (Rohani, 2011).

4) Perubahan-Perubahan Akibat His

- a) Pada uterus dan serviks, uterus teraba keras dan padat karena kontraksi, menyebabkan serviks mendatar dan membuka.
- b) Ibu merasa nyeri karena iskemia rahim dan kontraksi rahim, juga ada peningkatan nadi dan tekanan darah.
- c) Pada janin, pertukaran oksigen pada sirkulasi uteroplasenta berkurang, sehingga timbul hipoksia janin. Pada kontraksi tetanik terjadi gawat janin, asfiksia dengan denyut jantung janin diatas 160 kali per menit (Rohani, 2011).

5) Kelainan Kontraksi otot rahim

a) Inersia Uteri

His yang sifatnya lemah, pendek dan jarang dari his normal, terbagi menjadi :

(1) Inersia uteri primer : Sejak awal kekuatannya sudah lemah

(2) Inersia uteri sekunder : His pernah cukup kuat kemudian melemah.

b) Tetania His

His yang terlalu kuat dan terlalu sering , sehingga otot rahim tidak mendapatkan kesempatan untuk berelaksasi. Akibat dari tetania uteri adalah sebagai berikut :

- (1) Persalinan presipitatus : Berlangsung dalam waktu 3 jam
- (2) Tetania uteri menyebabkan asfiksia sampai IUFD.

c) Inkoordinasi otot rahim

Keadaan dimana sulitnya kekuatan otot rahim untuk dapat meningkatkan pembukaan atau pengeluaran janin dari dalam rahim. Penyebabnya adalah sebagai berikut :

- (1) Faktor usia relatif tua
- (2) Pimpinan persalinan
- (3) Karena induksi persalinan dengan oksitosin
- (4) Rasa takut dan cemas

6) Tenaga Meneran (Kekuatan Sekunder)

Setelah pembukaan lengkap dan ketuban pecah, tenaga yang mendorong keluar selain his yaitu kontraksi otot-otot dinding perut yang mengakibatkan peningkatan tekanan intraabdominal. Tenaga ini serupa dengan tenaga meneran saat buang air besar, tetapi jauh lebih kuat lagi. Kekuatan sekunder tidak mempengaruhi dilatasi serviks, tetapi setelah dilatasi serviks lengkap kekuatan ini mendorong janin keluar dari uterus dan vagina. Apabila dalam persalinan ibu melakukan *valsava manuever* (meneran) terlalu dini, dilatasi serviks akan terhambat dan akan menyebabkan ibu kelelahan serta menimbulkan trauma serviks (Rohani, 2011).

b. Passage (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri atas panggul, vagina, dan introitus. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya dengan jalan lahir yang dapat di tentukan sebelum persalinan dimulai, jalan lahir dibagi atas :

1) Jalan Lahir Lunak

Jalan lahir lunak pada panggul terdiri atas uterus, otot dasar panggul dan perinium.

a) Uterus

Saat kehamilan uterus dapat dibagi menjadi beberapa bagian sebagai berikut :

(1) Segmen atas uterus

Terdiri atas fundus dan bagian uterus yang terletak di atas refleksi lipatan vesika uterina peritoneum. Selama persalinan, segmen ini memberikan kontraksi yang kuat untuk mendorong janin keluar.

(2) Segmen bawah uterus

Terletak antara lipatan vesika peritoneum sebelah atas dan serviks di bawah. Pada saat persalinan, seluruh serviks menyatu menjadi bagian segmen bawah uterus yang teregang.

(3) Serviks uteri

Pada saat persalinan karena adanya kontraksi uterus maka servik mengalami penipisan dan pembukaan. Pada primigravida pembukaan didahului oleh pendataran serviks, sedangkan pada multigravida pembukaan serviks terjadi bersamaan dengan pendataran.

b) Otot dasar panggul

Otot dasar panggul terdiri atas otot dan ligamen yaitu dinding panggul sebelah dalam dan yang menutupi panggul bawah, yang menutupi panggul bawah membentuk dasar panggul disebut pelvis.

c) Perineum

Perineum adalah jaringan yang terletak di sebelah distal diafragma pelvis. Perineum mengandung sejumlah otot superfisial, sangat vaskular, dan berisi jaringan lemak. Saat persalinan, otot ini sering mengalami kerusakan ketika janin dilahirkan. (Rohani, 2011)

2) Jalan Lahir Keras (Tulang Panggul)

Tulang panggul tersusun atas empat tulang, yakni dua tulang koksa, sakrum dan tulang koksigis yang dihubungkan oleh tiga sendi. Os. Koksa dibagi menjadi OS. Ilium, Os. Iksium dan Os. Pubis.

a) Coxae (Tulang Innominata)

Terdiri dari dua buah tulang, yaitu kiri dan kanan. Os coxae merupakan fusi dari os ilium, os ischium, dan os pubis.

Tabel 2.1 Bagian – bagian dari Tulang Coxae

Jenis Tulang	Ciri – ciri
--------------	-------------

Tulang Usus (Os Ilium)	<ul style="list-style-type: none"> • Tulang terbesar dari panggul, membentuk bagian atas dan belakang panggul • Batas atasnya merupakan penebalan tulang crista iliaca • Ujung depan dan belakang crista iliakan menonjol : spina iliaca anterior superior dan spina iliaca posterior superior • Terdapat tonjolan memanjang di bagian dalam tulang usus (os ilium) yang membagi pelvis mayor dan pelvis minor (linea innominta/ linea terminalis)
Tulang Duduk (Os Ischium)	<ul style="list-style-type: none"> • Terdapat dibagian bawah tulang usus • Bagian pinggir belakangnya menonjol (spina ishiadica) • Bagian pinggir bawah tulang duduk sangat tebal, yang mendukung badan saat duduk (tuber ischiadikum)
Tulang Kemaluan (Os Pubis)	<ul style="list-style-type: none"> • Terdapat disebelah bawah dan depan tulang usus • Antara tulang kemaluan dan tulang duduk dibatasi oleh foramen obturatum • Tangkai tulang kemaluan yang berhubungan dengan tulang usus dinamakan ramus superior ossis pubis

Sumber : Sondakh, 2013

b) Sacrum

Os sacrum berbentuk segitiga dengan lebar di bagian atas dan mengecil di bagian bawahnya. Tulang ini terletak diantara kedua tulang pangkal paha yang memiliki karakteristik :

- (1) Terdiri dari 5 ruas tulang yang berhubungan erat
- (2) Permukaan depan licin dengan lengkungan dari atas kebawah dan dari kanan maupun kiri
- (3) Di kanan dan kiri, pada garis tengah terdapat lubang yang akan dilalui oleh saraf foramina sacralia anterior
- (4) Tulang kelangkang berhubungan dengan tulang pinggang ruas kelima

- (5) Bagian tulang kelangkang paling atas mempunyai tonjolan besar ke depan disebut promontorium
- (6) Ke samping, tulang kelangkang berhubungan dengan tulang pangkal paha melalui articulation sacroiliaca
- (7) Ke bawah tulang kelangkang berhubungan dengan tulang tungging (os coccygis) (Sondakh, 2013).

c) Coccygis

Os coccygis berbentuk segitiga dengan ruas 3-5 buah dan bersatu. Pada saat persalinan, tulang tungging dapat didorong ke belakang sehingga memperluas jalan lahir (Sondakh, 2013).

3) Bidang Panggul

Bidang Hodge adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan, yaitu seberapa jauh penurunan bagian terendah janin dalam panggul melalui pemeriksaan dalam/*vaginal toucher* (VT).

Bidang Hodge terbagi menjadi empat, antara lain.

- a) Bidang Hodge I : bidang datar setinggi pintu atas panggul (PAP) yang dibentuk oleh promontorium, artikulasio sakro-iliaka, sayap sakrum, linea inominata, ramus superior os. pubis, tepi atas simpisis pubis
- b) Bidang Hodge II : bidang yang sejajar dengan bidang Hodge I terletak setinggi bagian bawah simpisis
- c) Bidang Hodge III : bidang yang sejajar dengan bidang Hodge I dan II, terletak setinggi spina ischiadica kanan dan kiri

- d) Bidang Hodge IV : bidang yang sejajar dengan bidang Hodge I, II, III, dan terletak setinggi os coccygis. (Sondakh, 2013)

4) Bentuk-bentuk Panggul

- a) Ginekoid: bentuknya agak bulat, sudut sub pubis yang lebar, dinding samping panggul hampir sejajar, spina ischiadika yang lebar, ruang subsakroskiatik yang lebar
- b) Android: bentuknya seperti jantung, sudut sub pubis yang sempit, spina ischiadika yang pendek atau menonjol, ruang subsakroskiatik yang sempit
- c) Anthropoid: diameter konjugata yang panjang, sudut sub pubis yang sempit, ruang subsakroskiatik yang luas
- d) Platipoloid: diameter konjugata yang sempit, diameter transversalis yang panjang, sudut sub pubis yang lebar

c. Passanger

1) Janin

Janin merupakan passanger utama dan dapat mempengaruhi jalannya persalinan. Janin dapat bergerak disepanjang jalan lahir akibat interaksi beberapa faktor yaitu ukuran kepala janin, postur janin, posisi janin, kelainan janin

a) Ukuran Kepala Janin

Ukuran dan sifat kepala bayi relatif kaku sehingga sangat mempengaruhi proses persalinan. Tengkorak janin terdiri atas dua tulang parietal, dua tulang temporal, satu tulang frontal, dan satu tulang oksipital. Tulang-tulang ini disatukan oleh sutura membranosa (sagitalis, lamboidalis, koronaris, dan frontalis). Rongga yang berisi membran ini disebut fontanel, terletak di pertemuan antar sutura. Saat

persalinan dan setelah selaput ketuban pecah, fontanel dan sutura dipalpasi untuk menentukan presentasi, posisi, dan sikap janin. (Rohani, 2011)

Tabel 2.2 Tulang Tengkorak (Kranium)

Bagian Tulang Dasar Tengkorak	Bagian – bagiannya
Bagian Tengkorak	<ul style="list-style-type: none"> • Os Frontalis • Os Parietalis • Os Temporalis • Os Oksipitalis
Sutura	<ul style="list-style-type: none"> • Sutura Frontalis : batas antara kedua os frontalis • Sutura Sagitalis Superior : batas antara parietalis kanan dan kiri • Sutura Koronaria : batas antara os parietalis dan os frontalis • Sutura Lamboidea : batas antara os parietalis dan os occipitalis
Ubun-ubun (Fontanel)	<ul style="list-style-type: none"> • Fontanel mayor/bregma • Fontanel minor

Sumber : (Sondakh, 2013)

Tabel 2.3 Daerah – daerah pada Kepala

Daerah	Keterangan
Oksiput	Bagian kepala/ubun-ubun kecil
Verteks	Puncak kepala/antara ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar, os parietalis
Bregma	Ubun – ubun besar
Sinsiput	Depan ubun – ubun besar, terdiri atas : <ul style="list-style-type: none"> • Dahi : antara ubun-ubun besar sampai dengan puncak hidung • Dibawah puncak hidung dan pinggir orbita

Sumber : (Sondakh, 2013)

Tabel 2.4 Ukuran- ukuran Kepala

Diameter	
Diameter Oksipitofrontalis	12 cm
Diameter Mentooksipitalis	13,5 cm
Diameter Suboksipitobregmantika	9,5 cm
Diameter Biparietalis	9,25 cm
Diameter Bitemporalis	8 cm
Sirkumferensial	
Surkumferensial Oksipitofrontalis	34 cm
Surkumferensial Mentooksipitalis	35 cm
Surkumferensial Suboksipitobregmantika	32 cm
Surkumferensial Submentobregmatikus	32 cm

b) Postur Janin dalam Rahim

Istilah – istilah yang dipakai untuk menentukan kedudukan janin dalam rahim adalah sebagai berikut.

(1) Sikap (*Attitude* atau *Habitus*)

Sikap adalah hubungan bagian tubuh janin yang satu dengan bagian yang lain. Janin mempunyai postur yang khas saat berada di dalam rahim. Sikap janin yang fisiologis adalah badan janin dalam keadaan kifosis sehingga punggung menjadi konveks, kepala dalam sikap hiperfleksi dengan dagu dekat dada, lengan bersilang didepan dada, tali pusat terletak di antara ekstremitas dan tungkai terlipat pada lipat paha, serta lutut yang rapat pada badan. Sikap fisiologis ini akan menghasilkan sikap fleksi, tetapi jika dagu menjahui dada hingga kepala menengadah dan tulang punggung berada dalam posisi lordosis akan menghasilkan sikap defleksi (Sondakh, 2013).

(2) Letak (*Lie* atau *Situs*)

Letak adalah hubungan antara sumbu panjang (punggung) janin terhadap sumbu panjang (punggung) ibu. Letak janin dibagi menjadi tiga, yaitu sebagai berikut.

(a) letak membujur (*longitudinal*) : letak kepala (letak puncak kepala, dahi, muka), letak sungsang/bokong (*complete breech, frank breech, incomplete breech*)

(b) letak lintang (*transverse lie*)

(c) letak miring (*oblique lie*) : letak kepala menolak dan letak bokong menolak

c) Posisi

Posisi merupakan indikator untuk menetapkan arah bagian terendah janin apakah sebelah kanan, kiri, depan, atau belakang kepala, ubun-ubun kecil kiri depan atau kanan belakang (Rohani, 2011).

d) Kelainan – kelainan Janin

(1) Kelainan Bentuk

Beberapa kelainan bentuk yang dapat terjadi pada janin adalah hidrosefalus, pertumbuhan janin yang berlebihan (makrosomia), dan janin kembar melekat (*double monster*)

(2) Kelainan Presentasi

Beberapa kelainan presentasi yang dapat terjadi pada janin adalah presentasi muka, presentasi dahi, presentasi puncak kepala (*indeferen*)

(3) Kelainan Letak

Beberapa kelainan letak yang dapat terjadi pada janin adalah letak dahi, letak sungsang, letak lintang, dan letak majemuk.

2) Plasenta

Plasenta merupakan bagian dari *passenger* yang menyerupai janin dan dilahirkan melalui jalan lahir.

a) Struktur plasenta

- (1) Berbentuk bundar atau oval dengan diameter 15-20 cm, dan tebal 2-3 cm
- (2) Berat rata-rata 500-600 gram
- (3) Tali pusat yang menghubungkan plasenta memiliki panjang 25-60 cm
- (3) Letak plasenta berada di depan atau di belakang dinding uterus, agak ke atas ke arah fundus uteri

b) Bagian plasenta

- (1) Bagian janin (*fetal portion*), terdiri atas korion frondosum dan vili
- (2) Bagian Maternal (*maternal portion*), terdiri atas desidua kompakta yang berasal dari beberapa lobus dan kotiledon sebanyak 15-20 buah.
- (3) Tali pusat

c) Fungsi Plasenta

- (1) Pertukaran produk-produk metabolisme dan produk gas antara peredaran darah ibu dan janin
- (2) Pembentukan hormon steroid (estrogen dan progesteron) dan hormon protein
- (3) Penghasil enzim (alkalin fosfatase, oksitosin, protein spesifik kehamilan)
- (4) Sebagai barrier atau penghalang terhadap janin dari kemungkinan masuknya mikroorganisme/ kuman. (Sondakh, 2013)

3) Air Ketuban

Waktu persalinan, air ketuban membuka serviks dengan mendorong selaput janin ke dalam ostium uteri, bagian selaput janin di atas ostium uteri yang menonjol waktu terjadi his disebut ketuban, dan ketuban inilah yang membuka serviks (Rohani, 2011).

d. Psikologis

Lancar atau tidaknya persalinan bergantung pada kondisi biologis ibu yang dapat pula dipengaruhi oleh kondisi psikis ibu. Pada fase persalinan terjadi peningkatan kecemasan, dengan meningkatnya kecemasan akan meningkatkan intensitas nyeri. Rasa takut dan cemas yang dialami ibu akan berpengaruh pada lamanya persalinan, his kurang baik, dan pembukaan yang kurang lancar (Sondakh, 2013).

e. Penolong

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

2.1.6 Mekanisme Persalinan

Menurut Rohani (2011), gerakan – gerakan utama dari mekanisme persalinan adalah sebagai berikut.

a. Penurunan Kepala

Pada primigravida masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul biasanya sudah terjadi pada bulan terakhir dari kehamilan, tetapi pada multigravida biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan, Masuknya kepala ke dalam PAP biasanya dengan sutura sagitalis melintang dan dengan fleksi yang ringan. Masuknya kepala melewati pintu atas panggul

(PAP) dapat dalam keadaan asinklitismus yaitu bila sutura sagitalis terdapat di tengah – tengah jalan lahir tepat di antara simfisis dan promontorium.

Pada sinklitismus, os pariental depan dan belakang sama tingginya. Jika sutura sagitalis agak kedepan mendekati simfisis atau agak ke belakang mendekati promontorium, maka dikatakan kepala dalam keadaan asinklitismus. Ada dua jenis asinklitismus yaitu sebagai berikut.

- 1) Asinklitismus anterior : bila sutura sagitalis mendekati simpfisis dan os. pariental belakang lebih rendah dari os. pariental depan.
- 2) Asinklitismus posterior : bila sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os. pariental depan lebih rendah dari os. periental belakang.

Penurunan kepala lebih lanjut terjadi pada kala I dan kala II persalinan. Hal ini disebabkan karena adanya kontraksi dan retraksi dari segmen atas rahim yang menyebabkan tekanan langsung fundus pada bokong janin. Dalam waktu yang bersamaan terjadi relaksasi dari segmen bawah rahim sehingga terjadi penipisan dan dilatasi serviks. Keadaan ini menyebabkan bayi terdorong ke dalam jalan lahir. Penurunan kepala ini dapat disebabkan karena tekanan cairan intrauterin, kekuatan meneran, atau adanya kontraksi otot-otot abdomen dan melurusnya badan anak.

b. Fleksi

Pada awal persalinan, kepala bayi dalam keadaan fleksi yang ringan. Dengan majunya kepala biasanya fleksi dapat bertambah. Pada pergerakan ini, dagu dibawa lebih dekat ke arah dada janin sehingga ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun-ubun

besar. Fleksi dapat disebabkan karena anak didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari serviks, dinding pelvis, dan dasar pelvis. Dengan adanya fleksi, diameter suboccipito bregmatika (9,5) menggantikan diameter suboccipito frontalis (11 cm). Sampai di dasar panggul, biasanya kepala janin berada dalam keadaan fleksi maksimal.

c. Rotasi Dalam (Putaran Paksi Dalam)

Rotasi paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan janin memutar ke depan ke bawah simfisis. Pada presentasi belakang kepala, bagian yang terendah ialah daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar ke depan ke arah simfisis. Rotasi dalam penting untuk menyelesaikan persalinan karena merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bidang tengah dan pintu bawah panggul.

d. Ekstensi

Sesudah kepala janin sampai di dasar panggul dan ubun-ubun kecil berada di bawah simfisis, maka terjadilah ekstensi dari kepala janin. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan ke atas sehingga kepala harus mengadakan fleksi untuk melewatinya. Jika kepala yang fleksi penuh pada waktu mencapai dasar panggul tidak melakukan ekstensi, maka kepala akan tertekan pada perineum dan dapat menembusnya. Suboksiput yang tertahan pada pinggir bawah simfisis akan menjadi pusat pemutaran (*hypomochlion*), maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum : ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut, dan dagu bayi dengan gerakan ekstensi.

e. Rotasi Luar (Putaran Paksi Luar)

Kepala yang sudah lahir selanjutnya mengalami restitusi yaitu kepala bayi memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putara paksi dalam. Bahu melintasi pintu dalam keadaan miring. Di dalam rongga panggul, bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya sehingga di dasar panggul setelah kepala bayi lahir, bahu mengalami putaran dalam dimana ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul. Bersamaan dengan itu kepala bayi juga melanjutkan putaran hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadikum sepihak.

f. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai di bawah simfisis dan menjadi hipomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Setelah kedua bahu bayi lahir, selanjutnya seluruh badan bayi dilahirkan searah dengan sumbu jalan lahir. Dengan kontraksi yang efektif, fleksi kepala yang adekuat, dan janin dengan ukuran yang rata-rata, sebagian besar oksiput yang posisinya posterior berputar cepat segera setelah mencapai dasar panggul sehingga persalinan tidak begitu bertambah panjang.

2.1.7 Tahapan Persalinan

Tahapan persalinan dibagi menjadi empat, yaitu :

a. Kala I (Kala Pembukaan)

Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran-pergeseran, ketika serviks mendatar dan membuka. Kala I persalinan dimulai

sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks 1cm hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm).

Persalinan kala I dibagi menjadi 2 fase yaitu fase laten dan fase aktif.

1) Fase laten

Fase laten merupakan pembukaan serviks yang berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, pada primipara berlangsung dalam ± 8 jam dan pada multipara berlangsung dalam ± 6 jam.

2) Fase aktif

Fase aktif merupakan pembukaan serviks dimulai dari 4-10 cm, pada primipara berlangsung selama ± 6 jam, dan pada multipara berlangsung ± 3 jam.

Pada fase aktif persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian terbawah janin. Berdasarkan kurve Friedman, diperhitungkan pembukaan pada primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/ jam. Mekanisme pembukaan serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primigravida, ostium uteri internum akan membuka lebih dulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis, kemudian ostium internum sudah sedikit terbuka. Ostium uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam waktu yang sama. (Rohani, 2011)

1) Perubahan Fisiologi pada Kala I

a) Sistem Reproduksi

(1) Segmen Atas Rahim (SAR) dan Segmen Bawah Rahim (SBR)

Saat segmen atas rahim berkontraksi, ia akan menjadi tebal dan mendorong janin keluar, sedangkan segmen bawah rahim dan serviks mengadakan relaksasi dan dilatasi menjadi saluran yang tipis dan teregang yang akan dilalui oleh bayi.

(2) Uterus

Saat mulai persalinan, jaringan dari miometrium berkontraksi dan berelaksasi seperti otot pada umumnya. Pada saat retraksi, ia akan kembali ke ukuran semula tapi berubah ke ukuran yang lebih pendek secara progresif. Dengan perubahan bentuk otot uterus pada proses kontraksi, relaksasi, dan retraksi, maka kavum uterus akan menjadi semakin mengecil. Proses ini merupakan salah satu faktor yang menyebabkan janin turun ke pelvis.

(3) Serviks

Kala I persalinan dimulai dari munculnya kontraksi persalinan yang ditandai dengan perubahan serviks progresif dan diakhiri dengan pembukaan serviks lengkap.

(a) Pendataran

Pendataran adalah pemendekan dari kanalis servikalis yang semula berupa saluran yang panjangnya beberapa milimeter sampai 3 cm menjadi satu lubang dengan pinggir yang tipis.

(b) Pembukaan

Pembukaan terjadi sebagai akibat dari kontraksi uterus serta tekanan yang berlawanan dari kantong membran dan bagian bawah janin. Pada primigravida pembukaan didahului oleh pendataran serviks, sedangkan pada multigravida pembukaan serviks dapat terjadi bersamaan dengan pendataran.

b) Sistem Kardiovaskular

(1) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama terjadinya kontraksi (sistol rata-rata naik) 10-20 mmHg, diastol naik 5-10 mmHg. Antara kontraksi, tekanan darah kembali seperti saat sebelum persalinan. Rasa saikit, takut, dan cemas akan meningkatkan tekanan darah.

(2) Detak Jantung

Berhubungan dengan peningkatan metabolisme, detak jantung akan meningkat selama kontraksi. Antara kontraksi, detak jantung meningkat dibandingkan sebelum persalinan.

(3) Jantung

Pada setiap kontraksi, 400 ml darah dikeluarkan dari uterus dan masuk ke dalam sistem vaskular ibu. Hal ini menyebabkan peningkatan curah jantung sebesar 10-15%.

(4) Hematologi

Hemoglobin meningkat sampai 1,2 gr/100 ml selama persalinan dan akan kembali sebelum persalinan sehari pasca persalinan, kecuali terdapat perdarahan

postpartum. Waktu koagulasi darah akan berkurang dan terjadi peningkatan plasma. Sel-sel darah putih secara progresif akan meningkat selama kala I persalinan sebesar 5.000-15.000 WBC pada pembukaan lengkap. Serta gula darah akan berkurang yang disebabkan karena peningkatan kontraksi uterus dan otot-otot tubuh.

c) Metabolisme

Selama persalinan, metabolisme karbohidrat secara aerob maupun anaerob akan naik secara perlahan dan terus-menerus. Hal ini disebabkan karena kecemasan dan kegiatan otot kerangka tubuh. Tanda peningkatan kegiatan metabolisme tubuh adalah adanya kenaikan suhu tubuh, denyut jantung, pernapasan, curah jantung, dan kehilangan cairan.

d) Suhu Tubuh

Suhu tubuh selama persalinan akan meningkat, hal ini terjadi karena terjadinya peningkatan metabolisme. Peningkatan suhu tubuh tidak boleh lebih dari 0,5-1°C.

e) Sistem Pernapasan

Peningkatan laju pernapasan selama persalinan adalah normal, hal ini mencerminkan adanya kenaikan metabolisme. Hiperventilasi yang terjadi dalam waktu yang lama menunjukkan kondisi tidak normal dan bisa menyebabkan alkalosis.

f) Sistem Perkemihan

Selama persalinan wanita dapat mengalami kesulitan untuk berkemih secara spontan akibat berbagai alasan seperti edema jaringan akibat tekanan bagian presentasi, rasa tidak nyaman, sedasi, dan rasa malu. Proteinuria +1 dapat dianggap normal karena hal

tersebut terjadi karena respon rusaknya jaringan otot akibat kerja fisik selama persalinan.

Poliuria sering terjadi selama persalinan yang disebabkan oleh peningkatan curah jantung, peningkatan filtrasi dalam glomerulus, dan peningkatan aliran plasma ginjal.

g) Gastrointestinal

Motilitas lambung dan absorpsi makanan padat secara substansi berkurang sangat banyak selama persalinan. Selain itu, berkurangnya pengeluaran getah lambung menyebabkan aktivitas pencegahan hampir terhenti dan pengosongan lambung menjadi sangat lambat, cairan tidak berpengaruh dan meninggalkan perut dalam waktu biasa. Mual dan muntah dapat terjadi sampai ibu mencapai kehamilan kala I.

h) Sistem Endokrin

Sistem endokrin akan diaktifkan selama persalinan dimana terjadi penurunan kadar progesteron dan peningkatan kadar estrogen, prostaglandin, dan oksitosin.

i) Perubahan Integumen

Adaptasi sistem integumen khususnya distensibilitas yang besar pada introitus vagina yang terbuka. Derajat distensibilitas bervariasi pada ibu yang melahirkan. Walaupun tanpa episiotomi atau laserasi, robekan kecil pada kulit sekitar introitus vagina mungkin terjadi.

j) Perubahan Muskuloskeletal

Perubahan metabolisme dapat mengubah keseimbangan asam basa, cairan tubuh, dan darah sehingga menambah terjadinya kram pada kaki. (Rohani, 2011)

3) Perubahan Psikologis pada Kala I

a) Kala I Fase Laten

Seiring dengan kemajuan proses persalinan dan intensitas rasa sakit akibat his yang meningkat, pasien akan mulai merasakan putus asa dan lelah. Pada saat dilakukan pemeriksaan dalam pasien akan merasa senang dan berharap bahwa hasil pemeriksaan mengindikasikan proses persalinan akan segera berakhir. Beberapa pasien akan dapat mencapai suatu *coping mechanism* terhadap rasa sakit akibat his dengan pengaturan nafas dan dengan posisi yang dirasa paling nyaman.

b) Kala I Fase Aktif

Memasuki kala I fase aktif, sebagian besar pasien akan mengalami penurunan stamina dan sudah tidak mampu untuk turun dari tempat tidur, terutama pada primipara. Pada fase ini pasien tidak suka jika diajak bicara atau diberi nasehat mengenai apa yang seharusnya ia lakukan. Ia lebih fokus untuk mengendalikan rasa sakit dan keinginan untuk meneran. Jika ia tidak dapat mengendalikan rasa sakit dengan pengaturan nafas yang benar, maka ia akan mulai menangis atau bahkan berteriak-teriak dan mungkin akan meluapkan kemarahan kepada suami atau orang terdekatnya. Perhatian keluarga yang memberikan dukungan mental tidak akan bermanfaat dan bahkan akan sangat menggangukannya. Kondisi ruangan yang tenang dan tidak banyak orang akan sedikit mengurangi perasaan kesalnya.

b. Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Kala II persalinan dimulai ketika pembukan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II pada primipara berlangsung selama 2 jam dan pada multipara 1 jam dengan tanda dan gejala kala II, sebagai berikut : (JNPK-KR, 2017)

- 1) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit.
- 2) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- 3) Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan/atau vagina.
- 4) Perineum terlihat menonjol.
- 5) Vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka.
- 6) Peningkatan pengeluaran lendir dan darah.

1) Perubahan Fisiologis Kala II

a) Kontraksi dan Dorongan Otot-Otot Dinding Uterus

Pada kala II, kontraksi uterus menjadi lebih kuat dan lebih cepat setiap 2 menit sekali dengan durasi >40 detik, dan intensitas semakin lama semakin kuat. Karena pada tahap ini kepala janin sudah masuk dalam ruang panggul, maka pada his dirasakan adanya tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara refleks menimbulkan rasa ingin meneran.

b) Uterus

Saat ada his, uterus teraba sangat keras karena seluruh ototnya berkontraksi. Proses ini akan efektif jika his bersifat fundal dominan, yaitu kontraksi didominasi oleh otot fundus yang menarik otot bawah rahim ke atas sehingga akan menyebabkan pembukaan serviks dan dorongan janin kebawah secara alami.

c) Serviks

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

d) 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.

e) Tekanan Darah

Tekanan darah dapat meningkat lagi 15-25 mmHg selama kala II persalinan. Rata-rata normal peningkatan tekanan darah selama kala II adalah 10 mmHg.

f) Metabolisme

Peningkatan Metabolisme terus berlanjut hingga kala II persalinan. Upaya meneran pasien menambah aktivitas otot-otot rangka sehingga meningkatkan metabolisme.

g) 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.

h) Suhu

Peningkatan suhu tertinggi terjadi pada saat proses persalinan dan segera setelahnya. Peningkatan suhu normal adalah 0,5-1°C.

i) Perubahan Gastrointestinal

Penurunan motilitas lambung dan absorpsi yang hebat berlanjut sampai pada kala II. Biasanya mual dan muntah pada saat transisi akan mereda selama kala II persalinan.
(Sulistyawati, 2013)

c. Kala III (Kala Pengeluaran Plasenta)

Kala III persalinan dimulai setelah bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban, seluruh proses berlangsung tidak lebih dari 30 menit setelah bayi lahir. Proses lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda seperti uterus menjadi bundar, uterus terdorong keatas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim, tali pusat bertambah panjang, dan terjadi semburan darah secara tiba-tiba (Sondakh, 2013).

1) Perubahan Fisiologis Kala III

Kala II merupakan periode waktu dimana penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Oleh karena tempat perlekatan menjadi kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, maka plasenta menjadi berlipat, menebal, dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau kedalam rongga vagina (Rohani, 2011).

2) Mekanisme Pelepasan Plasenta

Pemisahan plasenta ditimbulkan dari kontraksi dan retraksi miometrium sehingga mempertebal dinding uterus dan mengurangi ukuran area plasenta. Area plasenta menjadi lebih kecil sehingga plasenta mulai memisahkan diri dari dinding uterus karena plasenta tidak elastis seperti uterus dan tidak dapat berkontraksi atau beretraksi. Pada area pemisahan, bekuan darah retroplasenta terbentuk. Berat bekuan darah menambah tekanan pada plasenta dan selanjutnya membantu pemisahan (Rohani, 2011).

Ada dua metode pelepasan plasenta, yaitu sebagai berikut :

a) Metode Schultze

Plasenta terlepas dari satu titik dan merosot ke vagina melalui lubang amnion, permukaan fetal plasenta muncul pada vulva dengan selaput ketuban yang mengikuti dibelakang seperti payung terbalik saat terkelupas dari dinding uterus.

b) Metode Matthews Duncan

Plasenta turun melalui bagian samping dan masuk ke vulva dengan pembatas lateral terlebih dahulu. Pada metode ini, kemungkinan terjadinya bagian selaput ketuban yang tertinggal lebih besar karena selaput ketuban tersebut tidak terkelupas semua selengkap metode Schultze.

Selain pelepasan plasenta, ada pula fase pengeluaran plasenta yang dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut :

Kustner : Meletakkan tangan dengan tekanan pada atau diatas simfisis, kemudian tali pusat di regangkan, bila tali pusat masuk berarti belum lepas, bila tali pusat diam atau maju atau memanjang berarti plasenta sudah lepas.

(1) Klein : Sewaktu ada his kita dorong rahim sedikit ke atas, bila tali pusat kembali berarti belum lepas, bila diam atau turun berarti sudah terlepas.

(2) Strastman : Tegangkan tali pusat dan ketuk pada fundus, bila tali pusat bergetar berarti belum lepas, bila tidak bergetar berarti sudah terlepas. (Rohani, 2011)

d. Kala IV (Kala Pengawasan)

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir 2 jam setelah proses tersebut. Observasi yang dilakukan pada kala IV meliputi tingkat kesadaran pasien, pemeriksaan tanda-tanda vital, kontraksi uterus, dan terjadinya perdarahan (normal 400-500 cc) (Sulistyawati, 2013).

1) Perubahan Fisiologis Kala IV

a) Uterus terletak ditengah abdomen kurang lebih $\frac{2}{3}$ sampai $\frac{3}{4}$, antara simfisis pubis sampai umbilicus. Jika uterus ditemukan dibagian tengah, diatas umbilicus, maka hal tersebut menandakan adanya darah dan bekuan di dalam uterus yang perlu ditekan dan 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

Keadaan serviks, vagina, dan perineum diinspeksi untuk melihat adanya laserasi, memar, dan pembentukan hematoma awal. Oleh karena inspeksi serviks dapat menyakitkan bagi ibu, maka hanya dilakukan jika ada indikasi. Segera setelah kelahiran, serviks akan berubah menjadi bersifat patulous, terkulai, dan tebal. Tonus vagina dan tampilan jaringan vagina dipengaruhi oleh peregangan yang telah terjadi selama kala II persalinan. Adanya edema atau memar pada introitus atau area perineum sebaiknya dicatat.

c) Plasenta, Membran, dan Tali Pusat

Inspeksi unit plasenta membutuhkan kemampuan bidan untuk mengidentifikasi tipe-tipe plasenta dan insersi tali pusat. Bidan harus waspada apakah plasenta dan membrane lengkap, serta apakah terdapat abdominalitas, seperti ada simpul sejati pada tali pusat.

d) Penjahitan Episiotomi dan Laserasi

Penjahitan episiotomy dan laserasi memerlukan pengetahuan anatomi perineum, tipe jahitan, hemostatis, pembedahan aseptis, dan penyembuhan luka. Bidan juga

harus mengetahui tipe benang dan jarum, instrument standar, dan peralatan yang tersedia dilingkungan praktik.

2.1.8 Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

Asuhan kebutuhan dasar yang harus dipenuhi ibu bersalin menurut Rohani (2011) adalah sebagai berikut.

a. Asuhan Tubuh Dan Fisik

Asuhan ini berorientasi pada tubuh ibu selama dalam proses persalinan, hal ini dapat menghindarkan ibu dari infeksi. Asuhan yang dapat diberikan yaitu menjaga kebersihan diri, berendam, perawatan mulut, dan pengisapan.

b. Kehadiran Seorang Pendamping

kehadirang seorang pendamping berfungsi untuk mengurangi rasa sakit, membuat waktu persalinan lebih singkat, dan menurunkan kemungkinan persalinan dengan tindakan. Hal ini dikarenakan ibu bersalin lebih mudah mengungkapkan keinginan dan kebutuhannya saat persalinan pada pendampingnya seperti suami, ibu, ataupun keluarganya.

c. Pengurangan Rasa Nyeri

Pengurangan rasa nyeri dapat dilakukan dengan cara mengurangi rasa sakit langsung pada sumbernya, memberikan rangsanagn alternatif yang kuat, mengurangi reaksi mental negatif, emosional, dan reaksi ibu terhadap rasa sakit.

d. Penerimaan terhadap Sikap dan Perilakunya

Beberapa ibu mungkin akan berteriak pada puncak kontraksi, berusaha untuk diam, dan ada pula yang menangis. Itu semua merupakan tingkah laku yang pada saat itu dapat

dilakukannya. Sebagai seorang bidan yang dapat dilakukan adalah dengan menyemangatnya dan bukan memarahinya.

e. Informasi dan Kepastian tentang Hasil Persalinan yang Aman

Setiap ibu membutuhkan informasi tentang kemajuan persalinannya, sehingga ia mampu mengambil keputusan dan ia juga perlu diyakinkan bahwa kemajuan persalinannya normal. Setiap ibu selalu ingin mengetahui apa yang terjadi pada tubuhnya seperti penjelasan tentang proses dan perkembangan persalinan, hasil pemeriksaan, pengurangan rasa takut akan menurunkan nyeri, dan penjelasan tentang prosedur dan adanya pembatasan. Hal ini memungkinkan ibu bersalin merasa aman dan dapat mengatasinya secara efektif.

2.1.9 Asuhan Persalinan Normal

a. Langkah APN menurut JPNKKR, 2017

1) Mengenali tanda dan gejala kala II

- a) Ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran
- b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum
- c) Perineum menonjol
- d) Vulva dan sfingter ani membuka

2) Siapkan dan pastikan kelengkapan peralatan (patahkan ampul dan masukkan alat suntik sekali pakai kedalam partus set)

3) Pakai celemek plastik

4) Lepaskan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih dan air mengalir, kemudian keringkan tangan dengan tisu 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 suntik (gunakan tangan kanan yang memakai sarung tangan DTT atau steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).
- 7) Bersihkan vulva dan perineum dengan hati-hati (jari tidak menyentuh vulva dan perineum) dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.
- 8) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap
- 9) Dekontaminasi sarung tangan dengan mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam kedalam keadaan terbalik dalam larutan 0,5% selama 10 menit.
- 10) Periksa detak jantung janin (DJJ) setelah kontraksi/saat uterus relaksasi untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit).
- 11) Beritahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, serta bantu ibu dalam menentukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya
- 12) Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran. (Bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).
- 13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran
 - a) Bimbing agar ibu dapat meneran secara benar dan efektif.
 - b) Dukung 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 beristirahat saat tidak berkontraksi.
 - e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat ibu
 - f) Berikan cukup asupan makan dan minum.
- 14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
 - 15) Letakkan handuk (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
 - 16) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
 - 17) Buka tutup partus set dan perhatikan kelengkapan alat.
 - 18) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
 - 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 kepala bayi tetap fleksi agar tidak defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal saat 1/3 bagian kepala bayi telah keluar dari vagina
 - 20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan kelahiran bayi.
 - 21) Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
 - 22) Setelah kepala lahir melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi.dengan lembut gerakkan kepala

kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakkan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

- 23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan atas kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan, dan siku setelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- 24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya)
- 25) Lakukan penilaian (selintas)
 - a) Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan
 - b) Apakah bayi bergerak dengan aktif
- 26) Keringkan tubuh bayi
- 27) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.
- 28) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.
- 29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir. Suntikkan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral.
- 30) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari tali pusat bayi. Mendorong isi tali pusat kearah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
- 31) Pemotongan dan pengikatan tali pusat.
- 32) Letakkan bayi agar ada kontak kulit bayi, letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu . Usahakan kepala

bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.

- 33) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- 34) Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, pada tepi atas simfisis, untuk mendeteksi adanya kontraksi. Tangan yang lain memegang tali pusat.
- 35) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah dorso kranial secara hati-hati. Pertahankan dorso kranial selama 30-40 detik. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan PTT dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas.
- 36) Lakukan PTT saat ada kontraksi, minta ibu meneran sambil menolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir.
- 37) Saat plasenta muncul diintroitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta (searah jarum jam) hingga selaput ketuban terpilin dan kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.
- 38) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi.
- 39) Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi, dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta kedalam kantung plastik atau tempat khusus.

- 40) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.
- 41) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 42) Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh lakukan kateterisasi..
- 43) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh dan bilas di air DTT tanpa melepas sarung tangan, kemudian keringkan dengan handuk
- 44) Ajarkan ibu/ keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi..
- 45) Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.
- 46) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- 47) Periksa bayi untuk pastikan bahwa bayi bernapas baik (40-60x/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5°C).
- 48) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi.
- 49) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai.
- 50) Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 51) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI, anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
- 52) Dekontaminasi tempat bersalian dengan larutan klorin 0,5%.
- 53) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

- 54) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 55) Pakai sarung tangan bersih/ DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi.
- 56) Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir. Pastikan kondisi bayi baik. Pernafasan normal (40-60 kali/menit) dan temperature tubuh normal (36,5-37,5°C) setiap 15 menit.
- 57) Setiap 1 jam pemberian vitamin K, berikan suntikan Hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
- 58) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 59) Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

2.1.10 Cara Pengisian Partograf

Tujuan utama penggunaan partograf yaitu mencatat hasil observasi dan menilai kemajuan persalinan dan deteksi apakah persalinan berjalan dengan normal atau terdapat penyimpangan, dengan demikian dapat melakukan deteksi dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama.

Menurut Rohani pencatatan partograf pada fase aktif persalian berisikan tentang

- a. Informasi tentang ibu
- b. Keselamatan dan kenyamanan janin

Kolom pertama adalah digunakan untuk mengamati kondisi janin seperti DJJ, air ketuban, dan penyusupan (kepala janin), yaitu sebagai berikut:

1) Detak jantung janin

Menilai dan mencatat detak jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Tiap kotak menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus. Kisaran normal DJJ 120-160 x/menit.

2) Warna dan adanya air ketuban

Menilai air ketuban dilakukan bersamaan dengan periksa dalam. Warna air ketuban hanya bisa dinilai jika selaput ketuban telah pecah. Lambang untuk menggambarkan ketuban atau airnya:

U : Selaput ketuban utuh (belum pecah)

J : Selaput ketuban telah pecah dan air ketuban jernih

M : Selaput ketuban telah pecah dan air ketuban bercampur mekonium

D : Selaput ketuban telah pecah dan air ketuban bercampur darah

K : Selaput ketuban telah pecah dan air ketuban kering (tidak mengalir lagi)

Mekonium dalam air ketuban tidak selalu berarti gawat janin. Merupakan indikasi gawat janin jika juga disertai DJJ diluar rentang nilai normal

3) Penyusupan (molase) tulang kepala

Penyusupan tulang kepala merupakan indikasi penting seberapa jauh janin dapat menyesuaikan dengan tulang punggung ibu. semakin besar penyusupan semakin

besar penyusupan semakin besar kemungkinan disporposi kepala panggul.

Lambang yang digunakan:

0 : Tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura mudah dipalpasi

1 : Tulang-tulang kepala janin sudah saling bersentuhan

2 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih bisa dipisahkan

3 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak bisa dipisahkan.

4) Kemajuan persalinan

Kolom kedua untuk mengawasi kemajuan persalian yang meliputi: pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah janin, garis waspada dan garis bertindak dan waktu, yaitu:

a) Pembukaan serviks

Angka pada kolom kiri 0-10 menggambarkan pembukaan serviks. Menggunakan tanda X pada titik silang antara yang sesuai dengan temuan pertama pada pembukaan serviks pada fase aktif dengan garis waspada. Hubungan tanda X dengan garis lurus tidak terputus.

b) Penurunan bagian terbawah janin

Tulisan “turunnya kepala” dan garis tidak terputus dari 0-5 pada sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda “o” pada waktu yang sesuai dan hubungkan dengan garis lurus.

c) Garis waspada

Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada, maka waspadai kemungkinan adanya penyulit persalinan. Jika persalinan telah

berada di sebelah kanan garis bertindak yang sejajar dengan garis waspada maka perlu segera dilakukan tindakan penyelesaian persalinan.

d) Jam dan waktu

Waktu berada di bagian bawah kolom terdiri dari atas waktu mulainya fase aktif persalinan dan waktu aktual saat pemeriksaan. Waktu mulainya fase aktif persalinan diberi angka 1-16, setiap kotak 1 jam., yang digunakan untuk menentukan lamanya proses persalinan telah berlangsung.

e) Kontraksi uterus

Terdapat 5 kotak mendatar untuk kontraksi. Pemeriksaan dilakukan setiap 30 menit, raba dan catat jumlah dan durasi kontraksi dalam 10 menit.

f) Obat dan cairan yang diberikan

Catat obat dan cairan yang diberikan di kolom yang sesuai. Untuk oksitosin dicantumkan dalam jumlah tetesan dan unit yang diberikan.

g) Kesehatan dan kenyamanan ibu

(1) Catat nadi ibu setiap 30 menit dan beri tanda titik (.) pada kolom yang sesuai

(2) Ukur tekanan darah ibu tiap 10 menit dan beri tanda pada kolom yang sesuai

(3) Temperatur dinilai setiap dua jam dan catat di tempat ang sesuai

(4) Volume urine, protein dan aston lakukan tiap 2 jam jika memungkinkan.

h) Pencatatan pada lembar belakang partograf

Data atau informasi umum nilai dan catat asuhan yang di berikan pada kala I hingga kala IV dan penatalaksanaan pada bayi baru lahir. Diisi dengan tanda centang dan diisi titik yang disediakan sesuai dengan asuhan.

5) Penapisan pada saat persalinan

Menurut Rohani ,bidan harus merujuk apabila didapati salah satu atau lebih penyulit seperti yang ada pada lembar penapisan.

2.2 KONSEP MANAJEMEN KEBIDANAN PADA IBU PERSALINAN

2.2.1 Manajemen Kebidanan Kala I

a. Pengkajian Data Dasar

1) Data Subjektif

a) Biodata

(1) Nama : Dikaji untuk mengetahui identitas klien agar tidak terdapat kekeliruan antara klien satu dengan yang lainnya, serta upaya bidan memanggil nama panggilan agar hubungan komunikasi lebih akrab.

(2) Usia : Digunakan untuk menentukan apakah ibu dalam persalinan berisiko karena usia atau tidak. Apabila usia ibu ≥ 35 tahun atau ≤ 16 tahun dapat membahayakan keselamatan dan kesehatan janin dalam kandungan.

(3) Agama : Dikaji untuk memudahkan bidan dalam memberikan konseling sesuai dengan kepercayaan yang dianut.

(4) Pendidikan terakhir : Dikaji untuk mengetahui pendidikan terakhir klien sehingga memudahkan bidan dalam memberikan konseling atau nasehat.

(5) pekerjaan: Data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi, pola sosialisasi, dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan.

(6) Suku/bangsa : Data ini berhubungan dengan sosial budaya yang dianut oleh pasien dan keluarga yang berkaitan dengan persalinan.

(7) Alamat : Data yang menggambarkan mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan. (Sulistyawati, 2013)

c) Keluhan utama

Keluhan utama ibu meliputi apa yang ibu rasakan (kapan mulai terasa kencengkeng, bagaimana intensitas dan frekuensinya, apakah ada pengeluaran cairan dari vagina, dan lendir yang disertai darah, dan keluhan lainnya) dan tindakan apa saja yang sudah dilakukan.

d) Riwayat menstruasi

(1) Menarche

Menarche pada wanita Indonesia pada usia sekitar 12-16 tahun yang berhubungan dengan kesuburan wanita dan keluhan-keluhan yang timbul saat menstruasi.

(2) Siklus

Siklus menstruasi adalah jarak antara menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya dalam hitungan hari, biasanya sekitar 23-32 hari. Yang berhubungan HPHT.

(3) Volume

Data ini menjelaskan seberapa banyak darah menstruasi yang dikeluarkan dan dapat dikaitkan dengan usia kehamilan.

(4) Keluhan

Beberapa wanita memiliki keluhan ketika mengalami menstruasi. Keluhan yang biasanya dikeluhkan adalah *dysmenorrhea*.

(5) HPHT

HPHT merupakan data dasar yang diperlukan untuk menentukan usia kehamilan

e) Riwayat kesehatan

Data dari riwayat kesehatan ini dapat kita gunakan sebagai “*warning*” akan adanya penyulit dalam persalinan. Beberapa data penting tentang riwayat kesehatan yang perlu kita ketahui adalah apakah ibu pernah atau sedang menderita penyakit seperti jantung, diabetes mellitus, ginjal, hipertensi, hepatitis, atau anemia

f) Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Riwayat kehamilan diperlukan penjelasan tentang jumlah gravida dan para untuk mengidentifikasi masalah potensial pada kelahiran kali ini dan periode pascapartum. Paritas/para mempengaruhi durasi persalinan dan insiden komplikasi. Semakin tinggi paritas insiden abrupsi plasenta, plasenta previa, perdarahan uterus, mortalitas juga meningkat.

Data persalinan diperlukan informasi tentang jarak antara dua kelahiran, tempat melahirkan, cara melahirkan (spontan, vakum, forsep atau operasi), masalah atau gangguan yang timbul pada saat hamil dan melahirkan seperti perdarahan, letak sungsang, pre eklamsi dsb, berat dan panjang bayi waktu lahir jenis kelamin, kelainan yang menyertai bayi, bila bayi meninggal apa penyebabnya.

Data nifas diperlukan untuk mengetahui apakah dalam riwayat nifas yang lalu ibu ada penyulit atau kelainan yang akan mempengaruhi persalinan yang sekarang.

g) Riwayat kehamilan sekarang

Diperlukan untuk mengidentifikasi masalah potensial yang mungkin dapat terjadi dalam proses persalinan dan setelah melahirkan.

h) Riwayat pernikahan

Data ini penting untuk kita kaji karena dari data ini kita akan mendapatkan gambaran mengenai suasana rumah tangga pasangan serta kepastian mengenai siapa yang akan mendampingi persalinan

i) Pola Aktivitas Sehari-hari

(1) Pola nutrisi

Pola makan ini penting untuk diketahui agar bisa mendapatkan gambaran mengenai asupan gizi ibu selama hamil sampai dengan masa awal persalinan, sedangkan jumlah cairan sangat penting diketahui karena akan menentukan kecenderungan terjadinya dehidrasi. Data fokus yang perlu ditanyakan adalah kapan atau jam berapa terakhir kali makan serta minum, makanan yang dimakan, jumlah makanan yang dimakan, berapa banyak yang diminum, apa yang diminum.

(2) Pola Eliminasi

Hal yang perlu dikaji adalah BAB dan BAK terakhir. Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin. Apabila ibu belum BAB kemungkinan akan dikeluarkan selama persalinan, yang dapat mengganggu jika bersamaan dengan keluarnya kepala bayi.

(3) Pola istirahat

Istirahat sangat diperlukan oleh ibu untuk mempersiapkan energi menghadapi proses persalinannya, hal ini akan lebih penting jika proses persalinannya mengalami pemanjangan waktu pada kala I.

(4) Personal hygiene

Data ini perlu dikaji karena berkaitan dengan kenyamanan ibu dalam menjalani persalinannya

J) Riwayat psikososial dan budaya

Hal ini penting untuk kenyamanan psikologis ibu. Adanya respon yang positif terhadap persalinan akan mempercepat proses adaptasi dalam menerima kondisi dan perannya. Serta untuk mendapatkan data tentang adat istiadat yang dilakukan ketika menghadapi persalinan, salah satunya adalah persalinan yang ditolong oleh dukun bayi. Dukun bayi umumnya adalah perempuan, walaupun dalam berbagai kebudayaan tertentu, dukun bayi adalah laki-laki. *Paraji* di Sunda adalah dukun bayi perempuan. Sedangkan di Bali, *balian manak* pada masyarakat Bali Hindu umumnya adalah laki-laki berusia diatas 50 tahun. Selain itu, adanya adat melahirkan tanpa bantuan siapapun. Alasannya adalah karena kebudayaan yang bersangkutan memandang kelahiran sebagai masalah pribadi dan dari segi sopan santun perlu dijaga dari keterbukaan bagi orang lain.

2) Data Objektif

a) Keadaan Umum

(1) Baik

Jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.

(2) Lemah

Pasien kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain dan pasien sudah tidak mampu berjalan sendiri.(Sulistyawati, 2013)

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien dari keadaan komposmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati, 2013).

c) Tanda Vital

Untuk mengenali dan mendeteksi kelainan dan penyulit atau komplikasi yang berhubungan dengan tanda-tanda vital pasien.

(1)Tekanan Darah

Kenaikan atau penurunan tekanan darah merupakan indikasi adanya gangguan hipertensi dalam kehamilan atau syok. Peningkatan tekanan darah sistol dan diastole dalam batas normal dapat mengindikasikan ansietas atau nyeri.

(2)Nadi

Peningkatan denyut nadi dapat menunjukkan adanya infeksi, syok, ansietas atau dehidrasi. Nadi yang normal adalah tidak lebih dari 100 kali per menit.

(3)Pernafasan

Peningkatan frekuensi pernafasan dapat menunjukkan ansietas atau syok.

(4)Suhu

Peningkatan suhu menunjukkan adanya proses infeksi atau dehidrasi.

d) Pemeriksaan fisik

(1) Muka

Hal yang perlu dikaji adalah bengkak/oedem (tanda preeklamsi), pucat (kemungkinan anemia), ekspresi ibu (gambaran kesakitan / ketidaknyamanan).

(2) Mata

Hal yang perlu dikaji adalah konjungtiva (kepucatan pada konjungtiva mengindikasikan terjadinya anemia yang mungkin dapat berpengaruh pada persalinannya), dikaji sklera, kebersihan, kelainan pada mata dan gangguan penglihatan.

(3) Mulut

Bibir yang pucat menandakan ibu mengalami anemia, bibir kering dapat menjadi indikasi dehidrasi.

(4) Leher

Digunakan untuk mengetahui apakah ada kelainan atau pembesaran pada kelenjar getah bening serta adanya parotitis.

(5) Dada

Dikaji apakah ada kelainan bentuk pada payudara, apakah ada perbedaan besar pada masing-masing payudara, adakah hiperpigmentasi pada areola, adakah teraba nyeri dan massa pada payudara, kolostrum, keadaan puting (menonjol, datar atau masuk ke dalam) dan kebersihan .

(6) Perut

Nilai adanya kelainan pada abdomen serta memantau kesejahteraan janin, kontraksi uterus dan menentukan kemajuan proses persalinan

(a) Bekas operasi SC

Digunakan untuk melihat apakah ibu pernah mengalami operasi SC, sehingga dapat ditentukan tindakan selanjutnya karena riwayat SC masuk kedalam penapisan persalinan

(b) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

TFU berkaitan dengan usia kehamilan (dalam minggu). Berat janin dan tinggi fundus yang lebih kecil daripada perkiraan kemungkinan menunjukkan kesalahan dalam menentukan tanggal HPHT, kecil masa kehamilan (KMK) atau oligohidramnion. Sedangkan berat janin dan tinggi fundus yang lebih besar menunjukkan ibu salah dalam menentukan tanggal HPHT, bayi besar (mengindikasikan diabetes), kehamilan atau polihidramnion. Bayi yang besar memberi peringatan terjadinya atonia uteri pascapartum, yang menyebabkan perdarahan atau kemungkinan distosia bahu.

(c) Pemeriksaan Leopold

Digunakan untuk mengetahui letak, presentasi, posisi dan variasi janin

(d) Kontraksi Uterus

Frekuensi, durasi dan intensitas kontraksi digunakan untuk menentukan status persalinan

(7) Genital

Mengkaji tanda-tanda inpartu, kemajuan persalinan, *hygiene* pasien dan adanya tanda-tanda infeksi vagina, meliputi : kebersihan, pengeluaran pervaginam (adanya pengeluaran lendir darah), tanda-tanda infeksi vagina, pemeriksaan dalam.

(8) Anus

Digunakan untuk mengetahui kelainan pada anus seperti hemoroid yang berpengaruh dalam proses persalinan.

(9) Ekstremitas

Untuk menilai adanya kelainan pada ekstremitas yang dapat menghambat atau mempengaruhi proses persalinan yang meliputi mengkaji adanya oedem dan varises.

(10) Data penunjang

Pemeriksaan USG, kadar hemoglobin, golongan darah, kadar leukosit, hematokrit dan protein urin

b. Identifikasi Diagnosa dan Masalah

Diagnosa : G_P____ Ab ____ UK __ minggu T/H/I Punggung kanan/kiri Kala I fase laten/aktif persalinan dengan keadaan ibu dan janin baik

Data Subjektif : Ibu mengatakan merasa kenceng–kenceng ingin melahirkan sejak jam ...

Data Objektif : Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

TD : 90/60-120/80 mmHg

Nadi : 60-96x/menit

RR : 12-20x/menit

Suhu : 36,5 – 37,5 C

TB : ... cm

BB hamil : ... kg

TP : ...

LILA : ... cm

Palpasi Abdomen

Leopold I : Untuk mengetahui bagian janin yang berada pada fundus

Leopold II : Untuk mengetahui bagian janin yang berada pada sisi kanan dan kiri ibu

Leopold III : Untuk mengetahui apakah bagian terendah sudah masuk PAP apa belum

Leopold IV : Untuk mengetahui seberapa jauh kepala masuk PAP (konvergen/ sejajar/ divergen).

Auskultasi : DJJ 120 – 160 x/menit.

Masalah:

1) Ibu merasa takut dengan proses persalinan

Subjektif : ibu mengatakan merasa takut dengan proses persalinan yang akan dialaminya

Objektif : ibu terlihat cemas

2) Ibu merasa bingung dengan apa yang harus dilakukan selama proses persalinan

Subjektif : ibu mengatakan tidak tahu harus berbuat apa selama proses persalinan

Objektif : ibu tampak bingung dan pasrah dengan apa yang terjadi

3) Tidak tahan dengan nyeri akibat kontraksi

Subjektif : ibu mengatakan tidak tahan dengan nyeri yang dirasakannya

Objektif : ibu tampak kesakitan dan kontraksi teraba semakin kuat

4) Merasa tidak percaya diri dengan kemampuan meneran

Subjektif : ibu mengatakan tidak percaya diri dengan kemampuannya meneran

Objektif : ibu tampak murung dan sedih

5) Bingung memilih posisi meneran

Subjektif : ibu mengatakan merasa tidak nyaman dengan posisinya meneran

Objektif : ibu tampak gelisah (Sulistyawati, 2013)

c. Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah yang ada. Berikut adalah diagnosa potensial yang mungkin terjadi pada pasien bersalin:

1) Perdarahan intrapartum

2) Eklampsia

3) Partus lama

4) Infeksi intrapartum

5) Persalinan tidak maju

6) Asfiksia intrauterus.

d. Identifikasi Kebutuhan Segera

Digunakan apabila terjadi situasi darurat dimana harus segera melakukan tindakan untuk menyelamatkan pasien (Sulistyawati, 2013).

e. Intervensi

Diagnosa : G_P_____ Ab ____ Uk ... minggu, janin T/H/I, Letak kepala, punggung kanan/punggung kiri kala I fase laten/aktif persalinan dengan keadaan ibu dan janin baik.

Tujuan : Ibu dan janin dalam keadaan baik, persalinan berjalan normal tanpa komplikasi

KH Fase Laten: Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Nadi : 60-80 x/menit

Suhu : 36,5°C-37,5°C

TD : 90/60 – 140/90 mmHg

RR : 16-24 x/menit

DJJ : Normal (120-160 x/menit),

Pembukaan : 0- 3cm

His : 2 x 10' x 30'

KH Fase Aktif : Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Suhu : 36,5°C-37,5°C

TD : 90/60 – 140/90 mmHg

RR : 16-24 x/menit

DJJ : Normal (120-160 x/menit),

Pembukaan : 4-10cm

His : 4 x 10' x 45'

Intervensi :**1) Fase Laten**

- a) Berikan konseling, informasi, dan edukasi (KIE) kepada ibu mengenai hasil pemeriksaannya, bahwa ibu dan janin dalam keadaan normal.

Rasional : Hak ibu untuk mengetahui kondisinya sehingga ibu menjadi lebih kooperatif dalam pemberian asuhan terhadapnya

- b) Pantau kemajuan persalinan yang meliputi nadi, DJJ dan his (frekuensi, lama, dan kekuatan his) 30 menit sekali, pemeriksaan vagina (pembukaan serviks, penipisan serviks, penurunan kepala, dan molase) dikontrol setiap 4 jam sekali, tekanan darah setiap 4 jam sekali, suhu setiap 2-4 jam sekali pada kala I fase Laten dan 2 jam sekali dengan menggunakan lembar observasi pada kala I fase laten

Rasional : Lembar observasi dapat mendeteksi apakah proses persalinan berjalan baik atau tidak karena tiap persalinan memiliki kemungkinan terjadinya partus lama.

- c) Berikan KIE kepada keluarga atau yang mendampingi persalinan agar sesering mungkin menawarkan air minum dan makanan kepada ibu selama proses persalinan.

Rasional: Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama proses persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi dapat memperlambat kontraksi membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif

- d) Berikan KIE kepada ibu dan keluarga teknik pernafasan dan relaksasi selama ibu merasakan kontraksi dan jangan meneran sebelum pembukaan lengkap.

Rasional : Meneran sebelum pembukaan lengkap dapat menyebabkan oedema pada vulva dan vagina.

- e) Berikan KIE kepada ibu untuk mengatur posisi yang nyaman, mobilisasi seperti berjalan, berdiri, atau jongkok, berbaring miring atau merangkak.

Rasional : Berjalan, berdiri, atau jongkok dapat membantu proses turunnya bagian terendah janin, berbaring miring dapat memberi rasa santai, memberi oksigenasi yang baik ke janin, dan mencegah laserasi, merangkak dapat mempercepat rotasi kepala janin, peregangan minimal pada perineum serta bersikap baik pada ibu yang mengeluh sakit pinggang

2) Fase Aktif

- a) Anjurkan dan bantu ibu BAK atau BAB bila menginginkannya

Rasional : Masukan dan keluaran cairan harus diperkirakan sama, tergantung pada derajat hidrasi. Mempertahankan kandung kemih bebas dari distensi yang dapat meningkatkan ketidaknyamanan, mengakibatkan kemungkinan trauma, mempengaruhi penurunan janin, dan memperlama persalinan.

- b) Anjurkan ibu istirahat bila his mereda

Rasional :Istirahat yang cukup dapat menambah tenaga ibu pada waktu meneran.

- c) Observasi kontraksi, DJJ, nadi setiap 30 menit, dan TD, kandung kemih, pemeriksaan dalam setiap 4 jam, serta catat cairan yang keluar pervaginam pada partograf

Rasional :Pola kontraksi hipertoniik/hipotoniik dapat terjadi bila stres sehingga dapat menghambat proses kemajuan persalinan. DJJ harus direntang 120-160x/menit dengan variasi rata-rata, percepatan dalam respons terhadap aktivitas maternal, gerakan janin, dan kontraksi uterus. Dehidrasi dapat menyebabkan peningkatan DJJ, TD, Suhu, Nadi, dan pernapasan. Nadi cepat dapat mengindikasikan infeksi, perdarahan, dan cemas.

- d) Ajarkan teknik pernafasan/relaksasi dan cara meneran dengan tepat untuk setiap fase persalinan

Rasional :Menurunkan ansietas dan memberikan distraksi yang dapat memblok persepsi implus nyeri dalam korteks serebral. Meneran yang benar dapat membantu mempercepat proses persalinan dan mencegah kelelahan.

- e) Hadirkan orang yang dianggap penting dapat memberikan dukungan dan semangat bagi ibu

Rasional :Hadirnya seorang pendamping pada saat persalinan yaitu mengurangi rasa sakit, mebuat waktu persalinan lebih singkat dan menurunkan kemungkinan persalinan dengan operasi.

- f) Siapkan peralatan, tempat persalinan dan bahan

Rasional : Pada persalinan dan kelahiran bayi, penolong sebaiknya memastikan kelengkapan, jenis, dan jumlah bahan yang diperlukan selama proses persalinan dan dalam keadaan siap pakai.

f. Implementasi

Melaksanakan asuhan menyeluruh yang telah direncanakan yang berpedoman pada panduan persalinan normal 58 langkah dan asuhan sayang ibu secara efektif dan aman.

Bila perlu dapat berkolaborasi dengan dokter jika terdapat komplikasi.

g. Evaluasi

Pada langkah ini dievaluasi tujuan asuhan kebidanan, keefektifan asuhan yang telah diberikan, apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnosis maupun masalah, serta hasil asuhan yang berupa bentuk nyata dari perubahan kondisi serta respon dari keluarga. Hasil evaluasi tindakan nantinya dituliskan dalam bentuk SOAP. Kegawatdaruratan

2.2.2 Manajemen Kebidanan Kala II

Tanggal... pukul ..

- S : a. Ibu merasakan ingin buang air besar
- b. Ibu merasakan kesakitan
- c. Ibu merasakan kenceng semakin lama dan semakin sering
- d. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur dara
- O : a. Vulva dan anus membuka, perineum menonjol.
- b. Hasil pemeriksaan
- 1) Pembukaan : 10 cm (lengkap)
 - 2) Penipisan : 100%
 - 3) Ketuban : Masih utuh / pecah spontan
 - 4) Bagian terdahulu : Kepala
 - 5) Presentasi janin : Uzun- ubun kecil pada jam 1/jam 11

A :G...P...Ab.... Dengan inpartu kala II

P : a. Tanggal....Jam....

- 1) Mengenali gejala dan tanda kala II
- 2) Pastikan kelengkapan persalinan, bahan, dan obat, untuk menolong persalinan dan tata laksana komplikasi ibu dan bayi bayi baru lahir.
- 3) Pakai celemek plastik.
- 4) Lepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir, kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk yang bersih dan kering.
- 5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
- 6) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik.
- 7) Bersihkan vulva dan perineum dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi air DTT.
- 8) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.
- 9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan dengan air mengalir setelah sarung tangan dilepaskan.
- 10) Periksa DJJ setelah kontraksi / saat uterus relaksasi untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal.

- 11) Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, serta bantu ibu dalam menentukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
 - a) Tunggu hingga timbul 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 bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.
- 12) Minta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran.
- 13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.
- 14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, dan mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- 15) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- 16) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
- 17) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- 18) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 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 kepala

bayi tetap fleksi agar tidak defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal saat 1/3 bagian kepala bayi telah keluar dari vagina.

- 20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi.
- 21) Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 22) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- 23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan atas kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan, dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- 24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki. Pegang kedua mata kaki.
- 25) Lakukan penilaian sepintas (apakah bayi menangis kuat/bernapas tanpa kesulitan, dan apakah bayi bergerak dengan aktif).
- 26) Keringkan tubuh bayi.

2.2.3 Manajemen Kebidanan Kala III

Tanggal..... Pukul...

- S : a. Ibu mengatakan bahwa bayinya telah lahir melalui vagina.
- b. Ibu mengatakan bahwa perut terasa mulas.

- O : a. Bayi lahir secara spontan pervaginam pada tanggal ... jam ... jenis kelamin laki-laki/perempuan, normal ada kelainan, menangis spontan kuat, kulit warna kemerahan
- b. Tidak teraba janin kedua
- c. Teraba kontraksi uterus
- d. Terdapat tanda lepasnya plasenta, yaitu perubahan bentuk dan tfu, tali pusat memanjang, dan semburan darah mendadak dan singkat.

A : P....Ab... Inpartu kala III kondisi ibu dan bayi baik

P : a. Tanggal...Jam....

- 27) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.
- 28) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.
- 29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir. Suntikkan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral.
- 30) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari tali pusat bayi. Mendorong isi tali pusat kearah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
- 31) Pemotongan dan pengikatan tali pusat.
- 32) Letakkan bayi agar ada kontak kulit bayi, letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu . Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.
- 33) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.

- 34) Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, pada tepi atas simfisis, untuk mendeteksi adanya kontraksi. Tangan yang lain memegang tali pusat.
- 35) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah dorso kranial secara hati-hati. Pertahankan dorso kranial selama 30-40 detik. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan PTT dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas.
- 36) Lakukan PTT saat ada kontraksi, minta ibu meneran sambil menolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir.
- 37) Saat plasenta muncul diintroitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta (searah jarum jam) hingga selaput ketuban terpilin dan kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.
- 38) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi.

2.2.4 Manajemen Asuhan Kala IV

Tanggal ...pukul ...

S : a. Ibu mengatakan bahwa ari-arinya telah lahir.

b. Ibu mengatakan perutnya mulas.

O : a. TFU berapa jari di bawah pusat.

b. Kontraksi uterus: baik/tidak.

c. Kandung kemih kosong/penuh

d. Perdarahan sedikit/sedang/banyak

e. Tanda-tanda vital

A : P....Ab... Inpartu kala IV kondisi ibu dan bayi baik.

P : a. Tanggal...Jam...

39) Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi, dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta kedalam kantong plastik atau tempat khusus.

40) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

41) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

42) Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh lakukan kateterisasi..

43) .Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh dan bilas di air DTT tanpa melepas sarung tangan, kemudian keringkan dengan handuk

44) Ajarkan ibu/ keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi..

45) Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.

46) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

- 47) Periksa bayi untuk pastikan bahwa bayi bernapas baik (40-60x/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5°C).
- 48) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi.
- 49) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai.
- 50) Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 51) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI, anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
- 52) Dekontaminasi tempat bersalian dengan larutan klorin 0,5%.
- 53) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 54) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 55) Pakai sarung tangan bersih/ DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi.
- 56) Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir. Pastikan kondisi bayi baik. Pernafasan normal (40-60 kali/menit) dan temperature tubuh normal (36,5-37,5°C) setiap 15 menit.
- 57) Setiap 1 jam pemberian vitamin K, berikan suntikan Hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
- 58) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

- 59) Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV.