BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 KONSEP DASAR PERSALINAN

2.1.1 Pengertian

Persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, placenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur. Mula-mula kekuatan yang muncul kecil, kemudian terus meningkat sampai pada puncaknya pembukaan serviks lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari rahim ibu (Rohani, Saswita, & Marisah, 2011:2).

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan diakhiri dengan pelahiran placenta (Varney, 2007:672).

2.1.2 Etiologi

Terdapat beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya kekuatan his sehingga menjadi awal mula terjadinya proses persalinan :

a. Teori kadar progesterone

Progesterone menimbulkan relaksasi otot uterus, sedangkan esterogen meningkatkan kerentanan otot uterus. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan esterogen di dalam darah,

namun pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his (Erawati, 2011:4).

b. Teori oksitosin interna

Hipofisis posterior menghasilkan hormon oksitosin. Adanya perubahan keseimbangan antara esterogen dan progesteron dapat mengubah tingkat sensitivitas otot rahim dan akan mengakibatkan terjadinya kontraksi uterus yang disebut *Braxton Hicks*. Penurunan kadar progesteron karena usia kehamilan yang sudah tua akan mengakibatkan aktivitas oksitosin meningkat (Sondakh, 2013:3).

c. Keregangan otot

Ukuran uterus yang makin membesar dan mengalami penegangan akan mengakibatkan otot-otot uterus mengalami iskemia sehinga mungkin dapat menjadi faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenta yang pada akhirnya membuat plasenta mengalami degenerasi. Ketika uterus berkontraksi dan menimbulkan tekanan pada selaput ketuban, tekanan hidrostatik kantong amnion akan melebarkan saluran serviks (Sondakh, 2013:3).

2.1.3 Tanda-Tanda Persalinan

Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013: 3), beberapa tanda-tanda dimulainya proses persalinan adalah sebagai berikut:

a. Terjadinya his persalinan yang mempunyai sifat sebagai berikut:

1) Pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan.

2) Sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar.

3) Makin beraktivitas (jalan), kekuatan akan makin bertambah.

b. Pengeluaran lendir dengan darah

Terjadinya his persalinan mengakibatkan terjadinya perubahan pada serviks yang akan menimbulkan:

1) Pendataran dan pembukaan.
2) Pembukaan menyebabkan lendir yang berada di kanalis servikalis lepas.
3) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

c. 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.

d. Hasil-hasil yang didapatkan pada pemeriksaan dalam

1) Perlunakan serviks
2) Pendataran serviks
3) Pembukaan serviks

2.1.4 Faktor yang Mempengaruhi Proses Persalinan

a. *Passage* (Jalan Lahir)

Jalan lahir terbagi atas dua, yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak. Hal-hal yang perlu diperhatikan dari jalan lahir keras adalah ukuran dan bentuk tulang panggul; sedangkan yang perlu diperhatikan pada jalan lahir lunak adalah segmen bawah uterus yang dapat meregang,

serviks, otot dasar panggul, vagina dan introitus vagina (Sondakh, 2013: 4).

b. *Power* (Tenaga atau kekuatan)

Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013: 4), faktor kekuatan dalam persalinan dibagi atas dua, yaitu:

1) Kekuatan primer (kontraksi *involunter*)

Kontraksi berasal dari segmen atas uterus yang menebal dan dihantarkan ke uterus bawah dalam bentuk gelombang. Istilah yang digunakan untuk menggambarkan kontraksi involunter ini antara lain frekuensi, durasi dan intensitas kontraksi. Kekuatan primer ini mengakibatkan serviks menipis (*effacement*) dan berdilatasi sehingga janin turun.

2) Kekuatan sekunder (kontraksi *volunter*)

Pada kekuatan ini, otot-otot diafragma dan abdomen ibu berkontraksi dan mendorong keluar isi ke jalan lahir sehingga menimbulkan tekanan intraabdomen. Tekanan ini menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan dalam mendorong keluar. Kekuatan sekunder tidak mempengaruhi dilatasi serviks, tetapi setelah dilatasi serviks lengkap, kekuatan ini cukup penting dalam usaha untuk mendorong keluar dari uterus dan vagina.

c. *Passenger* (janin dan plasenta)

Penumpang dalam persalinan adalah janin dan placenta. Hal-hal yang perlu diperhatikan mengenai janin dan ukuran kepala janin, presentasi,

letak, sikap dan posisi janin; sedangkan yang perlu diperhatikan pada plasentaadalah letak, besar dan luasnya (Sondakh, 2013: 4).

d. Respon Psikologi (*Psychology Response*)

Perubahan psikologis ibu yang muncul pada saat memasuki masa persalinan sebagian besar berupa perasaan takut dan cemas, terutama pada ibu primigravida yang umumnya belum mempunyai bayangan mengenai kejadian-kejadian yang akan dialami pada akhir kehamilannya. Oleh sebab itu penting sekali untuk mempersiapkan mental ibu karena persaan takut akan menambah rasa nyeri, serta akan menegangkan otot-otot serviksnya dan akan mengganggu pembukaannya. Ketegangan jiwa dan badan ibu juga menyebabkan ibu lekas lelah (Sondakh, 2013: 91).

Babaran/mbabar dapat diartikansebagai sudah selesai atau sudah menghasilkan dalam wujud yang sempurna. Babaran juga menggambarkan selesaianya proses karya batik tradisional. Istilah babaran juga dipakai untuk seorang ibu yang melahirkan anaknya. ubarampe yang dibutuhkan untuk selamatan kelahiran yaitu Brokohan. Ada macam macam ubarampe Brokohan. Pada jaman ini Brokohan terdiri dari beras, telur, mie instan kering, gula, teh dan sebagainya (Oktavia, 2009).

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, Saswita, & Marisah, 2011: 36).

2.1.5 Mekanisme Persalinan Normal

Menurut Rohani, Reni Saswita & Marisah (2013: 145–150), gerakan-gerakan utama dari mekanisme persalinan adalah sebagai berikut:

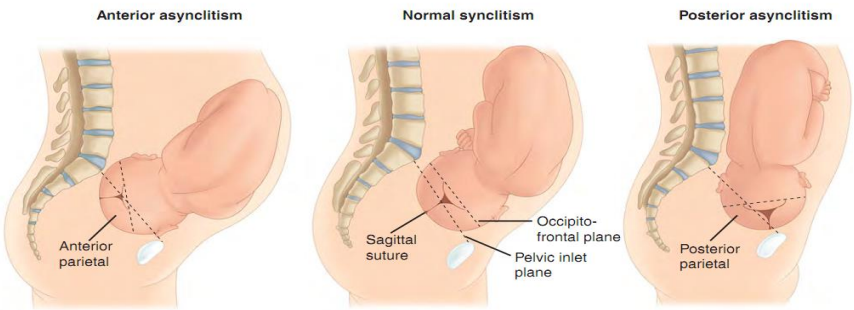
a. Penurunan kepala

Pada primigravida, masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul biasanya sudah terjadi pada bulan terakhir dari kehmilan, 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 diantara *symphysis* dan *promontorium*. Pada *sinklitismus*, *os. parietal* depan dan belakang sama tingginya.

Jika sutura sagitalis agak kedepan mendekati *symphysis* atau agak kebelakang mendekati *promontorium*, maka dikatakan kepala dalam keadaan asinklitismus, ada dua jenis asinklitismus yaitu sebagai berikut.

1) *Asinklitismus posterior*: bila sutura sagitalis mendekati *symphysis* dan *os. parietal* belakang lebih rendah dari *os. parietal* depan.
2) *Asinklitismus anterior* : sutura sagitalis mendekati *promontorium* sehingga *os. parietal* depan lebih rendah daripada *os. parietal* belakang.

Mekanisme Penurunan Kepala



Gambar 2.1

b. *Fleksi*

Pada awal persalinan, kepala bayi dalam keadaan *fleksi* yang ringan. Dengan majunya kepala biasanya *fleksi* juga bertambah. Pada gerakan ini, dagu dibawa lebih dekat ke arah dada janin sehingga ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun-ubun besar. Hal ini disebabkan karena adanya tahanan dari dinding serviks, dinding pelvis, dan lantai pelvis. Dengan adanya *fleksi*, diameter *suboccipito bregmatika* (9,5 cm) menggantikan diameter *suboccipito frontalis* (11 cm). *Fleksi* ini disebabkan karena anak didorong maju dan sebaliknya mengapa tahanan dari serviks, dinding panggul, atau dasar panggul.

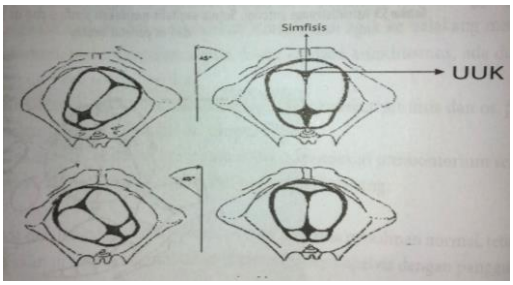
Fleksi

Gambar 2.2

c. Rotasi dalam (Putar paksi dalam)

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

Putar Paksi Dalam



Gambar 2.3

d. *Ekstensi*

Saat kepala janin sampai didasar panggul dan ubun-ubun kecil berada dibawah *symphysis*, maka terjadilah *ekstensi* dari kepala janin. *Suboksiput* yang tertahan pada pinggir bawah *symphysis* 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*.

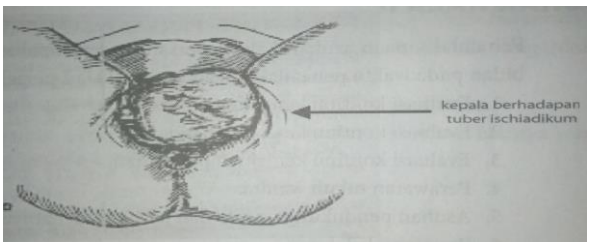
Ekstensi

Gambar 2.4

e. Rotasi 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 putaran paksi dalam. Bahu melintasi pintu dalam keadaan miring. Di dalam rongga panggul, bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya, bahu mengalami putaran dalam di mana ukuran bahu (diameter bisa kromial) menempatkan diri dalam diameter *anteroposterior* dari pintu bawah panggul. Bersamaan dengan itu kepala bayi juga melanjutkan putaran hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber iskiadikum sepihak.

Rotasi Luar



Gambar 2.5

f. *Ekspulsi*

Setelah paksi luar, bahu depan sampai dibawah *symphysis* dan menjadi *hypomochlion* untuk kelahiran bahu belakang. Setelah kedua bahu bayi lahir, selanjutnya seluruh badan bayi dilahirkan searah dengan sumbu jalan lahir.

2.1.6 Tahapan Persalinan

a. Persalianan Kala I

1) Pengertian Kala I

Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013: 5), kala I (kala pembukaan) dimulai saat pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini terbagi dalam 2 fase, yaitu:

a) Fase laten berlangsung selama 8 jam, serviks membuka sampai 3 cm.

b) Fase aktif berlangsung selama 7 jam, serviks membuka dari 4 cm sampai 10 cm. Kontraksi lebih kuat dan sering dibagi dalam 3 fase:

(1) Fase akselearasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

(2) Fase dilatasi maksimal, dengan durasi waktu 2 jam pembukaan yang berlangsung sangat cepat mulai dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm.

(3) Fase deselerasi, pembukaan menjadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap.

Proses kala I terjadi pada primigravida berlangsung dalam jangka waktu lebih panjang ± 12 jam, sedangkan pada multigravida ± 8 jam.

2) Perubahan Fisiologis Kala I

a) Serviks

Serviks mengalami perubahan bentuk menjadi lebih tipis (penipisan/ *efficement*) seiring dengan kontraksi dan retraksi. Serviks membuka disebabkan daya tarikan otot uterus ke atas akibat kontraksi. Proses *efficement* dan dilatasi serviks dapat melonggarkan membran os internal menyebabkan lendir darah (*show/ bloody show*) dari sumbatan (*operculum*) (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 64-65).

b) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata 10-20 mmHg dan kenaikan diastolik rata-rata 5-10 mmHg (Nurasiah, Rukmawati, & Badriah, 2014: 69).

c) Denyut jantung

Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan diakibatkan peningkatan metabolisme (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 67).

d) Suhu tubuh

Suhu tubuh meningkat tidak lebih dari 0,5-1^{0}C, suhu tertinggi selama dan setelah melahirkan dianggap normal sebagai peningkatan metabolisme, namun apabila persalinan berlangsung

lebih lama peningkatan suhu tubuh dapat mengindikasikan dehidrasi (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 67).

e) Respirasi

Pada respirasi atau pernapasan terjadi kenaikan sedikit dibandingkan sebelum persalinan, hal ini disebabkan adanya rasa nyeri, kehawatiran serta penggunaan teknik pernapasan yang tidak benar (Nurasiah, Rukmawati, & Badriah, 2014: 69).

f) Uterus

Kontraksi uterus terjadi karena adanya rangsangan pada otot polos uterus dan penurunan progesteron yang menyebabkan keluarnya hormon oksitosin (Nurasiah, Rukmawati, & Badriah, 2014: 69).

g) Ketuban

Ketuban akan pecah dengan sendirinya ketika pembukaan hampir lengkap atau sudah lengkap. Tidak jarang ketuban harus dipecahkan ketika pembukaan sudah lengkap. Bila ketuban belum pecah sebelum pembukaan 5 cm disebut ketuban pecah dini (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 66).

h) Perubahan Renal

Perubahan renal dalam persalinan kala I yaitu kandung kemih harus sering dievaluasi (setiap 2 jam) untuk mengetahui adanya distensi, juga harus dikosongkan untuk mencegah obtruksi persalinan, hipotonia kandung kemih akibat penekanan yang lama, dan retensi

urin selama periode pasca persalinan (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 68).

i) Gastrointestinal

Motilitas dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang, penurunan sekresi asam lambung selama persalinan sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Mual dan muntah terjadi selama fase transisi akhir fase pertama persalinan sebagai respon terhadap faktor-faktor sperti kontraksi uterus, nyeri, rasa takut, khawatir, obat, atau komplikasi (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 68-69).

3) Kebutuhan Dasar Ibu Kala I

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013: 91-96), kebutuhan dasar pada persalianan kala I, yaitu:

a) Memberikan dukungan persalinan

(1) Asuhan tubuh yang baik.

(2) Kehadiran seorang pendamping secara terus-menerus.

(3) Keringanan dari rasa sakit.

(4) Penerimaan atas sikap dan perilakunya.

(5) Informasi dan kepastian tentang hasil yang aman.

b) Pengurangan rasa sakit

(1) Kehadiran terus-menerus, sentuhan penghiburan, dan dorongan mental dari pendamping.

(2) Perubahan posisi dan pergerakan.

(3) Latihan peranapasan relaksasi

(4) Sentuhan dan pijatan.

(5) Mandi atau berendam di air

(6) Pengeluaran suara yang menyamnkan pasien

(7) Visualisasi dan pemustan perhatian

(8) Pemutaran musik yang lembut dan disukai pasien

(9) Aroma ruangan yang harum dan segar

c) Pemenuhan kebutuhan cairan dan energi dipertimbangkan untuk diberikan konsistensi dan jumlah yang logis dan sesuai dengan kondisi pasien. Mencegah keletihan dan mengupayakan istirahat.

d) Eliminasi selama persalinan, yaitu tidak menahan BAB dan BAK.

e) Pemenuhan kebutuhan psikologis pasien dan keluarga

(1) Aman, sesuai dengan *evidanced based* dan memberikan sumbangan pada keselamatan jiwa pasien.

(2) Menghormati praktik-praktik budaya, keyakinan agama, serta hak pasien atau keluarganya sebagai pengambil keputusan

(3) Menggunakan cara pengobatan yang sederhana sebelum memakai teknologi canggih.

(4) Memastikan bahwa informasi yang diberikan adekuat serta dapat dipahami oleh pasien.

4) Kartu Skor Poedji Rochjati

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) adalah kartu skor yang digunakan sebagai alat skrining antenatal berbasis keluarga untuk

menemukan faktor risiko ibu hamil, yang selanjutnya mempermudah pengenalan kondisi untuk mencegah terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan. KSPR disusun dengan format kombinasi antara *checklist* dari kondisi ibu hamil / faktor risiko dengan sistem skor. Kartu skor ini dikembangkan sebagai suatu tekologi sederhana, mudah, dapat diterima dan cepat digunakan oleh tenaga non profesional.

Fungsi dari KSPR adalah:

a) Melakukan skrining deteksi dini ibu hamil risiko tinggi.
b) Memantau kondisi ibu dan janin selama kehamilan.
c) Memberi pedoman penyuluhan untuk persalinan aman berencana (Komunikasi Informasi Edukasi/KIE).
d) Mencatat dan melaporkan keadaan kehamilan, persalinan, nifas.
e) Validasi data mengenai perawatan ibu selama kehamilan, persalinan, nifas dengan kondisi ibu dan bayinya.
f) Audit Maternal Perinatal (AMP)

Sistem skor memudahkan pengedukasian mengenai berat ringannya faktor risiko kepada ibu hamil, suami, maupun keluarga. Skor dengan nilai 2, 4, dan 8 merupakan bobot risiko dari tiap faktor risiko. Sedangkan jumlah skor setiap kontak merupakan perkiraan besar risiko persalinan dengan perencanaan pencegahan. Kelompok risiko dibagi menjadi 3 yaitu:

(1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) : Skor 2(hijau)

(2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) : Skor 6-10 (kuning)

(3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) : Skor ≥ 12 (merah)

5) Cara pengisian partograf

Menurut Rohani, Reni Saswita & Marisah (2013: 100), tujuan utama penggunaan partograf yaitu mencatat hasil observasi dan menilai kemajuan persalinan dan mendeteksi apakah persalinan berjalan normal atau terdapat penyimpangan, dengan demikian dapat melakukan deteksi dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama.

Menurut Rohani, Saswita, & Nugraheny (2013: 102-112), pencatatan partograf pada fase aktif persalinan, yaitu:

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 men catat 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. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang 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 di luar rentang nilai normal.

(3) Penyusupan (*molase*) tulang kepala

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

kemungkinan disporposi kepala panggul. Lambang yang digunakan:

0 : Tulang–tulang kepala janin terpisah, sutura mudah dipalpasi.

1 : Tulang-tulang kepa 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 dapat dipisahkan.

c) Kemajuan persalinan

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

(1) Pembukaan serviks

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

(2) 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.

(3) Garis waspada

Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada, maka waspadai kemungkinan adanya penyulit persalianan. Jika persalinan telah berada di sebelah kanan garis bertindak yang sejajar dengan garis waspada maka perlu segera dilakukan tindakan penyelesaian persalianan.

d) Jam dan waktu

Waktu berada dibagian bawah kolom terdiri 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 lima kotak mendatar untuk kontraksi. Pemeriksaan dilakukan setiap 30 menit, raba dan catat jumlah dan durasi kontaksi dalam 10 menit.

f) Obat-obatan dan cairan yang diberikan

Catat obat dan cairan yang diberikan di kolom yang sesuai. Untuk oksitosin dicantumkan 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 yang sesuai.

(4) Volume urine, protein dan aseton Lakukan tiap 2 jam jika memungkinkan.

h) Asuhan, pengamatan, keputusan klinik lainnya

Catat semua asuhan lain, hasil pengamatan, dan keputusan klinik disisi luar kolom partograf; atau buat catatan terpisah tentang kemajuan persalinan, Cantumkan tanggal dan waktu saat membuat catatan persalinan. Selain itu juga mencantumkan hal sebagai berikut :

(1) Jumlah cairan peroral.

(2) Keluhan sakit kepala dan penglihatan kabur.

(3) Konsultasi dengan penolong persalinan.

(4) Persiapan sebelum melakukan rujukan.

(5) Upaya rujukan.

i) Pencatatan pada lembar belakang partograf

Data atau informasi umum nilai dan catat asuhan yang diberikan pada kala I hingga kala IV dan penatalaksanaan pada bayi baru

lahir. Diisi dengan tanda centang (√) dan diisi titik yang disediakan sesuai dengan asuhan.

6) Penapisan pada saat persalinan

Menurut Rohani, Saswita, & Marisah (2013: 95-96), bidan harus merujuk apabila didapati salah satu atau lebih penyulit seperti yang ada pada lembar penapisan.

b. Persalinan Kala II

Kala II dimulai ketika pembukaan serviks lengkap sampai lahirnya bayi (Nurasiah, Rukmawati, & Badriah, 2014: 106).

1) Perubahan fisiologis kala II

a) Uterus

Kontraksi menjadi lebih kuat dan lebih cepat yaitu setiap 2 menit sekali dengan durasi >40 detik, intensitas semakin lama dan semakin kuat. Saat ada his uterus teraba keras menyebabkan pembukaan serviks dan penurunan janin ke bawah secara alami (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 101).

b) Serviks

Pada kala II, serviks menipis dan dilatasi maksimal. Saat dilakukan pemeriksaan dalam, porsio tidak teraba dengan pembukaan 10 cm (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 101).

c) Pergeseran organ dasar panggul

Tekanan pada otot dasar panggul (*fleksus frankenhauser*) oleh kepala janin menyebabkan keinginan pasien mengejan (Sondakh,

2013: 5).Tekanan pada otot dasar panggul menyebabkan perineum menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka, labia mulai membuka dan tak lama kemudian kepala janin tampak pada vulva saat ada his (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 101).

2) Kebutuhan dasar ibu kala II

Pada kebutuhan dasar ibu kala II menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013: 103), dilakukan sesuai asuhan sayang ibu, yakni:

a) Asuhan sayang ibu adalah assuhan yang aman, berdasarkan temuan (*evidence based*), dan meningkatkan angka kelangsungan hidup.
b) Asuhan sayang ibu membantu pasien merasa nyaman dan aman selama proses persalinan yaitu dengan menghargai kebudayaan, praktik keagamaan (apabila kebiasaan tersebut aman); serta melibatkan pasien pasien dan keluarga sebagai pembuat keputusan, secara emosional sifatnya mendukung. Asuhan sayang ibu melindungi hak-hak pasien untuk mendapatkan privasi dan menggunakan sentuhan hanya seperlunya.
c) Asuhan sayang ibu menjamin bahwa pasien dan keluarganya diberitahu tentang apa yang sedang terjadi dan apa yang bisa diharapkan.

3) Asuhan kala II

Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013: 133-134), asuhan yang diberikan pada kala II meliputi:

a) Pemantauan ibu

Tanda-tanda dan gejala kala II adalah sebagai berikut:

(1) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontaksi.

(2) Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rectum dan atau vagina.

(3) Perineum terlihat menonjol.

(4) Vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka.

(5) Peningkatan pengeluaran lendir dan darah.

Tindakan yang dilakukan untuk mengevaluasi kesejahteraan ibu adalah sebagai berikut:

(1) Tanda-tanda vital: tekanan darah (setiap 30 menit), suhu, nadi (setiap 30 menit), pernapasan.

(2) Kandung kemih.

(3) Urin: protein dan keton.

(4) Hidrasi: cairan, mual, muntah.

(5) Kondisi umum: kelemahan dan keletihan fisik, tingkah laku dan respon terhadap persalinan, serta nyeri dan kemampuan koping.

(6) Upaya ibu meneran.

(7) Kontraksi setiap 30 menit.

b) Kemajuan Persalinan

Jika terjadi penurunan janin selama kala I fase aktif dan memasuki fase pengeluaran, maka dapat dikatakan kemajuan persalinan, maka

dapat dikatakan kemajuan persalinan cukup baik. Menurut Friedmann, durasi waktu untuk kala II rata-rata adalah 1 jam untuk primigravida dan 15 menit untuk multipara. Pada kala II yang berlangsung lebih dari 2 jam bagi primigravida atau 1 jam bagi multipara, dianggap sudah abnormal, tetapi saat ini hal tersebut tidak mengindikasikan perlunya melahirkan bayi dengan forcep atau vakum ekstraksi. Kakateristik kontraksi selama kala II adalah serig, kuat dan sedikit lebih lama, yaitu kira-kira 2 menit, yang berlangsung 60-90 detik dengan interaksi tinggi dan sifatnya semakin ekspulsif.

c) Pemantauan Janin

Beberapa hal dari janin yang harus selalu diperhatikan adalah:

(1) Denyut jantung janin (DJJ)

(a) Denyut normal 120-160 kali/menit.

(b) Perubahan DJJ, pantau setiap 15 menit.

(c) Variasi DJJ dari DJJ dasar.

(d) Pemeriksaan auskultasi DJJ setiap 30 menit.

(2) Adanya air ketuban dan karakteristiknya (jernih, keruh, kehijauan / tercampur mekonium).

(3) Penyusupan kepala janin

d) Asuhan dukungan

Beberapa asuhan dan dukungan yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

(1)Pemberian rasa aman, dukungan dan keyakinan kepada ibu bahwa ibu mampu bersalin.

(2)Membantu pernapasan.

(3)Membantu teknik meneran.

(4)Ikut sertakan dan hormati keluarga yang menemani.

(5)Berikan tindakan yang menyenangkan.

(6)Penuhi kebutuhan hidrasi.

(7)Penerapan pencegahan infeksi (PI).

(8)Pastikan kandung kemih kosong.

c. Persalinan Kala III

a. Pengertian Kala III

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya placenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit (Sondakh, 2013: 6).

b. Fase Kala III

Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013: 6-7), Fase kala III terdiri dari dua fase, yaitu :

a) Fase Pelepasan Placenta

Beberapa cara pelepasan plasenta antara lain :

(1) Metode *Schultze*

Proses lepasnya placenta sepeerti menutup payung. Cara ini merupakan cara yang paling sering terjadi (80%). Bagian yang lepas terlebih dulu adalah bagian tengah, lalu terjadi

retroplacental hematoma yang menolak placenta mula-mula bagian tengah, kemudian seluruhnya.

(2) Metode *Duncan*

Berbeda dengan sebelumnya, pada cara ini lepasnya placenta mulai dari pinggir 20%. Darah akan mengalir keluar antara selaput ketuban. Pengeluaran juga serempak dari tengah dan pinggir placenta.

b) Fase pengeluaran

Perasat-perasat untuk mengetahui lepasnya plasenta adalah :

(1) *Kustner*

Dengan meletakkan tangan disertai tekanan di atas *symphysis*, tali pusat ditegangkan, maka bila tali pusat masuk berarti plasenta belum lepas. Jika diam atau maju berarti plasenta sudah lepas.

(2) *Pasien*

Sewaktu ada his, rahim didorong sedikit, bila tali pusat kembali berarti plasenta belum lepas, jika diam atau turun berarti plasenta sudah lepas.

(3) *Strassman*

Tegangkan tali pusat dan ketok pada fundus, bila tali pusat bergetar berarti plasenta belum lepas, bila tidak bergetar berarti plasenta sudah lepas.

Tanda – tanda pelepasan plasenta adalah sebagai berikut:

a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus.

b) Tali pusat memanjang.

c) Semburan darah tiba – tiba.

c. Manajemen Aktif Kala III

a) Tujuan

Tujuan manajemen aktif kala III adalah untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah perdarahan, dan menggurangi kehilangan darah kala III persalinan jika dibandingkan kala III fisiologis (Sondakh, 3013: 136).

b) Keuntungan

Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013: 136), keuntungan manajemen aktif kala III adalah sebagai berikut :

(1) Waktu yang diperlukan pada kala III yang lebih singkat

(2) Mengurangi jumlah kehilangan darah

(3) Mengurangi kejadian retensio plasenta

c) Langkah – Langkah Utama Manajemen Aktif Kala III

Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013: 136), manajemen aktif kala III terdiri atas tiga langkah utama, yaitu sebagai berikut :

(1) Pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir

(2) Melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT)

(3) Masase fundus uteri

d. Pemantauan pada Kala III

Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013: 136), pemantauan kala III meliputi:

a) Pemantauan kontraksi

Uterus yang berkontraksi normal harus keras ketika disentuh. Jika segmen atas uterus keras tetapi perdarahan menetap, maka pengkajian segmen bawah rahim penting untuk dilakukan. Uterus yang lunak, hipotonik dan longgar menunjukkan uterus tidak berkontraksi dengan baik. Atonia uterus merupakan penyebab utama perdarahan postpartum segera. Hemostatis uterus yang efektif dipengaruhi oleh kontraksi jalinan serat-serat otot miometrium.

b) Robekan jalan lahir dan perineum

Tabel 2.1

Robekan jalan lahir dan perineum

Derajat	Area Robekan
Derajat I	Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum
Derajat II	Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum
Derajat III	Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot sfingter ani
Dearajat IV	Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot sfingter ani, dinding depan rectum

Sumber: Sondakh, 2013. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir, Erlangga, Jakarta, halaman 140.

c) Tanda vital

(1) Tinggi fundus uteri, yang diantaranya bertujuan untuk mengetahui masih adakah janin di dalam uterus

(2) Kontraksi uterus, untuk memastikan tidak terjadi inersia uterus.

(3) Kandung kemih, karena kandung kemih yang penuh mengganggu kontraksi kontraksi uterus.

d) Higiene

Praktik terbaik pencegahan infeksi pada kala III adalah melakukan pembersihan vulva dan perineum menggunakan air matang (DTT). Untuk membersihkan, digunakan gulungan kapas atau kassa yang bersih. Proses membersikan dimulai dari bagian atas ke bawah (dari bagian anterior vulva ke arah rectum) untuk mencegah kontaminasi feses.

e. Kebutuhan Ibu pada kala III

Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013: 141), kebutuhan ibu pada kala III meliputi:

a) Memberikan kesempatan kepada ibu untuk segera memeluk bayinya dan menyusuinya.

b) Memberitahu setiap tindakan yang akan dilakukan.

c) Pencegahan infeksi pada kala III.

d) Memantau keadaan ibu (tanda vital, kontraksi, perdarahan).

e) Melakukan kolaborasi/rujukan bila terjadi kegawatdaruratan.

f) Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi.

g) Memberikan motivasi dan pendampingan selama kala III.

d. Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Kala IV

1) Perubahan Fisiologis pada Kala IV

Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013: 144-145), perubahan fisiologis pada kala IV meliputi:

a) Uterus

Uterus terletak di tengah abdomen kurang lebih $^{2}/_{3}$ sampai ¾, antara *symphysis pubis* sampai umbilicus. Jika uterus ditemukan di bagian tengah, di atas umbilikus, maka hal tersebut menandakan adanya darah dan bekuan di dalam uterus yang perlu ditekan dan dikeluarkan. Uterus yang berada di atas umbilikus 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.

c) Placenta, Membran, dan Tali Pusat

Inspeksi unit placenta membutuhkan kemampuan bidan untuk mengidentifikasi tipe-tipe placenta dan insersi tali pusat. Bidan harus waspada apakah placenta dan membran lengkap, serta apakah terdapat abnormalis, serta ada simpul sejati pada tali pusat.

d) Penjahitan Episiotomi dan Laserasi

Penjahitan episiotomi dan laserasi membutuhkan pengetahuan anatomi perineum, tipe jahitan, hemostasis, pembedahan asepsis, dan penyembuhan luka.

2) Pemantauan dan Evaluasi Lanjut

Menurut Nurasiah, Rukmawati, & Badriah (2014: 182), pemantauan dan evaluasi lanjut kala IV meliputi:

a) Vital Sign

Tekanan darah < 90/60 mmHg, jika denyut nadinya normal, tekanan darah seperti ini tidak akan terjadi masalah. Akan tetapi jika tekanan darah < 90/60 mmHg dan denyut nadinya 100 x/menit, ini mengidentifikasikan adanya suatu masalah. Mungkin ibu mengalami demam atau terlalu banyak mengeluarkan darah.

b) Suhu

Jika suhu tubuh > 38˚C, hal ini mungkin disebabkan oleh dehidrasi (persalinan yang lama dan tidak cukup minum) atau ada infeksi.

c) Tonus Uterus dan Ukuran Tinggi Uterus

Jika kontraksi uterus tidak baik maka uterus terasa lembek, lakukan masase uterus, bila perlu berikan injeksi oksitosin atau metargin

d) Perdarahan

Perdarahan yang normal setelah persalinan mungkin hanya akan sebanyak satu pembalut perempuan per jam, selama 6 jam pertama atau seperti darah haid yang banyak. Apakah ada laserasi pada

vagina atau serviks, apakah uterus berkontraksi dengan baik, apakah kandung kemih kososng.

e) Kandung Kemih

Jika kandung kemih penuh, uterus tidak dapat berkontraksi dengan baik. Jika uterus naik di dalam abdomen dan tergeser kesamping ini biasanya merupakan pertanda bahwa kandung kencingnya penuh.

f) Lochea

(1) Lochea rubra: berisi darah segar, sel-sel desidua dan chorion. Terjadi selama 2 hari pasca persalinan.

(2) Lochea sanguinolenta: warna merah kekuningan berisi darah dan lendir. Terjadi pada hari ke 3-7 pasca persalinan.

(3) Lochea serosa: berwarna kuning dan cairan ini tidak berdarah lagi. Terjadi pada hari ke 7-14 pasca persalinan.

(4) Lochea alba: cairan putih, terjadi setelah 2 minggu pasca persalinan.

g) Pemantauan Keadaan Umum Ibu

(1) Setelah lahirnya placenta

a. Lakukan pemijatan uterus untuk merangsang uterus berkontaksi

b. Evaluasi tinggi fundus uterus dengan meletakkan jari tangan anda secara melintang antara pusat dan fundus uteri. Fundus uteri harus sejajar pusat atau lebih bawah

c. Perkiraan kehilangan darah secara keseluruhan

d. Evaluasi kondisi ibu secara umum

e. Dokumentasi semua asuhan dan temuan selama kala IV persalinan di halaman belakang partograf segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan

(2) Asuhan 2 jam post partum

(a) Melanjutkan pemantauan kondisi uterus dan perdarahan pervaginam

((1)) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan

((2)) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan

((3)) Setiap 20-30 menit pada 1 jam kedua pasca persalinan

((4))Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan sesuai untuk penatalaksanaan atonia uteri

((5))Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan lakukan penjahitan dengan anastesi lokal dan gunakan teknik yang sesuai

((6))Mengajarkan pada ibu dan keluarga melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi

(b) Mengevaluasi kehilangan darah

(c) Memeriksa tekanan darah, nadi, kandung kemih tiap 15 menit selama jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan

(d) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal

Sebelum bidan meninggalkan ibu yangbaru melahirkan, periksa ulang dahulu dan perhatikan 7 pokok penting yaitu:

a) Kontraksi rahim: baik atau tidaknya dapat diketahui dengan palpasi. Bila perlu lakukan masase dan berikan uterotonika seperti metergin, ergometrin atau pitosin
b) Perdaraha: ada atau tidak atau biasa
c) Kandung kemih: harus kosong, bila perlu ibu disuruh BAK dan jika ibu tidak bisa berjalan lakukan kateter
d) Luka-luka: jahitannya baik atau tidak, ada perdarahan atau tidak
e) Plasenta atau selaput ketuban harus lengkap
f) Keadaan umum ibu: TTV
g) Bayi dalam keadaan baik

3) Penjahitan luka episiotomi atau laserasi

Menurut Rohani, Swatika, & Marisah (2013: 238), prinsip dasar penjahitan perineum adalah sebagai berikut:

a) Ibu dalam posisi litotomi
b) Penggunaan caahaya yang cukup terang
c) Anatomi dapat dilihat dengan jelas
d) Tindakan cepat
e) Teknik yang steril
f) Bekerja hati-hati
g) Hati-hati jangan sampai kasa/kapaas tertinggal dalam vagina

h) Penjelasan dan pendekatan yang peka terhadap perasaan ibu selama tindakan.

i) Pentingnya tindak lanjut jangka panjang untuk menilai teknik dan pemilihan bahan untuk penjahitan.

e. Bayi Baru Lahir

1) Pengertian

Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013: 150-161), bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat lahir antara 2500-4000 gram. Bayi bru lahir dikatakan normal jika termasuk dalam kriteria sebagai berikut:

a) Berat badan lahir bayi antara 2500-4000 gram

b) Panjang badan bayi 48-50 cm

c) Lingkar dada bayi 32-34 cm

d) Lingkar kepala bayi 33-35 cm

e) Bunyi jantung dalam menit pertama ± 180 kali/menit disertai pernapasan cuing hidung, retraksi suprasternal dan interkostal, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit

f) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan dilapisi verniks kaseosa

g) Rambut lanugo teah hilang, rambut kepala tumbuh baik

h) Kuku telah agak panjang dan lemas

i) Genetalia: testis sudah turun pada bayi laki-laki) dan labia mayora telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan)

j) Refleks isap, menelan dan moro sudah terbentuk

k) Eliminasi, urin dan mekonium normalnya keuar pada 24 jam pertama, mekonim memiliki karekteristik hitam kehijauan dan lengket

2) Adaptasi fisiologis BBL terhadap Kehidupan di Luar Uterus

a) Adaptasi pernapasan

Pernapasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 3 detik sesudah kelahiran. Pernapasan ini timbul sebagai akibat aktifitas normal sistem saraf pusat dan perifer yang dibantu oleh beberapa rangsangan lainnya. Semua ini meyebabkan rangsangan pusat pernapsan dalam otak yang melanjutkan rangsangan tersebut untuk menggerakkan diafragma, serta otot-otot pernapasan lainnya.

b) Adaptasi kardiovaskular

Dengan berkembngnya paru-paru, pada alveoli akan terjadi peningkatan tekanan oksigen. Sebaliknya, tekanan karbon dioksida akan mengalami penurunan. Hal ini mengakibatkan terjadinya penurunan resistansi pembuluh darah dari arteri pulmonalis mengalir ke paru-paru dan ductus arteriosus tertutup. Setelah tali pusat dipotong, aliran darah dari placenta terhenti dan foramen ovale tertutup.

c) Perubahan termoregulasi dan metabolik

Bayi baru lahir dapat mempertahankan suhu tubuhnya dengan mengurangi konsumsi energi, serta merawatnya di dalam Natural

Thermal Environment (NTE), yaitu suhu lingkungan rata-rata dimana produksi panas, pemakaian oksigen dan kebutuhan nutrisi untuk pertumbuhan adalah minimal agar suhu tubuh menjadi normal.

d) Adaptasi neurologis

(1) Sistem neurologis bayi secara anatomik atau fisologis belum berkembang sempurna

(2) Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut dan tremor pada ekstremitas

(3) Refleks bayi baru lahir merupakan indikator penting perkembangan normal

e) Adaptasi gastrointestinal

(1) Enzim-enzim digestif aktif saat lahir dan dapat menyokong kehidupan ekstrauterin pada kehamilan 36-38 minggu

(2) Perkembangan otot dan refleks yang penting untuk menghantarkan makanan sudah terbentuk saat lahir

(3) Pencernaan protein dan karbohidrat telah tercapai; pencernaan dan absorpsi lemak kurang baik

(4) Pengeluaran mekonium, yaitu feses berwarna hitam kehijauan, lengket dan mengandung darah samar, diekskresikan dalam 24 jam pada 90% bayi baru lahir normal

f)

g) Adaptasi ginjal

Sebagian besar bayi baru lahir berkemih dalam 24 jam pertama setelah lahir dan 2-6 kali sehari pada 1-2 hari pertama; setelah itu, mereka berkemih 5-20 kali dalam 24 jam

h) Adaptasi hati

Selama kehidupan janin dan sampai tingkat tertentu setelah lahir, hati terus membantu pembentukan darah

i) Adaptasi imun

(1) Bayi baru lahir tidak dapat membatasi organisme penyerang di pintu masuk

(2) Imaturitas jumlah sistem perlindungan secara signifikan meningkatkan risiko infeksi pada periode bayi baru lahir

(3) Infeksi merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas selama periode neonatus

3) Perlindungan termal

a) Pastikan bayi tetap hangat dan terjadi kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu

b) Gantilah handuk/kain yang basah dan bungkus bayi dengan selimut

c) Mempertahankan lingkungan termal netral

4) Pemeliharaan pernapasan

Mempertahankan terbukanya jalan napas

5) Pemotongan tali pusat

6) Penilaian APGAR

Tabel 2.2

APGAR SCORE

Skor	0	1	2
A : Apperence (Warna Kulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruhnya merah muda
P : Pulse (Denyut Nadi)	Tidak Ada	Kurang dari 100	> 100 kali/menit
G : Gremace (Reflek)	Tidak Ada	Sedikit gerakan mimik	Batuk/bersin, menangis, menarik kaki
A : Activity (Tonus Otot)	Tidak Ada	Ekstremitas dalam sedikit fleksi	Bergerak aktif
R : Respiration (Usaha Nafas)	Tidak Ada	Tangisan Lemah	Tangisan Kuat

Sumber: Sondakh, 2013. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir, Erlangga, Jakarta, halaman 158.

2.2 KONSEP DASAR PERSALINAN

2.2.1 Manajemen Kebidanan Kala I

a. Pengkajian

1) Data Subjektif

a) Biodata

Nama : Selain sebagai identitas, upayakan agar bidan memanggil dengan nama panggilan sehingga hubungan komunikasi antara bidan dan pasien menjadi lebih akrab (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 220).

Usia	:	usia dibawah 16 tahunatau diatas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi (Varney, 2007: 691).
Agama	:	Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 221).
Pendidikan	:	Sebagai dasar bidan untuk menentukan metode yang paling tepat dalam penyampaian informasi mengenai teknik melahirkan bayi. Tingkat pendidikan ini akan sangat mempengaruhi daya tangkap dan tanggap pasien terhadap instruksi yang diberikan bidan pada proses persalinan (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 221).
Pekerjaan	:	Data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi, pola sosialisasi dan data pendukung dalam Menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 221).
Suku/bangsa	:	Data ini Berhubungan dengan sosial budaya yang dianut oleh pasien dan keluarga yang berkaitan dengan persalinan (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 221).

Alamat : Selain sebagai data mengenai distribusi lokasi pasien, data ini juga Memberi gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan. Ini mungkin Berkaitan dengan keluhan terakhir atau tanda persalinan yang disampaikan dengan patokan saat terakhir sebelum berangkat ke lokasi persalinan (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 221).

b) Riwayat pasien

1) Keluhan Utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan.Pada kasus persalinan, informasi yang harus didapat dari pasien adalah kapan mulai terasa ada kencang-kencang di perut, bagaimana intensitas dan frekuensinya, apakah ada pengeluaran cairan dari vagina yang berbeda dari air kemih, apakah sudah ada pengeluaran lendir yang disertai darah, serta pergerakan janin untuk memastikan kesejahteraannya (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 221).

2) Menstruasi

Data ini memang tidak secara langsung berhubungan dengan masa bersalin, namun dari data yang kita peroleh kita akan mempunyai gambaran tentang keaadaan dasar

organ reproduksinya. Beberapa dta yang harus kita peroleh dari riwayat menstruasi antara lain:

a) Menarche

Menarche adalah usia pertama kali mengalami menstruasi. Untuk wanita indonesia pada usia sekitar 12-16 tahun.

b) Siklus

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

c) Volume

Data ini menjelaskan seberapa banyak darah menstruasi yang dikeluarkan. Kadang kita akan kesulitan untuk mendapatkan data yang valid. Sebagai acuan biasanya kita gunakan kriteria banyak, sedang, dan sedikit. Jawaban yang diberikan oleh pasien biasanya bersifat subjektif, namun kita dapat gali lebih dalam lagi dengan beberapa pertanyaan pendukung seperti sampai berapa kali ganti pebaut dalam sehari.

d) Keluhan

Beberapa wanita menyampaikan keluhan yang dirasakan ketika mengalami menstruasi misalnya sakit yang sangat, Keluhan yang disampaikan oleh pasien dapat menunjuk kepada diagnosis tertentu.

c) Gangguan kesehatan alat reproduksi

Data ini sangat penting untuk kita gali karena akan memberikan petunjuk bagi kita tentang organ reproduksinya. Ada bebrapa penyakit organ reproduksi yang berkaitan erat dengan personal hygiene pasien, atau kebiasaan lain yang tidak mendukung kesehatan reproduksinya . Jika didapatkan ada salah satu atau beberapa riwayat ganguan kesehatan alat reproduksi, maka kita harus waspada akan adanya kemungkinan gangguan kesehatan alat reproduksi pada masa intra sampai dengan pascamelahirkan serta pengaruhnya terhadap kesehatan bayi yang dilahirkannya. Beberapa data yang perlu kita gali dari pasien adalah apakah pasien pernah mengalami gangguan seperti keputihan, infeksi, gatl karena jamur, tumor.

d) Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas, dan KB yang lalu

Tabel 2.3

Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas, dan KB yang Lalu

Anak ke-	Kehamilan		Persalinan				Nifas		KB	
	Lama	Penyulit	Penolong	Tempat	BB bayi	Penyulit	Vit A	Tab Fe	Alkon	lama

Sumber: Sulistyawati & Nugraheny, 2013. Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalinan, Salemba Medika, Jakarta, halaman 222.

e) Riwayat kehamilan sekarang

Tabel 2.4

Riwayat Kehamilan Sekarang

Kunjungan ke-	UK	Keluhan	TT	Tindakan/ Terapi	KIE	Tempat ANC	Ket.

Sumber: Sulistyawati & Nugraheny, 2013. Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalinan, Salemba Medika, Jakarta, halaman 222.

f) Riwayat kesehatan

Dari data riwayat kesehatan ini dapat kita gunakan sebagai "warning" akan adanya penyulit saat persalinan. Perubahan fisik dan psikologis saat bersalin yang melibatkan seluruh sistem dalam tubuh akan mempengaruhi organ yang mengalami gangguan. (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 223).

g) Status perkawinan

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. Data yang dikaji adalah: usia menikah petama kali, status pernikahan sah/tidak, lama pernikahan, dan perkawinan yang sekarang dengan suami yang keberapa (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 223).

h) Pola kebiasaan Sehari-hari

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013: 223), pola kebiasaan sehari-hari, meliputi:

(1) Pola Makan

Data ini penting untuk kita kaji karena dari data ini kita akan mendapatkan gambaran bagaimana pasien mencukupi asupan gizinya selama hamil sampai dengan masa awal persalinan. Data fokus mengenai asupan makanan pasien adalah sebagai berikut: kapan atau jam berapa terakhir kali makan, makanan yang dimakan, jumlah makanan yang dimakan.

(2) Pola Minum

Pada masa persalinan, data mengenai intake cairan sangat penting karena akan menentukan kecenderungan terjadinya dehidrasi. Data yang perlu kita tanyakan berkaitan dengan intake cairan adalah sebagai berikut: kapan terakhir kali minum, berapa banyak yang diminum, apa yang diminum.

(3) Pola Istirahat

Istirahat sangat diperlukan oleh pasien untuk mempersiapkan energi menghadapi proses persalinannya, hal ini lebih penting lagi jika proses persalinannya mengalami pemanjangan waktu kala I. Data yang perlu ditanyakan yang berhubungan dengan istirahat pasien: kapan terakhir tidur, berapa lama dan aktivitas sehari-hari.

(4) Personal hygiene

Data ini perlu kita gali karena akan sangat berkaitan dengan kenyamanan pasien dalam menjalani proses persalinannya.

(5) Aktifitas Seksual

Data yang kita perlukan berkaitan dengan aktivitas seksual adalah sebagai berikut: keluhan, frekuensi, dan kapan terakhir melakukan hubungan seksual.

i) Respon keluarga terhadap persalinan

Bagaimanaoun juga hal ini sangat penting untuk kenyamanan psikologis pasien. Adanya respon yang positif dari keluarga terhadap persalinan akan mempercepat proses adaptasi pasien menerima peran dan kondisinya. Dalam mengakaji data ini kita dapat menanyakan langsung kepada pasien dan keluarga. Ekspresi wajah yang mereka tampilan juga dapat memberikan petunjuk kepada kita tentang bagaimana respons mereka terhadap kelahiran ini. Pada beberapa kasus sering kita jumpai tidak adanya respon postif dari keluarga dan lingkungan pasien karena adanya permasalahan yang mungkin tidak mereka ceritakan kepada kita, jika hal itu terjadi bidan sedapat mungkin dapat berperan dalam mencari beberapa alternatif solusi (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 225).

j) Respon pasien terhadap kelahiran bayinya

Respon yang positif dari keluarga terhadap persalinan akan mempercepat proses adaptasi dalam menerima kondisi dan perannya (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 223).

k) Adat Istiadat setempat yang berkaitan dengan Persalinan

Mendapatkan data tentang adat istiadat yang dilakukan ketika menghadapi persalinan (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 223).

2) Data Objektif

Data ini dikumpulkan guna melengkapi data untuk menegakkan diagnosis. Bidan melakukan pengkajian data objektif melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi, dan pemeriksaan penunjang yang dilakukan secara berurutan (Sulistyawati & Nugraheny, 2013:226).

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 dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain dan pasien sudah tidak mampu berjalan sendiri.

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 & Nugraheny, 2013: 226).

c) Tanda vital

(1) Tekanan Darah

Peningkatan atau penurunan tekanan darah masing-masing merupakan indikasi gangguan hipertensi dalam kehamilan atau syok. Peningkatan tekanan darah sistol dan diastol dalam batas normal dapat mengindikasikan ansietas atau nyeri (Varney, 2007: 693).

(2) Nadi

Peningkatan denyut nadi dapat menunjukkan infeksi, syok, ansietas atau dehidrasi (Varney, 2007: 693).

(3) Pernafasan

Peningkatan frekuensi pernafasan dapat menunjukkan syok ansietas (Varney, 2007: 693).

(4) Suhu

Peningkatan suhu menunjukkan proses infeksi atau dehidrasi (Varney, 2007: 693).

d) Kepala

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013: 226), untuk menilai kelainan yang dapat mempersulit proses persalinan meliputi :

(1) Mata

Dikaji apakah konjungtiva pucat (apabila terjadi kepucatan pada konjungtiva maka mengindikasikan terjadinya anemia pada pasien yang mungkin dapat menjadi komplikasi pada persalinannya), dikaji sclera, kebersihan, kelainan pada mata dan gangguan penglihatan (rabun jauh/dekat) (Rohani, Saswita, & Marisah, 2013: 83).

(1) Mulut

(a) Bibir

Dikaji apakah ada kepucatan pada bibir (apabila terjadi kepucatan pada bibir maka mengindikasikan terjadinya anemia pada pasien yang mungkin dapat menjadi komplikasi pada persalinannya), integritas jaringan (lembab, kering atau pecah-pecah) (Rohani, Saswita, & Marisah, 2013: 83).

(b) Lidah

Dikaji apakah ada kepucatan pada lidah yang mengindikasikan terjadinya anemia pada pasien yang mungkin dapat menjadi komplikasi pada persalinannya (Rohani, Saswita, & Marisah, 2013: 83).

(c) Gigi

Dikaji tentang adanya karies gigi, (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 227).

e) Leher

Digunakan untuk mengetahui apakah ada kelainan atau pembesaran pada kelenjar getah bening serta adanya parotitis (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 227).

f) Dada

Dikaji apakah ada kelainan bentuk pada payudara, apakah ada perbedaan besar pada masing-masing payudara, adakah hiperpigmentasi pada areola, adakah teraba nyeri dan masa pada payudara, kolostrum, keadaan puting (menonjol, datar atau masuk ke dalam), kebersihan (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 227).

g) Perut

Digunakan untuk menilai adanya kelainan pada abdomen serta memantau kesejahteraan janin, kontraksi uterus dan menentukan kemajuan proses persalinan (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 227-228), seperti:

(1) Bekas operasi sesar

Melihat riwayat operasi sesar, sehingga dapat ditentukan tindakan selanjutnya (Rohani, Saswita, & Marisah, 2013: 84).

(2) Pemeriksaan Leopold

Pemeriksaan leopold digunakan untuk mengetahui letak, presentasi, posisi, dan variasi janin (Rohani, Saswita, & Marisah, 2013: 84).

(3) Kontraksi Uterus

Frekuensi, durasi dan intensitas kontraksi digunakan untuk menetukan status persalinan (Rohani, Saswita, & Marisah, 2013:84).

(4) Denyut Jantung Janin (DJJ)

Untuk mengkaji status bayi. Frekuensi jantung bayi kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali per menit dapat menunjukkan gawat janin dan perlu dievaluasi segera (Varney, 2007: 693).

(5) Palpasi Kandung Kemih.

h) Ekstremitas

Untuk menilai adanya kelainan pada ekstremitas yang dapat menghambat atau mempengaruhi proses persalinan yang meliputi mengkaji adanya odema dan varises (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 228).

i) Genital

Menurut Sulistyawati & Nugraheny, (2013: 228) mengkaji tanda-tanda inpartu, kemajuan persalinan, hygiene pasien dan adanya tanda-tanda infeksi vagina, meliputi:

(1) Kebersihan

(2) Pengeluaran pervaginam : pengeluaran lendir darah (*blood show*)

(3) Tanda-tanda infeksi vagina

(4) Pemeriksaan dalam

j) Anus

Digunakan untuk mengetahui kelainan pada anus seperti hemoroid (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 228).

k) Pemeriksaan dalam

Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013: 110), pemeriksaan dalam meliputi langkah sebagai berikut :

(1) Pemeriksaan genetalia eksterna, memperhatikan adanya luka atau masa (benjolan) termasuk kondilomata, varikositas vulva atau rectum, atau luka parut di perineum. Luka parut di vagina mengindikasi adanya riwayat robekan perineum atau tindakan *episiotomy* sebelumnya, hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi.

(2) Penilaian cairan vagina dan menentukan adanya bercak darah, perdarahan pervaginam atau mekonium, jika ada perdarahan pervaginam maka tidak dilakukan pemeriksaan dalam. Jika ketuban sudah pecah, melihat warna dan bau air ketuban.

(3) Menilai pembukaan dan penipisan serviks

(4) Memastikan tali pusat dan bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan pemeriksaan dalam. Jika terjadi, maka segera rujuk.

(5) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian tersebut telah masuk ke dalam rongga panggul. Menentukan kemajuan persalinan dengan cara membandingkan tingkat penurunan kepala dari hasil pemeriksaan dalam dengan hasil pemeriksaan melalui dinding abdomen (perlimaan).

(6) Jika bagian terbawah adalah kepala, memastikan penunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar, atau fontanela magna) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau tumpang tindih tulang kepala dan apakah ukuran kepala janin sesuai dengan ukuran jalan lahir.

l) Data penunjang

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013: 228), data penunjang digunakan untuk mengetahui keadaan ibu dan janin untuk mendukung proses persalinan, seperti :

(1) USG

(2) Laboratorium meliputi: kadar hemoglobin (Hb), golongan darah

b. Interpretasi Data Dasar

Dalam langkah kedua ini, bidan membagi interpretasi data dalam tiga bagian.

1) Diagnosis kebidanan/nomenklatur

Dalam bagian ini yang dsimpulkan oleh bidan antara lain:

a) Paritas

Paritas adalah riwayat reproduksi seorang wanita yang berkaitan dengan kehamilannya (jumlah kehamilan), dibedakan menjadi primigravida (hamil pertama kali) dan muli gravida (hamil kedua atau lebih). Contoh cara penulisan paritas dalam interpretasi data.

(1) Primigravida: $G_1P_0A_0$

(a) G_1 (gravida 1) berarti kehamilan yang pertama

(b) P_0 (partus nol) berarti belum pernah partus/melahirkan

(c) A_0 (abortus nol) berarti belum pernah mengalami abortus

(2) Multigravida: $G_3P_1A_1$

(a) G_3 (gravida 3) berarti kehamilan yang ketiga

(b) P_1 (partus 1) berarti sudah pernah mengalami partus 1 kali

(c) A_1 (abortus 1) berarti sudah pernah mengalami abortus satu kali

b) Usia kehamilan (dalam minggu)

c) Kala dan fase persalinan

d) Keadaan janinNormal atau tidak normal

2) Masalah

Dalam asuhan kebidanan beberapa masalah tidak dapat didefinisikan sebagai diagnosis, tetapi perlu dipertimbangkan untuk membuat

rencana yang menyeluruh. Masalah sering berhubungan dengan bagaimana wanita itu mengalami kenyataan terhadap diagnosisnya.

Tabel 2.5

Rumusan Diagnosis Kebidanan dan Masalah Ibu Bersalin

No.	Diagnosis Kebidanan	Masalah
1.	Seorang $G_1P_0A_0$ usia kehamilan 38 minggu dalam persalinan kala I fase laten dengan anemia ringan	1. Takut dengan gambaran rasa sakit selama proses persalinan 2. Bingung dengan apa yang harus dilakukan selam proses persalinan
2.	Seorang $G_2P_1A_0$ usia kehamilan 37 minggu dalam persalinan kala I fase aktif	Tidah tahan dengan nyeri akibat kontraksi
3.	Seorang P_1A_0 dalam persalinan kala I fase akhir	1. Merasa tidak percaya diri dengan kemampuannya meneran 2. Bingung memilih posisi meneran

Sumber: Sulistyawati & Nugraheny, 2013. Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalinan, Salemba Medika, Jakarta, halaman 229.

3) Kebutuhan Pasien

Dalam bagian ini bidan menentukan kebutuhan pasien berdasar keadaan dan masalahnya. Contohnya kebutuhan untuk KIE, bimbingan tentang kontrol pernapasan, dan posisi untuk meneran.

c. Merumuskan diagnosis/masalah potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian maslah yang ada. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila mungkin dilakukan pencegahan. Sambil mengamati pasien, bidan diharapkan siap bila diagnosis atau masalah potensial benar-benar

terjadi. Contoh perumusan diagnosis potensial pada persalinan kala I berdasarkan interpretasi data.

Tabel 2.6

Perumusan Diagnosis Potensial pada Persalinan Kala I Berdasarkan Interpretasi Data

No.	Hasil Interpretasi Data	Diagnosis Potensial
1.	Anemia berat	Perdarahan intrapartum
2.	Tekanan darah 160/100 mmHg, protein urine (++)	Eklamsia
3.	Keletihan dan dehidrasi	Partus lama
4.	Ketuban pecah dini	Infeksi intrapartum
5.	Tinggi badan 140 cm, kepala belum masuk panggul	Persalinan tak maju karena DKP
6.	Kala I fase aktif melewati garis waspada partograf	Partus lama
7.	DJJ lebih dari normal	Asfiksia intrauterus

Sumber: Sulistyawati & Nugraheny, 2013. Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalinan, Salemba Medika, Jakarta, halaman 230.

d. Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Dalam pelaksanaannya kadang bidan dihadapkan pada beberapa situasi darurat dimana harus segera melakukan tindakan untuk menyelamatkan pasien, kadang juga berada pada situasi dimana pasien memerlukan tindakan segera sementara harus menunggu instruksi dokter atau bahkan mungkin juga situasi yang memerlukan konsultasi dengan tim kesehatan lain. Oleh karena itu bidan sangat dituntut kemampuannya untuk selalu melakukan evaluasi keadaan pasien agar asuhan yang diberikan tepat dan aman (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 235).

e. Merencanakan asuhan kebidanan

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh berdasarkan langkah sebelumnya. Semua rencana yang dibuat harus terbaru, *evidence based care*, serta divalidasi dengan asumsi mengenai apa yang diinginkan dan tidak diinginkan oleh pasien. Dengan menyusun perencanaan sebaiknya pasien dilibatkan, karena pada akhirnya pengambilan keputusan untuk dilaksanakannya suatu rencana asuhan harus disetujui oleh pasien.Berikut adalah beberapa contoh perencanaan yang dapat ditentukan sesuai dengan kondisi pasien.

1) Evaluasi terus-menerus
   a) Waspada adanya tanda bahaya persalinan
   b) Pengukuran tanda vital
   c) Pengeluaran pervagina
   d) Proses adaptasi psikologis pasien dan suami
   e) Intake cairan dan nutrisi
   f) Kemampuan dan kemauan pasien untuk berperan dalam proses persalinannya
   g) Kemajuan persalinan
   h) Kesejahteraan janin
   i) Pengosongan kandung kemih
2) Mengatasi ketidaknyamanan selama proses persalinan
   a) Sering BAK

b) Punggung pegal

c) Kaki pegal

d) Sesak nafas

e) Mual dan muntah

f) Susah BAB

g) Badan terasa gerah atau panas

h) Nyeri akibat his

i) Kram pada tungkai bawah

3) Pemberian informasi kepada pasien dan keluarga

a) Hasil pemeriksaan

b) Indikator kemajuan proses persalinan seperti pembukaan serviks

c) Perlengkapan ibu dan bayi yang harus disiapkan

d) Apa yang boleh dan tidak boleh dilakukan oleh pasien

e) A pa yang sebaiknya dilakukan oleh pendamping persalinan

f) Siapa yang akan menolong persalinan (nama bidan atau dokter obgyn)

4) Mengatasi cemas

a) Kaji penyebab cemas

b) Libatkan keluarga dalam mengkaji penyebab cemas dan alternatif penanganannya

c) Berikan dukungan mental dan spiritual kepada pasien dan keluarga

d) Fasilitasi kebutuhan pasien yang berkaitan dengan penyebab cemas

(1) Sebagai teman sekaligus pendengar yang baik

(2) Sebagai konselor

(3) Pendekatan yang bersifat spiritual

(4) Kesempatan mendapatkan pendampinngan dari orang yang dianggap mampu memberikan dukungan mental dan spiritual dari pihak keluarga pasien

f. Pelaksanaan asuhan kebidanan

Berikut adalah beberapa contoh pelaksanaan dari perencanaan asuhan berdasarkan peran bidan dalam tindakan mandiri, kolaborasi, dan tindakan pengawasan.

1) Tindakan mandiri bidan pada kala I

a) Pemantauan intensif, terutama pada pasien resiko tinggi (jika di rumah sakit

b) Pemantauan persalinan dengan partograf

c) Dukungan mental dan spiritual pada pasien dan keluarga

d) Bimbingan latihan nafas dan relaksasi

e) Bimbingan posisi yang nyaman selama kala I

f) Bimbingan posisi dan teknik meneran pada kala I

g) Memberikan instruksi kepada pendamping pasien mengenai apa yang harus ia lakukan selama persalinan

h) Pemantauan *intake* serta *output* cairan dan nutrisi

2) Merujuk

Tata laksana rujukan sudah diatur dalam kebijakan profesi, secara singkat syarat untuk merujuk adalah bidan harus melakukan tindakan stabilisasi prarujukan dan harus memastikan syarat rujukan terpenuhi, antara lain:

B : Bidan

A : Alat

K : Kendaraan

S : Surat pengantar rujukan dari bidan

O : Obat

K : Keluarga

U : Uang atau biaya

D : Donor

A : doA

3) Pendidikan atau penyuluhan

a) Pasien

(1) Pentingnya intake cairan selama kala I

(2) Latihan nafas dan relaksasi

(3) Aktifitas dan posisi selama kala I

(4) Posisi dan teknik meneran yang tepat dan aman

b) Suami

(1) Pengambil keputusan terhadap keadaan bahaya istri dan bayi

(2) Orang yang paling siaga dalam keadaan darurat istri

(3) Dukungan yang positif bagi istri dalam keberhasilan proses adaptasi peran ibu dan proses persalinan

c) Keluarga

- Pemberian dukungan mental bagi pasien dalam adaptasi peran.
- Seleksi mengenai keboiasaan adat yang aman dan tidak aman dalam persalinan.

g. Evaluasi

Untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan asuhan yang kirta berikan kepada pasien, kita mengacu kepada bebebrapa pertimbangan sebagai berikut.

1) Tujuan asuhan kebidanan

a) Meningkatkan, mempertahankan, dan mengembalikan kesehatan pasien

b) Memfasilitasi pasien untuk menjalani persalinannya dengan rasa aman dan penuh percaya diri

c) Meyakinkan pasien dan pasangannya untuk mengembangkan kemampuan sebagai orang tua dan untuk mendapatkan pengalaman berharga sebagai orang tua

2) Evektifitas tindakan untuk mengatasi masalah

Dalam melakukan evaluasi mengenai seberapa efektif tindakan dan asuhan yang kita berikan kepada pasien, kita perlu mengkaji

respons pasien dan peningkatan kondisi yang kita targetkan pada saat penyusunan perencanaan. Hasil pengkajian ini kita jadikan sebagai acuan dalam pelaksanakan asuhan berikutnya.

3) Hasil asuhan

Hasil asuhan adalah bentuk nyata dari perubahan kondisi serta respon pasien dan keluarga yang meliputi:

a) Penerimaan pasien terhadap kondisi dan kesiapannya dalam menghadapi setiap tahap persalinan
b) Stabilitas psikologis suami dan keluarga dalam menghadapi pasien
c) Pasien kooperatif dalam proses persalinan
d) Suami dan keluarga senantiasa siap memberikan dukungan.

2.2.2 Catatan Perkembangan

a. Manajemen Kebidanan Kala II

Tanggal ..... Pukul .....

S : Ibu mengatakan ingin meneran

O :

1) Ekspresi wajah pasien serta bahasa tubuh (body language) yang menggambarkan suasana fisik dan psikologi pasien menghadapi kala II persalinan
2) Vulva dan anus membuka, perineum menonjol
3) Hasil pemantauan kontraksi

4) Hasil pemeriksaan dalam menunjukkan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap

A : G...P.....Ab..... UK ..... minggu janin T/H/I ....., presentasi ....., inpartu kala II, keadaan ibu dan janin baik

P :

a. Menjaga kebersihan pasien

b. Mengatur posisi

c. Memenuhi kebutuhan hidrasi

d. Melibatkan suami dalam proses persalinan

e. Memberikan dukungan mental dan spiritual

f. Melakukan pertolongan persalinan

Sesuai dengan kewenangannya, bidan melakukan pertolongan persalinan normal sesuai dengan APN dengan rincian sebagai berikut.

(a) Pada saat ada his, bimbing ibu untuk meneran

(b) Saat kepala terlihat di vulva dengan diameter 5-6 cm, pasang handuk bersih di perut pasien untuk mengeringkan badan bayi

(c) Buka set partus

(d) Mulai memakai sarung tangan pada kedua tangan

(e) Saat kepala turun, tangan kanan menahan perineum dengan arah tahanan ke dalam dan ke bawah, sedangkan tangan kiri menahan kepala bayi agar tidak terjadi defleksi maksimal.

g. Setelah bayi lahir, bersihkan hidung dan mulut bayi menggunakan kasa steril, lalu periksalah leher bayi apakah ada lilitan tali pusat atau tidak. Jika ada lilitan , kendorkan dan jepit serta gunting tali pusat. Jika tidak ada lilitan , lanjutkan pada langkah selanjutnya.

h. Tempatkan kedua tangan pada bitemporalis bayi untuk melahirkan bahu dengan cara tarik kepala ke arah bawah untuk melahirkan bahu depan dan tarik kepala ke arah atas untuk melahirkan bahu belakang.

i. Pindahkan tangan dominan ke bawah badan bayi untuk menyangga kepala, leher dan badan bayi saat seluruh badan bayi telah lahir semuanya.

j. Lakukan penilaian sekilas pada bayi, kemudian letakkan bayi diatas perut pasien dengan kepala lebih rendah lalu keringkan badan bayi. Biarkan bayi kontak kulit dengan pasien, kemudian tutup badan bayi menggunakan handuk. Minta pasien untuk memeluk ayinya, dan libatkan suami dalam proses IMD.

b. Manajemen Kebidanan Bayi baru Lahir

Tanggal ..... Pukul .....

S : Ibu mengatakan telah melahirkan bayinya pada tanggal ..... jam ..... WIB

O :

1) KU : Baik

2) HR : 130-160 kali/menit

3) RR : 30-60 kali/menit

4) Suhu : 36-37˚C

5) BB : 2500–4000 gram

6) PB : 48-52 cm

7) Bayi terbungkus, tangisan kuat, warna kulit merah dan tonus otot baik

A : Bayi Ny. "....." berusia ..... jam dengan BBL normal

Diagnosis Potensial : 1) Hipotermi

2) Infeksi

3) Asfiksia

4) Ikterus

P :

a. Mempertahankan suhu tubuh bayi dengan tidak memandikan bayi setidaknya 6 jam

b. Membungkus bayi dengan kain kering, bersih dan hangat agar tidak infeksi dan hipotermi

c. Menganjurkan ibu untuk melakukan perawatan bayi dengan metode kangguru

d. Menganjurkan pada ibu untuk segera memberi ASI

c. Manajemen Kebidanan Kala III

Tanggal ..... Pukul .....

S **:** Ibu mengatakan bahwa bayinya letah lahir melalui vagina, ari-arinya belum lahir, perut bagian bawahnya terasa mulas

O **:**

1) KU : Baik
2) Kesadaran : Composmentis
3) TFU : 2 jari dibawah pusat
4) Tidak teraba janin kedua
5) Teraba kontraksi uterus

A **:** P.....Ab..... dengan kala III, keadaan ibu dan janin baik

P **:**

1) Melakukan palpasi uterus untuk memastikan ada tidaknya janin kedua
2) Memberikan suntikan oksitosin dosis 0,5 cc secara IM di otot sepertiga luar paha dalam waktu kurang dari satu menit setelah bayi lahir
3) Melibatkan keluarga dalam pemberian minum kepada pasien. Pemberian minum (hidrasi) sangat penting dilakukan untuk mengembalikan kesegaran pasien yang telah kehilangan banyak cairan dalam proses persalinan kala II
4) Melakukan penjepitan dan pemotongan tali pusat
5) Melakukan PTT

6) Melahirkan plasenta

e) Manajemen Kebidanan Kala IV

Tanggal ..... Pukul .....

S : Pasien mengatakan bahwa ari-arinya telah lahir, perutnya mulas, merasa lelah tapi bahagia

O :

1) Plasenta telah lahir spontan pada tanggal ....., jam .....
2) TFU ..... jari diatas pusat
3) Kontraksi uterus: baik/tidak

A : Seorang P.....A..... dalam persalinan kala IV

P :

1) Melakukan pemantauan pada kala IV
   (a) Luka/robekan jalan lahir: serviks, vagiana, dan vulva; kemudian dilanjutkan dengan penjahitan luka perineum
   (b) Tanda vital: tekanan darah, nadi, respirasi, suhu
   (c) Kontaksi uterus
   (d) Lochea
   (e) Kandung kemih
2) Melakukan penjahitan luka perineum
3) Memantau jumlah perdarahan
4) Memenuhi kebutuhan pasien pada kala IV
   (a) Hidrasi dan nutrisi
   (b) Hygiene dan kenyamanan pasien

(c) Bimbingan dan dukungan untuk berkemih

Pemberian informasi yang sejelas-jelasnya mengenai apa yang terjadi dengan tubuhnya saat ini dan apa yang harus ia lakukan berkaitan dengan kondisinya.

(a) Kehadiran bidan sebagai pendamping

(b) Dukungan dalam pemberian ASI dini

(c) Posisi tubuh yang nyaman

(d) Tempat dan alas tidur yang kering dan bersih agar tidak terjadi infeksi