

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Persalinan

2.1.1 Pengertian

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir, spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2009: 100). Asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermia, dan asfiksia bayi baru lahir (Prawirohardjo, 2014: 334).

2.1.2 Etiologi

Persalinan belum dapat diketahui dengan pasti penyebab terjadinya, namun beberapa teori menyebutkan terjadinya persalinan yaitu sebagai berikut:

a. Teori penurunan hormon

Saat 1-2 minggu sebelum proses melahirkan dimulai, terjadi penurunan kadar estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim, jika kadar progesteron turun akan menyebabkan tegangnya pembuluh darah dan menimbulkan his (Sulistiyawati & Nugraheny, 2013: 5).

b. Teori keregangan

Ukuran uterus yang makin membesar dan mengalami peregangan akan mengakibatkan otot-otot uterus mengalami iskemia sehingga mungkin dapat menjadi faktor yang mengganggu sirkulasi utero plasenta 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).

c. Teori oksitosin interna

Hipofisis posterior menghasilkan hormon oksitosin. Adanya perubahan keseimbangan antara estrogen dan progesteron dapat

mengubah tingkat sensitivitas otot rahim, mengakibatkan terjadinya kontraksi uterus yang disebut *Braxton Hicks*. (Sondakh, 2013 : 3).

2.1.3 Tanda-tanda Persalinan

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

a. Terjadinya his persalinan 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. *Power* (Tenaga atau kekuatan)

Menurut Jenny J.S. Sondakh(2013: 76-77), *power* merupakan tenaga yang dikeluarkan untuk melahirkan janin, yaitu kontraksi uterus atau his dari tenaga mengejan ibu. Menurut fisiologisnya his persalinan dapat dibagi menjadi his pembukaan, his pengeluaran, his pelepasan plasenta dan his pengiring.

- 1) His pembukaan: his menimbulkan pembukaan dari serviks sampai terjadipembukaan lengkap 10 cm. Sifat spesifik dari kontraksi otot rahim kala pertama adalah:
 - a) Intervalnya makin lama makin pendek.
 - b) Kekuatannya makin besar dan kala kelahiran diikuti dengan refleks mengejan.

c) Diikuti dengan retraksi, artinya panjang otot rahim yang telah berkontraksi tidak akan kembali ke bentuk semula.

2) His pengeluaran: his yang mendorong bayi keluar, disertai dengan keinginan mengejan, sangat kuat, teratur, dan terkoordinasi bersama antara his kontraksi atau perut, kontraksi diafragma, serta ligamen.

3) His pelepasan plasenta: his dengan kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.

4) His pengiring: kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, pengecilan rahim akan terjadi dalam beberapa jam atau hari.

b. Passage (Jalan lahir)

Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013: 4), jalan lahir terbagi atas dua, yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak. Jalan lahir keras yaitu sebagai berikut :

1) Dua *os coxae* (disebut juga tulang innominata)

a) Tulang usus (*os ilium*)

b) Tulang duduk (*os ischium*)

c) Tulang kemaluan (*os pubis*)

2) *Os Sacrum*

Berbentuk segitiga dengan lebar di bagian atas dan mengecil di bagian bawahnya.

3) *Os Coccygis*

Berbentuk segitiga dengan ruas 3-5 buah dan bersatu, pada saat persalinan, tulang tungging dapat didorong ke belakang sehingga memperluas jalan lahir.

Menurut Nurasih, Rukmawati, & Badriah (2014:33), ruang panggul terdiri dari:

1) Pelvis mayor (*false pelvis*): bagian diatas pintu atas panggul tidak berkaitan dengan persalinan

2) Pelvis minor (*true pelvis*) terdiri dari :

a) Pintu atas panggul (PAP) atau disebut *pelvic inlet*

(1) Batasan PAP adalah promontorium, sayap *sacrum*, linea innominata, *ramus superior os pubis*, dan pinggir atas *symphysis pubis*.

(2) Ukuran PAP

(a) Ukuran muka belakang (*conjugata vera*)

Jaraknya dari promontorium ke pinggir atas *symphysis*, ukuran normalnya 11 cm. *Conjugata vera* tidak dapat diukur langsung tapi dapat diperhitungkan dengan

mengurangi konjugata diagonalis (dari promontorium ke pinggir bawah *symphysis*) sejumlah 1,5-2 cm.

(b) Ukuran melintang (*diameter oblique*)

Merupakan ukuran terbesar antara linea innominatadiambil tegak lurus pada *conjugata vera*, ukurannya 12,5 – 13,5 cm.

(c) Ukuran serong (*diameter oblique*)

Articulatio sacroiliaca ke *tuberculum pubicum* dari belahan panggul yang bertentangan. Ukurannya 13 cm.

b) Bidang tengah panggul terdiri atas bidang luas panggul dan bidang sempit panggul

Bidang luas panggul terbentang antara *symphysis*, pertengahan *acetabulum*, dan pertemuan antara ruas *sacral* II dan III. Bidang sempit panggul terdapat setinggi pinggir bawah *symphysis*, kedua *spina ischiadica* dan memotong *sacrum* ± 1-2 cm diatas ujung *sacrum*.

c) Pintu bawah panggul atau disebut *pelvic outlet*

Pintu bawah panggul buka suatu bidang, tetapi terdiri dari dua segitiga dengan dasar yang sama, ialah garis yang menghubungkan kedua *tuber ischiadikum* kiri dan kanan. Puncak

dari segitiga yang belakang adalah ujung os sacrum, sisinya ialah *ligamentum sacro tuberosum* kiri dan kanan. Segitiga depan dibatasi oleh *arcus pubis*.

d) Bidang Hodge

Menurut Jenny J.S. Sondakh(2013: 66), bidang *hodge* dipelajari untuk menentukan sampai dimana bagian terendah janin turun dalam panggul dalam persalinan, yaitu:

- (1) Bidang *Hodge I*: bidang datar yang melalui bagian atas simfisis dan promontorium. Bidang ini dibentuk pada lingkaran pintu atas panggul.
- (2) Bidang *Hodge II* : bidang yang sejajar dengan bidang *Hodge I* terletak setinggi bagian bawah simfisis.
- (3) Bidang *Hodge III* : bidang yang sejajar dengan bidang *Hodge I* dan II, terletak setinggi *spina ischiadica* kanan dan kiri.
- (4) Bidang *Hodge IV* : bidang yang sejajar dengan *Hodge I, II, III*, terletak setinggi *os coccygis*.

e) Ukuran panggul luar

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013: 21-22), ukuran panggul luar yang biasa diukur antara lain:

(1) Distansia spinarum

Jarak antara kedua *spina iliaca anterior superior sinistra* dan *dextra*, jaraknya 24-26 cm.

(2) Distansia kristarum

Jarak terpanjang antara dua tempat yang simetris pada krista iliaka kanan dan kiri, jaraknya 28-30cm.

(3) Konjugata eksterna atau *Boudelouqe*

Merupakan jarak antara bagian atas simfisis dan prosesus spinosus lumbal 5, jaraknya 18-20 cm.

(4) Lingkar panggul

Diukur mulai pinggir atas simpisis, *trochanter mayor*, dan *processus spinosus lumbal ke-5*, ukuran normal 80-90 cm.

c. Passenger (Janin dan plasenta)

Cara Penumpang (Passenger) atau janin bergerak sepanjang jalan lahir dipengaruhi ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan

posisi janin. plasenta juga harus melalui jalan lahir sehingga dapat juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin. Kepala janin dapat mengalami cedera pada persalinan yang dapat membahayakan janin, oleh karena tulang-tulang masih dibatasi fontanel dan sutura yang belum keras, maka pinggir tulang dapat menyisip antara tulang satu dengan tulang yang lain disebut *moulage* atau *molase* sehingga kepala bayi bertambah kecil (Rohani, Saswita, & Marisah, 2013:28).

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013:28), Pada tulang tengkorak janin dikenal beberapa sutura, antara lain:

- 1) Sutura *sagitalis superior* : menghubungkan kedua *os. Parietalis* kanan dan kiri.
- 2) Sutura *coronaria* : menghubungkan *os. Parietalis* dengan *os. Frontalis*
- 3) Sutura *lambdoidea* : menghubungkan *os. Parietalis* dengan *os. Oksipitalis*
- 4) Sutura *frontalis* : menghubungkan kedua *os. Frontalis* kanan dan kiri

Terdapat dua fontanel (ubun-ubun), antara lain:

- 1) Fontanel minor (ubun-ubun kecil)
 - a) Berbentuk segitiga

- b) Terdapat disutura sagitalis superior bersilang dengan sutura *lambdoidea*
 - c) Sebagai penyebut (penunjuk presentasi kepala) dalam persalinan, yang diketahui melalui pemeriksaan dalam (*vaginal touché*). Pada saat tangan pemeriksa meraba kepala janin, ketika terasa adanya cekungan yang berbentuk segitiga itulah ubun-ubun kecil.
- 2) Fontanel mayor (ubun-ubun besar)
- a) Berbentuk segi empat panjang
 - b) Terdapat sutura sagitalis superior dan sutura frontalis bersilang dengan sutura koronaria

Menurut Jenny J.S. Sondakh(2013:21), istilah-istilah yang dipakai untuk menentukan kedudukan janin dalam rahim adalah sebagai berikut :

1) Presentasi

Jika pada pemeriksaan didapatkan presentasi kepala, maka pada umumnya bagian yang menjadi presentasi adalah oksiput. Sementara itu, jika pada pemeriksaan didapatkan presentasi bokong, maka yang menjadi presentasi adalah sakrum, sedangkan pada letak lintang, bagian yang menjadi presentasi adalah skapula bahu.

2) Posisi

Menurut Nurasiah, Rukmawati, & Badriah (2014: 41), posisi adalah letak salah satu bagian anak yang tertentu terhadap dinding perut atau jalan lahir, Posisi janin dapat berada disebelah kanan, kiri, depan atau belakang terhadap sumbu ibu (*maternal pelvis*) sebagai contoh, letak belakang kepala (LBK), ubun-ubun kecil (UUK) kiri depan, dan UUK kanang belakang.

3) Letak/situs

Letak/situs ialah letak sumbu panjang janin berada terhadap sumbu panjang ibu sering dikatakan sebagai letak, letak janin dibagi menjadi tiga yaitu, yaitu sebagai berikut :

a) Letak membujur (*longitudinal*)

(1) Letak kepala: letak fleksi dan letak defleksi (letak puncak kepala, dahi, muka).

(2) Letak sungsang/letak bokong.

b) Letak lintang (*transverse lie*).

c) Letak miring (*oblique lie*).

4) Habitus/sikap

Sikap janin yang fisiologi 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 diantara ekstremitas dan tungkai terlipat pada lipat paha, serta lutut yang rapat pada badan.

Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013: 36), plasenta berfungsi sebagai jalur penghubung antara ibu dan anaknya, mengadakan sekresi endokrin, serta pertukaran selektif substansi yang dapat larut dan terbawa darah melalui lapisan rahim dan bagian trofoblas yang mengandung pembuluh-pembuluh darah, termasuk makanan untuk janin. Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013:35), fungsi plasenta yaitu menyalurkan berbagai antibodi dari ibu dan sebagaibarier(penghalang) terhadap janin dari kemungkinanmasuknyamikroorganisme atau kuman.

Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013: 36), struktur-struktur yang menyusun bagian dari plasenta yaitu:

1) Bentuk dan ukuran

Umumnya plasenta berbentuk bundar/ oval yang memiliki diameter 15-20 cm, tebal 2-3 cm, dan berat 500-600 gram. Sementara itu, tali pusat yang menghubungkan plasenta memiliki panjang 25-60 cm.

2) Letak plasenta dalam rahim

Letak plasenta berada didepan atau dibelakang dinding uterus, agak ke atas ke arah fundus uteri. Hal ini adalah fisiologis karena pembukaan bagian atas korpus uteri lebih luas sehingga lebih banyak tempat untuk berimplantasi.

3) Pembagian plasenta

- a) Bagian janin (*fetal portion*) terdiri atas korion frondosum dan vili.
- b) Bagian maternal (*maternal portion*), terdiri dari beberapa lobus dan kotiledon sebanyak 15-20 buah.
- c) Tali pusat. Tali pusat merentang dari pusat janin ke plasenta bagian permukaan janin. Panjang rata-rata tali pusat tersebut adalah 50-55 cm dan diameter sebesar jari (1-2,5 cm).
- d) Insersi tali pusat:
 - (1) Tali pusat berada di tengah plasenta (Insertio sentralis)
 - (2) Tali pusat berada agak dipinggir plasenta (Insertio lateralis)
 - (3) Tali pusat berada di pinggir plasenta (Insertio marginalis)

(4) tali pusat berada di luar plasenta, dan hubungan plasenta melalui selaput janin (Insertio Velamentosa)

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2010:39), pada kehamilan amnion memiliki beberapa fungsi, yaitu antara lainnya:

- 1) Melindungi janin dari trauma/benturan.
- 2) Memungkinkan janin bergerak bebas.
- 3) Menstabilkan suhu tubuh janin agar tetap hangat.
- 4) Menahan tekanan uterus.
- 5) Pembersih jalan lahir.

d. Respon psikologi (*Psychology Response*)

Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013:90), pada ibu bersalin terjadi beberapa perubahan psikologis yaitu rasa takut dan cemas yang dialami ibu akan berpengaruh pada lamanya persalinan, his kurang baik dan pembukaan kurang lancar. Asuhan sayang ibuyang dapat diberikan yaitu dukungan psikologis dengan cara meyakinkan ibu bahwa persalinan merupakan proses yang normal, dan yakinkan ibu dapat melaluinya. Penolong persalinan dapat mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan. Hal tersebut dapat menunjukkan bahwa ibu mendapat perhatian lebih dan diberi dukungan selama persalinan dan kelahiran bayi oleh suami dan keluarga.

e. Penolong

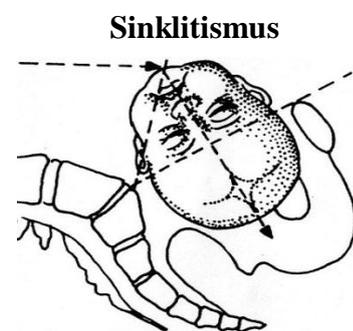
Penolong persalinan adalah seseorang yang memiliki pengetahuan dan keterampilan tertentu untuk membantu ibu dalam menjalankan proses persalinan. Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin(Rohani, Saswita, & Marisah, 2011:36).

2.1.5. Mekanisme persalinan normal

Menurut Rohani, Reni Saswita & Marisah(2013: 145–150), gerakan utama dalam persalinan normal yaitu sebagai berikut:

a. Penurunan kepala

Masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul (PAP), dengan sutura sagitalis melintang dan dengan fleksi yang ringan, keadaan sinklitismus yaitu bila sutura sagitalis terdapat ditengah jalan lahir tepat



di antara simpisis dan promontorium. Pada sinklitismus, *os. parietal* depan dan belakang sama tingginya.

Jika sutura sagitalis agak kedepan mendekati simpisis atau agak kebelakang mendekati promontorium, maka dikatakan kepala dalam keadaan asinklitismus.

Gambar 2.1

Sumber: Fraser, Diane M., & Cooper, Margaret A. 2009. *Buku Ajar Bidan Myles*. Jakarta: EGC

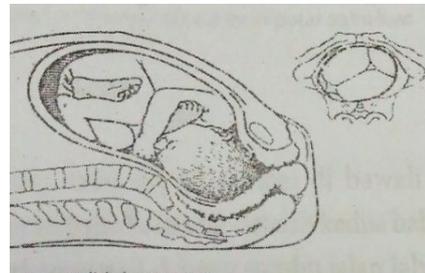
Ada 2 jenis asinklitismus:

- 1) Asinklitismus posterior: sutura sagitalis mendekati simpisis 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.

b. Fleksi

Pada awal persalinan, kepala bayi dalam keadaan fleksi ringan dengan majunya kepala biasanya fleksi juga akan bertambah pada gerakan ini, dagu dibawa lebih dekat ke arah dada janin sehingga ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun-ubun besar. Hal ini

Fleksi



Gambar 2.2

Sumber: Fraser, Diane M., & Cooper, Margaret A. 2009. *Buku Ajar Bidan Myles*. Jakarta: EGC

disebabkan karena adanya tahanan dari dinding serviks, dinding pelvis, dan lantai pelvis. Dengan adanya fleksi, diameter *sub oksipito*

bremantika (9,5 cm) menggantikan diameter *suboccipito frontalis* (11 cm). sampai didasar panggul, biasanya kepala janin berada dalam keadaan fleksi maksimal.

c. Rotasi dalam

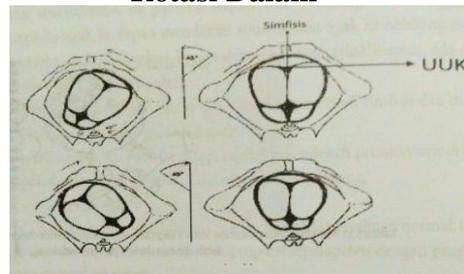
Pemutaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan hingga bagian terendahnya memutar kebawah simpisis. Pada presentasi belakang kepala, bagian terendah adalah ubun-ubun kecil dan akan memutar kedepan kearah

simpisis. Rotasi ini sangat penting karena untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bidang tengah dan pintu bawah panggul.

d. Ekstensi

Saat kepala janin sampai didasar panggul dan ubun-ubun kecil berada dibawah simpisis, terjadilah ekstensi dari kepala janin. Hal ini disebabkan karena

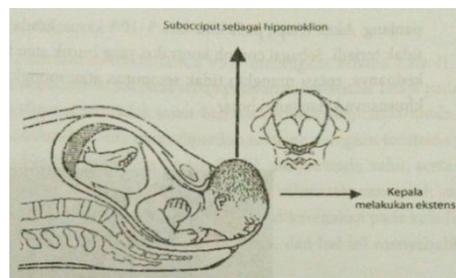
Rotasi Dalam



Gambar 2.3

Sumber: Fraser, Diane M., & Cooper, Margaret A. 2009. *Buku Ajar Bidan Myles*. Jakarta: EGC

Ekstensi



Margaret A. 2009. *Buku Ajar Bidan Myles*. Jakarta: EGC

sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah kedepan dan keatas sehingga kepala harus mengadakan fleksi untuk melewatinya. *Sub oksiput* yang tertahan pada pinggir bawah simpisis akan menjadi pusat pemutar (*hypomochion*), maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum : ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut, dan dagu bayi dengan gerakan ekstensi.

e. Rotasi luar

Kepala yang sudah lahir selanjutnya mengalami restitusi yaitu kepala bayi memutar kembali kearah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Bahu melintasi pintu dalam keadaan miring, didalam rongga panggul, bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya, bahu mengalami putaran dalam dimana 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.

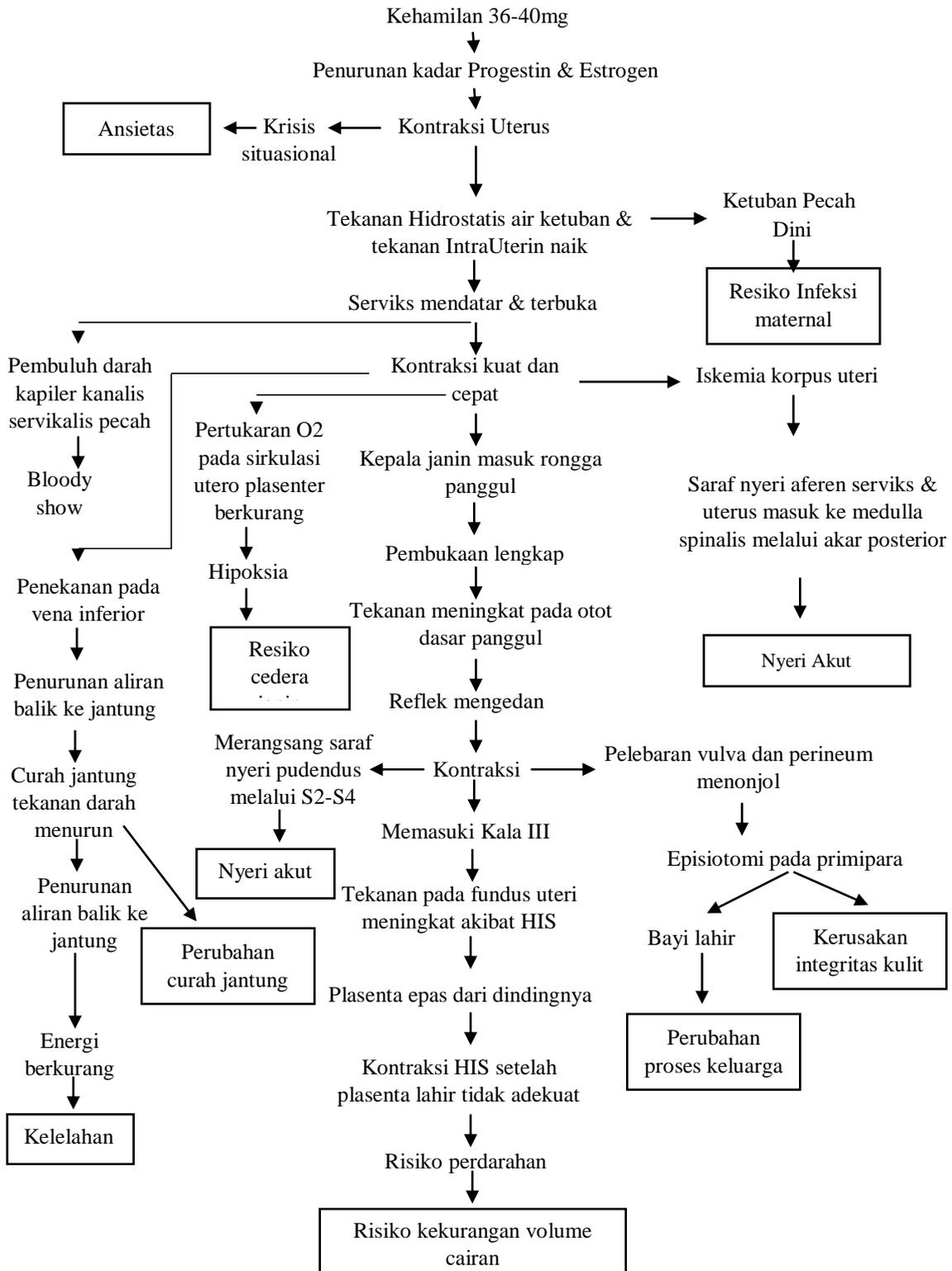
f. Ekspulsi

Setelah paksi luar, bahu depan sampai dibawah simpisis 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

DIAGRAM FISILOGI PERSALINAN



Gambar 2.5

Sumber: Ari Sulistyawati & Esti Nugraheny, 2013. Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin, Salemba Medika, Jakarta

a. Persalinan 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 akselerasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3cm menjadi 4cm.

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

(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 \pm 12 jam, sedangkan pada multigravida \pm 8 jam.

2) Perubahan fisiologis Kala I

a) Uterus

Pada tiap kontraksi, sumbu panjang rahim bertambah panjang sedangkan ukuran melintang berkurang. Hal ini mengakibatkan tulang punggung janin menjadi lebih lurus sehingga bagian atas janin tertekan pada fundus dan bagian bawah janin masuk PAP. Otot-otot memanjang diregang dan menarik pada SBR dan serviks (Rohani, Saswita,& Marisah,2013:63).

b) Serviks

Serviks mengalami perubahan bentuk menjadi lebih tipis (penipisan/*effacement*) seiring dengan kontraksi dan retraksi. Serviks membuka disebabkan daya tarikan otot uterus ke atas akibat kontraksi. Proses *effacement* dan dilatasi serviks dapat melonggarkan membran os internal menyebabkan lendir darah (*show/ bloodyshow*) dari sumbatan (*operculum*) (Sulistiyawati& Nugraheny, 2013:64-65). Pembukaan serviks selama fase aktif sedikitnya 1 cm/ jam (JNPK-KR, 2014: 64).

c) 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).

d) Tekanan darah

Menurut Sulistyawati& Nugraheny (2013:66-67), terdapat perubahan fisiologis pada tekanan darah ibu bersalin seperti tekanan darah akan meningkat selama kontraksi, disertai peningkatan sistol rata-rata 15-20 mmHg dan diastol rata-rata 5-10 mmHg.

e) Suhu tubuh

Suhu tubuh meningkat tidak lebih dari 0,5-1⁰C, 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).

f) Detak jantung

Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan diakibatkan

peningkatan metabolisme. Perubahan peningkatan denyut nadi setiap adanya kontraksi maupun tidak adanya kontraksi lazim terjadi. Penurunan denyut nadi drastis selamapuncak kontraksi uterus tidak terjadi dengan ibu berbaring posisi miring kiri (Sulistyawati& Nugraheny,2013:67).

g) Perubahan renal

Menurut Sulistyawati& Nugraheny(2013: 68), 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.

h) 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 seperti kontraksi uterus, nyeri, rasa takut, khawatir, obat, atau komplikasi (Sulistyawati& Nugraheny, 2013:68-69).

Lambung yang penuh menghambat obstruksi persalinan sehingga dianjurkan untuk tidak makan dalam porsi besar atau minum berlebihan, tetapi makan dan minum ketika keinginan timbul dan mempertahankan energi dan hidrasi. Makanan yang dimakan selama periode menjelang persalinan atau fase laten cenderung tetap akan berada selama persalinan (Sulistiyawati & Nugraheny, 2013:68-69).

3) Perubahan Psikologis Ibu Bersalin Kala I

Biasanya selama fase laten persalinan wanita mengalami emosi yang bercampur aduk, wanita merasa gembira, bahagia dan bebas karena kehamilan dan penantian yang panjang akan segera berakhir, tetapi ia mempersiapkan diri sekaligus memiliki kekhawatiran tentang apa yang akan terjadi. Secara umum, dia tidak terlalu merasa tidak nyaman dan mampu menghadapi situasi tersebut dengan baik. Namun untuk wanita yang tidak pernah mempersiapkan diri terhadap apa yang akan terjadi, fase laten persalinan akan menjadi waktu ketika ia banyak berteriak dalam ketakutan bahkan pada kontraksi yang paling ringan sekalipun dan tampak tidak mampu mengatasinya sampai, seiring frekuensi dan intensitas kontraksi meningkat, semakin jelas baginya bahwa ia akan segera

bersalin. bagi wanita yang telah banyak menderita menjelang akhir kehamilan dan pada persalinan palsu, respons emosionalnya terhadap fase laten persalinan kadang-kadang dramatis, perasaan lega, relaksasi dan peningkatan kemampuan coping tanpa memerhatikan lokasi persalinan. Walaupun merasa letih, wanita itu tahu bahwa pada akhirnya ia benar-benar bersalin dan apa yang ia alami saat ini produktif.

Seiring persalinan melalui fase aktif, ketakutan wanita meningkat. Pada saat kontraksi semakin kuat lebih lama, dan terjadi lebih sering, semakin jelas baginya bahwa semua itu berada di luar kendalinya. Dengan kenyataan ini, ia menjadi lebih serius wanita ingin seseorang mendampingi karena ia takut ditinggal sendiri dan tidak mampu mengatasi kontraksi yang diatasi. Ia mengalami sejumlah kemampuan dan ketakutan yang tak dapat dijelaskan. Ia dapat mengatakan kepada anda bahwa ia merasa takut, tetapi tidak menjelaskan dengan pasti apa yang ditakutinya.

Pada fase transisi biasanya ibu merasakan perasaan gelisah yang mencolok, rasa tidak nyaman menyeluruh, bingung, frustrasi, emosi meledak-ledak akibat keparahan kontraksi, kesadaran terhadap martabat diri menurun drastis, mudah marah, menolak hal-hal yang

ditawarkan kepadanya, rasa takut cukup besar (Kuswanti dan Melina, 2013: 55).

4) Kebutuhan dasar Ibu Kala I

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny(2013:91-96), kebutuhan dasar pada persalinaan 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 pernapasan relaksasi
- (4) Sentuhan dan pijatan.
- (5) Mandi atau berendam di air
- (6) Pengeluaran suara yang menyamknkan 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 untuk 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.
- 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 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. 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 kepal panggul. Lambang yang digunakan:

0 : Tulang–tulang kepala janin terpisah, sutura mudahdipalpasi.

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

d) Jam dan waktu

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

e) Kontraksi uterus

Terdapat lima kotak mendatar untuk kontraksi. Pemeriksaan dilakukan setiap 30 menit, raba dan catat jumlah dan durasi kontraksi 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 \updownarrow 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 :

- (a) Jumlah cairan peroral.
- (b) Keluhan sakit kepala dan penglihatan kabur.
- (c) Konsultasi dengan penolong persalinan.
- (d) Persiapan sebelum melakukan rujukan.
- (e) 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

1) Pengertian Kala II

Menurut Sarwono (2009 : 101), kala II dimulai dari pembukaan lengkap 10 cm sampai bayi lahir, proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi.

2) 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 (Sulistiyawati & Nugraheny, 2013:101).

3) Perubahan psikologis Ibu bersalin Kala II

Menurut Kuswanti dan Melina (2013: 55), perubahan psikologis Ibu bersalin Kala II adalah sebagai berikut:

- a) Sering timbul rasa jengkel. Saat bersalin ibu merasakan nyeri akibat kontraksi uterus yang semakin kuat dan semakin sering, berkeringat dan mulas sehingga menyebabkan ketidaknyamanan.
- b) Badan selalu kegerahan, karena saat ini metabolisme ibu meningkat, denyut jantung meningkat, nadi, suhu, pernapasan meningkat ibu berkeringat lebih banyak, akibatnya ibu merasa lelah serta kehausan.
- c) Tidak sabaran, sehingga harmoni antara ibu dan janin yang dikandungnya terganggu. Hal ini disebabkan karena kepala janin sudah memasuki panggul dan timbul kontraksi-kontraksi pada uterus. Muncul rasa kesakitan dan ingin segera mengeluarkan janinnya.
- d) Merasa takut, panik dan khawatir jika janinnya tidak segera keluar dan takut persalinannya lama.

4) 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 asuhan 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 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.

5) Asuhan kala II

Asuhan yang diberikan pada kala II menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013:115-125), meliputi:

- a) Pemantauan ibu

(1) Kontraksi

Kontraksi uterus merupakan kunci dari proses persalinan kala II dengan frekuensi lebih dari 3 kali dalam 10 menit, intensitas kontraksi kuat, durasi lebih dari 40 detik.

(2) Tanda-tanda kala II

- (a) Merasa ingin meneran dan biasanya sudah tidak bisa menahannya
- (b) Perineum menonjol
- (c) Merasa seperti ingin buang air besar
- (d) Lubang vagina dan sfingter ani membuka
- (e) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat (jika ketuban sudah pecah).

(3) Tanda vital

Pemeriksaan tanda vital dengan frekuensi yang meningkat dibandingkan pemeriksaan pada kala I. Tekanan darah diperiksa tiap setiap 15 menit dengan waktu pemeriksaan diantara dua his. Hasil kenaikan sistol 10 mmHg diatas rata-rata dan nilai normal. Tanda vital lain seperti suhu, nadi, dan pernapasan diperiksa setiap jam.

(4) Kandung kemih

Pemasangan kateter dengan melakukan pertimbangan, yaitu

:

- (a) Ketidaknyamanan bagi pasien.
- (b) Kandung kemih memang perlu dikosongkan dikarenakan distensi, tidak berkemih selama 2 jam terakhir, dan jenis intake cairan terakhir kali.
- (c) Peningkatan risiko infeksi kandung kemih disebabkan kateter.
- (d) Sebagai antisipasi komplikasi yang mungkin terjadi, seperti perdarahan, partus lama, dan distosia bahu.

(5) Hidrasi

Cairan keringat yang diakibatkan peningkatan suhu dan metabolisme, mengakibatkan perlunya suplai energi.

(6) Kemajuan persalinan

Kriteria kemajuan persalinan hasil dari upaya mendorong pasien yang efektif, yakni:

- (a) Penonjolan perineum
- (b) Pembukaan anus
- (c) Mekanisme persalinan

(d) Pada tahap selanjutnya semakin terlihatnya bagian terbawah janin di jalan lahir.

(7) Integritas perineum

Pemantauan perineum, bidan mengidentifikasi elastisitas perineum dan kondisi pasien serta taksiran berat janin (TBJ) untuk membuat keputusan dilakukannya episiotomi.

b) Pemantauan janin

(1) Saat bayi belum lahir

(a) DJJ

Sebagai indikator kesejahteraan janin, diperiksa tiap 30 menit (normal 120-160 kali/ menit) dan dituliskan dalam partograf.

(b) Bagian terendah janin

Hal ini berkaitan dengan posisi ubun-ubun kecil jika janin dengan presentasi kepala, letak muka, atau ubun-ubun besar yang mengindikasikan kesulitan dalam proses kelahiran kepala. Pemantauan molase menilai apakah proses penyesuaian kepala janin dengan jalan lahir.

(c) Penurunan bagian terendah janin

Hal ini berkaitan dengan prose kemajuan persalinan. Penurunan kepala yang lambat disertai dengan DJJ abnormal mengindikasikan lilitan tali pusat.

(2) Saat bayi sudah lahir

Penilaian awal yaitu tangisannya, nafasnya tanpa kesulitan atau tidak, dan bergerak aktif atau lemas (JNPK-KR, 2014 : 96).

c) Melakukan amniotomi dan episiotomi

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013: 123-125), amniotomi dan episiotomi yaitu:

(1) Amniotomi adalah tindakan untuk membuka selaput ketuban atau amnion dengan cara membuat robekan kecil yang kemudian akan melebar secara spontan akibat gaya berat cairan dan adanya tekanan dalam rongga amnion. Tindakan dilakukan saat pembukaan lengkap atau hampir lengkap agar penyelesaian proses persalinan berlangsung sebagaimana mestinya. Apabila pemeriksaan dalam teraba bagian-bagian kecil janin, maka jangan sekali-kali memecahkan ketuban karena akan menyebabkan penyulit persalinan.

- (2) Episiotomi adalah insisi dari perineum untuk memudahkan persalinan dan mencegah ruptur perineum totalis. Indikasi episiotomi mempercepat persalinan jika terdapat hal berikut:
- (a) Gawat janin dan janin akan segera dilahirkan dengan tindakan.
 - (b) Penyulit kelahiran pervaginam misalnya karena bayi sungsang, distosia bahu, ekstraksi vakum, atau forsep.
 - (c) Jaringan pada perineum atau vagina yang memperlambat kemajuan persalinan.

Menurut Fraser & Cooper (2009: 489), tipe insisi pada perineum meliputi :

- (a) Mediolateral: insisi ini dimulai dari titik tengah *fourchette* dan diarahkan 45° dari garis tengah menuju titik tengah antara tuberositas ischia dan anus.
- (b) Median: insisi ini merupakan insisi garis tengah yang mengikuti garis alami insersi otot perineal.

d. Persalinan Kala III

1) Pengertian Kala III

Menurut Kuswanti dan Melina (2013: 119), Kala III adalah kala yang dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta atau uri.

2) Perubahan fisiologis Kala III

Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013: 136), perubahan fisiologis pada Ibu bersalin Kala III adalah sebagai berikut:

a) Perubahan bentuk dan tinggi Fundus.

Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh, dan tinggi fundus biasanya terletak di bawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau berbentuk menyerupai buah pir atau alpukat, dan fundus berada di atas pusat (seringkali mengarah ke sisi kanan)

b) Tali pusat memanjang.

Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva (Tanda Ahfeld).

c) Semburan darah mendadak dan singkat.

Darah yang terkumpul di belakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dan dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (*retroplacental pooling*) dalam di antara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi

kapasitasampungnya, maka darah akan tersembur dari plasenta yang terlepas.

3) Perubahan psikologis ibu bersalin Kala III

Menurut Kuswanti dan Melina (2013: 121), perubahan psikologis

Ibu bersalin Kala III adalah sebagai berikut:

a) Bahagia

Karena saat – saat yang telah lama di tunggu akhirnya datang juga yaitu kelahiran bayinya dan ia merasa bahagia karena merasa sudah menjadi wanita yang sempurna (bisa melahirkan, memberikan anak untuk suami dan memberikan anggota keluarga yang baru), bahagia karena bisa melihat anaknya.

b) Cemas dan takut

Ibu merasa cemas dan takut terjadi bahaya atas dirinya saat persalinan karena persalinan di anggap sebagai suatu keadaan antara hidup dan mati. Cemas dan takut kini juga bias terjadi karena pengalaman yang lalu.

4) Mekanisme pelepasan plasenta

Menurut Rohani,Swatika,& Marisah(2013: 205-208), 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 ini menambah tekanan pada plasenta dan selanjutnya membantu pemisahan. Kontraksi uterus yang selanjutnya akan melepaskan keseluruhan plasenta dari uterus dan mendorongnya keluar vagina disertai dengan pengeluaran selaput ketuban dan bekuan darah retroplasenta. Ada dua metode untuk pelepasan plasenta, yaitu sebagai berikut :

a) Metode *Schultze*

Plasenta terlepas dari satu titik dan merosot ke vagina melalui lubang dalam kantong 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 seperti kancing yang

memasuki lubang baju, bagian plasenta tidak berada dalam kantong.

Fase pengeluaran plasenta adalah sebagai berikut :

a) *Kustner*

Meletakkan tangan disertai tekanandi atas simfisis, tali pusat ditegangkan, maka bila tali pusat masuk berarti plasenta belum lepas, tetapi bila diam atau maju berarti plasenta sudah lepas.

b) *Klien*

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

c) *Strassman*

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

Normalnya, pelepasan plasenta ini berkisar $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ jam sesudah bayi lahir, namun bila terjadi banyak perdarahan atau bila pada persalinan sebelumnya ada riwayat perdarahan postpartum, maka tidak boleh menunggu, sebaiknya plasenta dikeluarkan dengan

tangan. Selain itu, bila perdarahan sudah lebih dari 500 cc atau satu nierbeken, sebaiknya plasenta langsung dikeluarkan.

Tanda – tanda pelepasan plasenta adalah sebagai berikut:

- a) Bentuk uterus berubah menjadi globular dan terjadinya perubahan tinggi fundus.
- b) Tali pusat memanjang.
- c) Semburan darah tiba – tiba.

5) Manajemen aktif Kala III

a) Tujuan

Tujuan manajemen aktif kala III adalah untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu setiap kala, mencegah perdarahan, dan mengurangi kehilangan darah kala III persalinan jika dibandingkan kala III fisiologis.

b) Keuntungan

Keuntungan–keuntungan manajemen aktif kala III adalah sebagai berikut :

- (1) Persalinan kala III yang lebih singkat
- (2) Mengurangi jumlah kehilangan darah
- (3) Mengurangi kejadian retensio plasenta

c) Langkah – Langkah Utama Manajemen Aktif Kala III

Menurut Rohani, Saswita, & Marisah (2013: 208), 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

Selain itu, hal yang juga penting untuk dilakukan adalah mengetahui apakah terjadi robekan jalan lahir dan perineum dengan cara melakukan pemeriksaan dengan menggunakan ibu jari telunjuk dan tengah tangan kanan yang telah dibalut kasa untuk memeriksa bagian dalam vagina, bila ada kecurigaan robekan pada serviks dapat dilakukan pemeriksaan dengan spekulum untuk memastikan lokasi robekan serviks. Laserasi perineum dapat diklasifikasi menjadi 4 yaitu:

- (a) Derajat satu : mukosa vagina, komisura posterior, dan kulit
- (b) Derajat dua : derajat satu + otot perineum
- (c) Derajat tiga : derajat dua + otot sfingter ani
- (d) Derajat empat : derajat tiga + dinding depan *rectum*

Catatan: jika plasenta belum lahir dalam waktu 15 menit, berikan oksitosin 10 IU secara IM dosis kedua. Periksa kandung kemih, jika penuh, gunakan kateter, ulangi kembali PTT dan tekanan dorsokranial. Nasehati keluarga jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit mungkin diperlukan rujukan. Pada menit ke-30, coba lagi melahirkan plasenta dengan melakukan PTT untuk terakhir kalinya. Jika plasenta tidak lahir, rujuk segera.

6) Kebutuhan ibu pada kala III

Ibu pada kala ini secara fisik mengalami suatu keadaan yang lelah setelah proses persalinan. Ibu membutuhkan rasa nyaman dan tenang untuk istirahat. Selain itu, nutrisi dan cairan penting untuk mengembalikan energi dan kondisi ibu setelah proses persalinan.

Secara psikologis ibu pada saat ini merasakan kebahagiaan dan perasaan senang karena bayinya telah lahir. Ibu membutuhkan kedekatan dengan bayinya dan perhatian dari orang yang ada di dekatnya untuk membantu agar ia dapat memeluk ataupun dapat mendekap bayi.

d. Asuhan kebidanan ibu bersalin Kala IV

1) Pengertian Kala IV

Persalinan Kala IV dimulai sejak plasenta lahir sampai dengan 2 jam sesudahnya, adapun yang perlu diperhatikan adalah kontraksi uterus sampai uterus dalam keadaan normal (Kuswanti dan Melina, 2013: 141)

2) 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 $\frac{2}{3}$ sampai $\frac{3}{4}$, antara simfisis pubis sampai umbilikus. 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 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.

c) Penjahitan episiotomi dan laserasi

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

3) Perubahan psikologis ibu bersalin Kala IV

Segera setelah kelahiran plasenta, sejumlah perubahan maternal terjadi pada saat stress fisik dan emosional akibat persalinan dan kelahiran mereda dan ibu memasuki penyembuhan pascapartum dan bonding (ikatan). Terjadi intimasi dan kontak yang lama antara ibu dan anak. Ibu memperhatikan anaknya dan menciptakan hubungan yang baru (Kuswanti dan Melina, 2013: 143)

4) Pemantauan dan evaluasi Lanjut

Pemantauan dilakukan secara berkala dan dilakukan pendokumentasian pada lembar belakang partograf (bagian kala IV).

Tabel 2.1
Catatan asuhan dan temuan pada kala IV

Ja m Ke-	Wak tu	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	TFU	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perda- rahan
1.								
2.								

Sumber: Rohani, Saswita & Marisah, 2013. Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan, Salemba Medika, Jakarta, halaman 233.

Masalah kala

IV.....

Penatalaksanaan masalah

tersebut.....

Hasilnya.....

....

Kandung kemih dikaji sekali lagi menjelang akhir waktu kala IV dan harus dikosongkan jika penuh karena dapat menggeser uterus. Hipotonis kandung kemih dapat menyebabkan hilangnya keinginan untuk berkemih. Ibu sebaiknya selalu didorong untuk berkemih sendiri sebelum tindakan kateterisasi dilakukan karena tindakan ini dapat meningkatkan kejadian infeksi dan menimbulkan rasa yang tidak nyaman.

Pemantauan selama kala IV dilakukan secara menyeluruh. Pemantauan dilakukan pada tekanan darah, suhu, dan tanda vital lainnya; tonus uterus dan kontraksi; tinggi fundus uteri; kandung kemih; serta perdarahan pervaginam. Pelaksanaan pemantauan dilakukan setiap 15 menit pada satu jam pertama pasca persalinan dan dilanjutkan dengan setiap 30 menit setelah jam kedua pasca persalinan. Hasil observasi dan asuhan dicatat di dalam lembar observasi dan didokumentasikan seperti asuhan yang lain di dalam partograf (lembar belakang kala IV)(Rohani, Swatika .R dan Marisah, 2013: 242).

5) 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.

2.2 Konsep Manajemen Kebidanan Persalinan

2.2.1 Manajemen Kebidanan Kala I

a. Pengkajian

1) Data subjektif

a) Biodata

Nama : Membuat komunikasi antara bidan dan pasien menjadi lebih akrab (Sulistyawati, 2013: 220).

Usia : Digunakan untuk menentukan apakah ibu dalam persalinan berisiko karena usia atau tidak (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 220).

Agama : Sebagai dasar dalam memberikan dukungan mental spiritual (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 221).

Pendidikan : Sebagai dasar untuk menentukan metode yang paling tepat dalam penyampaian informasi. (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 221).

Pekerjaan : Menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 221).

Suku/bangsa : Berhubungan dengan sosial budaya yang dianut oleh pasien dan keluarga yang berkaitan dengan pasien (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 221).

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

b) Keluhan utama

Pada 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 darah serta pergerakan janin untuk memastikan kesejahteraan (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 221).

c) Riwayat pernikahan

Sebagai gambaran mengenai suasana rumah tangga pasangan serta kepastian mengenai siapa yang akan mendampingi persalinan. Data yang dikaji adalah: usia menikah pertama kali, status pernikahan sah/tidak, lama pernikahan dan perkawinan yang sekarang dengan suami yang keberapa (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 223).

d) Riwayat menstruasi

Data yang harus diperoleh dari riwayat menstruasi adalah *menarche* (usia pertama kali menstruasi), siklus menstruasi, volume (banyaknya menstruasi), keluhan disaat mengalami menstruasi (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 221-222). Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) diperlukan untuk menentukan usia kehamilan, cukup bulan/ prematur. Hari Perkiraan Lahir (HPL) digunakan untuk menentukan perkiraan bayi dilahirkan,

dimana dihitung dari HPHT (Rohani, Saswita R., & Marisah, 2013: 80).

e) Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Tabel 2.2
Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

Ha mil	Persalinan								Nifas	
	Tgl La- hir	Umur keha- milan	Jenis Persa- linan	Peno- long	Komplikasi		Jenis kela- min	BB Lahir	Lak- tasi	Kom- plika- si
					Ibu	Bayi				

Sumber: Wafi Nur Muslihatun, Muftlilah, & Nanik Setiyawati, 2013. Dokumentasi Kebidanan, Fitramaya, Yogyakarta, halaman 164.

f) Riwayat kontrasepsi yang digunakan

Tabel 2.3
Riwayat Kontrasepsi yang Digunakan

No	Jenis Kontrasepsi	Mulai Memakai				Berhenti/ Ganti Cara			
		Tgl	Oleh	Tempat	Keluhan	Tgl	Oleh	Tempat	Alasan

Sumber: Wafi Nur Muslihatun, Mufdlilah, & Nanik Setiyawati, 2013. Dokumentasi Kebidanan, Fitramaya, Yogyakarta, halaman 164.

g) Riwayat kehamilan sekarang

Tabel 2.4
Riwayat Kehamilan Sekarang

Kunjungan Ke-	Usia Kehamilan	Keluhan	TT	Tindakan/ Terapi	KIE	Tempat ANC	Keterangan (Kunjungan ulang)

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

h) Riwayat kesehatan

Peringatan akan adanya penyulit saat persalinan. Data yang perlu dikaji adalah pernah atau sedang menderita penyakit jantung, diabetes mellitus, ginjal, hipertensi, hipotensi, hepatitis atau anemia (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 223).

i) Riwayat kesehatan keluarga

Menentukan adanya keturunan kembar, diabetes mellitus, hepatitis, hipertensi, penyakit jantung, tuberculosis, dan lain-lain (Wildan & Hidayat, 2008: 58).

j) Pola kebiasaan sehari-hari

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

(1) Pola makan

Mengetahui gambaran gizinya, data fokusnya adalah kapan terakhir kali makan, serta jenis dan jumlah makanan yang dimakan.

(2) Pola minum

Mengetahui *intake* cairan untuk menentukan kecenderungan terjadinya dehidrasi. Data fokusnya adalah kapan terakhir kali minum, jumlah dan jenis minuman.

(3) Pola istirahat

Mempersiapkan energi, data fokusnya adalah kapan terakhir tidur, berapa lama dan aktivitas sehari-hari.

(4) Personal *hygiene*

Berkaitan dengan kenyamanan pasien dalam menjalani proses persalinannya. Data fokusnya adalah kapan terakhir mandi, ganti baju dan pakaian dalam.

(5) Pola eliminasi

Data fokusnya yaitu kapan terakhir buang air besar (BAB) dan terakhir buang air kecil (BAK) (Muslihatun, Mufdlilah, & Setiyawati, 2013: 165).

(6) Aktifitas seksual

Keluhan dan frekuensi melakukan hubungan seksual.

k) Respon keluarga terhadap persalinan

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

l) Adat istiadat setempat yang berkaitan dengan persalinan

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

2) Data objektif

a) Keadaan umum

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013: 226), data ini dapat mengamati keadaan pasien secara keseluruhan, meliputi:

(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.

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

Untuk mengenali dan mendeteksi kelainan dan penyulit atau komplikasi yang berhubungan dengan tanda-tanda vital pasien, yang meliputi:

(1) Tekanan darah

Kenaikan atau penurunan tekanan darah merupakan indikasi adanya gangguan hipertensi dalam kehamilan atau

syok. Peningkatan tekanan darah sistol dan diastol dalam batas normal dapat mengindikasikan ansietas atau nyeri (Rohani, Saswita, & Marisah, 2013: 83).

(2) Nadi

Peningkatan denyut nadi dapat menunjukkan adanya infeksi, syok, ansietas atau dehidrasi. Nadi yang normal adalah tidak lebih dari 100 kali per menit (Rohani, Saswita, & Marisah, 2013: 83).

(3) Pernafasan

Peningkatan frekuensi pernafasan dapat menunjukkan ansietas atau syok (Rohani, Saswita, & Marisah, 2013: 83).

(4) Suhu

Peningkatan suhu menunjukkan adanya proses infeksi atau dehidrasi (Rohani, Saswita, & Marisah, 2013: 83).

d) Tinggi badan, berat badan (sebelum hamil dan sesudah hamil), dan lingkar lengan atas (LILA) (Muslihatun, Mufdlilah, & Setiyawati 2013: 165).

e) 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).

(2) 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 keputihan 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).

f) Leher

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

g) Payudara

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, bentuk *Breast Holder* (BH) (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 227).

h) Perut

Digunakan untuk menilai adanya kelainan pada abdomen serta memantau kesejahteraan janin, kontraksi uterus dan menentukan kemajuan proses persalinan (Sulistiyawati & 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

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

(3) Kontraksi Uterus

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

(4) Denyut Jantung Janin (DJJ)

Normal apabila DJJ terdengar 120-160 kali per menit (Rohani, Saswita, & Marisah, 2013: 84).

(5) Palpasi Kandung Kemih.

i) 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).

j) Genital

Mengkaji tanda-tanda inpartu, kemajuan persalinan, hygiene pasien dan adanya tanda-tanda infeksi vagina, meliputi:

- (1) Kebersihan
- (2) Pengeluaran pervaginam

Adanya pengeluaran lendir darah (*blood show*)

- (3) Tanda-tanda infeksi vagina
- (4) Pemeriksaan dalam

(Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 228).

k) Anus

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

l) Pemeriksaan dalam

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

- (1) Pemeriksaan genitalia eksterna, memperhatikan adanya luka atau masa (benjolan) termasuk kondilomata, varikosis vulva atau rectum, atau luka parut di perineum. Luka parut di vagina mengindikasikan 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. Jika terjadi pewarnaan mekonium, nilai kental atau encer dan periksa detak jantung janin (DJJ) dan nilai apakah perlu dirujuk segera.
- (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.

m) 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. Identifikasi diagnosa dan masalah

Diagnosa : G_ P_ _ _ _ Ab _ _ _ UK _ _ minggu Kala I fase laten/aktif persalinan dengan keadaan ibu dan janin____ (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 228-229).

Data subjektif : Ibu mengatakan merasa kenceng-kenceng yang semakin sering dan semakin kuat sejak pukul ... ketuban pecah sejak pukul ... keluar lendir darah ...

Data objektif :

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Komposmentis

TD : 90/60-120/80 mmHg

Nadi : 80-100x/menit

RR : 16-24x/menit

Suhu : 36,5 – 37,5 C

TB : ... cm

BB : ... kg

LILA : ... cm

TP : ...

Palpasi Abdomen

Leopold I : TFU sesuai dengan usia kehamilan, teraba bokong.

Leopold II : Teraba punggung kanan/kiri.

Leopold III : Teraba kepala pada bagian terendah, sudah masuk PAP.

Leopold IV : Konvergen/ sejajar/ divergen.

Auskultasi : DJJ 120 – 160 x/menit.

Hasil pemeriksaan dalam :

- 1) Genetalia eksterna : tidak ada luka/ masa (benjolan), kondilomata, varikosis vulva/ rectum, dan luka parut di perineum.
- 2) Cairan vagina : ada lendir darah.
- 3) Pembukaan : 1/ 2/ 3 cm
- 4) Penipisan : 25%
- 5) Ketuban : utuh.
- 6) Tidak teraba bagian kecil atau berdenyut di sekitar kepala bayi.
- 7) Hodge II
- 8) Bagian terdahulu dan bagian terendah belum teraba.
- 9) Molage : 0 (tidak ada)

c. Merumuskan diagnosis/masalah potensial

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013: 230), berikut adalah diagnosa potensial yang mungkin terjadi berdasarkan rangkaian masalah yang ada :

1) Perdarahan intrapartum

2) Partus lama

d. Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Tahap ini digunakan apabila terjadi situasi darurat dimana harus segera melakukan tindakan untuk menyelamatkan pasien (Sulistiyawati & Nugraheny, 2013: 235).

e. Intervensi

Tujuan : Ibu dan janin dalam keadaan baik persalinan kala I berjalan normal tanpa komplikasi.

Kriteria Hasil (KH) :

TD : 130-100/ 90-70 mmHg

Nadi : 80-100x/ menit

Suhu : 36,5-37,5⁰C

DJJ : 120-160x/menit

Kontraksi semakin adekuat secara teratur.

Warna dan adanya air ketuban normal yaitu utuh/ jernih.

Penyusupan (molase) tulang kepala janin normal yaitu 0/ 1/ 2.

Pembukaan serviks tidak melewati garis waspada.

Penurunan kepala normal yaitu setiap kemajuan serviks selalu diikuti dengan turunnya bagian terbawah janin.

Kandung kemih kosong.

Intervensi:

- 1) 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(Rohani, Saswita, & Marisah, 2013: 93).

- 2) Persiapkan rujukan pasien.

Rasional : Jika terjadi penyulit dalam persalinan, keterlambatan untuk merujuk ke fasilitas yang sesuai dapat membahayakan jiwa ibu dan/atau bayinya (Sondakh, 2013: 115).

- 3) Persiapkan ruangan persalinan dan kelahiran bayi, perlengkapan, bahan-bahan, obat-obat yang diperlukan.

Rasional : Melindungi dari resiko infeksi, dengan mempersiapkan tempat ibu mendapatkan privasi yang diinginkan, memastikan kelengkapan, jenis, dan jumlah bahan yang

diperlukan serta dalam keadaan siap pakai (Sondakh, 2013: 115).

- 4) Pantau kemajuan persalinan yang meliputi his (frekuensi, lama, dan kekuatan his) 30 menit sekali, pemeriksaan dalam (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 pada kala I fase aktif, nadi setiap 30 menit sekali, DJJ setiap 30 menit sekali, urine setiap 2 jam sekali, dengan menggunakan lembar observasi pada kala I fase laten dan partograf pada kala I fase aktif.

Rasional : Lembar observasi dan partograf dapat mendeteksi apakah proses persalinan berjalan baik atau tidak karena tiap persalinan memiliki kemungkinan terjadinya partus lama. (JNPK-KR, 2014: 93).

- 5) Berikan KIE pada klien untuk berkemih setiap 1-2 jam.

Rasional : Mempertahankan kandung kemih bebas distensi dapat meningkatkan ketidaknyamanan, sehingga mengakibatkan kemungkinan trauma, mempengaruhi penurunan janin dan memperlama persalinan (Doenges, 2001 : 277).

- 6) 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 (Sondakh, 2013: 118).

- 7) Dukung klien selama kontraksi dengan teknik pernafasan dan relaksasi.

Rasional : Menurunkan ansietas dan memberikan distraksi, yang dapat memblok persepsi impuls nyeri dalam korteks serebral (Doenges, 2001: 270).

- 8) 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 (Sondakh, 2013: 117).

f. Evaluasi

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013: 233), evaluasi dilakukan untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan asuhan yang diberikan kepada pasien yang mengacu pada tujuan asuhan kebidanan, efektivitas tindakan untuk mengatasi masalah, dan hasil asuhan.

2.2.2 Manajemen Kebidanan Kala II

a. Data subjektif

Pasien mengatakan ingin meneran seperti buang air besar.

b. Data objektif

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013:234), data objektif antara lain:

- 1) Perineum menonjol.
- 2) Vulva dan anus membuka.
- 3) Frekuensi his semakin sering (> 3x/ menit).
- 4) Intensitas his semakin kuat.
- 5) Durasi his >40 detik

Pemeriksaan dalam :

- 1) Cairan vagina : ada lendir bercampur darah.
- 2) Ketuban : sudah pecah (negatif).
- 3) Pembukaan : 10 cm
- 4) Penipisan : 100%
- 5) Bagian terdahulu kepala dan bagian terendah ubun-ubun kecil (UUK) jam 13.00 WIB.
- 6) Tidak ada bagian kecil atau berdenyut di sekitar kepala bayi.
- 7) Molage 0 (nol)
- 8) Hodge IV

Tabel 2.5
Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perlimaanan

Periksa luar	Periksa dalam	Keterangan
 = 5/5		Kepala diatas PAP mudah digerakkan
 = 4/5	H I – II	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
 = 3/5	H II – III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
 = 2/5	H III +	Bagian terbesar kepala masuk ke 1/5panggul

 = 1/5	H III-IV	Kepala di dasar panggul
 = 0/5	H IV	Di perineum

Sumber: Ari Sulistyawati & Esti Nugraheny, 2013. Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin, Salemba Medika, Jakarta, halaman 89.

c. Analisa

Kala II dengan keadaan ibu dan janin baik.

Identifikasi diagnosa/ masalah potensial

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013: 234-235), diagnosa potensial yang dapat muncul pada kala II yaitu:

- 1) Kala II lama
- 2) Asfiksia neonatorum

d. Penatalaksanaan

Tujuan : Kala II berjalan normal dengan keadaan ibu dan janin baik.

KH : DJJ : 120-160x/menit

Ibu meneran dengan efektif

Bayi lahir spontan normal

Menurut JNPK-KR (2014: 13-16), penatalaksanaan kala II persalinan normal sebagai berikut :

- 1) Memastikan kelengkapan persalinan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalianandan tata laksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir, untuk asfiksia tempat datar dan keras, 2 kaindan 1 handuk bersih dan kering. Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.
 - a) Meletakkan kain diatas perut ibu dan resusitasi, serta ganjal bahu bayi.
 - b) Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai didalam partus set.
- 2) Memakai celemek plastik
- 3) Melepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersihmengalir, kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 4) Memakai sarung tangan DTT pada tangan saya akan digunakan untuk periksa dalam.
- 5) Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTTatau steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).

- 6) Membersihkan vulva dan perinium dengan hati hati (jari tidak boleh menyentuh vulva dan perinium)dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi air DTT.
 - a) Jika introitus vagina, perinium, atau anus terkontaminasi feses, membersihkan dengan seksama dari arah depan kebelakang.
 - b) Membuang kapas atau kasa pembersih yang telah digunakan.
- 7) Melakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap, bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan lengkap, maka melakukan amniotomi.
- 8) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 % kemudian melepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan 0,5 % selama 10 menit. Mencuci kedua tangan dengan air mengalir setelah sarung tangandilepaskan.
- 9) Memeriksa detak jantung janin (DJJ) setelah kontraksi/saat uterus relaksasi untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 kali/menit).
 - a) Melakukan tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
 - b) Mendokumentasikan hasil hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil hasil penilaian, serta asuhan lainnya pada patograf.

- 10) Memberitahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, serta bantu ibu dalam menemukan 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.
- 11) Meminta 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).
- 12) Melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran :
- a) Bimbingan ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif,
 - b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring telentang dalam waktu yang lama).

- c) Bantu ibu mengambil posisi nyaman sesuai pilihannya(kecuali posisi berbaring telentang dalam waktu yang lama).
 - d) Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.
 - e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
 - f) Berikan cukup asupan makan dan cairan per oral (minum).
 - g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai .
 - h) Segera rujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (primigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (multi gravida).
- 13) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- 14) Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- 15) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
- 16) Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- 17) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

- 18) Setelah nampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka melindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi bayi tetap fleksi agar tidak defleksi dan membantu lahirnya kepala. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal saat 1/3 bagian kepala bayi telah keluar dari vagina.
- 19) Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera melanjutkan proses kelahiran bayi.
- a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, melepaskan melalui bagian atas bayi.
 - b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan memotong di antara dua klem tersebut.
- 20) Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 21) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, memegang secara biparietal . menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi, dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga

bahu depan muncul di bawah arcus pubis dan kemudian gerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

- 22) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan atas ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan, dan siku sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- 23) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (memasukkan telunjuk diantara kaki dan memegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari lainnya).
- 24) Melakukan penilaian (selintas) :
 - a) Menilai tangis kuat bayi dan/ atau bernapas tanpa kesulitan.
 - b) Menilai gerak aktif bayi, jika bayi tidak menangis, tidak bernapas atau megap-megap, melakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi bayi baru lahir).
- 25) Mengeringkan tubuh bayi dimulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Mengganti handuk basah dengan handuk/ kain yang kering. Membiarkan bayi di atas perut ibu.

26) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).

2.2.3 Manajemen Kebidanan Kala III

Tanggal:..... Pukul:.....

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013: 237), manajemen kebidanan kala III meliputi:

a. Data subjektif

Pasien mengatakan bahwa perut bagian bawahnya terasa mulas.

b. Data objektif

- 1) Perubahan bentuk dan tinggi fundus.
- 2) Tali pusat memanjang.
- 3) Semburan darah mendadak dan singkat.

c. Analisa

P____ Ab____ Kala III normal.

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013: 238), diagnosis potensial yang mungkin muncul pada kala III yaitu:

- 1) Gangguan kontraksi pada kala III.
- 2) Retensi sisa plasenta.

Kebutuhan Segera

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013: 238), kebutuhan segera yang dapat dilakukan pada kala III yaitu:

- 1) Simulasi puting susu.
- 2) Pengeluaran plasenta secara lengkap.

d. Penatalaksanaan

Tujuan : kala III berjalan normal tanpa komplikasi.

Kriteria Hasil : plasenta lahir lengkap tidak lebih dari 30 menit.

Jumlah perdarahan < 500 cc.

Menurut JNPK-KR (2014: 17), penatalaksanaan kala III persalinan normal sebagai berikut :

- 1) Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi kuat.
- 2) Menyuntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (melakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin), dalam waktu 1 menit setelah bayi baru lahir.
- 3) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan menjepit kembali tali pusat pada 2 cm dari klem pertama.

- 4) Pemotongan dan pengikatan tali pusat
 - a) Menggunakan satu tangan, memegang tali pusat yang telah dijepit (melindungi perut bayi) dan melakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.
 - b) Mengikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
 - c) Melepaskan klem dan memasukkan dalam wadah yang telah disediakan.
- 5) Meletakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi, meletakkan bayi tengkurap di dada ibu. Meluruskan bahu bayi sehingga bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari payudara ibu.
- 6) Menstimulasi ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.
- 7) Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- 8) Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, pada tepi atas simpisis untuk mendeteksi adanya kontraksi. Tangan lain memegang tali pusat.

- 9) Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversion uteri). Mempertahankan posisi tangan dorso kranial selama 30-40 detik. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur di atas. Jika uterus tidak segera berkontraksi, meminta ibu, suami, atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
- 10) Melakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, meminta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap melakukan dorso kranial).
- a) Jika tali pusat bertambah panjang, memindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan melahirkan plasenta.
- b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:
- (1) Memberi dosis ulangan oksitosin 10 unit IM.

- (2) Melakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.
- (3) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
- (4) Mengulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
- (5) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera melakukan plasenta manual.

11) Saat plasenta muncul di introitus vagina, melahirkan plasenta dengan kedua tangan. Memegang dan memutar plasenta (searah jarum jam) hingga selaput ketuban terpilin kemudian melahirkan dan menempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian menggunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.

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

tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase.

13) Memeriksa plasenta baik bagian ibu maupun bayi, umumnya plasenta berbentuk bundar/ oval yang memiliki diameter 15-20 cm, tebal 2-3 cm, dan berat 500-600 gram, tali pusat yang menghubungkan plasenta memiliki panjang 25-60 cm. Memastikan bagian-bagian plasenta utuh, bagian janin (*fetal portion*) terdiri atas korion frondosum dan vili, bagian maternal (*maternal portion*) terdiri dari beberapa lobus dan kotiledon sebanyak 15-20 buah. Mengecek Insersi tali pusat, apakah tali pusat berada di tengah plasenta (*Insertio sentralis*), atau agak dipinggir plasenta (*Insertio lateralis*), atau berada di pinggir plasenta (*Insertio marginalis*), atau berada di luar plasenta dan hubungan plasenta melalui selaput janin (*Insertio Velamentosa*). Selanjutnya memasukkan plasenta ke dalam kantung plastik atau tempat khusus.

2.2.4 Manajemen Kebidanan Kala IV

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013: 239), manajemen kebidanan kala IV meliputi:

a. Data subjektif

Pasien mengatakan perutnya mulas.

b. Data objektif

- 1) TFU 2 jari di bawah pusat.
- 2) Kontraksi uterus: baik/tidak.

c. Analisa

P___Ab___ persalinan kala IV normal.

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013: 239), diagnosis potensial yang mungkin muncul pada kala IV yaitu:

- 1) Hipotonia sampai dengan atonia uteri.
- 2) Perdarahan karena robekan serviks.
- 3) Syok hipovolemik.

Kebutuhan segera

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013: 240), kebutuhan segera yang diberikan yaitu eksplorasi sisa plasenta.

d. Penatalaksanaan

Tujuan : Setelah 2 jam post partum tidak terjadi komplikasi.

Kriteria Hasil: Perdarahan < 500 cc.

Kontraksi uterus baik

TFU 2 jari di bawah pusat

TTV : Nadi : normal 80-100 kali/menit
Suhu : 36,5-37,5 °C
RR : 16-24 kali/menit
TD : 90/60 – 140/90 mmHg

Menurut JNPK-KR (2014: 17-19), penatalaksanaan kala IV persalinan normal sebagai berikut :

- 1) Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan (bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera melakukan penjahitan).
- 2) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 3) Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit di dada ibu minimal 1 jam.
 - a) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit, bayi cukup menyusu dari satu payudara.
 - b) Membiarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.

- 4) Setelah satu jam, melakukan penimbangan/ pengukuran bayi, memberi tetes mata antibiotik profilaksis dan vitamin K₁ 1 mg intramuskuler di paha kiri anterolateral.
- 5) Setelah satu jam pemberian vitamin K₁ memberikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.
 - a) Meletakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bias disusukan.
 - b) Meletakkan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusui di dalam satu jam pertama dan membiarkan sampai bayi berhasil menyusui.
- 6) Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan per vaginam.
 - a) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
 - b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
 - c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.
 - d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melakukan asuhan yang sesuai dengan tata laksana atonia uteri.
- 7) Mengajarkan ibu/ keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- 8) Mengevaluasi dan mengestimasi jumlah kehilangan darah.

- 9) Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
 - a) Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan.
 - b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan tidak normal.
- 10) Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5°C).
- 11) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
- 12) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 13) Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT, membersihkan sisa cairan ketuban, lender, dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 14) Memastikan ibu merasa nyaman, membantu ibu memberikan ASI, menganjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.

- 15) Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5 %.
- 16) Mencilupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 %, membalikkan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
- 17) Mencucui kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 18) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), memeriksa tanda vital dan asuhan kala IV.
- 19) Mengingatkan ibu untuk masase fundus, menganjurkan ibu untuk tidak menahan BAB atau BAK dan selalu menjaga kebersihan genetalianya, dan menganjurkan ibu untuk mobilisasi bertahap.