

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

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 di mana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir (Sarwono dalam buku Sondakh, 2013:2).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau hampir cukup bulan dan dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lahir lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba dalam buku Nurasiah, 2014:3)

Berdasarkan pengertian-pengertian tersebut, dapat disimpulkan bahwa persalinan adalah keluarnya hasil konsepsi (janin, plasenta) melalui jalan lahir yang dapat hidup di dunia luar.

2.1.2 Etiologi

Sampai saat ini hal yang menyebabkan mulainya proses persalinan belum diketahui benar; yang ada hanya berupa teori-teori yang kompleks antara lain karena faktor-faktor hormone, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh tekanan pada saraf, dan nutrisi

a. Teori penurunan hormon

Menurut Prawiroharjo dalam buku Sondakh (2013:2), kadar hormone progesterone akan mulai menurun pada kira-kira 1-2 minggu sebelum persalinan dimulai.

Terjadinya kontraksi otot polos uterus pada persalinan akan menyebabkan rasa nyeri yang hebat belum diketahui secara pasti penyebabnya, tetapi terdapat kemungkinan, yaitu:

- 1) Hipoksia pada myometrium yang sedang berkontraksi
- 2) Adanya penekanan ganglia saraf di serviks dan uterus bagian bawah otot-otot yang saling bertautan
- 3) Peregangan serviks pada saat dilatasi atau pendataan serviks, yaitu pemendekan saluran serviks dari panjang sekitar 2 cm menjadi hanya berupa muara melingkar dengan tepi hampir setipis kertas.
- 4) Peritoneum yang berada di atas fundus mengalami peregangan.

b. Teori plasenta menjadi tua

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

c. Teori keregangan

Ukuran uterus yang makin membesar dan mengalami penegangan akan mengakibatkan otot-otot uterus mengalami iskemia sehingga 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).

d. Teori oksitosin interna

Hipofisis posterior menghasilkan hormone oksitosin. Adanya perubahan keseimbangan antara ekstrojen dan progesterone 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 kan mengakibatkan aktivitas oksitosin meningkat (Sondakh, 2013:3).

2.1.3 Tanda-tanda persalinan

Menurut Prawirohardjo dalam buku Sondakh (2013:3), beberapa tanda-tanda dimulainya proses persalinan adalah sebagai berikut:

a. Terjadinya his persalinan

Sifat his persalinan adalah:

- 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 terdapat pada kanalis servikalis lepas.

3) Terjadi pendarahan 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

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi jalannya proses persalinan adalah penumpang (*passenger*), jalan lahir (*passage*), kekuatan (*power*), posisi ibu (*positioning*), psikologis (*psychology response*), pendamping, dan posisi. Masing-masing dari faktor tersebut dijelaskan berikut ini:

a. Kekuatan (*power*)

Menurut Asrinah dalam Buku Ai Nurasiah, dkk (2014:28), power adalah kekuatan atau tenaga yang mendorong janin keluar. Kekuatan tersebut meliputi:

1) His (kontraksi uterus)

Adalah kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos Rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominan, terkoordinasi dan relaksasi.

a) Pembagian his dan sifat-sifatnya

- (1) His pendahuluan: his tidak kuat, datangnya tidak teratur, menyebabkan keluarnya lender darah atau *bloody show*.
- (2) His pembukaan (kala I): menyebabkan pembukaan serviks, semakin kuat, teratur dan sakit.
- (3) His pengeluaran (kala II): untuk mengeluarkan janin, sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi.
- (4) His pelepasan plasenta (kala III): kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
- (5) His pengiring (kala IV): kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, terjadi pengecilan dalam beberapa jam atau hari.

2) Tenaga mengejan

Keinginan mengejan disebabkan karena:

- a) Kontraksi otot-otot dinding perut yang mengakibatkan peninggian tekanan intra abdominal dan tekanan ini menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan untuk mendorong keluar.
- b) Tenaga ini serupa dengan tenaga mengejan sewaktu buang air besar (BAB), tapi jauh lebih kuat.
- c) Saat kepala sampai kedasar panggul, timbul reflex yang mengakibatkan ibu menutup glotisnya, mengontaksikan otot-otot perut dan menekan diafragmanya kebawah.
- d) Tenaga mengejan ini hanya dapat berhasil bila pembukaan sudah lengkap dan paling efektif sewaktu ada his.
- e) Tanpa tenaga mengedan bayi tidak akan lahir.

b. Jalan lahir (*Passage*)

Passage atau jalan lahir dibagi menjadi dua, yaitu bagian keras: tulang panggul dan bagian lunak: otot-otot dan ligament-ligament.

1) Jalan lahir keras: tulang panggul

Menurut FK UNPAD dalam buku Ai Nursiah, dkk (32: 2014), tulang panggul terdiri dari empat buah tulang terdiri dari:

a) Dua *os Coxae* (tulang pangkal paha)

- (1) Tulang usus (os ilium)
- (2) Tulang duduk (os ischidium)
- (3) Tulang kemaluan (os pubis)

b) *Os Sacrum* (tulang kelangkang) terdiri dari: promotorium, foramen sacralia anterior, crista sacralis, vertebra sacralis, ala sacralis, vertebra lumbalis.

c) *Os Coccygis* (tulang tungging) terdiri dari: vertebra coccyges

Menurut FK UNPAD dalam buku Ai Nursiah, dkk (2014: 35), ruang panggul terdiri dari:

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

b) Pelvis minor (true pelvis) terdiri dari:

(1) Pintu Atas Panggul (PAP) atau disebut *pelvic inlet*

- (a) Batasan PAP adalah promotorium, sayap sacrum, linea inominta, ramus superior osis pubis, dan pinggir atas symphysis pubis.

(b) Ukuran PAP adalah:

- Ukuran muka belakang (*conjungata vera*)

Jaraknya dari promontorium ke pinggir atas symphysis, ukuran normalnya 11 cm. ukuran ini adalah ukuran yang terpenting dalam panggul. Conjungata vera tidak dapat diukur langsung, tapi dapat diperhitungkan dengan mengurangi conjungata diagonalis (dari promontorium ke pinggir bawah symphysis) sejumlah 1,5 – 2 cm.

- Ukuran melintang (*diameter transversa*)

Merupakan ukuran terbesar antara linea innominate diambil tegak lurus pada conjungata vera, ukurannya 12,5 – 13,5 cm.

- Ukuran serong (*diameter obliqua*)

Dari artitudo sakroiliaka ketuberculum pubicum dari belahan panggul yang bertentangan. Ukuran 13 cm.

(2) Bidang tengah panggul

Bidang tengah panggul terdiri atas bidang luas dan bidang sempit panggul. Bidang luas panggul terbentang antara symphysis, pertengahan acetabulum, dan pertemuan antara ruas sacral II dan III. Ukuran muka belakang 12,75 cm dari ukuran melintang 12,5 cm. karena tidak ukuran yang kecil, bidang ini tidak menimbulkan kesulitan dalam persalinan dan biasanya tidak diukur.

Bidang sempit panggul terdapat seinggi pinggir bawah symphysis, kedua spina isciadica dan memotong sacrum $\pm 1 - 2$ cm

diatas ujung sacrum. Ukuran muka belakang 11,5 cm, ukuran melintang 10 cm, dan diameter sagitalis posterior ialah dari sacrum ke pertengahan antara spina ischiadica 5 cm.

(3) Pintu Bawah Panggul (PBP) atau disebut *pelvic outlet*

Pintu bawah panggul bukan suatu bidang, tetapi terdiri dari 2 segitiga dengan dasar yang sama, ialah garis yang menghubungkan kedua tuber ischiadicum kiri dan kanan. Puncak dari segitiga yang belakang adalah ujung os sacrum, sisinya adalah ligamentum sacro tuberosum kiri dan kanan . segitiga didepan dibatasi oleh arcus pubis.

(4) Bidang Hodge

Menurut Prawirohardjo dalam Buku Ari Sulistyawati & Esti Nugraheny (2013: 15), bidang- bidang hodge ini dipelajari untuk menentukan sampai dimana bagian terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan, antara lain:

- (a) Hodge I : bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis promontorium.
- (b) Hodge II : bidang yang sejajar hodge I setinggi bagian bawah simfisis.
- (c) Hodge III : bidang yang sejajar hodge I setinggi spina ischiadica.
- (d) Hodge IV : bidang yang sejajar hodge I setinggi tulang koksigis.

2) Jalan lahir lunak

Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013: 54), jalan lahir lunak terdiri atas dari serviks, vagina, dan otot Rahim.

c. *Passenger* (Janin dan Plasenta)

Menurut Manuaba dalam Buku Ari Sulistyawati (2010:28), *Passanger* yang dapat mempenaruhi proses persalinan adalah :

1) Janin

Sebagian besar adalah mengenai ukuran kepala janin, karena kepala adalah bagian terbesar dari janin dan paling sulit untuk dilahirkan. Penolong persalinan berkeyakinan jika kepala janin sudah dapat lahir, maka bagian tubuh yang lain akan dengan mudah menyusul. Tulang-tulang penyusun kepala janin terdiri dari :

- a) Dua buah *Os. Parietalis*
- b) Satu buah *Os. Oksipitalis*
- c) Dua buah *Os. Frontalis*

Antara tulang satu dengan lainnya berhubungan melalui membrane yang kelak setelah hidup diluar uterus akan berkembang menjadi tulang. Batas antara dua tulang disebut *sutura* dan diantara sudut-sudut tulang terdapat ruang yang ditutupi oleh membran yang disebut *fontanel*.

Pada tulang tengkorak janin dikenal beberapa sutura, antara lain:

- a) Sutura sagitalis superior

Menghubungkan kedua *Os. Parietalis* kanan dan kiri.

b) Sutura koronaria

Menghubungkan *Os. Parietalis* dengan *Os frontalis*.

c) Sutura lambdoidea

Menghubungkan *Os. Parietalis* dengan *Os. Oksipitalis*.

d) Sutura frontalis

Menghubungkan kedua *Os. Frontalis* kanan dan kiri.

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

a) Fontanel minor (ubun-ubun kecil)

(1) Berbentuk segitiga

(2) Terdapat disutura sagitalis superior bersilang dengan sutura lambdoidea

(3) Sebagai penyebut (penunjuk presentasi kepala) dalam persalinan, yang diketahui melalui pemeriksaan dalam (vaginal touche). Pada saat tangan pemeriksa meraba kepala janin, ketika terasa adanya cekungan yang berbentuk segitiga, itulah ubun-ubun kecil.

b) Fontanel mayor (ubun-ubun besar)

(1) Berbentuk segi empat panjang

(2) Terdapat di sutura sagitalis superior dan sutura frontalis bersilang dengan sutura koronaria.

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 mudah dipalpasi
- 1 : Tulang-tulang kepala janin sudah saling bersentuhan
- 2 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpah tindih tapi masih bisa dipisahkan
- 3 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

2) Plasenta

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

a) 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.

b) 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.

c) Pembagian plasenta

- (1) Bagian janin (*fetal portion*) terdiri atas korion frondosum dan vili.

- (2) Bagian maternal (maternal portion), terdiri dari beberapa lobus dan kotiledon sebanyak 15-20 buah.
- (3) 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).

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

- a) Melindungi janin dari trauma/benturan.
- b) Memungkinkan janin bergerak bebas.
- c) Menstabilkan suhu tubuh janin agar tetap hangat.
- d) Menahan tekanan uterus.

d. Respon psikologi (*Psychology Response*)

Menurut Asrinah dalam buku Ai Nurasih, dkk (2014: 48), keadaan psikologis ibu mempengaruhi proses persalinan. Ibu bersalin yang didampingi oleh suami dan orang yang dicintainya cenderung mengalami proses persalinan yang lebih lancar dibanding dengan ibu bersalin tanpa pendamping. Ini menunjukkan bahwa dukungan mental berdampak positif bagi keadaan psikis ibu, yang berpengaruh terhadap kelancaran proses persalinan.

e. Penolong

Menurut Asrinah dalam buku Ai Nurasih, dkk (2014: 48), kompetensi yang dimiliki penolong sangat bermanfaat untuk memperlancar proses persalinan dan mencegah kematian maternal dan neonatal. Dengan

pengetahuan dan kompetensi yang baik diharapkan kesalahan atau malpraktik dalam memberikan asuhan tidak terjadi.

Bidan mempunyai tanggung jawab yang besar dalam proses persalinan. Langkah utama yang harus dikerjakan adalah mengkaji perkembangan persalinan, memberitahu perkembangannya baik fisiologis maupun patologis pada ibu dan keluarga dengan bahasa yang mudah dimengerti. Kesalahan yang dilakukan bidan dalam mendiagnosis persalinan dapat menimbulkan kegelisahan dan kecemasan pada ibu dan keluarga.

f. Pendukung atau Pendamping

Dukungan yang penuh kasih yang diberikan oleh pendamping dapat menjadi pengganti atau setidaknya mengurangi kebutuhan ibu untuk mengonsumsi obat pereda nyeri dan intervensi bidan terhadap persalinannya. Pendamping yang dapat dikatakan sebagai pendamping ideal adalah seseorang yang mampu mendukung dan memotivasi ibu, serta kehadirannya dikehendaki oleh ibu (Sondakh, 2013).

g. Posisi

Bantu ibu untuk memperoleh posisi yang paling nyaman. Ibu dapat mengubah-ubah posisi secara teratur selama kala dua karena hal ini dapat membantu kemajuan persalinan, mencari posisi meneran yang paling efektif dan menjaga sirkulasi utero-plasenta tetap baik. Posisi duduk atau setengah duduk dapat memberikan rasa nyaman bagi ibu dan memberikan kemudahan baginya untuk beristirahat diantara kontraksi. Keuntungan dari kedua posisi itu adalah gaya gravitasi untuk membantu ibu melahirkan bayinya (JNPKR, 2014)

2.1.5 Tahapan persalinan

a. Persalinan kala I

1) Pengertian kala I

Kala I dimulai dari saat persalinan mulai (pembukaan nol) sampai pembukaan lengkap (10 cm). proses ini terbagi dalam 2 fase, yaitu:

a) Fase laten, berlangsung selama 8 jam, serviks membuka sampai pembukaan 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 yaitu:

(1) *Fase akselerasi*: dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

(2) *Fase dilatasi maksimal*: dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.

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

Menurut Friedmann dalam Buku Jenny J.S Sondakh (2013:114) kala aktif pada Nullipara rata-rata 4,9 jam dan 2,2 jam pada Multipara.

2) Perubahan fisiologis kala I

Menurut Nurasih, Rukmawati, & Badriah (2014: 67), selama rentan waktu dari adanya his sampai pembukaan lengkap (10)

terjadi beberapa perubahan yang fisiologis. Perubahan fisiologis kala I meliputi:

a) Perubahan pada serviks

(1) Pendataran pada serviks/ *effacement*

Pendataran pada serviks adalah pemendekan dari kanalis servikalis yang semula berupa sebuah saluran panjang 1-2 cm, menjadi sebuah lubang saja dengan pinggir yang tipis.

(2) Pembukaan serviks

Pembukaan serviks disebabkan karena pembesaran ostium uteri externeum (OUE) karena otot yang melingkari di sekitar ostium meregang untuk dilewati kepala. Pada pembukaan 10 cm atau pembukaan lengkap, bibir potio tidak teraba lagi, vagina dan SBR serviks telah menjadi satu saluran.

b) Perubahan system kardiovaskuler

(1) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata 10-20 mmHg dan kenaikan diastolic rata-rata 5-10 mmHg. Diantara kontraksi-kontraksi uterus, tekanan darah akan turun seperti sebelum masuk persalinan dan akan naik lagi jika terjadi kontraksi.

(2) Denyut jantung

Denyut jantung meningkat selama kontraksi. Dalam posisi terlentang denyut jantung akan menurun. Denyut jantung antara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode segera sebelum persalinan. Selain itu peningkatan denyut jantung dapat dipengaruhi oleh rasa takut, tegang, dan khawatir.

c) Perubahan metabolisme

Selama persalinan baik metabolisme karbohidrat aerobik maupun anaerobik akan naik secara perlahan. Kenaikan ini sebagian disebabkan karena kecemasan serta kegiatan otot kerangka tubuh. Kegiatan metabolisme yang meningkat tercermin dari kenaikan suhu badan, denyut nadi, pernapasan, dan kehilangan cairan.

d) Pernapasan

(1) Sedikit peningkatan frekuensi pernafasan dianggap normal selama persalinan, hal tersebut mencerminkan peningkatan metabolisme. Selain itu frekuensi pernafasan dipengaruhi oleh rasa senang, nyeri, takut, dan penggunaan teknik pernapasan.

(2) Hiperventilasi yang memanjang adalah temuan abnormal dan dapat menyebabkan alkalosis, yang ditandai dengan rasa kesemutan pada ekstremitas dan perasaan pusing.

(Sulistiyawati, Nurgraheny (2014:68).

e) Kontraksi uterus

Kontraksi uterus terjadi karena adanya rangsangan pada otot polos uterus dan penurunan hormone progesterone yang menyebabkan keluarnya hormone oksitosin. Kontraksi uterus dimulai dari fundus uteri dan terus menyebar kedepan dan kebawah abdomen, gerak his dengan masa yang terpanjang dan sangat kuat pada fundus adalah sumber dari timbulnya kontraksi pada *pace maker*.

f) Pembentukan segmen atas rahim dan segmen bawah rahim

Segmen atas Rahim (SAR) dibentuk oleh corpus uteri yang sifatnya aktif yaitu berkontraksi, dan dinding tambah tebal dengan majunya persalinan serta mendorong anak keluar. Segmen bawah Rahim (SBR) terbentang di uterus bagian bawah atas ishmus, dengan serviks serta sifat otot yang tipis dan elastis. Pada bagian ini banyak otot melingkar dan memanjang.

g) Perubahan renal

Poliuria sering terjadi selama persalinan, yang dikarenakan oleh kardiak output yang meningkat sert disebabkan oleh glomerulus serta aliran plasma ke renal. Poliuria tidak beggitu kelihatan dalam posisi terlentang yang mengurangi aliran urine selama kehamilan. Kandung kencing harus sering dikontrol setiap 2 jam yang bertujuan tidak menghambat bagian terendah

janin dan trauma pada kandung kemih serta menghindari retensi urin setelah melahirkan.

h) Gastrointestinal

Kemampuan pergerakan gastrik serta penyerapan makanan padat berkurang, menyebabkan pencernaan hampir terhenti selama persalinan dan menyebabkan konstipasi. Makan yang masuk ke lambung selama fase pendahuluan atau fase kemungkinan besar akan tetap berada dalam perut selama persalinan.

Lambung yang penuh bisa menimbulkan ketidaknyamanan, oleh karena itu ibu dianjurkan tidak makan terlalu banyak atau minum berlebihan tetapi secukupnya untuk mempertahankan energy dan hidrasi.

i) Suhu tubuh

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, suhu mencapai tingkat tertinggi selama persalinan dan segera setelah persalinan. Kenaikan ini dianggap normal asal tidak melebihi $0,5 - 1^{\circ}\text{C}$. suhu badan yang naik sedikit merupakan yang wajar namun jika keadaan ini berlangsung lama, kenaikan suhu mengindikasikan dehidrasi. Parameter lain yang harus dilakukan adalah selaput ketuban sudah pecah atau belum, karena ini bisa merupakan tanda infeksi.

h. Perubahan psikologis pada kala I

Menurut Widyastuti & Wiyati (2013: 63) perubahan psikologis pada kala I yaitu:

- a) Perasaan tidak enak
- b) Takut dan ragu-ragu akan persalinan yang akan dihadapi
- c) Ibu dalam menghadapi persalinan sering memikirkan antara lain apakah persalinan akan berjalan normal
- d) Menganggap persalinan sebagai cobaan
- e) Apakah penolong persalinan dapat sabar dan bijaksana dalam menolongnya.

i. Diagnosis Kala I Persalinan

Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013: 111), jika pada hasil pemeriksaan didapatkan pembukaan serviks kurang dari 4 cm dan kontraksi terjadi teratur minimal 2 kali dalam 10 menit selama 40 detik, maka ibu sudah dalam persalinan kala I jika pembukaan serviks kurang dari 4 cm.

Tabel 2.1 Kala dan Fase Persalinan

Gejala dan Tanda	Kala	Fase
Serviks belum berdilatasi	Persalinan palsu/ belum inpartu	
Serviks berdilatasi kurang dari 4 cm	I	Laten
<ul style="list-style-type: none"> • Serviks berdilatasi 4-9 cm Kecepatan pembukaan 1 cm atau lebih per jam • Penurunan kepala dimulai 	I	Aktif
Serviks membuka lengkap (10 cm)		
<ul style="list-style-type: none"> • Penurunan kepala berlanjut • Belum ada keinginan untuk meneran 	II	Awal
Serviks membuka lengkap (10 cm)		
<ul style="list-style-type: none"> • Bagian terbawah telah mencapai dasar panggul • Ibu meneran 	II	Akhir

Sumber: Jenny, J.S Sondakh, 2013.

j. Kemajuan persalinan dalam kala I

Kemajuan yang cukup baik pada persalinan kala I ditandai dengan:

- Kontraksi teratur yang progresif dengan peningkatan frekuensi dan durasi
- Selama fase aktif dalam persalinan, kecepatan pembukaan serviks paling sedikit 1 cm per jam (dilatasi serviks berlangsung atau ada di sbelah kiri garis waspada).
- Serviks tampak dipenuhi oleh bagian bawah janin.

Kemajuan pada kondisi janin

- Jika ditemui DJJ tidak normal (<100 atau >180 denyut per menit), mungkin terjadi gawat janin

- b) Posisi atau presentasi selain oksiput anterior dengan vertex fleksi sempurna digolongkan ke dalam malposisi dan malpresentasi
- c) Jika didapat kemajuan yang kurang baik atau adanya persalinan lama (primigravida >18 jam, multigravida >8 jam) setelah adanya tanda-tanda inpartu (Jenny J.S. Sondakh , 2013:112).

Kemajuan pada kondisi ibu

Untuk menilai kegawatan pada ibu, dapat dilihat melalui hal-hal berikut:

- a) Jika denyut nadi ibu meningkat, mungkin ibu sedang mengalami dehidrasi atau kesakitan
 - b) Jika tekanan darah ibu menurun, curigai adanya perdarahan
 - c) Jika terdapat aseton di dalam urin ibu, curigai intake nutrisi kurang.
- k. 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 menenangkan 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 kelelahan 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 *evidenced 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.

l. Lembar Observasi

Lembar observasi digunakan untuk pencatatan hasil observasi persalinan apabila ibu datang masih dalam fase laten.

m. Partograf

Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013: 121), partograf adalah alat bantu untuk membantu untuk mengobservasi kemajuan kala I persalinan dan memberikan informasi untuk membuat keputusan klinik. Tujuan utama penggunaan partograf adalah sebagai berikut:

- a) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks dengan pemeriksaan dalam
- b) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan normal. Dengan demikian, juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.
- c) Data lengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi grafik kemajuan proses persalinan

Halaman depan partograf menginstruksikan observasi dimulai pada fase aktif persalinan dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan, yaitu

a) Informasi tentang ibu

Meliputi nama, umur,, gravida, para, abortus, nomor catatan medis/nomor puskesmas, tanggal dan waktu mulai dirawat, serta waktu pecahnya selaput ketuban.

b) Kondisi janin

DJJ, warna dan adanya air ketuban, penyusupan kepala janin.

c) Kemajuan persalinan

Pembukaan serviks, penurunan bagian terendah atau presentasi janin, garis waspada, dan garis bertindak.

d) Jam dan waktu

Waktu mulainya fase aktif persalinan, waktu actual saat pemeriksaan atau penilaian.

e) Kontraksi uterus

Frekuensi kontraksi dalam waktu 10 menit, lama kontraksi dalam detik.

f) Obat dan cairan yang diberikan

Oksitosin, obat, dan cairan IV yang diberikan.

g) Kondisi ibu

Nadi, tekanan darah, temperature tubuh, dan urin (volume, aseton, protein).

Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Itulah sebabnya bagian ini disebut catatan persalinan. Catatan persalinan ini terdiri dari data atau informasi umum kala I, kala II, kala III, bayi baru lahir, dan kala IV.

b. Persalinan kala II

Menurut Susan & Fiona dalam buku Ai Nurasih, Rukmawati, Badriah (2014:106), kala II dimulai ketika pembukaan serviks lengkap sampai lahirnya bayi. Setelah pembukaan lengkap ibu akan mulai mengejan dan seiring dengan turunnya kepala janin, timbul keinginan untuk berdefekasi.

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 (Sulistiyawati & Nugraheny, 2013: 101).

b) Serviks

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

d) Ekspulsi janin

Bila dasar panggul sudah lebih berelaksasi kepala janin sudah tidak masuk lagi di luar his. Dengan his serta kekuatan meneran maksimal, kepala janin dilahirkan dengan suboksiput dibawah simfisis, kemudian dahi, muka, dan dagu melewati perineum. Setelah istirahat sebentar, his mulai lagi untuk mengeluarkan badan dan anggota tubuh bayi (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 102).

2) Kemajuan persalinan

Durasi waktu untuk kala II rata-rata adalah 1 jam untuk primigravida dan 15 menit untuk multigravida. 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.

Karakteristik kontraksi selama kala II adalah sering, kuat, dan sedikit lebih lama, yaitu kira-kira 2 menit, yang berlangsung 60-90

detik dengan interaksi tinggi dan sifatnya semakin ekspulsif (Sondakh, 2013:133).

c. Persalinan kala III

1) Mekanisme pelepasan plasenta

Menurut Hanifa dalam buku Ari sulistyawati, Esti Nugraheny, 2013: 157. Segera setelah bayi dan air ketuban sudah tidak berada di dalam uterus, kontraksi uterus akan terus berlangsung dan ukuran rongganya akan mengecil. Pengurangan dalam ukuran ini akan menyebabkan pengurangan dalam ukuran situs penyambungan plasenta. Oleh karna itu situs sambungan tersebut menjadi ebih kecil, plasenta menjadi lebih tebal dan mengkerut serta memisahkan diri dari dinding uterus. Permulaan proses pemisahan diri dari dinding uterus atau pelepasan plasenta

a) Menurut Duncan

Plasenta epas mulai dari bagian pinggir (*marginal*) disertai dengan adanya tanda darah yang keluar dari vagina apabila plasenta mulai lepas

b) Menurut Schultz

Plasenta lepas mulai dari bagian tengah (*sentral*) dengan tanda adanya pemanjangan tali pusat yang terlihat di vagina

Tanda-tanda klinis pelepasan plasenta

a) Semburan darah

Semburan darah ini disebabkan karena penyumbat retroplasenter pecah saat plasenta lepas

b) Pemanjangan tali pusat

Hal ini disebabkan karena plasenta turun ke segmen uterus yang lebih bawah atau rongga vagina

c) Perubahan bentuk uterus dari discoid menjadi globular (bulat)

Perubahan bentuk ini disebabkan oleh kontraksi uterus

d) Perubahan dalam posisi uterus, yaitu uterus naik di dalam abdomen

Hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa sesaat setelah plasenta lepas TFU akan naik, hal ini disebabkan oleh adanya pergerakan plasenta ke segmen uterus yang lebih bawah.

Teknik pengecekan pelepasan plasenta

a) Kustner

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat, sementara tangan kiri menekan atas simfisis. Bila tali pusat masuk kembali ke dalam vagina berarti plasenta belum lepas, bila plasenta tetap atau tidak masuk ke dalam vagina berarti plasenta sudah lepas.

b) Strassman

Perasat ini dilakukan dengan mengetok-ngetok fundus uterus dengan tangan kiri dan tangan kanan meregangkan tali pusat sambil merasakan apakah ada getaran yang ditimbulkan dari

gerakan tangan kiri. Jika terasa ada getaran berarti plasenta sudah lepas.

c) Klien

Minta pasien untuk meneran, jika tali pusat tampak turun atau bertambah panjang berarti plasenta telah lepas, begitu juga sebaliknya.

2) Manajemen aktif kala III

Menurut JNPK-KR dalam buku Ari Sulistyawati, Esti Nugraheny, (2013: 159). Manajemen aktif kala III adalah mengupayakan kala III selesai secepat mungkin dengan melakukan langkah-langkah yang memungkinkan plasenta lepas dan lahir lebih cepat.

Tujuan:

- a) Mengurangi kejadian perdarahan pasca melahirkan
- b) Mengurangi lamanya kala III
- c) Mengurangi penggunaan transfuse darah
- d) Mengurangi penggunaan terapi oksitosin

Komponen Manajemen Aktif Kala II

- a) Pemberian oksitosin IM segera setelah bayi lahir (maksimal 2 menit)
- b) Tali pusat diklem

- c) Plasenta dilahirkan melalui peregangan tali pusat terkendali dengan menahan fundus uteri secara dorsokranial (arah ke atas dan ke belakang)
 - d) Begitu plasenta dilahirkan, lakukan masase pada fundus uteri secara sirkular agar uteri tetap berkontraksi dengan baik serta untuk mendorong ke luar setiap gumpalan darah yang ada dalam uteri.
- 3) Kebutuhan ibu pada kala III

Ibu pada kala III 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. Persalinan kala IV

Menurut Saiffudin dalam buku Ai Nurasiah (2014:180), kala IV dimulai setelah plasenta lahir sampai 2 jam post partum. Saat yang paling kritis pada ibu pasca melahirkan adalah pada masa post partum. Pemantauan ini dilakukan untuk mencegah adanya kematian ibu akibat perdarahan.

1) Evaluasi Uterus

Kontraksi uterus perlu diperhatikan untuk mencegah terjadinya perdarahan dan pengembalian uterus ke bentuk normal, untuk membantu uterus berkontraksi, bisa dilakukan dengan massase agar uterus tidak lembek dan mampu berkontraksi secara kuat. Setelah kelahiran plasenta, periksa kelengkapan dari plasenta dan selaput ketuban. Jika masih ada sisa plasenta dan selaput ketuban yang tertinggal didalam uterus, akan mengganggu kontraksi uterus sehingga menyebabkan perdarahan.

2) Pemeriksaan serviks, vagina dan perineum

Pemeriksaan serviks, vagina dan perineum untuk mengetahui apakah ada tidaknya robekan jalan lahir, periksa darah perineum, vagina, vulva. Setelah bayi baru lahir, vagina akan mengalami peregangan, oleh kemungkinan edema dan lecet.

3) Pemantauan dan evaluasi lanjut kala IV

Pemantauan selama dua jam pertama postpartum sangat penting karena sebagian besar kematian ibu pada periode pasca persalinan terjadi pada 6 jam pertama setelah persalinan. Kematian ini disebabkan oleh infeksi, perdarahan dan eklampsia.

4) Perkiraan darah yang hilang

Menurut Depkes dalam buku Ai Nurasih (2014:184), memperkirakan kehilangan darah merupakan salah satu untuk menilai kondisi ibu. Cara tidak langsung untuk mengukur jumlah

darah adalah melalui penampakan gejala dan tekanan darah. Apabila perdarahan menyebabkan ibu lemas, pusing dan kesadran menurun serta tekanan darah sistolik turun dari 10 mmHg dari kondisi sebelumnya maka telah terjadi perdarahan lebih dari 500 ml. Bila ibu mengalami syok hipovolemik maka ibu telah kehilangan darah 50 % dari total jumlah darah ibu (2000-2500 ml). Penting untuk selalu memantau keadaan umum dan menilai jumlah kehilangan darah ibu selama kala IV.

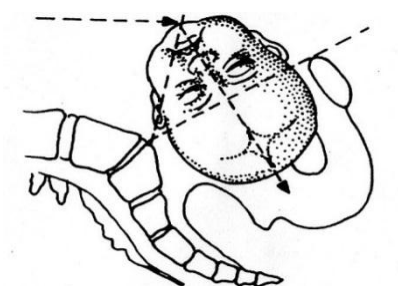
- 5) Melakukan penjahitan luka episiotomi dan laserasi
- 6) Pemantauan keadaan ibu

2.1.6 Mekanisme persalinan normal

Menurut Harry Oxorn dalam buku Sulistyawati (2013: 106), gerakan utama dalam persalinan yaitu sebagai berikut:

a. Penurunan kepala

Pada primigravida, masuknya kepala telah melewati PAP biasanya terjadi pada 2-3 minggu sebelum cukup bulan, tetapi pada multigravida biasanya baru



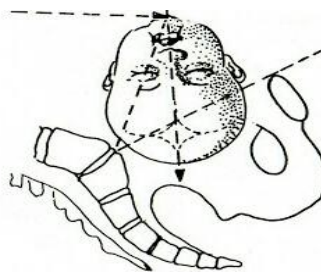
Gambar 2.1 Sinklitismus
Sumber: Rohani, 2011.

terjadi pada permulaan persalinan. Terjadinya engagement normal sangat dipengaruhi oleh tonus otot uterus dan otot dasar panggul. Masuknya

kepala ke dalam PAP dalam keadaan asinklitismus yaitu bila sutura sagitalis terdapat ditengah-tengah jalan lahir tepat diantara simfisis dan promontorium.

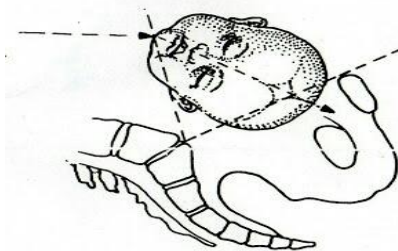
Jika sutura sagitalis agak kedepan mendekati simpisis atau agak kebelakang mendekati promontorium, maka dikatakan kepala dalam keadaan asinklitismus. Ada 2 jenis asinklitismus:

1) Asinklitismus posterior: bila sutura sagitalis mendekati simpisis dan *os. Parietal* belakang lebih rendah dari *os. Parietal* depan.



Gambar 2.2 Asinklitismus Posterior
Sumber: Rohani, 2011.

2) Asinklitismus anterior: bila sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga *os. Parietal* depan lebih rendah daripada *os. Parietal* belakang.



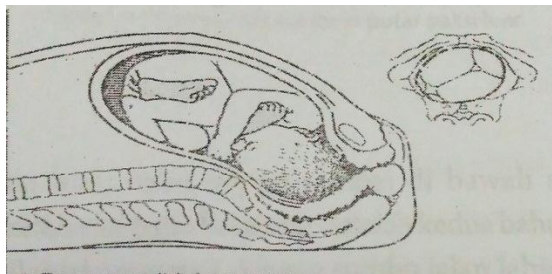
Gambar 2.3 Asinklitismus Anterior
Sumber: Ai Nurasih. Ani Rukmawati. Dewi Laelatul.2014.

Penurunan kepala lebih lanjut terjadi pada kala I dan kala II persalinan. Hal ini disebabkan karena adanya kontraksi dan retraksi dari segmen atas Rahim yang menyebabkan tekanan langsung fundus pada bokong janin. Dalam waktu

bersamaan terjadi relaksasi dari segmen bawah Rahim sehingga terjadi penipisan dan dilatasi serviks.

b. Fleksi

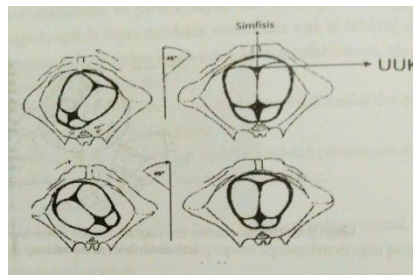
Pada awal persalinan, kepala bayi dalam keadaan fleksi ringan dengan majunya kepala biasanya fleksi juga akan bertambah pada gerakan ini, dagu dibawa lebih dekat ke arah dada janin sehingga ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun-ubun besar. Hal ini disebabkan karena adanya tahanan dari dinding serviks,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



Gambar 2.4 Fleski
Sumber: Rohani, 2011.

c. Rotasi dalam

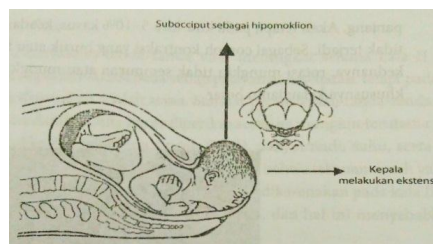
Pemutaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan hingga bagian terendahnya memutar ke bawah simpisis. Pada presentasi belakang kepala, bagian terendah adalah ubun-ubun kecil dan akan memutar ke depan ke arah simpisis. Rotasi ini sangat penting karena untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bidang tengah dan pintu bawah panggul.



Gambar 2.5 Rotasi Dalam
Sumber: Rohani, 2011.

d. Ekstensi

Sesudah kepala janin sampai didasar panggul dan ubun-ubun kecil berada dibawah simpisis, maka terjadilah ekstensi dari kepala janin. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan ke atas sehingga kepala harus mengadakan fleksi untuk melewatinya. *Sub oksiput* yang tertahan pada pinggir bawah simpisis akan menjadi pusat pemutaran (*hypomochion*), maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum : ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut, dan dagu bayi dengan gerakan ekstensi.

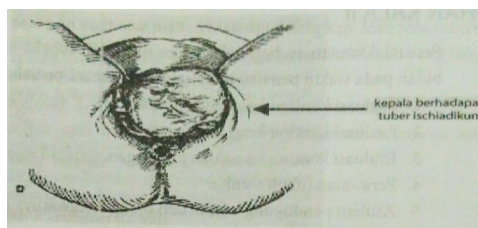


Gambar 2.6 Ekstensi
Sumber: Rohani, 2011.

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 sehingga di dasar panggul setelah kepala bayi lahir, 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.



Gambar 2.7 Rotasi Luar
Sumber: Rohani, 2011.

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.

2.1.7 Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin

a. Asuhan pada Kala I

1) Mengidentifikasi masalah

Ketika ibu datang dan merasa akan melahirkan, komponen-komponen riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik yg dikumpulkan meliputi:

a) Riwayat kesehatan

(1) Meninjau kartu antenatal untuk:

(a) Usia kehamilan

(b) Masalah/komplikasi dengan kehamilan sekarang

(c) Riwayat kehamilan terdahulu

(2) Menanyakan riwayat persalinan

b) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik bertujuan untuk menilai kondisi kesehatan ibu dan bayinya serta tingkat kenyamanan fisik ibu bersalin. Hasil pemeriksaan fisik diolah dan diramu untuk membuat keputusan klinik, menegakkan diagnosis dan mengembangkan rencana asuhan atau keperawatan yang paling sesuai dengan kondisi ibu.

c) Pemeriksaan abdomen

Pemeriksaan abdomen dilakukan untuk

(1) Menentukan tinggi fundus uteri

Pengukuran dilakukan pada saat uterus tidak sedang berkontraksi dan menggunakan pita ukur.

(2) Memantau kontraksi uterus

Letakkan tangan penolong diatas uterus dan palpasi jumlah kontraksi yang terjadi dalam kurun waktu 10 menit. Tentukan durasi/lama setiap kontraksi yang terjadi. Pada fase aktif minimal terjadi 2 kontraksi dalam 10 menit dan lama kontraksi adalah 40 detik atau lebih.

(3) Memantau denyut jantung janin

Hitung DJJ selama minimal 60 detik. Gangguan kondisi kesehatan janin dicerminkan dari DJJ yang kurang dari 120

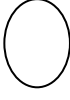




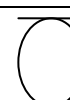
atau lebih 160 kali per menit. Kegawatan janin ditunjukkan dari DJJ yang kurang dari 100 atau lebih 180 kali per menit.

(4) Menentukan presentasi

(5) Menentukan penurunan bagian terbawah janin

Nilai penurunan kepala janin dengan hitungan perlimaan bagian kepala janin yang bisa di palpasi di atas symphysis pubis (ditentukan oleh jumlah jari yang bisa ditempatkan dibagian kepala dibagian symphysis pubis).

Tabel 2.2
Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perlimaam

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

Sumber: Ari Sulistyawati & Esti Nugraheny, 2013.

(6) Periksa dalam

(a) Vulva vagina

Ibu ditempatkan pada posisi yang memudahkan untuk inspeksi dan pemeriksaan. Idealnya setelah daerah vuva dan vagina dipersiapkan dengan baik dan pemeriksa sudah memakai sarung tangan steril, ibu jari dan jari telunjuk memisahkan labia. Kecepatan pemeriksaan vagina selama persalinan dapat meningkatkan morbiditas infeksi, khususnya pada kasus ketuban pecah dini.

(b) Konsistensi portio

Konsistensi portio menjadi tipis dan lunak, bahkan tidak teraba saat pembukaan lengkap.

(c) Pembukaan serviks

Dilatasi serviks ditemukan dengan memperkirakan diameter rata-rata. Jari pemeriksa disापुन dari tepi satu servik di satu sisi ke sisi yang berlawanan

(d) Air ketuban (utuh/pecah)

Cairan diperiksa untuk mengetahui adanya warna atau mekonium.

(e) Presentasi dan posisi janin

(f) Penurunan bagian terbawah janin

(g) Ketinggian bagian terbawah janin di jalan lahir digambarkan dalam hubungannya dengan spina isciadika yang terletak antara pintu atas panggul dan pintu bawah panggul.

(h) Penyusupan kepala janin/ molase

(i) Bagian terbawah lain

2) Menilai data dan membuat diagnosis

3) Membuat rencana asuhan

Selama persalinan, rencana asuhan seorang bidan harus melakukan assessment dan intervensi agar dapat:

- a) Memantau perubahan tubuh ibu untuk menentukan apakah persalinaan dalam kemajuan yang normal
- b) Memeriksa perasaan ibu dan respon fisik terhadap persalinaan
- c) Memeriksa bagaimana bayi bereaksi saat persalinaan dan kelahiran
- d) Membantu ibu memahami apa yang sedang terjadi sehingga ia berperan serta aktif dalam menentukan asuhan
- e) Membantu keluarga dalam merawat ibu selama persalinaan, menolong kelahiran dan memberikan asuhan pasca persalinaan dini
- f) Mengenali masalah secepatnya dan mengambil keputusan serta tindakan yang tepat.

b. Asuhan pada Kala II

- 1) Pada kala II ini dilakukan pemantauan terhadap ibu, yang meliputi:

- a) Kontraksi atau his

Kontraksi selama kala II terjadi secara sering, kuat, dan sedikit lebih lama yaitu: sekitar dua menit, lamanya 60-90 detik. Pemeriksaan dilakukan setiap 30 menit.

- b) Tanda-tanda kala II

Tanda-tanda kala II yang harus diperhatikan oleh bidan adalah:

- (1) Ibu mempunyai dorongan kuat untuk meneran
- (2) Adanya tekanan pada anus
- (3) Perineum menonjol

(4) Vulva membuka

Beberapa wanita merasakan keinginan mendorong sebelum masuk kala II. Hal ini terjadi kepala bayi terlalu rendah dalam pelvis. Tindakan mendorong pada saat ini dapat menyebabkan edema serviks sehingga mudah robek, serta dapat mengakibatkan perdarahan.

c) Nadi ibu

Pada kala II periksa denyut nadi ibu setiap 30 menit sekali. Jumlah denyut nadi bisa tinggi saat kontraksi. Denyut nadi cepat bisa disebabkan oleh berbagai masalah:

(1) Infeksi

(2) Banyak kehilangan darah

(3) Dehidrasi

(4) Rasa takut

d) Tekanan darah, suhu, pernafasan

Pemeriksaan dilakukan setiap 30 menit sekali

e) Urin: protein dan keton

f) Nutrisi: minum dan makan

g) Kemajuan persalinan

2) Pemantauan pada janin

a) Sebelum lahir

(1) DJJ

Menurut Sumarah, Yani Widyastuti & Nining Wiyati (2011: 65), DJJ dinilai setiap 30 menit. Normal 120-160 x/menit dan ditulis dalam partograf.

Menurut Susan dan Fiona dalam buku Ai nurasiah, Ani Rukmawati, Dewi Laelatul (2014:119), hal yang bisa menyebabkan detak janin bayi melambat hingga dibawah 100 per menit adalah tali plasenta sangat pendek, bayi tidak sehat, air ketuban tidak cukup, plasenta tidak bekerja dengan baik, plasenta terpisah dari rahim, kontraksi terlalu kuat. Sedangkan hal yang bisa menyebabkan detak jantung berjalan cepat hingga diatas 180 per menit adalah ibu mengalami dehidrasi, infeksi, perdarahan, pembukaan serviks terlalu lama, rahim ibu robek.

(2) 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.

(3) Penurunan bagian terendah janin

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

b) Saat bayi sudah lahir

Penilaian awal yaitu tangisannya, nafasnya tanpa kesulitan atau tidak, dan bergerak aktif atau lemas (JNPK-KR, 2017: 96).

c. Asuhan pada kala III

1) Tujuan

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

2) Keuntungan

Keuntungan manajemen aktif kala III adalah sebagai berikut :

- a) Lama kala III lebih singkat.
- b) Jumlah perdarahan berkurang sehingga dapat mencegah perdarahan *post partum*.
- c) Mengurangi kejadian retensio plasenta

3) Langkah-langkah utama manajemen aktif kala III

Manajemen aktif kala III terdiri dari :

- a) Pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir
- b) Melakukan Penegangan Tali pusat Terkendali (PTT)
- c) Masase fundus uteri

Catatan: jika plasenta belum lahir dalam waktu 15 menit, berikan oksitosin 10 IU secara *Intramuscular* (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.

d. Asuhan pada Kala IV

1) Pemantauan dan evaluasi lanjut

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

2) Penjahitan luka episiotomi atau laserasi

Memperkirakan kehilangan darah serta melakukan prosedur penjahitan episiotomi sama dengan menjahit laserasi perineum, setelah episiotomi dilakukan penilaian secara hati-hati untuk memastikan lukanya tidak meluas dan sedapat mungkin menggunakan jahitan jelujur.

3) Pastikan tanda-tanda vital normal, kontraksi uterus kuat (posisinya normal), perdarahan/ lokeanya normal dan mampu berkemih tanpa di bantu.

4) Ajarkan ibu dan keluarganya cara menilai kontraksi dan melakukan massase uterus (jika lembek).

5) Selesaikan asuhan bayi baru lahir dan pastikan bahwa bayi sudah disusukan.

2.2 Konsep Manajemen Kebidanan Persalinan

2.2.1 Manajemen Kebidanan Kala I

a. Pengkajian

1) Data Subjektif

a) Biodata

Nama : bidan dan klien menjalin hubungan kekerabatan agar menjadi lebih akrab (Sulistyawati, 2013: 220).

Usia : pengkajian usia ibu untuk mengetahui ibu termasuk dalam kategori beresiko atau tidak (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 220).

Agama : bidan dapat memberikan dukungan mental spiritual (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 221).

Pendidikan : bidan dapat menentukan metode yang paling tepat dalam penyampaian informasi. (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 221).

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

Alamat : alamat dikaji untuk memberi gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan. Hal ini Berkaitan dengan keluhan terakhir atau tanda persalinan yang

disampaikan dengan patokan saat terakhir sebelum berangkat ke lokasi persalinan (Sulistiyawati & Nugraheny, 2013: 221).

b) Keluhan Utama

Informasi yang harus didapat dari pasien saat persalinan 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 (Sulistiyawati & Nugraheny, 2013: 221).

c) Riwayat Pernikahan

Pengkajian riwayat pernikahan memberikan gambaran mengenai suasana rumah tangga pasangan dan 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 (Sulistiyawati & 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 (Sulistiyawati & Nugraheny, 2013: 221-222). Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) diperlukan untuk menentukan usia

kehamilan, cukup bulan/ prematur (Rohani, Saswita R., & Marisah, 2013: 80).

e) Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Tabel 2.3
Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

Hamil	Persalinan							Nifas		
	Tgl Lahir	Umur Kehamilan	Jenis Persalinan	Penolong	Komplikasi		JK	BB Lahir	Laktasi	Komplikasi
					Ibu	Bayi				

Sumber: Wafi Nur Muslihatun, Mufdlilah, & Nanik Setiyawati, 2013.

f) Riwayat kontrasepsi yang digunakan

Tabel 2.4
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.

g) Riwayat kehamilan sekarang

Tabel 2.5
Riwayat Kehamilan Sekarang

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

Sumber: Ari Sulistyawati & Esti Nugraheny, 2014.

h) Riwayat kesehatan

Data dari riwayat kesehatan dapat digunakan sebagai 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

Data dari riwayat kesehatan keluarga digunakan untuk 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 nutrisi

Pola makan ibu dikaji untuk mengetahui gambaran gizinya, data fokusnya adalah kapan terakhir kali makan, serta jenis dan jumlah makanan yang dimakan, sedangkan jumlah cairan dikaji untuk mengetahui *intake* cairan untuk menentukan kecenderungan terjadinya dehidrasi. Data fokusnya adalah kapan terakhir kali minum, jumlah dan jenis minuman.

(2) Pola istirahat

Pola istirahat perlu dikaji karena istirahat sangat diperlukan untuk mempersiapkan energi pada proses

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

(3) *Personal hygiene*

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

(4) Pola eliminasi

Data fokusnya yaitu kapan terakhir buang air besar (BAB) dan terakhir buang air kecil (BAK). Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin (Muslihatun, Mufdlilah, & Setiyawati, 2013: 165).

k) Respon keluarga terhadap persalinan

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

l) Adat Istiadat setempat yang berkaitan dengan Persalinan

Data yang dikaji untuk mendapatkan data tentang adat istiadat yang dilakukan ketika menghadapi persalinan (Sulistiyawati & Nugraheny, 2013: 223).

2) Data objektif

a) Pemeriksaan umum

(1) Keadaan Umum

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

(a) Baik

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

(b) Lemah

Ibu kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain dan pasien sudah tidak mampu berjalan sendiri.

(2) 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).

(3) Tanda Vital

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

(a) 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).

(b) 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).

(c) Pernafasan

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

(d) Suhu

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

(4) Tinggi badan

Pemeriksaan tinggi badan dikaji untuk mengetahui apakah ibu beresiko mempunyai panggul sempit yang akan mempengaruhi proses persalinan. Tinggi badan normal untuk ibu hamil adalah >145 cm.

(5) Berat badan

Pemeriksaan berat badan ibu dikaji untuk mengetahui apakah ibu kemungkinan beresiko makrosomia dan polihidramnion

(6) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Pemeriksaan LILA pada ibu dikaji untuk mengetahui ibu dalam kategori Kekurangan Energi Kronik (KEK) atau tidak.

LILA normal pada ibu adalah $>23,5$ cm

b) Pemeriksaan fisik

(1) Kepala

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

(a) Mata

Pengkajian pada mata meliputi apakah konjungtiva pucat (apabila terjadi keputihan 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).

(b) Mulut

- Bibir

Pengkajian pada bibir meliputi apakah ada keputihan pada bibir (apabila terjadi keputihan 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).

- Lidah

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

- Gigi

Pengkajian pada gigi meliputi tentang adanya karies gigi, (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 227).

(2) Leher

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

(3) Payudara

Pengkajian pada payudara meliputi 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).

(4) Perut

Pengkajian pada 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:

(a) Bekas operasi sesar

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

(b) Pemeriksaan Leopold

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

(c) Kontraksi Uterus

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

(d) Denyut Jantung Janin (DJJ)

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

(e) Palpasi Kandung Kemih.

(5) Ekstremitas

Pengkajian pada 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).

(6) Genital

Menurut Ari Sulistyawati & Esti Nugraheny (2013: 228) untuk mengkaji tanda-tanda inpartu, kemajuan persalinan, hygiene pasien dan adanya tanda-tanda infeksi vagina, meliputi: tanda-tanda inpartu, kebersihan, pengeluaran lender darah (*blood show*), tanda-tanda infeksi vagina, dan pemeriksaan dalam.

(7) Anus

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

c) 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, 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) Penilaian pembukaan dan penipisan serviks
- (4) Pemeriksaan 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.

d) Data Penunjang

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

- (1) *Ultrasonography* (USG) untuk mengetahui kondisi janin dalam rahim yang meliputi: denyut jantung janin (DJJ), perkembangan struktur janin, usia kehamilan, berat badan bayi, kelainan pada janin, kadar cairan ketuban, dan letak plasenta.
- (2) Laboratorium meliputi:
- (a) Tes golongan darah untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan.
- (b) Tes hemoglobin untuk mengetahui kadar hemoglobin ibu yang mengindikasikan kekurangan darah (anemia).
- (c) Tes pemeriksaan urin untuk mengetahui kadar protein dan glukosa dalam urine.

(d) Tes pemeriksaan lainnya sesuai indikasi seperti hepatitis, HIV, dan lain-lain

b. Identifikasi Diagnosa dan Masalah

Diagnosa : G₁P₀000 Ab₀00 UK₀0 minggu Kala I fase laten/ aktif persalinan dengan keadaan ibu dan janin_____ (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 228-229).

Data Subjektif : Ibu mengatakan merasa ingin melahirkan sejak pukul ...

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 : > 145 cm

BB hamil : ... kg

TP : ...

LILA : > 23,5 cm

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 : Sebagian besar/ sebagian kecil yang sudah masuk PAP.

TBJ : ...

His : ...

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)

Masalah:

Kurangnya pengetahuan yang berhubungan dengan prosedur, dan posisi teknik relaksasi dalam persalinan.

Menurut Notoadmojo (2003), pengetahuan adalah hasil dari tahu dan terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang.

Tugas bidan menentukan kebutuhan pasien berdasarkan keadaan dan masalahnya, contohnya kebutuhan untuk KIE, bimbingan tentang kontrol pernafasan, dan posisi meneran.

c. Merumuskan diagnosis/masalah potensial

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

d. Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Tahapan identifikasi dan penetapan kebutuhan segera digunakan apabila terjadi situasi darurat yang memerlukan tindakan segera untuk menyelamatkan pasien (Sulistyawati & 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) Berikan KIE tentang prosedur seperti pemantauan janin dan kemajuan persalinan normal.

Rasional : Pendidikan antepartal dapat memudahkan persalinan dan proses kelahiran, membantu meningkatkan sikap positif dan atau rasa kontrol dan dapat menurunkan ketergantungan pada medikasi (Doenges, 2001: 269).

- 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 vagina (pembukaan serviks, penipisan serviks, penurunan kepala, dan molase) dikontrol setiap 4 jam sekali, tekanan darah setiap 4 jam sekali, suhu setiap 2-4 jam sekali pada kala I fase Laten dan 2 jam sekali 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. Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan harus bertindak sesuai dengan rencana yang sudah ditentukan.

g. 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 12.00 WIB.
- 6) Tidak ada bagian kecil atau berdenyut di sekitar kepala bayi.
- 7) Molage 0 (nol)
- 8) Hodge IV

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 (2017) , penatalaksanaan kala II persalinan normal sebagai berikut :

- 1) Mengenali tanda kala II persalinan
 - a) Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran
 - b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina
 - c) Perineum tampak menonjol
 - d) Vulva dan sfinger ani membuka
- 2) Patikan kelengkapan persalinan, bahan dan obat untuk menolong persalinan dan tata laksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir

- 3) Memakai celemek plastik
- 4) Melepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 5) Memakai sarung tangan DTT pada tangan saya akan digunakan untuk periksa dalam.
- 6) Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).
- 7) Membersihkan vulva dan perineum dengan hati hati (jari tidak boleh menyentuh vulva dan perinium) dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi air DTT.
 - a) Jika introitus vagina, perineum, atau anus terkontaminasi feses, membersihkan dengan seksama dari arah depan kebelakang.
 - b) Membuang kapas atau kasa pembersih yang telah digunakan.
- 8) Melakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap, bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan lengkap, maka melakukan amniotomi.
- 9) 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 tangan dilepaskan.

- 10) 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 pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil penilaian, serta asuhan lainnya pada patograf.
- 11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (pada saat ada his bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan merasa nyaman).
- 13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan kuat untuk meneran :
 - a) Bimbingan ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif,
 - b) Dukung dan beri 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).
- 14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok dan mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
 - 15) Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
 - 16) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
 - 17) Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
 - 18) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
 - 19) Setelah kepala bayi terlihat 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.
 - 20) 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.
- 21) Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 22) 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.
- 23) 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.
- 24) 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).
- 25) Melakukan penilaian (selintas) :
- a) Apakah bayi cukup bulan
 - b) Menilai tangis kuat bayi dan/ atau bernapas tanpa kesulitan.

- c) Menilai gerak aktif bayi, jika bayi tidak menangis, tidak bernapas atau megap-megap, melakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi bayi baru lahir).
- 26) Meringkan 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.
- 27) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
- 28) Beritahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik
- 29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit UM di 1/3 paha atas bagian distal lateral.
- 30) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan menjepit kembali tali pusat pada 2 cm dari klem pertama.
- 31) 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.
- 32) Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu-bayi.
Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya.
Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau aerola mammae ibu
- a) Selimuti ibu-bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi.
 - b) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
 - c) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara.
 - d) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.

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 (2017), penatalaksanaan kala III persalinan normal sebagai berikut :

- 1) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- 2) Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, pada tepi atas simpisis untuk mendeteksi adanya kontraksi. Tangan lain memegang tali pusat.

- 3) 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.
- 4) 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).
- 5) Saat plasenta muncul di introitus vagina, melahirkan plasenta dengan kedua tangan. Memegang dan memutar plasenta (searah jarum jam) hingga selaput ketuban terpinil 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.
- 6) 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.

- 7) Memeriksa kedua sisi plasenta, memastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Memasukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.
- 8) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi derajat 1 dan 2 yang menimbulkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarah aktif, segera lakukan penjahitan.

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 (2017), penatalaksanaan kala IV persalinan normal sebagai berikut :

- 1) memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 2) Memastikan kandung kemih kosong. Jika penuh lakukan kateterisasi.
- 3) Mencilupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%.

- 4) Ajarkan ibu/ keluarga cara melakukan massase uterus dan menilai kontraksi uterus.
- 5) Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.
- 6) Evaluasi dan estimasi jumlah perdarahan ibu.
- 7) Pantau keadaan bayi dan pastikan bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/menit)
- 8) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
- 9) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 10) Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT, membersihkan sisa cairan ketuban, lender, dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 11) Memastikan ibu merasa nyaman, membntu ibu memberikan ASI, menganjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
- 12) Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5 %.
- 13) 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.
- 14) Mencucui kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

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