

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Persalinan

2.1.1 Pengertian

Persalinan adalah proses pengeluaran (kelahiran) hasil konsepsi yang dapat hidup diluar uterus melalui vagina ke dunia luar. Proses tersebut dapat dikatakan normal atau spontan jika bayi yang dilahirkan berada pada posisi letak belakang kepala dan berlangsung tanpa bantuan alat-alat atau pertolongan, serta tidak melukai ibu dan bayi. Pada umumnya proses ini berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam (Sondakh, 2013: 2).

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. Dasar 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 asfiksi bayi baru lahir (Prawirohardjo, 2014: 334).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungannya melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta. (Sulistiyawati, Ari dan Nugraheny, 2013 : 4)

2.1.2 Etiologi

Terdapat beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya kekuatan his sehingga menjadi awal mula terjadinya proses persalinan, walaupun hingga kini belum dapat diketahui dengan pasti penyebab terjadinya persalinan.

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. (Sulistyawati, Ari dan 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 uteroplasenta yang pada akhirnya membuat plasenta mengalami degenerasi. Ketika uterus berkontraksi dan menimbulkan tekanan pada selaput ketuban, tekanan hidrostatis 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 *Baxton Hicks* (Sondakh, 2013: 3).

d. Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua disangka sebagai salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil percobaan menunjukkan bahwa Prostagaldin F₂ atau E₂ yang diberikan secara intravena menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap usia kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostagaldin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu hamil sebelum melahirkan atau selama proses persalinan (Sulistyawati, Ari dan Nugraheny,2013 : 5)

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 menjelang pembukaan lengkap. Setelah adanya pecah ketuban, diharapkan proses

persalinan akan berlangsung kurang dari 24 jam. Namun jika ternyata tidak tercapai, maka persalinan dapat diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum atau sectio caesaria.

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* 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 terjadi pembukaan lengkap 10 cm. Sifat spesifik dari kontraksi otot rahim kala pertama adalah:
 - a) Intervalnya makin lama makin pendek.
 - b) Kekuatannya makin besar dan 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)

Jalan lahir terdiri atas panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku, oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai. (Rohani, Reni Saswita & Marisah 2011: 21)

1) Panggul

a) Tulang Koksigis (tulang tungging)

(1) Tulang Ilium (tulang usus)

- (a) Merupakan tulang terbesar dari panggul yang membentuk bagian atas dan belakang panggul.
- (b) Bagian atas merupakan penebalan tulang yang disebut krista iliaka
- (c) Ujung depan dan belakang krista iliaka yang menonjol: spina iliaka anterosuperior dan spina iliaka postesuperior
- (d) Terdapat tonjolan tulang memangjang di bagian dalam tulang ilium yang membagi pelvis mayor dan minor, disebut linea inominata (linea terminalis)

(e) Linea terminalis merupakan merupakan bagian dari pintu atas panggul

(2) Tulang iskiium (tulang duduk)

(a) Terdapat disebelah bawah tulang usus

(b) Pinggir belakangnya menonjol: spina ischiadica

(c) Pinggir bawah tulang duduk sangat tebal (tuber ischiadicum), berfungsi menopang badan saat duduk

(3) Tulang Pubis (tulang kemaluan)

(a) Terdapat disebelah bawah dan depan tulang ilium

(b) Dengan tulang duduk dibatasi oleh foramen obturatorium

(c) Tangkai tulang kemaluan yang berhubungan dengan tulang usus disebut rumus superior tulang pubis

(d) Didepan kedua tulang ini berhubungan melalui artikulasi (sambungan) yang disebut simfisis

b) Tulang Sakrum (tulang kelangkang)

Tulang ini berbentuk segitiga dengan lebar di bagian atas dan mengecil dibagian bawah. Tulang kelangkang terletak diantara kedua tulang pangkal paha.

(1) Terdiri dari 5 ruas tulang yang berhubungan erat

(2) Permukaan depan licin dengan lengkungan dari atas ke bawah dan dari kanan ke kiri

- (3) Pada sisi kanan dan kiri, di garis tengah terdapat lubang yang dilalui oleh saraf yang disebut foramen sakralia anterior
- (4) Tulang kelangkang berhubungan dengan tulang pinggang ruas ke-5
- (5) Tulang kelangkang yang paling atas mempunyai tonjolan besar ke depan yang disebut promontorium
- (6) Bagian samping tulang kelangkang berhubungan dengan tulang pangkal paha melalui artikulasi sacro-iliaca
- (7) Ke bawah tulang kelangkang berhubungan dengan tulang tungging (tulang koksigis)

2) Ruang Panggul

Secara fungsional, diketahui terdapat dua bagian besar panggul

a) Pelvis mayor (false pelvic)

Pelvis mayor adalah bagian pelvis yang terletak diatas linea terminalis

b) Pelvis minor (true pelvic)

Pelvis minor adalah bagian pelvis yang terletak di sebelah bawah linea terminalis. Bentuk pelvis minor menyerupai suatu saluran yang mempunyai sumbu melengkung kedepan (sumbu karus)

3) Bidang Panggul

Bidang Hodge adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan, yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam/*vaginal toucher* (VT). Bidang Hodge terbagi empat antara lain sebagai berikut.

- a) Bidang Hodge I : bidang setinggi pintu atas panggul (PAP) yang dibentuk oleh promontorium, artikulasi sakro-iliaka, sayap sakrum, linea inominata, ramus superior os. pubis, tepi atas simfisis pubis.
- b) Bidang Hodge II : bidang setinggi pinggir bawah simfisis pubis, berhimpit dengan PAP (Hodge I)
- c) Bidang Hodge III : bidang setinggi spina ischiadica berhimpit dengan PAP (Hodge I)
- d) Bidang Hodge IV : bidang setinggi ujung koksigis berhimpit dengan PAP (Hodge I)

4) Pintu Panggul

- a) Pintu Atas Panggul

Dibatasi oleh linea terminalis (linea innominata) disebut Inlet

- b) Ruang Tengah Panggul

Pada spina ischiadica disebut Midlet

- c) Pintu Bawah Panggul

Dibatasi simfisis dan arkus pubis disebut outlet

d) Ruang Panggul yang Sebenarnya

Berada antara inlet dan outlet

c. *Passager* (Janin dan plasenta)

Menurut Sondakh (2013: 18), faktor *passenger* merupakan salah satu faktor yang memengaruhi proses persalinan yang biasa disebut dengan faktor penumpang. Bagian yang termasuk dalam faktor ini adalah janin dan plasenta serta air ketuban.

1) Janin

a) Presentasi janin dan bagian janin yang terletak pada bagian depan jalan lahir seperti :

(1) Presentasi kepala (*oksiput*).

(2) Presentasi bokong (*sacrum*).

(3) Presentasi bahu (*scapula bahu*).

b) Sikap janin

Hubungan bagian-bagian janin dengan sumbu janin, biasanya terhadap tulang punggungnya. Bagian-bagian janin seperti kepala, tulang punggung, dan kaki, umumnya berada dalam sikap fleksi, serta lengan bersilang dada. Hal ini disebabkan oleh pola pertumbuhan janin dan penyesuaian janin terhadap bentuk rongga rahim.

Sikap janin yang fisiologis adalah badan janin dalam keadaan kifosis sehingga punggung menjadi konveks, kepala dalam sikap hiperfleksi dengan dagu dekat dada, lengan bersilang didepan dada,

tali pusat terletak diantara ekstremitas dan tungkai terlipat pada lipat paha, serta lutut yang rapat pada badan.

c) Posisi janin

Posisi janin adalah hubungan antara bagian presentasi terhadap empat kuadran panggul ibu. Posisi janin dinyatakan dengan singkatan yang terdiri dari huruf pertama masing-masing kata kunci. Contohnya, posisi *oksipito anterior kanan* ditulis dengan OAKa; *oksipito transversa kanan* ditulis dengan OTKa. (Fauziah,Siti 2015 : 5)

Hubungan bagian/ poin penentu dari bagian terendah janin dengan panggul ibu, dibagi dalam 3 unsur :

- (1) Sisi panggul ibu : kiri, kanan dan melintang.
- (2) Bagian terendah janin : oksiput, sacrum, dagu dan scapula.
- (3) Bagian panggul ibu : depan, belakang.

Sebagai contoh, Letak Belakang Kepala (LBK), Uzun-Uzun Kecil

(UUK) kiri depan, dan UUK kanan belakang.

d) Letak/ situs s

Letak/ situs ialah letak sumbu panjang janin berada terhadap sumbu ibu. Letak janin dipengaruhi oleh struktur janin yang pertama memasuki panggul ibu. Letak janin dibagi menjadi tiga, yaitu sebagai berikut.

(1) Letak membujur (*longitudinal*)

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

(b) Letak sungsang/ letak bokong: letak bokong sempurna (*complete breech*), letak bokong (*frank breech*), dan letak bokong tidak sempurna (*incomplete breech*).

(2) Letak lintang (*transverse lie*).

(3) Letak miring (*oblique lie*).

(a) Letak kepala mengolok.

(b) Letak bokong mengolok.

2) Plasenta

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 (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).

d) Beberapa fungsi plasenta adalah sebagai berikut :

(1) Plasenta sebagai tempat pertukaran zat

(2) Plasenta penghasil hormon

(3) Plasenta penghasil enzim

(4) Plasenta sebagai barier

3) Cairan ketuban

Liquor amni yang sering disebut juga sebagai air ketuban merupakan cairan yang mengisi ruangan yang dilapisi oleh selaput janin (amnion dan korion). (Sondakh, 2013: 48).

a) Ciri-ciri air ketuban

(1) Jumlah volume air ketuban pada kehamilan cukup bulan kira-kira 1000-1500 cc.

- (2) Air ketuban berwarna putih keruh, berbau amis, dan berasa manis.
 - (3) Reaksinya agak alkali atau netral, dengan berat jenis 1,008.
 - (4) Komposisinya terdiri atas 98% air, sisanya albumin, urea, asam urat, kreatinin, sel-sel epitel, rambut lanugo, verniks kaseosa, dan garam-garam organik.
 - (5) Kadar protein kira-kira 2,6% g per liter, terutama albumin.
- b) Fungsi air ketuban
- (1) Mencegah perlekatan janin dengan amnion
 - (2) Agar janin dapat bergerak dengan bebas
 - (3) Regulasi terhadap panas dan perubahan suhu
 - (4) Untuk menambah suplai cairan janin, dengan cara ditelan atau diminum, yang kemudian dikeluarkan melalui BAK janin
 - (5) Meratakan tekanan intra-uterin dan membersihkan jalan lahir bila ketuban pecah
 - (6) Sebagai pelindung yang akan menahan janin dari trauma akibat benturan
 - (7) Melindungi dan mencegah tali pusat kekeringan, yang akan menyebabkan tali pusat mengerut sehingga menghambat penyaliran oksigen melalui darah ibu ke janin
 - (8) Selaput ketuban dengan air ketuban didalamnya merupakan penahan janin dan rahim terhadap kemungkinan infeksi

(9) Pada saat kehamilan, air ketuban juga dapat digunakan untuk mendeteksi kelainan yang dialami janin, khususnya yang berhubungan dengan kelainan

d. Respon psikologi (*Psychology response*)

Respon psikologi 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 ibu yang 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.

e. Faktor penolong

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini bidan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang memungkinkan terjadi pada ibu dan janin. Proses tergantung dari kemampuan skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan.

f. Posisi ibu

Posisi ibu mempengaruhi anatomi dan fisiologis penyesuaian untuk kelahiran. Posisi yang benar memberikan keutungan yaitu perubahan posisi menghilangkan rasa letih, penambahan kenyamanan dan memperbaiki sirkulasi darah. Posisi yang benar seperti berjongkok, miring ke kiri atau jika ibu masih kuat untuk berjalan-jalan. Posisi yang

benar dapat membantu penurunan janin, kontraksi uterus lebih kuat dan juga efisiensi dilatasi serviks.

g. Pendamping persalinan

Pendamping persalinan untuk membantu kelancaran proses persalinan, ibu harus diberikan dukungan dan semangat. Kehadiran pendamping sangat penting karena dapat berbuat banyak untuk membantu ibu saat persalinan yaitu sebagai pemberi dorongan dan keyakinan pada ibu, serta memberikan rasa nyaman. Ibu saat proses persalinan bisa didampingi oleh suami maupun keluarga.

2.1.5 Mekanisme proses persalinan

Menurut Rohani, Reni Saswita & Marisah (2011: 145–150), gerakan utama dalam persalinan normal yaitu sebagai berikut:

a. Penurunan kepala

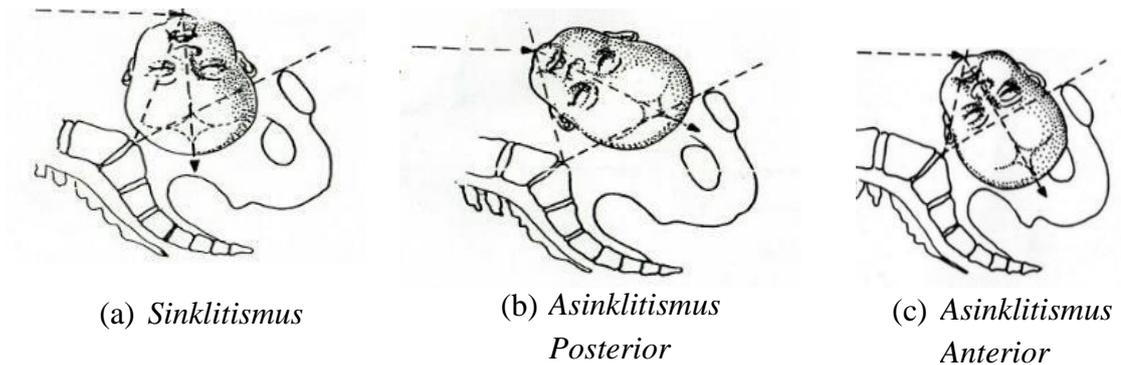
Masuknya kepala ke dalam PAP, dengan sutura sagitalis melintang dan dengan fleksi yang ringan, keadaan *sinklitismus* yaitu bila sutura sagitalis terdapat ditengah jalan lahir tepat diantara simpisis dan promontorium. Pada *sinklitismus*, *os. parietal* depan dan belakang sama tingginya.

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

Ada 2 jenis *asinklitismus*:

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

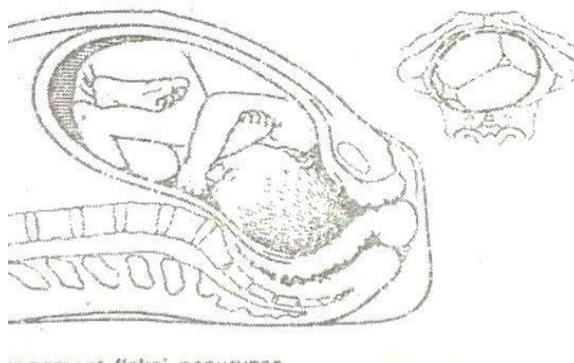
2) *Asinklitismus* anterior : sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga *os. Parietal* depan lebih rendah daripada *os. Parietal* belakang



Gambar 2.1 Penurunan Kepala
Sumber: Sarwono Prawirohardjo, 2014

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.

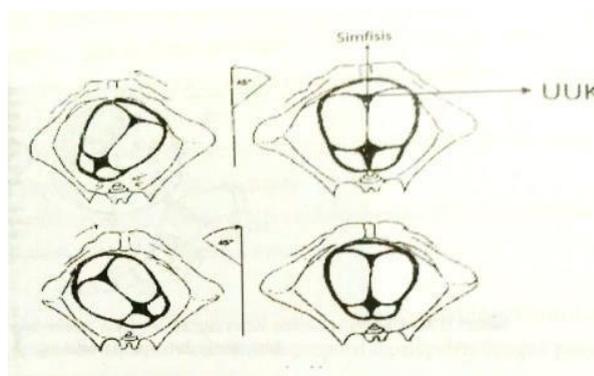


Gambar 2.2 Fleksi

Sumber: Sarwono Prawirohardjo, 2014

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.



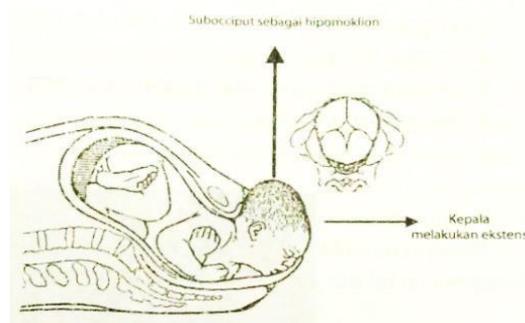
Gambar 2.3 Rotasi Dalam

Sumber: Asri Hidayat, 2010

d. Ekstensi

Saat kepala janin sampai didasar panggul dan ubun-ubun kecil berada dibawah simpisis, 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*

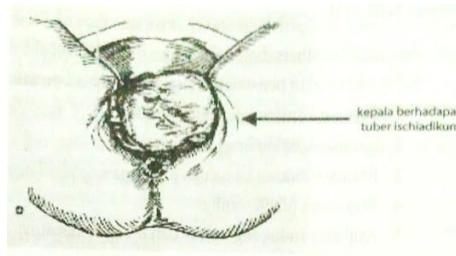
yang tertahan pada pinggir bawah simpisis akan menjadi pusat pemutaran (*hypomochion*), maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum : ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut, dan dagu bayi dengan gerakan ekstensi.



Gambar 2.4
Sumber:Asri Hidayat, 2010

e. Rotasi luar

Kepala yang sudah lahir selanjutnya mengalami restitusi yaitu kepala bayi memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Bahu melintasi pintu dalam keadaan miring, di dalam rongga panggul, bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya, bahu mengalami putaran dalam dimana ukuran bahu (diameter bisekromial) 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 2.5 Rotasi Luar
Sumber: Ari Sulistyawati, 2013

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

a. Persalinaan kala I

1) Pengertian kala I

Secara klinis, dapat dinyatakan partus dimulai bila timbul his dan ibu mengeluarkan lendir darah (*bloody show*). Ketuban akan pecah dengan sendiri ketika pembukaan hampir atau telah lengkap. Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013: 5), kala I (kala pembukaan) dimulai saat pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses kala I terjadi pada primigravida berlangsung dalam jangka waktu lebih panjang \pm 12 jam, sedangkan pada multigravida \pm 8 jam. Berdasarkan kurve *friedman*, pembukaan primigravida 1 cm per jam dan multigravida 2 cm per jam. Proses ini terbagi dalam 2 fase, yaitu:

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

- b) Fase aktif berlangsung selama 7 jam, serviks membuka dari 4 cm sampai 10 cm. Kontraksi lebih kuat dan sering dibagi dalam 3 fase:
- (1) Fase *akselearasi*, dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
 - (2) Fase *dilatasi* maksimal, dengan durasi waktu 2 jam pembukaan yang berlangsung sangat cepat mulai dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm.
 - (3) Fase *deselerasi*, pembukaan menjadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap.

Tabel 2.1
Pemeriksaan kemajuan persalinan

Parameter	Frekuensi pada fase laten	Frekuensi pada fase aktif
Tekanan darah	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Suhu tubuh	Setiap 4 jam	Setiap 2 jam
Nadi	Setiap 30-60 menit	Setiap 30-60 menit
DJJ	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Kontraksi	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Pembukaan serviks	Setiap 4 jam*	Setiap 4 jam*
Penurunan kepala	Setiap 4 jam*	Setiap 4 jam*

*Dinilai pada saat pemeriksaan dalam

Melakukan observasi kemajuan persalinan dengan menggunakan lembar observasi dan lembar partograf.

a) Lembar observasi

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

b) Lembar partograf

Lembar partograf digunakan untuk mencatat hasil observasi dan pemeriksaan fisik ibu dalam proses persalinan serta merupakan alat utama dalam mengambil keputusan klinik khususnya pada persalinan kala I. Pengisian lembar partograf dimulai pada kala I fase aktif.

1) Bagian-bagian partograf

(a) Kemajuan persalinan

- (1)Pembukaan serviks
- (2)Turunnya bagian terendah dan kepala janin
- (3)Kontraksi uterus

(b) Kondisi janin

- (1)Denyut jantung janin
- (2)Warna dan volume air ketuban
- (3)Molase kepala janin

(c) Kondisi ibu

- (1)Tekanan darah, nadi dan suhu badan.
- (2)Volume urine.
- (3)Obat dan cairan.

2) Pencatatan temuan pada partograf

(a) Identifikasi ibu

Lengkapi bagian awal atau bagian atas lembar partograf pada saat mulai asuhan persalinan yang meliputi nama, umur, gravida, para, abortus, nomor rekam medis/ nomor klinik,

tanggal dan waktu mulai dirawat, waktu pecahnya selaput ketuban.

(b) Kondisi janin

(1) Denyut Jantung Janin (DJJ)

DJJ dinilai setiap 30 menit (lebih sering jika ada tandatanda gawat janin). Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf diantara garis tebal angka 180 dan 100, nilai normal sekitar 120-160, apabila ditemukan DJJ di bawah

120 dan di atas 160, maka penolong harus waspada.

(2) Warna dan adanya air ketuban

Nilai air ketuban setiap kali melakukan pemeriksaan dalam dengan menggunakan lambang sebagai berikut :

U : jika ketuban **u**tuh (belum pecah)

J : jika ketuban telah pecah dan air ketuban **j**ernih

M : jika ketuban telah pecah dan air ketuban bercampur **m**ekonium

D : jika ketuban telah pecah dan air ketuban bercampur **d**arah

K : jika ketuban telah pecah dan air ketuban **k**ering
(tidak mengalir lagi).

(3) Penyusupan/ moulase kepala janin

Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, menilai penyusupan kepala janin dengan menggunakan lambang sebagai berikut :

- 0 : tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat diraba
- 1 : tulang-tulang kepala janin hanya bersentuhan
- 2 : tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih, tetapi masih dapat dipisahkan
- 3 : tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

(c) Kemajuan persalinan

(1) Dilatasi serviks

Pemeriksaan pembukaan serviks setiap 4 jam (lebih sering dilakukan jika ada tanda penyulit). Pembukaan serviks ditandai dengan angka 0-10 disebelah kiri. Setiap angka/ kotak menunjukkan besarnya pembukaan serviks. Berikan tanda X pada titik 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 kepala janin

Penurunan kepala dinilai melalui palpasi abdominal, (dibagi menjadi 5 bagian) yang bisa dipalpasi diatas simfisis pubis. Diberi tanda (O) dan hubungkan dengan garis lurus pada setiap melakukan pemeriksaan vagina.

(d) Garis waspada

Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (pembukaan kurang dan 1 cm per jam), maka harus dipertimbangkan adanya penyulit. Pertimbangkan pula adanya tindakan intervensi. Jika pembukaan serviks berada di sebelah kanan garis bertindak, maka tindakan untuk menyelesaikan persalinan harus dilakukan.

(e) Jam dan waktu

Waktu dibagian bawah partograf (pembukaan serviks dan penurunan) yang terdiri atas waktu mulainya fase aktif persalinan dan waktu aktual saat pemeriksaan.

Setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.

(f) Kontraksi uterus

Pemeriksaan frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap 1 jam fase laten dan tiap 30 menit selama fase aktif.

Nilai frekuensi dan lamanya kontraksi selama 10 menit. Catat lamanya kontraksi dalam hitungan detik dan gunakan

lambang yaitu : kurang dari 20 detik menggunakan “titiktitik”, antara 20-40 detik “diarsir”, lebih dari 40 detik “diblok”.

(g) Obat-obatan dan cairan yang diberikan

Dibawah lajur kotak observasi kontraksi uterus tertera lajur kotak untuk mencatat oksitosin, obat-obatan lainnya dan cairan IV. Untuk oksitosin dicantumkan jumlah tetesan dan unit yang diberikan.

(h) Kesehatan dan kenyamanan ibu

Bagian terakhir pada lembar depan partograf berkaitan dengan 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 4 jam dan beri tanda ↑ pada kolom yang sesuai.
- (3) Temperatur dinilai setiap 2 jam dan catat di tempat yang sesuai.
- (4) Volume urine, protein dan aseton Lakukan tiap 2 jam jika memungkinkan.

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :
2. Nama bidan :
3. Tempat persalinan :
 Rumah Ibu Puskesmas
 Polindes Rumah Sakit
 Klinik Swasta Lainnya :
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan : rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat rujukan :
8. Pendamping pada saat merujuk :
 Bidan Teman
 Suami Dukun
 Keluarga Tidak ada

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Y / T
10. Masalah lain, sebutkan :
11. Penatalaksanaan masalah Tsb :
12. Hasilnya :

KALA II

13. Episiotomi :
 Ya, Indikasi
 Tidak
14. Pendamping pada saat persalinan
 Suami Teman Tidak ada
 Keluarga Dukun
15. Gawat Janin :
 Ya, tindakan yang dilakukan
a.
b.
c.
 Tidak
16. Distosia bahu :
 Ya, tindakan yang dilakukan
a.
b.
c.
 Tidak
17. Masalah lain, sebutkan :
18. Penatalaksanaan masalah tersebut :
19. Hasilnya :

KALA III

20. Lama kala III : menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U / m ?
 Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 Tidak, alasan
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 Ya, alasan
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
 Ya
 Tidak, alasan

KALA IV

24. Masase fundus uteri ?
 Ya
 Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (intact) Ya / Tidak
Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
a.
b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 Ya, tindakan :
a.
b.
c.
27. Laserasi :
 Ya, dimana
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
Tindakan :
 Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 Tidak dijahit, alasan
29. Atoni uteri :
 Ya, tindakan
a.
b.
c.
 Tidak
30. Jumlah perdarahan : ml
31. Masalah lain, sebutkan
32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badan gram
35. Panjang cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
Bayi lahir :
 Normal, tindakan :
 mengeringkan
 menghangatkan
 rangsang taktil
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 Asfiksia ringan/pucat/biru/lemas, tindakan :
 mengeringkan bebaskan jalan napas
 rangsang taktil menghangatkan
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 lain - lain sebutkan
38. Cacat bawaan, sebutkan :
 Hipotermi, tindakan :
a.
b.
c.
39. Pemberian ASI
 Ya, waktu : jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan
40. Masalah lain,sebutkan :

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1							
2							

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

(i) Pencatatan pada lembar belakang partograf

2) Perubahan fisiologis kala I

a) Uterus

Segmen Atas Rahim (SAR) bersifat aktif saat berkontraksi sehingga dindingnya bertambah tebal. Segmen bawah rahim bersifat pasif sehingga semakin tipis. Sifat khas kontraksi rahim setelah berkontraksi tidak relaksasi (retraksi) dan kekuatan kontraksi tidak sama kuat, yang paling kuat kontraksinya berada difundus. Karena segmen atas makin tebal dan segmen bawah makin tipis (Hidayat & Sujiyanti, 2010: 38).

b) Serviks

Serviks mengalami perubahan bentuk menjadi lebih tipis (penipisan/ *effacement*) seiring dengan kontraksi dan retraksi. Menurut pandang obstetrik konvensional, proses ini terjadi dari atas ke bawah, sehingga serat otot yang mengelilingi os internal tertarik ke atas oleh segmen atas uterus yang mengalami retraksi dan serviks menyatu ke dalam uterus bagian bawah. Kanal serviks melebar sejajar dengan os. Internal, sedangkan kondisi os. Eksternal tetap tidak berubah. Proses dilatasi serviks akibat kerja uterus dan tekanan bagian presentasi janin. Dilatasi diukur dalam centimeter dan dilatasi dianggap lengkap adalah 10 cm (Sulistyawati, 2013: 64-65)

c) Tekanan darah

Aliran darah yang menurun pada arteri uterus akibat kontraksi, diarahkan kembali ke pembuluh darah perifer. Timbul tahanan perifer, sehingga tekanan darah meningkat dan frekuensi denyut nadi melambat. Pada tahap pertama persalinan, kontraksi uterus meningkatkan tekanan sistol dengan rata-rata 15 mmHg (10-20 mmHg) dan kenaikan diastol dengan rata-rata 5-10 mmHg. Rasa sakit, takut, dan cemas juga akan meningkatkan tekanan darah. (Rohani, 2011:67)

d) Suhu tubuh

Suhu tubuh meningkat tidak lebih dari 0,5-1⁰C dianggap normal, nilai tersebut mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan. Apabila persalinan berlangsung lebih lama peningkatan suhu tubuh dapat mengindikasikan dehidrasi. (Sulistyawati, 2013:67)

e) Detak jantung

Pada setiap kontraksi, 400 ml darah dikeluarkan dari uterus dan masuk kedalam sistem vaskular ibu. Hal ini menyebabkan peningkatan curah jantung sebesar 10-15% (Rohani, 2011:67)

f) Perubahan renal

Polyuria sering terjadi selama persalinan. Kandung kemih harus sering dievaluasi setiap dua jam untuk mengetahui adanya distensi, juga harus dikosongkan untuk mencegah obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh, yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin; dan trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang lama, yang akan menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urin selama periode pasca persalinan . (Sulistyawati, 2013:67)

g) Gastrointestinal

Mual muntah bisa terjadi sampai ibu mencapai akhir kala I. persalinan mempengaruhi sistem saluran cerna. Selama persalinan, motilitas dan absorpsi saluran cerna menurun dan waktu

pengosongan lambung menjadi lambat 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. 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 (Ilmiah, 2015: 56).

b. Persalinan Kala II

Menurut Sarwono Prawirohardjo (2014: 101), kala II (kala pengeluaran) dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi.

1) Perubahan fisiologis kala II

a) Uterus

Pada saat memasuki fase aktif, kontraksi menjadi lebih kuat dengan durasi >40 detik. Saat ada his uterus teraba keras menyebabkan pembukaan serviks dan penurunan janin ke bawah secara alami.

b) Serviks

Effacement merupakan pemendekan/ pendataran ukuran dari panjang kanalis servikalis. Kemajuan persalinan pada dilatasi/ pembukaan serviks dengan mengukur diameter serviks dalam centimeter 0-10 pada bagian ostium uteri eksterna. Ukuran 0 (nol) centimeter bila

ostium serviks eksterna tertutup, diameter 10 (sepuluh) centimeter bila dilatasi ostium serviks eksterna sudah lengkap, pada saat ini persio sudah tidak teraba (Sumarah, Widyastuti & wiyati, 2011: 87).

c) Pergeseran organ dasar panggul

Kepala bayi di dasar panggul, maka dasar panggul bagian belakang akan terdorong ke bawah sehingga rektum tertekan oleh kepala bayi. Adanya tekanan kepala bayi membuat perineum menjadi tipis dan mengembang atau menonjol (Ilmiah, 2015: 129)

2) Pemantauan ibu

a) Kontraksi

Menurut Ari Sulistyawati & Esti Nugraheny (2013: 101), kontraksi sangat kuat dengan durasi 60-70 detik, 2-3 menit sekali, atau lebih dari 3 kali dalam 10 menit, intensitas kontraksi kuat, durasi lebih dari 40 detik.

b) Tanda dan gejala kala II

Menurut Sarwono Prawirohardjo (2014: 341), mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua yaitu :

(1)Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.

(2)Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/ atau vaginanya.

(3)Perineum menonjol.

(4)Vulva-vagina dan sfingter ani membuka.

c) Tanda-tanda vital

Tekanan darah selama kontraksi, sistolik meningkat rata-rata (1020) mmHg dan tekanan diastolik meningkat rata-rata 5-10 mmHg. Tanda vital lain seperti suhu diperiksa setiap 2 jam, dan nadi diperiksa setiap 30 menit (Kriebs & Gegor, 2009: 335).

d) Kandung kemih

Pemasangan kateter dengan melakukan pertimbangan, yaitu :

- (1) Ketidaknyamanan bagi pasien.
- (2) Peningkatan risiko infeksi kandung kemih disebabkan kateter.
- (3) Sebagai antisipasi komplikasi yang mungkin terjadi, seperti perdarahan, partus lama, dan distosia bahu.

e) Kemajuan persalinan

Kriteria kemajuan persalinan yaitu:

- (1) Perineum menonjol
- (2) Pembukaan anus
- (3) Mekanisme persalinan
- (4) Pada tahap selanjutnya semakin terlihatnya bagian terbawah janin di jalan lahir.

f) Integritas perineum

Pemantauan perineum, bidan mengidentifikasi elastisitas perineum dan kondisi pasien serta Taksiran Berat Janin (TBJ) untuk membuat keputusan dilakukannya episiotomi.

3) Pemantauan janin

a) Saat bayi belum lahir

(1)DJJ

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

(2)Bagian terendah janin

Bagian terendah janin 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 untuk menilai proses penyesuaian kepala janin dengan jalan lahir.

(3)Penurunan bagian terendah janin

Penurunan bagian terendah janin berkaitan dengan proses 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).

4) Melakukan amniotomi dan episiotomi

- #### a) Melakukan amniotomi jika selaput ketuban belum pecah, telah terjadi pembukaan lengkap dan ibu meneran spontan. Perhatikan warna air ketuban yang keluar (J, M, D). 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.

b) Episiotomi adalah insisi dari perineum untuk memudahkan persalinan dan mencegah ruptur perineum totalis. (Sulistyawati 2013 : 124)

(1)Indikasi episiotomi mempercepat persalinan jika terdapat hal berikut:

(a) Gawat janin.

(b) Persalinan per vaginam dengan penyulit (sungsang, distosia bahu, ekstraksi forseps, ekstraksi vakum)

(c) Jaringan parut pada perineum ataupun pada vagina.

(2)Jenis episiotomi yang dilakukan ditentukan berdasarkan letak dan arah insisi menurut Rohani, 2011 : 178 :

(a) Episiotomi mediolateralis : insisi pada perineum kearah bawah, tetapi menjauhi rektum, selain itu juga dapat ke arah kanan atau kiri tergantung tangan dominan yang digunakan oleh penolong.

(b) Episiotomi median : insisi yang dimulai pada garis tengah komisura posterior lurus ke bawah, tetapi tidak sampai mengenai serabut sfingter ani. Episiotomi median merupakan insisi pada garis tengah perineum ke arah rektum.

c. Persalinan Kala III

1) Tujuan

Tujuan manajemen kala III adalah untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu pengeluaran plasenta.

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

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

Penilaian perluasan laserasi perineum dan penjahitan laserasi atau episiotomi diklasifikasikan berdasarkan robekan, yaitu :

- (1) Derajat satu : mukosa vagina, komisura posterior, dan kulit perineum.
- (2) Derajat dua : mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum dan otot perineum.

(3) Derajat tiga : mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum dan otot sfingter ani.

(4) Derajat empat : mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot sfingter ani dan dinding depan *rectum*.

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.

4) Mekanisme pelepasan plasenta

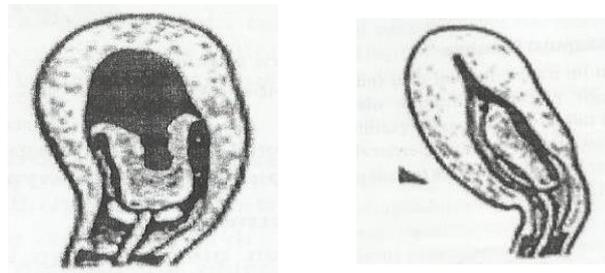
Uterus berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi yang menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina (Ilmiah, 2015: 198). Ada dua metode untuk pelepasan plasenta, yaitu sebagai berikut :

a) Metode *Schultze*

Pelepasan ini dapat dimulai dari tengah (sentral). Di tandai oleh makin panjangnya keluarnya tali pusat dari vagina tanpa adanya perdarahan per vaginam. Lebih besar kemungkinan terjadi pada plasenta yang melekat di fundus (Sumarah, Widyastuti & Wiyati, 2011: 146).

b) Metode *Matthews Duncan*

Pelepasan plasenta dari pinggir atau bersamaan dari pinggir. Hal ini mengakibatkan terjadi semburan darah sebelum plasenta lahir (Sumarah, Widyastuti & Wiyati, 2011: 146).



(a) *Schultze*

(b) *Matthews Duncan*

Gambar 2.6 Mekanisme Pelepasan Plasenta

Sumber: Manuaba, I. B. G, 1998

Menurut Widia Shofa Ilmiah (2015: 200) beberapa prasat untuk mengetahui apakah plasenta lepas dari tempat implantasinya :

a) *Kustner*

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat. Tangan kiri menekan daerah diatas simfisis. Bila tali pusat ini masuk kembali ke vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding

uterus. Bila tetap atau tidak masuk kembali ke vagina, berarti plasenta lepas dari dinding uterus.

b) *Strassman*

Tangan kanan mengangkat atau menarik sedikit tali pusat. Tangan kiri mengetok-ngetok fundus uteri. Bila terasa getaran pada tali pusat yang diregangkan ini berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus, tetapi bila tidak bergetar berarti plasenta sudah lepas.

c) *Klein*

Ibu disuruh mengejan. Tali pusat tampak turun ke bawah. Bila mengejan dihentikan dan tali pusat masuk kembali ke dalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus.

Tanda – tanda pelepasan plasenta adalah sebagai berikut:

- a) Perubahan dinding uterus dan tinggi fundus.
- b) Tali pusat memanjang.
- c) Semburan darah mendadak dan singkat.

d. Persalinan kala IV

1) Perubahan Fisiologis pada Kala IV

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

a) Uterus

Uterus terletak di tengah abdomen kurang lebih $\frac{2}{3}$ 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.

c) Penjahitan episiotomi dan laserasi

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

2) Pemantauan dan evaluasi lanjut

JNPK-KR (2017: 110) yaitu pemantauan dilakukan secara berkala dan dilakukan pendokumentasian pada lembar belakang partograf (bagian kala IV). Sebagian besar kejadian kesakitan dan kematian ibu disebabkan oleh perdarahan pascapersalinan sehingga penting sekali untuk memantau secara ketat segera setiap tahapan persalinan. Tanda bahaya yaitu demam, perdarahan aktif dan banyak keluar bekuan darah, sekret berbau dari vagina, pusing dan lemas, sulit menyusui bayi.

Tabel 2.2
Catatan asuhan dan temuan pada kala IV

Jam Ke-	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	TFU	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1.	15'							
	15'							
	15'							
	15'							
2.	30'							
	30'							

Sumber: Asri Hidayat & Sujiyatini, 2010

Masalah kala IV.....

Penatalaksanaan masalah tersebut.....

Hasilnya.....

3) 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.

e. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013 : 170) permulaan menyusu dini adalah bayi mulai menyusu sendiri segera setelah lahir. Kontak antara kulit bayi dengan kulit ibunya dibiarkan setidaknya selama satu jam segera setelah lahir, kemudian bayi akan mencari payudara ibu dengan

sendirinya. Cara bayi melakukan inisiasi menyusu dini ini dinamakan *the breast crawl* atau merangkak mencari payudara. Manfaat IMD yaitu :

- 1) Membuat rahim berkontraksi sehingga membantu pengeluaran plasenta dan mengurangi perdarahan
- 2) Merangsang pengaliran ASI dari payudara
- 3) Kontak kulit ibu dengan bayi
- 4) Mempertahankan suhu bayi
- 5) Ibu menjadi tenang, rileks dan mencintai bayinya
- 6) Meningkatkan produksi ASI
- 7) Menunda ovulasi

2.1.7 Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin

Menurut JNPK-KR, 2017 yaitu :

a. Asuhan kebidanan kala I

- 1) Menghadirkan orang yang dianggap penting oleh ibu seperti suami, keluarga pasien atau teman terdekat. Dukungan yang dapat diberikan:
 - a) Mengusap keringat
 - b) Menemani atau membimbing jalan-jalan (mobilisasi)
 - c) Memberikan minum
 - d) Merubah posisi dan sebagainya
 - e) Memijat atau menggosok punggung
- 2) Mengatur aktivitas dan posisi ibu
 - a) Ibu diperbolehkan melakukan aktivitas sesuai dengan kesanggupannya.

- b) Posisi sesuai dengan keinginan ibu, namun bila ibu ingin di tempat tidur sebaiknya anjurkan ibu untuk miring ke kiri.
 - c) Membimbing ibu untuk rileks sewaktu ada his. Ibu diminta menarik nafas panjang, tahan nafas sebentar kemudian dilepaskan dengan cara meniup sewaktu ada his.
 - d) Menjaga privasi ibu. Penolong tetap menjaga hak privasi ibu dalam persalinan, antara lain tanpa sepengetahuan dan seizing pasien atau ibu.
 - e) Penjelasan tentang kemajuan persalinan. Menjelaskan kemajuan persalinan.
 - f) Menjaga kebersihan diri. Memperbolehkan ibu untuk mandi dan membasuh sekitar kemaluannya selesai buang air kecil atau besar.
 - g) Melakukan pijatan pada punggung atau mengusap perut dengan lembut.
 - h) Mempertahankan kandung kemih agar tetap kosong. Sarankan ibu untuk berkemih sesering mungkin.
 - i) Sentuhan. Berikan sentuhan pada salah satu bagian tubuh yang bertujuan buntut mengurangi rasa kesendirian ibu selama proses persalinan.
- b. Asuhan kebidanan kala II
- 1) Memberikan dukungan terus menerus pada ibu dan hadirkan seseorang untuk mendampingi ibu dan menawarkan makan atau minum serta memijat ibu.

- 2) Menjaga kebersihan diri
 - 3) Memberi kenyamanan pada ibu.
 - 4) Memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan atau ketakutan ibu.
 - 5) Mengatur posisi yang nyaman untuk ibu.
 - 6) Menjaga kandung kemih agar selalu kosong. Anjurkan ibu untuk berkemih selalu.
 - 7) Memberikan cukup minum agar tenaga ibu tetap stabil dan mencegah dehidrasi.
 - 8) Memimpin meneran selama his untuk mengambil nafas. Mengedan tanpa diselingi bernafas, akan menurunkan pH pada arteri umbilicus yang dapat menyebabkan denyut jantung tidak normal.
 - 9) Pemantauan DJJ setiap kontraksi
 - 10) Melahirkan bayi
 - 11) Bayi dikeringkan dan dihangatkan dari kepala sampai seluruh tubuh
 - 12) Merangsang bayi dengan cara mengusap-usap pada bagian punggung atau menepuk telapak kaki bayi.
- c. Asuhan persalinan kala III
- 1) Pemberian suntik oksitosin
 - 2) Penegangan tali pusat terkendali
 - 3) Masase fundus uteri segera setelah plasenta lahir.

d. Asuhan persalinan kala IV

- 1) Ajarkan ibu dan keluarganya cara menilai kontraksi dan melakukan massase uterus (jika lembek).
- 2) Evaluasi tinggi fundus.
- 3) Perkiraan kehilangan darah secara keseluruhan.
- 4) Pastikan tanda-tanda vital normal, ibu mampu berkemih tanpa di bantu.
- 5) Selesaikan asuhan bayi baru lahir dan pastikan bahwa bayi sudah disusukan.
- 6) Dokumentasikan semua asuhan selama persalinan kala IV di bagian belakang patograf.

2.2 Standar Mutu Pelayanan Kebidanan Pertolongan Persalinan

2.2.1 Standar 9 asuhan persalinan kala I

a. Tujuan

Untuk memberikan perawatan yang memadai dalam mendukung pertolongan persalinan yang aman.

b. Pernyataan standar:

Bidan menilai secara tepat bahwa persalinan sudah mulai, kemudian memberikan asuhan dan pemantauan yang memadai, dengan memperhatikan kebutuhan klien, selama proses persalinan berlangsung.

c. Hasil:

- 1) Meningkatkan persalinan yang ditolong oleh bidan
- 2) Berkurangnya kematian/ kesakitan oleh ibu/ bayi akibat partus lama

- 3) Ibu bersalin mendapat pertolongan darurat yang memadai dan tepat waktu, bila diperlukan.

d. Prasyarat:

- 1) Bidan dipanggil apabila ibu sudah mulai mulas/ketuban pecah.
- 2) Bidan terampil dalam hal:
 - a) Pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dan
 - b) Penggunaan partograf dan pembacaannya.
- 3) Tersedianya alat dan bahan habis pakai untuk pertolongan persalinan.
- 4) Menggunakan KMS ibu hamil, partograf dan kartu ibu.

e. Proses

Bidan harus:

- 1) Segera mendatangi ibu hamil ketika diberi tahu persalinan sudah dimulai/ ketuban pecah.
- 2) Melaksanakan pemeriksaan kehamilan dengan memberikan perhatian terhadap tekanan darah, teratur tidaknya his dan denyut jantung janin (DJJ), bila ketuban sudah pecah.
- 3) Catat semua temuan pemeriksaan dengan tepat. Jika ditemukan kelainan, lakukan rujukan ke Puskesmas/ Rumah Sakit.
- 4) Lakukan pemeriksaan dalam secara aseptik dan sesuai dengan kebutuhan. (Jika his teratur dan tidak ada hal yang mengkhawatirkan atau his lemah tapi tanda-tanda vital ibu/ janin normal, maka tidak perlu segera dilakukan pemeriksaan dalam).

- 5) Dalam keadaan normal periksa dalam, cukup setiap 4 jam dan harus selalu secara aseptik.
- 6) Jika sampai pada fase aktif, catat semua temuan dalam partograf dan kartu ibu.
- 7) Anjurkan ibu untuk mandi dan tetap aktif bergerak seperti biasa, dan memilih posisi yang dirasa nyaman, kecuali bila belum terjadi penurunan kepala sementara ketuban sudah pecah. (Riset membuktikan banyak keuntungan jika ibu tetap aktif bergerak semampunya dan merasa nyaman mungkin).
- 8) Amati kontraksi dan DJJ sedikitnya 30 menit pada kala I. Pada akhir kala II atau jika kontraksi sudah sangat kuat, periksa DJJ setiap 15 menit.
- 9) Catat dan amati penurunan kepala janin dengan palpasi abdomen setiap 4 jam.
- 10) Catat tekanan darah setiap 4 jam.
- 11) Minta ibu hamil agar sering buang air kecil sedikitnya setiap 2 jam.
- 12) Pada persalinan normal, mintalah ibu untuk banyak minum guna menghindari dehidrasi dan gawat janin. (Riset menunjukkan bahwa, pada persalinan normal, tidak ada gunanya untuk mengurangi minum dan makan makanan kecil yang mudah dicerna).
- 13) Selama persalinan, beri dukungan moril dan perlakuan yang baik dan peka terhadap kebutuhan ibu hamil, suami/orang terdekat yang mendampingi.

- 14) Jelaskan proses persalinan yang sedang terjadi pada ibu, suami dan keluarganya. Beritahu mereka kemajuan persalinan secara berkala.
- 15) Segera catat semua temuan pada partograf dan kartu ibu.
- 16) Saat proses persalinan berlangsung, bersiaplah untuk menghadapi kelahiran bayi (lihat Standar 10).
- 17) Lakukan pertolongan persalinan yang bersih & aman (lihat Standar 10).

2.2.2 Standar 10 persalinan kala II yang aman

a. Tujuan

Memastikan persalinan yang aman untuk ibu dan bayi.

b. Pernyataan standar:

Bidan melakukan pertolongan persalinan yang aman, dengan sikap sopan dan penghargaan terhadap klien serta memperhatikan tradisi setempat.

c. Hasil

- 1) Persalinan yang bersih dan aman
- 2) Meningkatnya kepercayaan terhadap bidan
- 3) Menurunnya komplikasi seperti pendarahan postpartum, asfiksia neonatal, trauma kelahiran.
- 4) Menurunnya angka sepsis puerperalis.

d. Prasyarat

- 1) Bidan dipanggil apabila ibu sudah mulai mulas/ketuban pecah.
- 2) Bidan sudah terampil dalam menolong persalinan secara bersih dan aman.

- 3) Adanya alat untuk pertolongan persalinan dalam keadaan desinfeksi tingkat tinggi (DTT).
- 4) Adanya bahan-bahan untuk pertolongan persalinan yang bersih dan aman, seperti air bersih, sabun dan handuk bersih, dua handuk hangat yang bersih (satu untuk mengeringkan bayi, yang lain untuk dipakai kemudian), pembalut wanita dan tempat untuk plasenta. Bidan sedapat mungkin menggunakan sarung tangan yang bersih.
- 5) Tersedia ruangan yang hangat, bersih dan ehat untuk persalinan.
- 6) Menggunakan kartu ibu.

e. Hasil

- 1) Persalinan yang bersih dan aman
- 2) Meningkatnya kepercayaan terhadap bidan
- 3) Menurunnya komplikasi seperti pendarahan postpartum, asfiksia neonatal, trauma kelahiran.
- 4) Menurunnya angka sepsis puerperalis.

f. Proses

Bidan harus:

- 1) Memastikan tersedianya ruangan yang hangat, bersih dan sehat untuk persalinan, juga kain hangat untuk mengeringkan bayi baru lahir, tempat untuk plasenta. (Jika ibu belum mandi, bersihkan daerah perineum dengan air bersih).

- 2) Cuci tangan dengan sabun dan air bersih, kemudian keringkan hingga betul-betul kering dengan handuk bersih. (Kuku harus dipotong pendek dan bersih)
- 3) Bantu ibu untuk mengambil posisi yang paling nyaman. (Riset menunjukkan bahwa posisi duduk tau jongkok memberikan banyak keuntungan).
- 4) Anjurkan ibu untuk meneran atau mengejan hanya jika merasa ingin atau saat kepala bayi sudah kelihatan. (Riset menunjukkan bahwa menahan nafas sambil meneran adalah berbahaya, dan meneran sebelum kepala bayi tampak tidaklah perlu. Bahkan meneran sebelum pembukaan serviks lengkap adalah berbahaya). Jika kepala belum terlihat, padahal ibu sudah sangat ingin meneran, periksa pembukaan serviks dengan periksa dalam. Jika pembukaan belum lengkap, keinginan meneran bisa dikurangi dengan memiringkan ibu ke sisi sebelah kiri.
- 5) Pada kala II, dengarkan DJJ setiap his terakhir, irama dan frekuensinya harus egera kembali ke normal. Jika tidak cari pertolongan medis. (Jika kepala udah menegangkan perineum, dan terjadi kelambatan kemajuan persalinan atau DJJ menurun sampai 100x/menit atau kurang, atau meningkat menjadi 160x/menit atau lebih, maka percepat persalinan dengan melakukan episiotomi, lihat Standar 12).

- 6) Hindari peregangan vagina secara manual dengan gerakan menyapu atau menariknya ke arah luar. (Riset menunjukkan bahwa hal tersebut berbahaya).
- 7) Pakai sarung tangan sedapat mungkin, saat kepala bayi kelihatan.
- 8) Jika ada kotoran keluar dari rektum, bersihkan dengan kain kering.
- 9) Bantu kepala bayi lahir perlahan, sebaiknya diantara his. (Riset menunjukkan bahwa robekan tingkat dua dapat sembuh sama baiknya dengan luka episiotomi, sehingga tidak perlu menggunting perineum, kecuali terjadi gawat janin atau kemungkinan terjadi robekan tingkat tiga yang mengenai rektum).
- 10) Begitu kepala bayi lahir, bahu bayi akan memutar. (Hal ini harusnya terjadi spontan, sehingga bayi tak perlu dibantu. Jika bahu tidak memutar, ikuti Standar 18).
- 11) Begitu bahu sudah pada posisi anterior posterior yang benar, bantulah persalinan.
- 12) Segera setelah lahir, keringkan bayi dengan handuk bersih yang hangat, dan berikan pada ibu atau letakkan di dadanya untuk disusui.
- 13) Pembersihan jalan nafas bayi tidak selalu diperlukan. Jika bayi tidak menangis spontan gunakan pengisap lendir untuk membersihkan jalan nafas (lihat Standar 25).
- 14) Tali pusat di klem di dua tempat, lalu potong diantara dua klem dengan gunting steril yang tajam.

- 15) Perhatikan tanda pelepasan plasenta (fundus membulat dan mengeras, darah meleleh, tinggi fundus meningkat, tali pusat memanjang). Kemudian mintalah ibu meneran saat his berikutnya. Pegang dan regangkan tali pusat, jangan ditarik, kemudian plasenta akan lahir dan terimalah dengan kedua tangan. Periksa kelengkapannya.
- 16) Letakkan tangan pada fundus uteri untuk memeriksa kontraksi. Palpasi fundus dan jika tidak keras, keluarkan bekuan darah dan lakukan pengusapan/massage fundus dengan hati-hati agar terjadi kontraksi uterus. Perkirakan kehilangan darah secara akurat. (ingat pendarahan sulit diukur dan sering diperkirakan lebih sedikit).
- 17) Lakukan pemeriksaan bayi, perawatan mata dan prosedur lain untuk perawatan bayi baru lahir.
- 18) Bersihkan perineum dengan air bersih dan tutupi dengan kain bersih/ telah dijemur.
- 19) Berikan plasenta dan selaput ketuban kepada suami/keluarga ibu.
- 20) Pastikan agar ibu dan bayi merasa nyaman. Berikan bayi kepada ibu untuk diberi ASI.
- 21) Catat semua temuan dengan seksama.

2.2.3 Standar 11 penatalaksanaan aktif persalinan kala III

a. Tujuan

Membantu pengeluaran plasenta dan selaputnya secara lengkap tanpa menyebabkan pendarahan.

b. Pernyataan standar:

Bidan melakukan penegangan tali pusat dengan benar untuk membantu pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap.

c. Hasil

- 1) Ibu dengan resiko pendarahan postpartum primer mendapat penanganan yang memadai.
- 2) Menurunnya kejadian pendarahan postpartum akibat salah penanganan kala III

f. Prasyarat

- 1) Bidan sudah terlatih dalam membantu pengeluaran plasenta secara lengkap dengan penegangan tali pusat secara benar.
- 2) Adanya alat dan bahan untuk melahirkan plasenta, termasuk air bersih, larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi, sabun dan handuk bersih untuk cuci tangan, juga tempat untuk plasenta. Sebaiknya bidan menggunakan sarung tangan yang bersih.
- 3) Tersedia oksitosika yang dikirim dan disimpan dengan benar.

g. Proses

- 1) Masukkan oksitosika (okitosin 10 IU IM) ke dalam alat suntik menjelang persalinan.
- 2) Setelah bayi lahir, periksa kemungkinan adanya bayi kembar. Jika tidak ada, beri oksitosi secara IM secepatnya. (Kecuali jika terdapat hal lain yang mengharuskan pemberian secara IV).

- 3) Tunggu tanda terlepasnya plasenta (yaitu fundus mengeras dan bulat, keluarnya tetesan darah, fundus naik, tali pusat memanjang). Periksa fundus untuk mengetahui adanya kontraksi, keluarkan gumpalan jika perlu.
- 4) Bantu ibu untuk bersandar atau berbaring untuk pengeluaran plasenta dan selaputnya.
- 5) Jika plasenta sudah terlepas dari dinding uterus, letakkan tangan kiri di atas simfisis pubis untuk menahan korpus uteri, dan regangkan tali pusat dengan tangan yang lain tetapi jangan ditarik. Mula-mula regangan diarahkan ke bawah, lalu secara perlahan diregangkan ke atas dengan mengikuti sumbu jalan lahir. Jangan menekan fundus karena dapat menyebabkan inversio uteri.
- 6) Jika plasenta sudah tampak dari luar, secara bertahap tarik ke atas sehingga plasenta mengikuti jalan yang sama dengan bayi. Lepaskan tangan kiri dari perut, untuk menerima plasenta.
- 7) Keluarkan selaput dengan hati-hati. (Hal ini harus dikerjakan secara perlahan dan hati-hati. Jangan ditarik karena selaput mungkin robek).
- 8) Begitu plasenta sudah lahir secara lengkap, periksa apakah uterus berkontraksi dengan baik. (Mungkin perlu mengeluarkan gumpalan darah dan mengusap fundus dari luar agar uterus berkontraksi, jika uterus tidak keras dan bulat).
- 9) Taksir jumlah kehilangan darah secermat-cermatnya.

- 10) Periksa apakah plasenta telah dilahirkan secara lengkap, jika tidak lengkap, ulangi pemberian oksitosida. Jika pendarahan tidak banyak dan rumah sakit dekat, ibu segera dirujuk. Bila pendarahan banyak dan rumah sakit jauh, lakukan plasenta manual (lihat Standar 21). Untuk penanganan pendarahan, lihat Standar 22.
- 11) Bersihkan vulva dan perineum dengan air bersih dan tutup dengan pembalut wanita/kain kering yang bersih.
- 12) Periksa tanda-tanda vital. Catat semua temuan secermat-cermatnya.
- 13) Berikan plasenta kepada suami/ keluarga ibu.

2.2.4 Standar 12 penanganan kala II dengan gawat janin melalui episiotomi

a. Tujuan

Mempercepat persalinan dengan melakukan episiotomi pada keadaan gawat janin.

b. Pernyataan standar

Bidan mengenali secara tepat tanda-tanda gawat janin pada kala II yang lama, dan segera melakukan episiotomy dengan aman untuk memperlancar persalinan, diikuti dengan penjahitan perineum.

c. Hasil

- 1) Penurunan kejadian asfiksia neonatorum berat.
- 2) Penurunan kejadian lahir mati pada kala II
- 3) Penurunan kejadian sepsi puerperalis

d. Prasyarat

- 1) Bidan sudah terlatih dalam melaksanakan episiotomi dan menjahit perineum secara benar.
- 2) tersedia alat atau bahan untuk melakukan episiotomi, termasuk gunting tajam yang steril dan alat/bahan untuk penjahitan perineum (berikan anestesi lokal, misalnya dengan 5 ml 1% lidokain dan alat suntik/jarum hipodermik steril).
- 3) Menggunakan kartu ibu.

e. Proses

Jika ada tanda gawat janin berat dan kepala sudah terlihat, maka satu satunya cara yang dapat dilakukan oleh Bidan untuk menyelamatkan janin adalah dengan melakukan episiotomi.

Bidan harus :

- 1) Mempersiapkan alat-alat steril untuk tindakan ini.
- 2) Memberi tahu ibu tentang perlunya episiotomi dilakukan dan yang akan dirasakan.
- 3) Anestesi lokal diberikan pada saat his. Sebelum menyuntikkannya, tarik jarum sedikit, (untuk memastikan jarum tidak menembus pembuluh darah). Masukkan dua jari tangan kiri ke dalam vagina untuk melindungi kepala bayi, dan dengan tangan kanan, tusukkan jarum sepanjang garis yang akan digunting hingga teranastesi.
- 4) tunggu satu menit agar anestesiya bekerja, lakukan tes kekebalan.

- 5) Pada Puncak his berikutnya, lindungi kepala janin seperti di atas, kemudian lakukan pengguntingan tunggal yang mantap.
- 6) Lindungi kepala bayi dengan tangan kiri agar kelahiran kepala terkendali dan tidak terlalu cepat. Minta ibu untuk meneran diantara dua his. Kemudianlahirkan bayi secara normal.
- 7) Begitu bayi lahir, tutupi perineum dengan pembalut steril dan lakukan resusitasineonatus jika diperlukan.
- 8) Lahirkan plsentia secara lengkap, sesuai dengan Standar 11.
- 9) Segera setelah plsentia dikeluarkan, lakukan penjahitan secara aseptik dengan peralatan yang steril.
- 10) Lakukan penjahitan secara berlapis. Mulai dari vagina, lalu perineum.
- 11) Sesudah penjahitan, masukkan jari dengan hati-hati ke rectum untuk memastikan bahwa penjahitan tidak menembus dinding rektum. Bila hal tersebut terjadi, lepaskan jahitan dan lakukan jahitan ulang. Periksa vagina dan pastikan tidak ada bahan yang tertinggal.
- 12) Bersihkan perineum dengan air bersih, usahakan agar ibu merasa bersih dan nyaman. Periksa apakah pendarahan dari daerah insisi sudah berhenti. Bila pendarahan masih ada, periksa sumbernya. Bila berasal dari luka episiotomi, temukan titik pendarahan dan segera jahit, jika bukan, ikuti Standar 22.
- 13) Pastikan bahwa ibu diberi tahu agar menjaga perineum tetap bersih dan kering dan catat semua temuan dengan cermat.

2.3 Konsep Manajemen Kebidanan Persalinan

2.3.1 Manajemen kebidanan kala I

a. Pengkajian

1) Data subjektif

a) Biodata

Nama : Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari untuk mengetahui identitas, membedakan klien, dan mengenal pasien, dan tidak salah dalam memberikan penanganan. (Sulistyawati, 2013: 220).

Usia : Digunakan untuk menentukan apakah ibu dalam persalinan berisiko karena usia atau tidak (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 220). Apabila usia ibu ≥ 35 tahun atau ≤ 16 tahun dapat membahayakan keselamatan dan kesehatan janin dalam kandungan.

Agama : Digunakan untuk mengetahui kepercayaan ibu terhadap agama yang dianutnya, mengenali hal-hal yang berkaitan dengan masalah asuhan yang akan diberikan, membimbing atau mengarahkan ibu dalam berdoa, dan dapat memberi motivasi sesuai agamanya, serta untuk mengetahui kemungkinan pengaruhnya terhadap kesehatan selama bersalin.

(Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 221).

Pendidikan : Digunakan untuk mengetahui tingkat pendidikan ibu dan keluarga agar bidan dapat menentukan metode yang paling tepat dalam penyampaian informasi dan instruksi yang diberikan saat persalinan. (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 221).

Pekerjaan : Digunakan untuk mengetahui aktivitas ibu atau suami setiap hari, dan mengukur tingkat sosial ekonomi agar nasehat yang diberikan sesuai. Untuk mengetahui kemungkinan pengaruh pekerjaan terhadap permasalahan kesehatan klien, mengetahui taraf hidup dan sosial ekonominya agar nasehat bidan sesuai, juga untuk mengetahui apakah pekerjaan mengganggu atau berpengaruh buruk bagi kesehatan ibu dan janin. (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 221).

Alamat : Digunakan untuk mengetahui pendistribusian lokasi ibu, dan memberikan gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh ibu menuju lokasi persalinan, dan untuk memudahkan menghubungi keluarga, mencegah kekeliruan identitas klien serta dijadikan petunjuk saat kunjungan rumah. (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 221)

b) Keluhan utama

Keluhan utama yang dikaji adalah kapan mulai terasa ada kencangkencang di perut, bagaimana intensitas dan frekuensinya, apakah ada pengeluaran cairan lendir darah serta pergerakan janin untuk memastikan kesejahteraan (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 221).

c) Riwayat pernikahan

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

d) Riwayat menstruasi

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

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 Kontra sepsi	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

Data yang perlu dikaji yaitu kunjungan dengan usia kehamilan ke berapa, keluhan, tindakan/ terapi obat serta KIE pada ibu.

h) Riwayat kesehatan

Data riwayat kesehatan dapat digunakan sebagai peringatan adanya penyulit saat persalinan. Data yang perlu dikaji adalah apakah ibu pernah atau sedang menderita penyakit jantung, diabetes mellitus, ginjal, hipertensi, hipotensi, hepatitis atau anemia (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 223).

i) Riwayat kesehatan keluarga

Data riwayat kesehatan keluarga untuk menentukan adanya keturunan kembar, keluarga dengan penyakit diabetes mellitus, hepatitis, hipertensi, penyakit jantung, tuberculosis, dan lain-lain (Wildan & Hidayat, 2008: 58).

j) Pola kebiasaan sehari-hari

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

(1) Pola nutrisi

Data fokus yang perlu dikaji adalah kapan atau jam berapa terakhir kali makan serta minum, jenis makanan, jumlah makanan yang dimakan, jenis minuman serta berapa banyak yang diminum, hal ini digunakan untuk kekuatan ibu selama proses persalinan berlangsung.

(2) Pola istirahat

Istirahat sangat diperlukan ibu untuk mempersiapkan energi menghadapi proses persalinan. Data fokus yang perlu dikaji adalah kapan terakhir tidur, berapa lama dan aktivitas sehari-hari.

(3) Pola eliminasi

Data yang perlu dikaji yaitu kapan terakhir BAB dan terakhir BAK. Kandung kemih yang penuh akan menghambat

penurunan bagian terendah janin (Muslihatun, Mufdlilah, & Setiyawati, 2013: 165).

k) Respon keluarga terhadap persalinan

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

2) Data objektif

a) Pemeriksaan umum

(1) Keadaan umum

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

(a) Baik

(b) Lemah

(2) Kesadaran

Kesadaran pasien meliputi komposmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam keadaan sadar).

(3) Tanda vital

Pemeriksaan tanda vital untuk mengenali dan mendeteksi kelainan dan penyulit atau komplikasi yang meliputi:

(a) Tekanan Darah

Tekanan darah ibu bersalin selama kontraksi (sistolik rata-rata naik (10-20) mmHg. Diastole (5-10 mmHg).

(b) Nadi

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

(c) Pernafasan

Peningkatan frekuensi pernafasan dapat menunjukkan ansietas atau syok.

(d) Suhu

Peningkatan suhu menunjukkan adanya proses infeksi atau dehidrasi, normalnya 36,5-37,5°C.

(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 normalnya >145 cm.

(5) Berat badan

Pemeriksaan berat badan ibu dikaji untuk mengetahui apakah ibu memiliki resiko makrosomia atau polihidramnion.

(6) Lingkar Lengan Atas (LiLa)

Pemeriksaan LiLa pada ibu dikaji untuk mengetahui apakah ibu mempunyai resiko kekurangan energi kronik (KEK). LiLa pada ibu hamil normalnya $>23,5$ cm.

b) Pemeriksaan fisik

(1) Kepala

Menurut Ari Sulistyawati & Esti Nugraheny (2013: 226-228), untuk menilai kelainan yang dapat mempersulit proses persalinan meliputi:

(a) Mata

Pemeriksaan pada mata meliputi apakah konjungtiva pucat (apabila terjadi keputihan pada konjungtiva maka mengindikasikan terjadinya anemia pada pasien yang mungkin dapat menjadi komplikasi pada persalinannya), sklera, kelainan pada mata, gangguan penglihatan (rabun jauh/ dekat) dan kebersihan.

(b) Mulut

- Bibir

Pemeriksaan 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).

- Gigi

Pemeriksaan pada gigi meliputi apakah ada karies pada gigi.

(2) Leher

Pemeriksaan pada leher untuk mengetahui apakah ada pembesaran pada kelenjar getah bening serta adanya parotitis.

(3) Payudara

Pemeriksaan pada payudara meliputi 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) dan kebersihan.

(4) Perut

Pemeriksaan pada perut meliputi:

(a) Bekas operasi sesar

Pemeriksaan bekas operasi untuk mengetahui apakah ibu mempunyai riwayat operasi sesar, sehingga dapat ditentukan tindakan selanjutnya.

(b) Pemeriksaan Leopold

Pemeriksaan Leopold digunakan untuk mengetahui letak, presentasi, posisi.

(c) Pengukuran TBJ (Tafsiran Berat Janin)

Jika kepala belum masuk PAP (TFU-12) x 155. Jika kepala sudah masuk PAP (TFU-11) x 155.

(d) Kontraksi Uterus

Frekuensi, durasi dan intensitas kontraksi digunakan untuk menentukan status persalinan.

(e) Denyut Jantung Janin (DJJ)

DJJ normal apabila DJJ terdengar 120-160 kali per menit.

(f) Palpasi Kandung Kemih.

(5) Ekstremitas

Pengkajian pada ekstremitas meliputi mengkaji adanya odema dan varises.

(6) Genetalia

Pengkajian pada genetalia meliputi: tanda-tanda inpartu, pengeluaran lendir darah (*blood show*), kemajuan persalinan, hygiene pasien, adanya tanda-tanda infeksi vagina dan pemeriksaan dalam.

(7) Anus

Pengkajian pada anus untuk mengetahui kelainan seperti hemoroid.

c) Pemeriksaan dalam

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

- (1) Pemeriksaan genitalia eksterna antara lain memperhatikan adanya luka atau masa (benjolan) termasuk kondiloma, luka parut di perineum. Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya, hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi.
- (2) Penilaian cairan vagina dan menentukan adanya bercak darah, perdarahan pervaginam, 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 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 (perlindungan).

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

d) Data Penunjang

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 DJJ, perkembangan struktur janin seperti tulang belakang, kaki, otak dan organ-organ internal lainnya, usia kehamilan dan berat badan bayi, adanya kelainan pada janin, kadar cairan ketuban dan letak plasenta.
- (2) Tes 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 urine (air kencing) untuk mengetahui kadar protein dan glukosa dalam urine.

- (d) Tes pemeriksaan lainnya sesuai indikasi seperti malaria, *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), sifilis dan lain-lain.

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 ingin melahirkan sejak pukul ...

Data objektif

Kadaan 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 terbawah janin

Leopold IV : Menentukan berapa jauh masuknya janin ke PAP

TBJ : (TFU-11) x 155

His :.....

Auskultasi : DJJ 120 – 160 x/menit.

Hasil pemeriksaan dalam : 1

- 1) Genetalia eksterna : tidak ada luka/ masa (benjolan), kondiloma dan luka parut di perineum.
- 2) Cairan vagina : adanya 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:

Masalah yang dapat timbul seperti:

- 1) Ibu merasa takut dengan proses persalinan

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

Objektif : ibu terlihat cemas

- 2) Tidak tahan dengan nyeri akibat kontraksi

Subjektif : ibu mengatakan tidak tahan dengan nyeri yang dirasakannya.

Objektif : ibu tampak kesakitan dan kontraksi teraba semakin kuat.

c. Merumuskan diagnosis/ masalah potensial

Diagnosa potensial yang mungkin terjadi berdasarkan rangkaian masalah yang ada (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 230).

d. Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

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

e. Intervensi

Tujuan : ibu dan janin dalam keadaan baik persalinan kala I sampai kala IV berjalan normal tanpa komplikasi.

Kriteria hasil (KH)

- 1) TD : 130-100/90-70 mmHg
- 2) Nadi : 80-100x/menit
- 3) Suhu : 36,5-37,5⁰C
- 4) DJJ : 120-160x/menit
- 5) Kontraksi semakin adekuat secara teratur.
- 6) Warna dan adanya air ketuban normal yaitu utuh.
- 7) Penyusupan (molase) tulang kepala janin normal yaitu 0.
- 8) Pembukaan serviks tidak melewati garis waspada.
- 9) Penurunan kepala normal yaitu setiap kemajuan serviks selalu diikuti dengan turunnya bagian terbawah janin.

10) 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 (Rohani, Saswita, & Marisah, 2013: 93).

- 2) Pantau kemajuan persalinan yang meliputi nadi, DJJ dan 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, 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, 2017: 52).

- 3) 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).

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

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

- 5) 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 kejanin, 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

Evaluasi dilakukan untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan asuhan yang diberikan kepada pasien yang mengacu pada tujuan asuhan

kebidanan,efektivitas tindakan untuk mengatasi masalahdan hasil asuhan
(Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 233).

2.3.2 Manajemen kebidanan kala II

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

S : Data subjektif yang mendukung bahwa pasien dalam persalinan kala II
adalah pasien mengatakan ingin meneran (Sulistyawati,2014 : 233).

O : Menurut Sulistyawati (2014:234), data objektif antara lain:

- a) Ekspresi wajah pasien serta bahasa tubuh yang menggambarkan susunan fisik dan psikologis pasien menghadapi kala II persalinan.
- b) Vulva dan anus membuka, perineum menonjol.
- c) Hasil pemantauan kontraksi
 - (1) Durasi lebih dari 40 detik
 - (2) Frekuensi lebih dari 3 kali dalam 10 menit
 - (3) Intesitas semakin kuat
- d) 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 UUK jam 12
 - (6) Tidak ada bagian kecil atau berdenyut di sekitar kepala bayi.
 - (7) Molage 0 (nol)
 - (8) Hodge IV

A : G_P_ _ _ Ab_ _ _ UK_ _ minggu T/H/I Presentasi..... dengan denominator..... kala II persalinan kondisi ibu dan janin baik.

P : Menurut JNPK-KR tahun 2017 Asuhan Persalinan Normal, 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 Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) pada tangan kanan akan digunakan untuk periksa dalam.
- 6) Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril.
- 7) Membersihkan vulva dan perineum dengan hati hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi air DTT.

- 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 DJJ setelah kontraksi untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 kali/menit).
- 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.
- 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 semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai pilihannya, bantu ibu mengambil posisi yang nyaman (kecuali posisi berbaring telentang dalam waktu yang lama).
 - c) Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.

- d) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
 - e) Berikan cukup asupan makan dan cairan per oral (minum).
 - f) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai .
 - g) 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.
 - 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) 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).
- 26) 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.
- 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 IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral.
- 30) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kirakira 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.
- 32) Meletakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi, meletakkan bayi tengkurap di dada ibu.

2.3.3 Manajemen kebidanan kala III

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

S : Pasien mengatakan bahwa perut bagian bawahnya terasa mulas.

O :

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

A : P____ Ab____ dengan inpartu kala III

P :Menurut JNPK-KR tahun 2017 Asuhan Persalinan Normal, 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 kearah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversion uteri). Mempertahankan posisi tangan dorso kranial selama 30-40 detik. 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 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.
- 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).
- 7) 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.
- 8) Memeriksa kedua sisi plasenta, memastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Memasukkan plasenta ke dalam kantung plastik atau tempat khusus.

2.3.4 Manajemen kebidanan kala IV

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

S : Pasien mengatakan perutnya mulas.

O:

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

A : P___Ab___ dengan inpartu kala IV

P : Menurut JNPK-KR tahun 2017 Asuhan Persalinan Normal, 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) Mencecupkan 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) Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT, membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

- 9) Memastikan ibu merasa nyaman, membantu ibu memberikan ASI, menganjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
- 10) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
- 11) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 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) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 15) Memakai sarung tangan bersih/ DTT untuk memberikan vitamin K₁ (1 mg) intramuskuler di paha kiri bawah lateral dan salep mata profilaksis dalam 1 jam pertama kelahiran.
- 16) Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir. Pastikan kondisi bayi baik. Pernafasan normal (40-60 kali/menit) dan suhu 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).