

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 KONSEP DASAR PERSALINAN**

##### **2.1.1 Pengertian**

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir, dengan demikian bisa dikatakan bahwa persalinan (labor) adalah rangkaian peristiwa mulai dari kenceng – kenceng teratur sampai dikeluarkannya produk konsepsi (janin, plasenta, ketuban, dan cairan ketuban) dari uterus ke dunia luar melalui jalan lahir, dengan bantuan atau dengan kekuatan sendiri (Sumarah dkk, 2011: 1)

Menurut Prawirohardjo dalam Manurung, (2011 : 35). Persalinan adalah suatu proses dimana fetus dan plasenta keluar dari uterus, ditandai dengan peningkatan aktifitas myometrium (frekuensi dan intensitas kontraksi) yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks serta keluarnya lendir darah (show) dari vagina.

Menurut Sondakh (2013: 2) proses persalinan 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.

### 2.1.2 Etiologi

Sebab – sebab mulainya persalinan belum diketahui dengan pasti, sehingga menimbulkan beberapa teori yang berkaitan dengan mulainya kekuatan his.

Hormon – hormon yang dominan pada saat kehamilan :

a. Estrogen

Berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim dan memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis (Sumarah dkk, 2011: 2).

b. Progesteron

Berfungsi menurunkan sensitivitas otot rahim, menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti oksitosin (Sumarah dkk, 2011: 2).

Menurut Manuaba dalam Sumarah dkk, (2011: 2). Pada kehamilan kedua hormon tersebut berada dalam keadaan sama/seimbang, sehingga kehamilan dapat dipertahankan. Pada saat persalinan dan makin tua kehamilan maka frekuensi kontraksi semakin sering. Oksitosin diduga bekerja bersama atau melalui prostaglandin yang mungkin meningkat mulai umur kehamilan minggu ke -15 sampai aterm lebih – lebih sewaktu partus/ persalinan. Disamping faktor gizi ibu hamil dan keregangan otot rahim dapat memberikan pengaruh penting untuk mulainya kontraksi rahim. Dengan demikian dapat dikemukakan beberapa teori yang memungkinkan terjadinya proses persalinan.

a. Teori keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat mulai. Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot – otot uterus. Hal ini mungkin merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenter sehingga plasenta mengalami degenerasi. Pada kehamilan ganda seringkali terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu, sehingga menimbulkan proses persalinan (Sumarah dkk, 2011 : 3).

b. Teori penurunan progesterone

Proses penuaan plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Vili koriales mengalami perubahan – perubahan dan produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu (Sumarah dkk, 2011 : 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 dari desidua meningkat saat kehamilan 15 minggu. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap umur kehamilan (Asrinah, 2010 : 3 dalam Nurasiah dkk, 2014 : 4)

e. Teori hipotalamus- pituitari dan glandula suprarenalis

Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan anensefalus sering terjadi keterlambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus. Teori ini dikemukakan oleh Linggin (1973). Malpar tahun 1933 mengangkat otak kelinci percobaan, hasilnya kehamilan kelinci menjadi lebih lama. Pemberian kortikosteroid yang dapat menyebabkan maturitas janin, induksi persalinan. Dari beberapa percobaan tersebut disimpulkan ada hubungan antara hipotalamus – pituitari dengan mulainya persalinan. Glandula suprarenal merupakan pemicu terjadinya persalinan tertentu, oleh karena itu glandula suprarenalis sangat berpengaruh terhadap proses terjadinya persalinan. (Sumarah dkk, 2011 : 4)

f. Teori berkurangnya nutrisi

Berkurangnya nutrisi pada janin dikemukakan oleh hipokrates untuk pertama kalinya. Bila nutrisi pada janin berkurang maka hasil konsepsi akan segera dikeluarkan (Sumarah dkk, 2011 : 4)

### **2.1.3 Tanda – Tanda Persalinan**

Menurut 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. 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 (Kekuatan )

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

1) His (Kontraksi uterus )

His 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.

Walaupun his itu kontraksi yang fisiologis akan tetapi bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya, bersifat nyeri. Tiap his dimulai sebagai gelombang dari salah satu sudut dimana tuba masuk ke dalam dinding uterus. Ditempat tersebut ada suatu pace maker darimana gelombang tersebut berasal.

Kontraksi ini bersifat involunter karena berada di bawah pengaruh saraf intrinsic, ini berarti wanita tidak memiliki kendali fisiologis terhadap frekuensi dan durasi kontraksi. Kontraksi uterus juga bersifat intermitten sehingga ada periode relaksasi uterus diantara kontraksi, fungsi penting relaksasi, yaitu mengistirahatkan otot uterus, memberi kesempatan istirahat bagi ibu, mempertahankan kesejahteraan bayi karena kontraksi uterus menyebabkan konstriksi pembuluh darah plasenta.

a) Pembagian his dan sifat – sifatnya :

- (1) His pendahuluan : His tidak kuat, datangnya tidak teratur, menyebabkan keluarnya lendir 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.

b) Hal – hal yang harus diperhatikan pada his saat melakukan observasi

(1) Frekuensi his : jumlah his dalam waktu tertentu, biasanya permenit per 10 menit.

(2) Intensitas his : kekuatan his (adekuat atau lemah )

(3) Durasi ( lama his ): lamanya setiap his berlangsung dan ditentukan dalam detik, misalnya 50 detik.

(4) Interval his : jarak antara his yang satu dengan his berikutnya, his datang tiap 2-3 menit.

c) Identifikasi his / kontraksi

Jika persalinan salah didiagnosis, mungkin akan dilakukan intervensi yang tidak tepat untuk mempercepat persalinan. Sebaliknya, jika persalinan tidak didiagnosis, janin berada dalam bahaya akibat penyulit tidak terduga.

Tabel 2.1 Identifikasi his / kontraksi

Kontraksi pada persalinan sejati	Kontraksi pada persalinan palsu
Kontraksi terjadi dengan interval teratur	Kontraksi terjadi dengan interval tidak teratur
Interval secara bertahap memendek	Interval tetap lama
Nyeri di punggung dan abdomen	Nyeri di perut bawah
Serviks membuka	Serviks belum membuka
Nyeri tidak hilang dengan sedasi	Nyeri mereda dengan sedasi

Sumber : Cuningham, 2006 dalam Nurasih dkk, 2014 . Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan, Bandung halaman 29

d) Perubahan – perubahan akibat his :

(1) Pada uterus : uterus terasa keras / padat karena kontraksi.

Sejak kehamilan lanjut dengan jelas terdiri dari 2 segmen, yaitu segmen atas dan bawah. Segmen atas dibentuk oleh korpus uteri dan segmen bawah yang terjadi di isthmus uteri. Pada saat kontraksi segmen atas memegang peranan aktif dan dindingnya menjadi tebal, dan mendorong anak untuk keluar. Sedangkan segmen bawah memegang peranan pasif yaitu mengadakan relaksasi dan dilatasi sehingga menjadi saluran tipis dan teregang karena akan dilalui oleh bayi. Karena segmen atas makin tebal dan segmen bawah makin tipis, maka batas antara segmen atas dan bawah menjadi jelas. Batas ini disebut dengan lingkaran retraksi fisiologis. Jika segmen sangat diregang maka lingkaran retraksi lebih jelas lagi dan naik mendekati pusat, disebut dengan lingkaran retraksi patologis atau lingkaran bandl.

(2) Pada serviks : his membuat serviks menjadi menipis dan memendek yang disebut effacement

(3) Pada janin : pertukaran oksigen pada sirkulasi uteroplacentar kurang sehingga timbul hipoksia pada janin. Denyut jantung janin melambat dan kurang jelas didengar karena adanya iskemia fisiologis. Tetapi jika terjadi hipoksia lama maka terjadi gawat janin.



(4) Pada ibu : menyebabkan rasa sakit. Bersamaan dengan setiap kontraksi, kandung kemih, rectum, tulang belakang, dan tulang pubis menerima tekanan kuat dari rahim. Berat dari kepala bayi ketika bergerak kebawah saluran lahir juga menyebabkan tekanan.

Umumnya rasa sakit kontraksi mulai dari bagian bawah punggung, kemudian menyebar ke bagian bawah perut, mungkin juga menyebar ke kaki. Rasa sakit mulai seperti sedikit tertusuk, lalu mencapai puncak, kemudian menghilang seluruhnya. Sebagian besar ibu merasakannya seperti kram haid yang parah. Ada juga yang merasakannya seperti gangguan saluran pencernaan atau mulas diare. Secara medis, sakit kontraksi dikategorikan bersifat tumpul yang disebut dull anching.

Sakit kontraksi dalam persalinan merupakan nyeri primer. Daerah yang mengalami nyeri primer, antara lain pinggang, punggung, perut, dan pangkal paha. Sebagian efek kontraksi, timbul juga nyeri sekunder, seperti mual, pusing, sakit kepala, muntah, tubuh gemetar, panas dingin, kram, pegal – pegal dan nyeri otot.

Selain sakit akibat kontraksi, sakit lain terjadi saat kepala bayi mulai muncul divagina. Jaringan antara vagina dengan anus (perineum) teregang sangat kencang akibat perobekan jaringan. Sebagian besar ibu merasakan seolah – olah bagian bawahnya akan meledak. Ada juga yang menggambarkan seperti membuang kotoran setelah sembelit satu

bulan. Secara medis, sakit tenggorokan bersifat tajam dan panas yang disebut somatic – sharp and burning. Perasaan nyeri juga tergantung pada ambang nyeri dari penderita yang ditentukan oleh keadaan jiwanya.

## 2) Tenaga mendedan

Setelah pembukaan lengkap dan setelah ketuban pecah atau dipecahkan, serta sebagian presentasi sudah berada didasar panggul, sifat kontraksi berubah, yakni bersifat mendorong keluar dibantu dengan keinginan ibu untuk mendedan atau usaha volunteer. Keinginan mendedan ini 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 mendedan sewaktu buang air besar (BAB) tapi jauh lebih kuat.
- c) Saat kepala sampai kedasar panggul, timbul reflex yang mengakibatkan ibu menutup glotisnya, mengontraksikan otot – otot perut dan menekan diafragma ke bawah.

## b. Passage ( Jalan lahir )

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina ). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan – lapisan otot dasar panggul ikut menunjang

keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai.

Anatomi jalan lahir

Jalan lahir terdiri atas hal – hal berikut :

1) Jalan lahir keras : pelvis : panggul

Bagian keras dibentuk oleh empat buah tulang yaitu :

a) Dua tulang pangkal paha (os coxae) terdiri dari *os ilium*, *os ischium*, dan *os pubis*.

*Os Illium* / tulang usus

(1) Ukurannya terbesar dibanding tulang lainnya. Sebagai batas dinding atas dan belakang panggul / pelvis.

(2) Pinggir atas illium yang tumpul dan menebal : *crista illiaka*.

(3) Bagian terdepan *crista iliaka* : *spina iliaka anterior posterior* (SIAS) dan beberapa sentimeter dibawahnya menonjol : *spina iliaka anterior inferior* (SIAI)

(4) Bagian paling belakang dari *crista illiaka* : *spina illiaka posterior superior* (SIPS)

(5) Dibawah SIPS ada tonjolan dinamakan *spina illiaka posterior inferior* (SIPI)

(6) Lengkungan di bawah SIPI dinamakan *incisura ischiadika mayor*.

- (7) Pada sisi dalam os ilium merupakan batas antara panggul mayor dan panggul minor dinamakan *linea inominata / linea terminalis*

#### *Os Ischium / tulang duduk*

- (1) Posisi os ischium terletak dibawah os ilium, pada bagian belakang terdapat cuat duri dinamakan *spina ischiadika*.
- (2) Lengkungan dibawah spina ischiadika dinamakan *incisura ischiadika minor*.
- (3) Pada bagian bawah menebal, sebagai penompang tubuh saat duduk dinamakan *tuber ischiadikum*.

#### *Os Pubis / Tulang Kemaluan*

- (1) Membentuk suatu lubang dengan os ischium yaitu *foramen obturatorium*. Fungsi di dalam persalinan belum diketahui secara pasti.
- (2) Diatas foramen obturatorium dibatasi oleh sebuah tangkai dari os pubis yang menggabungkan dengan os ischium disebut *ramus superior ossis pubis*, sedang dinding bawah foramen dibatasi oleh *ramus inferior ossis pubis*.
- (3) Pada ramus superior ossis pubis kanan dan kiri terdapat tulang yang bersisir, dinamakan *pectin ossis pubis*.
- (4) Kedua ramus inferior ossis pubis kiri dan kanan membentuk sudut yang disebut arkus pubis. Pada panggul wanita normal sudut ini tidak kurang dari  $90^{\circ}$ .

(5) Pada bagian atas os pubis terdapat tonjolan yang dinamakan tuberkulum pubis.

b) Satu tulang kelangkang (*os sacrum* )

(1) Bentuknya segitiga, dengan dasar segitiga diatas dan puncak segitiga pada ujung di bawah.

(2) Terdiri dari lima ruas yang bersatu, terletak diantara *os coxae* dan merupakan dinding belakang panggul.

(3) Permukaan belakang pada bagian tengah terdapat cuat duri dinamakan crista sakralia.

(4) Permukaan depan membentuk cekungan disebut *arkus sakralia* yang memperlebar luas panggul kecil / pelvis minor.

(5) Dengan lumbal ke 5 terdapat *articulatio lumbosacralis*.

(6) Bagian depan paling atas dari tulang sacrum dinamakan promontorium. Bagian ini bila dapat teraba pada waktu periksa ada, berarti ada kesempitan panggul.

c) Satu tulang tungging (*os cocygis* )

(1) Dibentuk oleh 3-5 ruas tulang yang saling berhubungan dan berpadu dalam bentuk segitiga.

(2) Pada kehamilan tahap akhir, koksigeum dapat bergerak (kecuali jika struktur tersebut patah )

Menurut Nurasih dkk, (2014: 33), ruang panggul terdiri dari:

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

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

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

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

(2) Ukuran PAP

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

Jaraknya dari promontorium ke pinggir atas *symphysis*, ukuran normalnya 11 cm. *Conjugata vera* tidak dapat diukur langsung tapi dapat diperhitungkan dengan mengurangi konjugata diagonalis (dari promontorium ke pinggir bawah *symphysis*) sejumlah 1,5-2 cm.

(b) Ukuran melintang (*diameter oblique*)

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

(c) Ukuran serong (*diameter oblique*)

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

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

Bidang luas panggul terbentang antara *symphysis*, pertengahan *acetabulum*, dan pertemuan antara ruas *sacral* II dan III Bidang sempit

panggul terdapat setinggi pinggir bawah *symphysis*, kedua *spina ischiadika* dan memotong *sacrum*  $\pm$  1-2 cm diatas ujung *sacrum*.

c) Pintu bawah panggul atau disebut *pelvic outlet*

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

d) Bidang hodge

Menurut Sumarah dkk, (2011: 27 -28), bidang hodge adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam / vagina toucher (VT).

Adapun bidang hodge sebagai berikut.

(1) Hodge I: Bidang yang setinggi pintu atas panggul (PAP) yang dibentuk oleh *promontorium*, *artikulasio sakroiliaca*, *sayap sacrum*, *linea inominata*, *ramus superior os pubis*, *tepi atas simpisis pubis*.

(2) Hodge II : Bidang setinggi pinggir bawah simfisis pubis berhimpit dengan PAP (Hodge I).

(3) Hodge III: Bidang setinggi spina ischikadika berhimpit dengan PAP (Hodge I)

(4) Hodge IV: Bidang setinggi ujung os soccygis berhimpit dengan PAP (Hodge 1)

e) Ukuran panggul luar

Menurut Sumarah dkk, (2011:28), :

(1) Distansia Spinarum yaitu diameter antara kedua spina iliaka anterior superior kanan dan kiri : 24- 26 cm.

(2) Distansia kristarum yaitu diameter terbesar antara kedua crista iliaka kanan dan kiri : 28 – 30 cm.

(3) Distansia boudeloque atau konjungata eksterna yaitu diameter antara lumbal ke lima dengan tepi atas simpisis pubis : 18 – 20 cm. Ketika distansia ini diukur dengan jangka panggul.

(4) Lingkar panggul yaitu jarak antara tepi atas simfisis pubis ke pertengahan antara trochanter dan spina illiaka anterior superior kemudian ke lumbal ke 5 kembali ke sisi sebelahnya sampai kembali ke tepi atas simfisis pubis, diukur dengan metlin. Normal 80 – 90 cm.

2) Jalan lahir lunak : segmen bawah rahim / SBR, serviks , vagina, introitus vagina dan vulva, muskulus dan ligamentum yang menyelubungi dinding dalam dan bawah panggul. Pada bagian bawah sebagai dasar panggul. Dasar panggul atau diafragma pelvis terdiri dari bagian otot disebut muskulus levator ani, sedangkan bagian membrane disebut diafragma urogenital.



### c. Passenger

Menurut Nurasiah dkk, (2014: 39), passenger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin. Karena plasenta juga melewati jalan lahir, maka plasenta dianggap sebagai bagian dari passenger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan normal.

#### 1) Kepala janin

Kepala janin adalah bagian yang terpenting karena dalam persalinan perbandingan antara besarnya kepala dan luasnya panggul merupakan hal yang menentukan. Jika kepala dapat melalui jalan lahir, bagian – bagian lainnya dapat menyusul dengan mudah.

Kepala bayi terdiri dari :

##### a) Bagian muka , terdiri dari :

- (1) Tulang hidung (*os nasale* )
- (2) Tulang pipi ( *os zygomaticum*)
- (3) Tulang rahang atas ( *os maxilare*)
- (4) Tulang rahang bawah ( *os mandibulare*)

##### b) Bagian tengkorak :

Bagian ini yang terpenting pada persalinan karena biasanya bagian tengkoraklah yang paling depan, yang membentuk bagian tengkorak adalah :

- (1) Tulang dahi ( *os frontale* ) 2 buah.

(2) Tulang ubun – ubun (*os parientale*) 2 buah

(3) Tulang pelipis (*os temporale*) 2 buah

(4) Tulang belakang kepala (*os occipital*)

Sutura adalah sela – sela diantara tulang yang ditutupi oleh membrane.

Kegunaannya :

(1) Memungkinkan terjadinya molase

(2) Dapat mengetahui kepala janin

Macam – macam sutura :

(1) Sutura sagitalis : terletak diantara kedua os parietal

(2) Sutura coronalis : terletak antara os frontal dan os parietal

(3) Sutura lamboidea: terletak antara os occipital dan kedua os parietal

(4) Sutura frontalis : terletak antara os frontal kiri dan kanan.

Folanel atau ubun – ubun

Merupakan pertemuan beberapa sutura yang ditutupi oleh membrane.

Fontanel terdiri dari dua macam:

(1) Fontanel mayor / ubun – ubun besar/ fontanel anterior merupakan pertemuan antara sagitalis, sutura frontalis, sutura coronalis. Berbentuk segi empat. Fontanel ini menutup pada usia bayi 18 bulan.

(2) Fontanel minor / ubun – ubun kecil / fontanel superior merupakan pertemuan antara sutura sagitalis dan sutura lamboidea. Berbentuk segi empat. Fontanel ini menutup pada usia bayi 6-8 minggu.

Ukuran – ukuran kepala bayi

1) Ukuran muka belakang

- a) Diameter *suboccipito bregmatika* : dari folamen magnum ke ubun – ubun besar : 9,5 cm
- b) Diameter *subocipito frontalis* : 11 cm
- c) Diameter *fronto- occipitalis* ( dari pangkal hidung ke titik terjauh pada belakang kepala) : 13,5 cm
- d) Diameter *submento – bregmatika* ( dari bawah dagu ialah os hyoid ke ubun – ubun besar ): 9,5 cm

2) Ukuran melintang

- a) Diameter biparietalis ( ukuran yang terbesar antara kedua ossa parietalia): 9 cm. Pada letak belakang kepala ukuran ini melalui ukuran muka belakang dari pintu atas panggul (konjungata vera).
- b) Diameter bitemporalis (jarak yang terbesar antara sutura – coronaria kanan kiri ): 8 cm. Pada letak defleksi ukuran ini melalui conjungata vera.

3) Ukuran lingkaran

- a) *Circumierentia suboccipito bregmatica* ( lingkaran kecil

kepala ): 32 cm

b) *Circumierentia fronto occipitalis* ( lingkaran sedang kepala ):

34 cm

c) *Circumierentia mento occipitalis* ( lingkaran besar kepala ) :

35 cm

## 2) Letak janin dalam uterus

Letak janin dalam uterus sangat penting dalam diagnosa persalinan. Beberapa letak seperti lintang dan letak dahi tidak dapat lahir spontan, jika tidak diperbaiki maka berbahaya bagi ibu maupun janin. Istilah letak anak dalam ilmu kebidanan mengandung 4 pengertian

### a) Presentasi

Presentasi digunakan untuk menentukan apa yang menjadi bagian terendah janin, yang dijumpai ketika palpasi pada kehamilan atau pemeriksaan dalam pada persalinan.

Misalnya :Presentasi pada palpasi kehamilan : kepala ,  
sungsang

:Presentasi pada pemeriksaan dalam : belakang  
kepala

### b) Posisi

Posisi adalah letak salah satu bagian anak yang tertentu terhadap dinding perut atau jalan lahir. Misalnya : pada pemeriksaan dalam

presentasi belakang kepala : ubun – ubun kecil kiri depan. Pada palpasi kehamilan : punggung kiri.

c) Letak / situs

Letak adalah sumbu panjang anak terhadap sumbu panjang ibu.

Misalnya letak memanjang atau membujur yaitu sumbu janin sejajar dengan sumbu ibu, ini bisa letak kepala, atau letak sunsang.

Letak lintang yaitu sumbu janin tegak lurus pada sumbu ibu.

Misalnya : letak memanjang, letak melintang

d) Habitus / sikap

Menunjukkan letak bagian – bagian anak satu terhadap yang lain.

Janin pada umumnya berada dalam sikap fleksi, dimana kepala, tulang punggung, dan kaki dalam keadaan fleksi , lengan bersilang di dada. Misalnya : Fleksi

Berikut ini merupakan kemungkinan letak janin dalam rahim .

Tabel 2.2 Kemungkinan letak janin dalam rahim

PALPASI PADA KEHAMILAN				PEMERIKSAAN DALAM PADA PERSALINAN	
Situs	Presentasi	Posisi	Habitus	presentasi	Posisi
Bujur	Kepala	Punggung kanan dan kiri	Fleksi	Belakang kepala	Indikator : ubun – ubun kecil, variasi posisi: 1. Ubun – ubun kecil kiri depan 2. Ubun – ubun kecil kiri belakang 3. Ubun – ubun kecil kiri melintang

					<p>4. Ubun – ubun kecil kanan melintang</p> <p>5. Ubun – ubun kecil kanan depan</p> <p>6. Ubun – ubun kecil kanan belakang.</p>
			Defleksi	Puncak kepala	<p>Indikator : Ubun – ubun besar.</p> <p>Variasi posisi: Ubun – ubun besar:</p> <p>1. Ubun – ubun besar kiri depan</p> <p>2. Ubun – ubun besar kiri belakang.</p> <p>3. Ubun – ubun besar kiri melintang</p> <p>4. Ubun – ubun besar kanan melintang</p> <p>5. Ubun – ubun besar kanan depan</p> <p>6. Ubun – ubun besar kanan belakang.</p>
				Muka	<p>Indikator : dagu.</p> <p>Variasi posisi :</p> <p>1. Dagu kiri depan</p> <p>2. Dagu kiri belakang</p> <p>3. Dagu kiri melintang</p> <p>4. Dagu kanan melintang</p> <p>5. Dagu kanan depan</p> <p>6. Dagu kanan belakang</p>
				Dahi	Indikator dahi
	Bokong	Punggung kanan - kiri	Tungkai lurus keatas Kaki disamping bokong	Bokong Bokong kaki Kaki lutut	<p>Indikator : sacrum</p> <p>Variasi posisi:</p> <p>1. Bokong kiri depan</p> <p>2. Bokong kiri belakang</p> <p>3. Bokong kanan depan</p> <p>4. Bokong kanan belakang</p>

			Tungkai lebih rendah daripada bokong .		5. Bokong kiri melintang 6. Bokong kanan melintang.
Lintang	Kosong	Kepala kanan – kiri		Bahu Punggung tangan	Punggung: 1. Punggung depan 2. punggung belakang Bahu : 1. Bahu kanan 2. Bahu kiri Tangan menumbang 1. Tangan kiri 2. Tangan kanan Indikator aksila / ketiak : 1. Ketiak menutupi/ membuka ke kanan 2. Ketiak menutupi /membuka ke kiri.

Sumber : Nurasih dkk, 2014. Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan, Bandung halaman 43-44

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

1) Bentuk dan ukuran

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

2) Letak plasenta dalam Rahim

Letak plasenta berada didepan atau dibelakang dinding uterus, agak ke atas ke arah fundus uteri. Hal ini adalah fisiologis karena

pembukaan bagian atas korpus uteri lebih luas sehingga lebih banyak tempat untuk berimplantasi.

3) Pembagian plasenta

- a) Bagian janin (*fetal portion*) terdiri atas korion frondosum dan vili.
- b) Bagian maternal (*maternal portion*), terdiri dari beberapa lobus dan kotiledon sebanyak 15-20 buah.
- c) Tali pusat. Tali pusat merentang dari pusat janin ke plasenta bagian permukaan janin. Panjang rata-rata tali pusat tersebut adalah 50-55 cm dan diameter sebesar jari (1-2,5 cm).

d. Respon Psikologi (*Psychology Response*)

Menurut Sondakh (2013: 90), pada ibu bersalin terjadi beberapa perubahan psikologis yaitu rasa takut dan cemas, kesakitan dan nyeri saat kontraksi serta ketakutan saat melihat darah. Hal tersebut akan berpengaruh pada lamanya persalinan, his kurang baik dan pembukaan kurang lancar. Oleh sebab itu, seorang penolong dituntut untuk memberikan asuhan berupa bimbingan dalam persiapan mental menghadapi persalinan, diantaranya:

- 1) Mengatasi perasaan takut yang dirasakan oleh ibu,
- 2) Berusaha menentramkan perasaan yang mencemaskan dengan beberapa penjelasan yang bijaksana,
- 3) Memberi gambaran yang jelas dan sistematis tentang jalannya persalinan,



- 4) Ibu harus sering ditemani,
- 5) Mengerti perasaan ibu,
- 6) Menarik perhatian ibu,
- 7) Membantu pasien memperjelas serta mengurangi beban perasaan dan pikiran selama proses persalinan,
- 8) Membantu mengambil tindakan yang efektif untuk pasien,
- 9) Membantu memengaruhi orang lain , lingkungan fisik dan diri sendiri,
- 10) Menunjukkan sikap dewasa dan bertanggung jawab.

Bimbingan dan persiapan mental yang diberikan oleh penolong bertujuan untuk menerima prinsip bahwa persalinan bukanlah peristiwa yang menakutkan melainkan peristiwa yang dapat diingat dalam lembaran hidup sebagai peristiwa yang indah. Selain bimbingan tersebut, usaha lainnya yang dapat diberikan pada ibu bersalin yaitu asuhan sayang ibu, yaitu sebagai berikut:

- a) Asuhan yang aman, berdasarkan *evidence based*, dan turut meningkatkan angka kelangsungan hidup ibu.
- b) Membantu ibu merasa nyaman dan aman selama proses persalinan yang menghargai budaya, praktik kegamaan dan kepercayaan, serta melibatkan ibu dan keluarga dalam membuat keputusan.
- c) Menghindari intervensi yang tidak perlu dan pengobatan untuk proses persalinan yang alamiah harus dihindarkan.
- d) Berpusat pada ibu tentang tindakan yang akan dilakukan

- e) Memberikan *inform consent* dan *inform choice* pada ibu dan keluarga
  - f) Memastikan pendamping persalinan yang diharapkan ibu selama persalinan (suami, ibu, mertua, saudara perempuan, teman).
  - g) Ibu yang memperoleh dukungan emosional selama persalinan akan mengalami waktu persalinan yang singkat, intervensi yang lebih sedikit, dan hasil persalinan yang lebih baik.
- d. Pengaruh Budaya

Adat istiadat adalah kegiatan atau sesuatu yang dibuat oleh masyarakat dan dilakukan oleh masyarakat secara terus menerus secara rutin sehingga menjadi kebudayaan. Bidan harus dapat mengkaji apakah ibu hamil menganut atau mempunyai kepercayaan atau kebiasaan tabu setempat yang berpengaruh terhadap persalinan. Kemudian menilai apakah hal tersebut bermanfaat atau membahayakan ibu maupun janin. Terutama bila faktor budaya tersebut dapat menghambat pemberian asuhan yang optimal bagi ibu hamil. Bidan harus mampu mencari jalan untuk menolongnya atau meyakinkan ibu untuk merubah kebiasaannya dengan memberikan penjelasan yang benar. Tentu saja hal ini memerlukan dukungan dari berbagai pihak yang berperan dalam keluarga dan masyarakat.

Budaya yang mempengaruhi ibu bersalin, diantaranya:

- 1) Memberikan ibu jamu saat menjelang persalinan
- 2) Menganjurkan ibu memakan makanan tertentu

- 3) Tata cara menolong persalinan, seperti di daerah Bali seorang penolong persalinaan adalah seorang laki-laki yang disebut *Balian Manak*, serta adanya adat melahirkan tanpa bantuan siapapun
  - 4) Pijat oyok waktu hamil
  - 5) Brokohan, merupakan budaya setempat untuk selamat kelahiran bayi
  - 6) Selapanan, perayaan ke 35 hari kelahiran bayi
- e. Posisi

Posisi ibu dapat mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Perubahan posisi diberikan pada ibu bertujuan untuk menghilangkan rasa letih, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak (contoh: posisi berdiri, berjalan, duduk, dan jongkok) memberi sejumlah keuntungan, salah satunya adalah memungkinkan gaya gravitasi membantu penurunan janin. Selain itu, posisi ini dianggap dapat mengurangi kejadian penekanan tali pusat. Posisi lainnya adalah posisi tidur dengan miring kiri, posisi ini dapat mengurangi penekanan pada *vena cava inferior* sehingga memperlancar aliran darah dari ibu dan janin serta membantu penurunan kepala bayi (Sondakh, 2013: 5).

### **2.1.5 Mekanisme Persalinan**

Menurut Manurung, (2011: 77 -80), berdasarkan bentuk dinding panggul yang tidak teratur dan dimensi kepala janin matur yang relatif lebih besar,

sehingga tidak semua diameter kepala janin dapat memasuki dasar panggul. Janin memerlukan suatu proses adaptasi atau akomodasi bagian – bagian kepala yang bersangkutan terhadap segmen panggul untuk menyelesaikan persalinan. Perubahan posisi pada presentasi ini merupakan mekanisme persalinan. Mekanisme persalinan dengan gerakan cardinal. Gerakan cardinal pada persalinan adalah engagement, penurunan, fleksi, rotasi interna, ekstensi, rotasi eksterna, dan ekspulsi.

a. Engagement

Mekanisme masuknya kepala janin yang dipakai sebagai ukuran kepala janin adalah diameter biparietal dan diameter melintang. Saat itu kepala janin dalam presentasi occiput melewati pintu atas panggul (PAP) disebut sebagai engagement. Kepala janin biasanya memasuki pintu atas panggul dalam posisi diameter lintang atau salah satu diameter oblik (sinklitismus) sehingga sumbu kepala janin menjadi tegak lurus dengan bidang pintu atas panggul. Pada multipara atau beberapa nullipara fenomena ini dapat terjadi pada minggu – minggu terakhir kehamilan. Selain itu posisi kepala janin saat masuk melintasi pintu atas panggul dalam posisi asinklitismus. Posisi asinklitismus, presentasi dapat terjadi dengan berbagai posisi antara lain : asinklitismus anterior, yakni arah sumbu kepala membuat sudut lancip ke depan dengan pintu atas panggul.

b. Penurunan

Pada nullipara penurunan presentasi dapat terjadi sebelum kejadian persalinan. Penurunan presentasi terjadi disebabkan satu atau lebih dari empat faktor, yaitu : 1) Tekanan cairan amnion 2) tekanan langsung fundus pada bokong melalui mekanisme kontraksi, 3) tekanan langsung otot – otot abdomen disaat kontraksi dan 4) ekstensi dan pelurusan berat badan. Faktor yang dapat menghambat penurunan kepala, yaitu : nuliparitas, epidural analgesia, hidramnion, hipertensi, diabetes mellitus gravida (DMG), bayi dengan berat badan lebih dari 4 kg, ketuban pecah dini, dan persalinan yang diinduksi.

c. Fleksi

Kepala memasuki rongga panggul dengan posisi fleksi dan ukuran yang paling kecil (*diameter suboksipito- bregmatika* = 9,5 cm). Pada saat kepala berada didasar panggul kepala berada dalam fleksi maksimal.

d. Putar paksi dalam

Pemutaran kepala yang menggerakkan oksiput (ubun – ubun kecil) dari posisi asalnya ke anterior menuju simfisis pubis, atau ke posterior menuju sacrum (jarang terjadi), selalu dihubungkan dengan turunnya bagian presentasi kepala mencapai spina (*enganged*). Kepala yang turun menempati diafragma pelvis didukung oleh elastisitas diafragma pelvis dan tekanan intra uterin oleh his yang berulang- ulang

e. Defleksi

Setelah kepala berada di dasar panggul dengan ubun – ubun kecil berada di bawah simpisis (sebagai hipomoklion). Kepala mengadakan fleksi mencapai vulva, kepala menekan lorong panggul. Ada dua kekuatan yang berperan dalam terjadinya fleksi penuh yakni : berasal dari uterus bekerja lebih posterior dan tahapan dasar panggul yang bekerja dibagian anterior. Gaya resultan nya mengarah ke muara vulva sehingga terjadi ekstensi, yang membawa dasar oksiput menempel pada margo inferior simpisis. Karena pintu keluar vulva mengarah ke atas dan kedepan, ekstensi harus terjadi sebelum kepala dapat melewatinya. Sehingga berturut – turut lahirlah bregmatika , dahi , muka dan akhirnya dagu.

f. Putaran paksi luar

Kepala yang sudah lahir selanjutnya mengalami restitusi eksternal (putaran paksi luar ). Bila oksiput awalnya mengarah ke kiri maka kepala berotasi kearah tuberitas ischium kiri atau sebaliknya. Suatu gerakan yang sesuai dengan rotasi badan janin, yang bekerja membawa diameter biakromial berhimpit dengan anteroposterior pintu bawah panggul. Gerakan ini untuk menyesuaikan kedudukan kepala denggal punggung anak.

g. Ekspulsi

Bahu melintasi pintu atas panggul dalam keadaan miring untuk menyesuaikan dengan bentuk panggul, saat di dasar panggul. Apabila

kepala telah lahir, bahu berada dalam posisi depan belakang dengan demikian bahu depan lahir lebih dahulu, baru kemudian diikuti bahu belakang.

### **2.1.6 Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin**

Menurut Widyastuti dan Wiyati (2011 : 54 – 57), asuhan yang mendukung selama persalinan sangat penting dalam proses persalinan. Tindakan ini mempunyai efek positif baik secara emosional maupun secara fisiologis, sehingga persalinan dapat berlangsung secara aman.

a. Kebutuhan dasar manusia menurut A Maslow.

1) Kebutuhan fisiologi

Kebutuhan dasar atau kebutuhan pokok / utama yang bila tidak terpenuhi akan terjadi ketidakseimbangan. Misal kebutuhan O<sub>2</sub>, makan, minum, seks.

2) Kebutuhan rasa aman

Kebutuhan rasa aman misalnya perlindungan hukum, perlindungan terhindar dari penyakit.

3) Kebutuhan dicintai dan mencintai

Kebutuhan mencintai dan dicintai misalnya mendambakan kasih sayang dari orang dekat, ingin dicintai dan diterima oleh keluarga dan orang lain disekitarnya.

4) Kebutuhan harga diri

Kebutuhan harga diri misal ingin dihargai dan menghargai adanya respon dari orang lain, toleransi dalam hidup berdampingan.

5) Kebutuhan aktualisasi

Kebutuhan aktualisasi missal ingin diakui atau dipuja, ingin berhasil, ingin menonjol, atau ingin lebih dari orang lain.

b. Kebutuhan ibu selama persalinan

1) Kebutuhan fisiologis

- a) Oksigen
- b) Makan dan minum
- c) Istirahat selama tidak ada his
- d) Kebersihan badan terutama genetalia
- e) Buang air kecil dan buang air besar.
- f) Pertongan persalinan yang terstandar.
- g) penjahitan perineum bila perlu

2) Kebutuhan rasa aman

- a) Memilih tempat dan penolong persalinan
- b) Informasi tentang proses persalinan atau tindakan yang akan dilakukan .
- c) posisi tidur yang dikehendaki ibu
- d) pendampingan oleh keluarga
- e) Pantauan selama persalinan
- f) Intervensi yang diperlukan.

3) Kebutuhan dicintai dan mencintai

- a) Pendampingan suami dan keluarga
- b) kontak fisik ( memberikan sentuhan ringan )



- c) Masase untuk mengurangi rasa sakit
  - d) Berbicara dengan suara yang lemah, lembut serta sopan.
- 4) Kebutuhan harga diri
- a) Merawat bayi sendiri dan menetekinya
  - b) Asuhan kebidanan dengan memperhatikan privasi ibu
  - c) Pelayanan yang bersifat empati dan simpati
  - d) Informasi bila akan melakukan tindakan
  - e) Memberikan pujian pada ibu terhadap tindakan positif yang ibu lakukan.
- 5) Kebutuhan aktualisasi diri
- a) Memilih tempat dan penolong sesuai keinginan
  - b) Memilih pendamping selama persalinan
  - c) Bounding and Attachment
  - d) Ucapan selamat atas kelahiran anaknya.
- c. Pemenuhan kebutuhan dasar ibu selama persalinan
- 1) Pemenuhan kebutuhan fisiologis selama persalinan
- a) Mengatur sirkulasi udara dalam ruangan
  - b) Memberi makan dan minum
  - c) Menganjurkan istirahat diluar his
  - d) Menjaga kebersihan badan terutama daerah genetalia (bila memungkinkan ibu disuruh untuk mandi atau membersihkan daerah kemaluan).
  - e) Menganjurkan ibu untuk buang air kecil atau buang air besar

- f) Menolong persalinan sesuai standar
- 2) Pemenuhan kebutuhan rasa aman
- a) Memberi informasi tentang proses persalinan atau tindakan yang akan dilakukan
  - b) Menghargai pemilihan posisi tidur
  - c) Menentukan pendampingan selama persalinan
  - d) Melakukan pantauan selama persalinan
- 3) Pemenuhan kebutuhan dicintai dan mencintai
- a) Menghormati pemilihan pendampingan selama persalinan.
  - b) Melakukan kontak fisik / memberi sentuhan ringan
  - c) Melakukan masase untuk mengurangi rasa sakit
- 4) Pemenuhan kebutuhan harga diri
- a) mendengarkan keluhan ibu dengan penuh perhatian / menjadi pendengar yang baik.
  - b) Memberikan asuhan dengan memperhatikan privasi ibu
  - c) Memberi pelayanan dengan empati
  - d) Memberitahu pada setiap tindakan yang akan dilakukan
- 5) Pemenuhan kebutuhan aktualisasi
- a) Memilih tempat dan penolong persalinan sesuai keinginan
  - b) Menentukan pendamping selama persalinan
  - c) Melakukan bounding and attachment dan memberi ucapan selamat setelah persalinan selesai.

### 2.1.7 Tahapan Persalinan

Proses persalinan dibagi dalam empat tahap berdasarkan perkembangan klinis yang ditemukan pada ibu:

#### a. Persalinan Kala I

##### 1) Pengertian Kala I

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

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

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

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

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

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

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

Tabel 2.3 Frekuensi minimal penilaian dan intervensi dalam 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
Denyut jantung janin	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Kontraksi	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Pembukaan serviks	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Penurunan	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam

Sumber : Saifudin AB, 2002 dalam Nurasiah, Rukmawati, Badriah, 2014. Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan, Bandung halaman 67

Tabel 2.4 Perbedaan lamanya kala I pada primigravida dan multigravida

Primigravida	Multigravida
Serviks mendatar (effacement) dulu baru dilatasi.	Mendatar dan membuka bisa bersamaan
Berlangsung 13 – 14 jam	Berlangsung 6- 7 jam

Sumber : Muhtar, 1998 : 95 dalam Nurasiah dkk, 2014. Asuhan Persalinan Normal Bagi Bidan, Bandung halaman 67

## 2) Perubahan fisiologis kala I

Menurut Nurasiah dkk, (2014 : 67 – 71), selama rentan waktu dari adanya his sampai pembukaan lengkap 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 sepanjang 1-2 cm, menjadi sebuah lubang saja dengan pinggir yang tipis.

## (2)Pembukaan serviks

Pembukaan servik disebabkan karena pembesaran *ostium uteri externum* (OUE) karena otot yang melingkar di sekitar ostium meregang untuk diawali kepala. Pada pembukaan 10 cm atau pembukaan lengkap, bibir porsio tidak teraba lagi, vagina dan SBR serviks telah menjadi satu saluran.

### b) Perubahan sistem kardiovaskuler

#### (1) Tekanan darah

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

Posisi tidur terlentang selama persalinan akan mengakibatkan adanya penekanan uterus terhadap pembuluh darah besar (aorta), yang akan menyebabkan sirkulasi darah baik ibu maupun janin akan terganggu, ibu biasa mengalami hipotensi dan janin dapat asfiksia.

Rasa takut, nyeri, dan kekhawatiran dapat meningkatkan tekanan darah. Oleh karena itu dalam keadaan takut dan khawatir, pertimbangkanlah kemungkinan bahwa rasa takutnyalah yang menyebabkan tekanan darah tersebut.

## (2) Denyut jantung

Denyut jantung meningkat selama kontraksi. Dalam posisi melintang denyut jantung akan menurun. Denyut jantung antara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode segera sebelum persalinan. Hal ini mencerminkan kenaikan metabolisme selama 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 besar disebabkan karena kecemasan serta kegiatan otot kerangka tubuh. Kegiatan metabolisme yang meningkat tercermin dari kenaikan suhu badan, denyut nadi, pernapasan, kardiak output dan kehilangan cairan.

### d) Perubahan sistem respirasi

Pada respirasi atau pernapasan terjadi kenaikan sedikit dibandingkan selama persalinan, hal ini disebabkan rasa nyeri, kekhawatiran serta penggunaan teknik pernapasan yang tidak benar.

### e) Kontraksi uterus

Kontraksi uterus terjadi karena rangsangan adanya pada otot polos uterus dan penurunan hormon progesteron yang

menyebabkan keluarnya hormon oksitosin. Kontraksi uterus dimulai dari fundus uteri dan menyebar kedepan dan kebawah abdomen, gerak his dengan masa yang terpanjang dan sangat kuat pada fundus adalah sumber dari timbulnya kontraksi pada face maker.

f) Pembentukan segmen atas rahim dan segmen bawah rahim

Segmen atas rahim dibentuk oleh corpus uteri yang sifatnya aktif yaitu berkontraksi, dan dinding tambah tebal dengan majunya persalinan serta mendorong anak keluar. Segmen bawah uteri terbentang diuterus bagaian bawah atas ishmus, dengan serviks serta sifat otot yang tipis dan elastis. Pada bagian ini banyak otot melingkar dan memanjang.

g) Perubahan hematologist

Hemoglobin akan meningkat 1,2 gram / 100ml selama persalinan dan kembali ketingkat pra persalinan ada hari pertama setelah persalinan apabila tidak terjadi kehilangan darah selama persalinan. Waktu koagulasi berkurang dan akan mendapat tambahan plasma selama persalinan. Jumlah sel – sel darah putih meningkat secara progresif selama kala I persalinan sebesar 5000 sampai 15000 WBC sampai dengan akhir pembukaan lengkap. Ini tidak mengindikasikan adanya infeksi. Setelah itu turun kembali ke keadaan semula. Gula darah akan turun selama proses persalinan yang mengalami penyulit atau persalinan lama. Ini

disebabkan karena adanya kegiatan uterus dan otot kerangka tubuh. Penggunaan uji laboratorium untuk penapisan ibu yang menderita diabetes mellitus akan memberikan hasil yang tidak tepat dan tidak dapat diandalkan.

#### h) Perubahan renal

Polyuri sering terjadi selama persalinan, yang dikarenakan kardiak output yang meningkat serta disebabkan oleh glomerulus serta aliran plasma ke renal. Polyuri tidak begitu 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 urine setelah melahirkan.

#### i) Perubahan gastrointestinal

Kemampuan pergerakan gastrik serta penyerapan makanan padat berkurang menyebabkan pencernaan hamper terhenti selama persalinan dan menyebabkan konstipasi. Makanan yang masuk ke lambung selama fase pendahuluan atau fase kemungkinan besar akan tetap berada dalam perut selama persalinan. Rasa mual – mual bukanlah hal yang jarang, hal ini menunjukkan berakhirnya kala I 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.

j) Perubahan suhu badan

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan dan segera setelah kelahiran. Kenaikan ini dianggap normal asal tidak melebihi  $0.5 - 1^{\circ} \text{C}$ . Suhu badan yang akan 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 pada vagina dan dasar panggul

- (1) Pada kala I ketuban ikut meregang, bagian atas vagina yang sejak kehamilan mengalami perubahan sedemikian rupa sehingga bisa dilalui bayi.
- (2) Setelah ketuban pecah segala perubahan terutama pada dasar panggul ditimbulkan oleh bagian depan anak. Oleh bagian depan yang maju tersebut dasar panggul diregang menjadi saluran dengan dinding yang tipis.
- (3) Waktu kepala sampai di vulva, lubang vulva menghadap keatas. Dari luar peregangan oleh bagian depan tampak pada perineum yang menonjol dan menjadi tipis, sedangkan anus makin terbuka.

(4) Regangan yang kuat ini memungkinkan karena bertambahnya pembuluh darah pada bagian vagina dan dasar panggul, tetapi saat jaringan tersebut robek, akan menimbulkan perdarahan yang banyak.

### 3) Perubahan Psikologis Kala I

#### a) Perubahan psikologis pada kala 1 fase laten

Pada fase ini biasanya ibu merasa lega dan bahagia karena masa kehamilannya akan segera berakhir. Namun pada awal persalinan, wanita biasanya gelisah, gugup, cemas dan khawatir berhubungan dengan rasa tidak nyaman karena kontraksi. Pada wanita yang dapat menyadari bahwa proses ini wajar dan alami, maka ia akan mudah beradaptasi dengan keadaan tersebut.

#### b) Perubahan psikologis pada kala 1 fase aktif

Pada persalinan stadium dini, ibu dapat tetap makan dan minum atau tertawa serta mengobrol dengan riang diantara kontraksi. Saat kemajuan persalinan sampai pada fase kecepatan maksimum, rasa khawatir ibu menjadi meningkat. Kontraksi menjadi semakin kuat dan frekuensinya lebih sering sehingga ia tidak dapat mengontrolnya. Dalam keadaan ini, ibu akan menjadi lebih serius, ia menginginkan seseorang untuk mendampingi karena merasa takut tidak mampu beradaptasi dengan kontraksinya.

#### 4) Pengisian partograf

Menurut Nurasiah dkk, (2014 : 82 ), partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala 1 persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik. Tujuan utama penggunaan partograf yaitu mencatat hasil observasi dan menilai kemajuan persalinan dan mendeteksi apakah persalinan berjalan normal atau terdapat penyimpangan, dengan demikian dapat melakukan deteksi dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama dan sebagai data perlengkapan yang terkait dengan pemantauan ibu. pencatatan partograf pada fase aktif persalinan, yaitu:

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

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

##### (1) Detak jantung janin

Menilai dan mencatat detak jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Tiap kotak menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan titik yang satu

dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus. Kisaran normal DJJ 120-160 x/menit.

(2) Warna dan adanya air ketuban

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

U : Selaput ketuban utuh (belum pecah)

J : Selaput ketuban telah pecah dan air ketuban jernih

M : Selaput ketuban telah pecah dan air ketuban bercampur mekonium

D : Selaput ketuban telah pecah dan air ketuban bercampur darah

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

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

(3) Penyusupan (molase) tulang kepala

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

kemungkinan disporposi kepal panggul. Lambang yang digunakan:

- 0 :Tulang–tulang kepala janin terpisah, sutura mudah dipalpasi.
- 1 :Tulang-tulang kepa janin sudah saling bersentuhan.
- 2 :Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih bisa dipisahkan.
- 3 :Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

c) Kemajuan persalinan

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

(1) Pembukaan serviks

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

(2) Penurunan bagian terbawah Janin

Tulisan “turunnya kepala” dan garis tidak terputus dari 0-5 pada sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks.

Berikan tanda “o” pada waktu yang sesuai dan hubungkan dengan garis lurus.

(3) Garis waspada

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

d) Jam dan waktu

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

e) Kontraksi uterus

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

f) Obat-obatan dan cairan yang diberikan

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

g) Kesehatan dan kenyamanan ibu

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

Ukur tekanan darah ibu tiap 10 menit dan beri tanda ↑ pada kolom yang sesuai.

Temperatur dinilai setiap dua jam dan catat di tempat yang sesuai.

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

h) Asuhan, pengamatan, keputusan klinik lainnya

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

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

i) Pencatatan pada lembar belakang partograf

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

bayi baru lahir. Diisi dengan tanda centang ( ✓ ) dan diisi titik yang disediakan sesuai dengan asuhan.

6) Penapisan pada saat persalinan

Bidan harus merujuk apabila didapati salah satu atau lebih penyulit seperti yang ada pada lembar penapisan.

7) Asuhan yang diberikan pada kala I

- a) Menghadirkan seseorang yang dapat memberikan dukungan selama persalinan (orang terdekat suami, orang tua)
  - b) Memberikan kebebasan pasien untuk memilih posisi yang nyaman berdiri, jongkok, berbaring miring ke kiri, setengah duduk, duduk)
  - c) Mengajari ibu untuk relaksasi saat tidak ada kontraksi
  - d) Menganjurkan ibu istirahat, memberikan kompres hangat, kompres dingin dan sentuhan atau pijatan di daerah punggung.
- b. Kala II (Pengeluaran , dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir)

Menurut Sumarah dkk, (2011 : 6), kala II dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Pada kala ini his menjadi kuat dan cepat kurang lebih 2-3 menit sekali. Dalam kondisi yang normal pada kala ini kepala janin sudah masuk dalam ruang panggul, maka pada saat his dirasakan tekanan pada otot – otot dasar panggul, yang secara reflektorik menimbulkan rasa mengedan. Wanita merasa



ada tekanan pada rectum dan seperti akan buang air besar. Kemudian perineum mulai menonjol dan menjadi lebar dengan membukanya anus. Labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada saat his. Jika dasar panggul sudah berelaksasi, kepala janin tidak masuk lagi diluar his. Dengan kekuatan his dan mengedan maksimal kepalan janin dilahirkan dengan suboksiput dibawah simpisis dan dahi, muka, dagu, melewati perineum. Setelah his istirahat sebentar, maka his akan mulai lagi untuk mengeluarkan anggota badan bayi.

Asuhan yang diberikan pada kala II:

- 1) Memberikan dukungan psikologis kepada ibu
  - 2) Menganjurkan minum saat tidak ada kontraksi
  - 3) Memberikan kebebasan kepada ibu untuk memilih posisi yang diinginkan
  - 4) Melakukan pijatan punggung saat ibu merasakan punggungnya sakit
- c. Kala III (pelepasan uri, setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta)

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya.

Asuhan yang diberikan pada kala III:

- 1) Memberikan ucapan selamat atas kelahiran bayinya
- 2) Menginformasikan kepada ibu bahwa akan disuntik oksitosin

- 3) Melakukan penegangan tali pusat setelah ada tanda – tanda keluarnya plasenta yaitu adanya semburan darah, tali pusat memanjang, dan perutnya globuler
  - 4) Melakukan masase setelah plasenta keluar
- d. Kala IV ( Setelah keluarnya plasenta sampai 2 jam post partum )

Dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum.

Tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadahi selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi.

Observasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah :

- 1) Tingkat kesadaran penderita
- 2) Pemeriksaan tanda – tanda vital : tekanan darah, nadi, dan pernapasan
- 3) Kontraksi uterus
- 4) Terjadinya perdarahan - perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc.

Asuhan yang diberikan pada kala IV:

- 1) Mengobservasi tanda – tanda vital ibu
- 2) Menganjurkan ibu untuk makan dan minum
- 3) Membersihkan ibu dan membereskan semua peralatan

### **2.1.8 Bayi Baru Lahir**

- a. Pengertian bayi baru Lahir

Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin.

Menurut Sondakh (2013) bayi baru lahir dikatakan normal jika termasuk dalam kriteria sebagai berikut:

- 1) Berat badan lahir bayi antara 2500-4000 gram.
- 2) Panjang badan bayi 48-50 cm.
- 3) Lingkar dada bayi 32-34 cm.
- 4) Lingkar kepala bayi 33-35 cm.
- 5) Bunyi jantung dalam menit pertama  $\pm$  180 kali/menit, kemudian turun sampai 120-140 kali/menit pada saat bayi berumur 30 menit.
- 6) Pernapasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80 kali/menit disertai pernapasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit.
- 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan dilapisi verniks kaseosa.
- 8) Rambut lanugo telah hilang, rambut kepala tumbuh baik.
- 9) Kuku agak panjang dan lemas.
- 10) Genetalia : testis sudah turun (pada bayi laki-laki) dan labia mayora telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan).
- 11) Refleks isap, menelan, dan moro telah terbentuk.

12) Eliminasi, urin, dan mekonium normalnya keluar pada 24 jam pertama. Mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket.

b. Adaptasi fisiologis BBL

Adaptasi yang terjadi pada bayi baru lahir adalah :

1) Sistem Pernapasan

a) Pernapasan awal dipacu oleh faktor fisik, sensorik, dan kimia

(1) Faktor-faktor fisik meliputi usaha yang diperlukan untuk mengembangkan paru-paru dan mengisi alveolus yang kolaps.

(2) Faktor-faktor sensorik, meliputi suhu, bunyi, cahaya, suara.

(3) Faktor-faktor kimia, meliputi perubahan dalam darah (misalnya penurunan kadar oksigen, peningkatan kadar karbon dioksida, dan penurunan pH) sebagai akibat asfiksia sementara selama kelahiran.

b) Frekuensi pernapasan bayi baru lahir berkisar 30-60 kali/menit.

c) Sekresi lendir mulut dapat menyebabkan bayi batuk dan muntah, terutama selama 12-18 jam pertama.

2) Sistem Termoregulasi dan Metabolik

a) Suhu bayi baru lahir dapat turun berapa derajat karena lingkungan eksternal lebih dingin daripada lingkungan pada uterus.

b) Suplai lemak subkutan yang terbatas dan area permukaan yang besar dibandingkan dengan berat badan menyebabkan bayi mudah menghantarkan panas pada lingkungan.

c) Kehilangan panas yang cepat dalam lingkungan yang dingin terjadi melalui konduksi, konveksi, radiasi, dan evaporasi.

### 3) Adaptasi Neurologis

Sistem neurologis bayi secara fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstremitas.

### 4) Adaptasi Gastrointestinal

a) Perkembangan otot dan refleks yang penting untuk menghantarkan makanan sudah terbentuk saat lahir.

b) Pencernaan protein dan karbohidrat telah tercapai, pencernaan dan absorpsi lemak kurang baik karena tidak adekuatnya enzim-enzim pankreas dan lipase.

c) Pengeluaran mekonium. Yaitu feses berwarna hitam kehijauan, lengket, dan mengandung darah samar, diekskresikan dalam 24 jam pada 90% bayi baru lahir yang normal.

d) Beberapa bayi baru lahir menyusui segera bila diletakkan pada payudara, sebagian lainnya memerlukan 48 jam untuk menyusui secara efektif.

### 5) Adaptasi Ginjal

a) Laju filtrasi glomerulus relatif rendah pada saat lahir disebabkan oleh tidak adekuatnya area permukaan kapiler glomerulus.

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

6) Adaptasi Hati

a) Selama periode neonatus, hati memproduksi zat yang esensial untuk pembekuan darah.

b) Hati juga mengontrol jumlah bilirubin tak terkonjugasi yang bersirkulasi, pigmen berasal dari hemoglobin dan dilepaskan bersamaan dengan pemecahan sel-sel darah merah.

c) Bilirubin tak terkonjugasi dapat meninggalkan sistem vaskular dan menembus jaringan ekstrasvaskuler lainnya (misalnya: kulit, sklera dan membran mukosa oral) mengakibatkan warna kuning yang disebut ikterus.

7) Adaptasi Imun

Bayi baru lahir tidak dapat membatasi organisme penyerang di pintu masuk. Imaturitas jumlah sistem pelindung secara signifikan meningkatkan risiko infeksi pada periode bayi baru lahir.

c. Penilaian

Menurut Sumarah dkk, (2011: 177), penilaian keadaan umum bayi dinilai satu menit setelah lahir dengan menggunakan nilai APGAR. Setiap penilaian diberi angka 0,1 dan 2. Dari hasil penilaian tersebut dapat diketahui apakah bayi normal (vigorous baby = nilai Apgar 7-10) asfiksia sedang – ringan ( nilai apgar 4-6 ) atau bayi menderita asfiksia

berat (nilai apgar 0-3). Bila nilai apgar dalam 2 menit tidak mencapai 7, maka harus dilakukan tindakan resusitasi lebih lanjut karena kalau bayi menderita asfiksia lebih dari 5 menit kemungkinan terjadi gejala – gejala neurologik lanjutan di kemudian hari akan lebih besar, maka penilaian apgar dilakukan selain pada 1 menit juga 5 menit setelah bayi dilahirkan

Tabel 2.5 Perhitungan nilai Apgar

Penilaian	Nilai = 0	Nilai = 1	Nilai =2
Appearance (warna kulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Lebih dari 100
Pulse rate (Frekuensi nadi)	Tidak ada	Kurang dari 100	Lebih dari 100
Grimace (Reaksi rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik (grimace)	Batuk / bersin
Activiy (Tonus Otot)	Tidak ada	Ekstremitas dalam sedikit fleksi	Gerakan aktif
Respiration (Pernapasan)	Tidak ada	Lemah / tidak teratur	Baik / menengis

Sumber : Sumarah dkk, 2011. Perawatan ibu bersalin ( Asuhan kebidanan pada ibu bersalin ). Yogyakarta, halaman 177

## 2.2 KONSEP DASAR ASUHAN KEBIDANAN

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan – penemuan, ketrampilan dalam rangkaian /tahapan yang logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien (Varney dalam Heryani, 2011 : 111).

Asuhan persalinan oleh bidan dimulai dengan mengumpulkan data, menginterpretasikan data untuk menentukan diagnosis persalinan dan

mengidentifikasi masalah/ kebutuhan ibu, membuat perencanaan, dan melaksanakan intervensi, dengan memantau kemajuan persalinan guna menjamin keamanan dan kepuasan ibu selama periode persalinan (Saminem, 2010 : 57).

Menurut Saminem, (2010 : 57 -58), dalam memberikan asuhan pada ibu bersalin, bidan harus memenuhi persyaratan sebagai berikut

- a. Bidan memiliki kemampuan untuk memberikan asuhan persalinan secara professional.
- b. Tersedia alat dan obat, perlengkapan, dan ruangan / tempat yang bersih dan aman dan siap pakai untuk kelancaran proses persalinan dan pencegahan infeksi nosocomial.
- c. Tersedia alat dan perlengkapan siap pakai untuk tindakan resusitasi bayi.
- d. Lingkungan yang mendukung keamanan dan kenyamanan serta privasi ibu selama melewati proses persalinan.

### **2.2.1 Pengkajian data Kala I**

#### a. Data Subjektif

##### 1) Biodata

a) Nama :Sebagai identitas dan membedakan pasien satu dan pasien yang lain dan untuk meningkatkan keakraban dan komunikasi antara petugas kesehatan dan klien.

b) Umur :Usia yang memiliki resiko untuk bersalin adalah usia  $\leq 16$  tahun dan  $\geq 35$  tahun.



- c) Agama :Data ini digunakan untuk menentukan asuhan yang akan kita lakukan agar klien lebih tenang dan bebas untuk berdoa berdasarkan agama dan keyakinannya agar persalinannya lancar dan mengurangi rasa cemas ibu
- d) Suku/bangsa :Berhubungan tentang apakah suku dan budaya yang dianut oleh ibu dapat mempengaruhi persalinan atau tidak atau apakah ada suku yang memberikan pantangan pada saat bersalin.
- e) Pendidikan terakhir :Tingkat pendidikan untuk menentukan bagaimana kita berkomunikasi dengan ibu dan memberikan intruksi untuk kepada ibu yang mudah dipahami ibu.
- f) Pekerjaan :Pekerjaan digunakan untuk mengetahui bagaimana keadaan ekonomi ibu saat bersalin apakah ada hal yang dapat mempengaruhi persalinan misalnya seorang ibu yang bekerja di pabrik rokok dapat mengakibatkan persalinan prematur.
- g) Penghasilan :Penghasilan ini digunakan untuk mengetahui apakah ada hal yang membuat khawatir ibu misalnya tentang biaya persalinan.
- h) Alamat :Alamat ini digunakan sebagai gambaran berapa

jarak dan waktu yang ditempuh untuk menuju ke lokasi tenaga kesehatan yang mampu untuk proses bersalin.

## 2) Riwayat pasien

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

b) Riwayat menstruasi

(1) Menarche Menarche berhubungan dengan kesuburan wanita dan keluhan-keluhan yang timbul saat menstruasi dan apakah ibu mengalami pubertas dini atau normal.

(2) Siklus Siklus ini berhubungan dengan HPHT dalam penentuan hari tafsiran persalinan.

(3) Volume Volume menunjukkan berapa banyak

voleme darah yang dikeluarkan ibu saat menstruasi , apakah sampai ibu merasa lemas, pucat atau bahkan tidak dapat melakukan aktivitas lainnya.

(4) Keluhan Keluhan ini membahas apa yang dirasakan ibu saat menstruasi yang mengganggu aktivitas ibu misalnya disminorea

(5) HPHT HPHT merupakan data dasar yang diperlukan untuk menentukan berapa usia kehamilan dan kapan tafsiran persalinan ibu.

### 3) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas, dan KB yang lalu

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

Data persalinan diperlukan informasi tentang jarak antara dua kelahiran, tempat melahirkan, cara melahirkan (spontan, vakum, forsep atau operasi), masalah atau gangguan yang timbul pada saat hamil dan melahirkan seperti perdarahan, letak sungsang, pre eklamsi

dsb, berat dan panjang bayi waktu lahir jenis kelamin, kelainan yang menyertai bayi, bila bayi meninggal apa penyebabnya.

Data nifas diperlukan untuk mengetahui apakah dalam riwayat nifas yang lalu ibu ada penyulit atau kelainan yang akan mempengaruhi persalinan yang sekarang atau tanda bahaya yang dapat terulang kembali pada nifas yang akan datang ini.

Riwayat KB ini digunakan untuk meninjau ulang apa KB yang digunakan sebelum persalinan ini.

4) Riwayat kehamilan sekarang

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

5) Riwayat kesehatan

Riwayat Kesehatan digunakan untuk apakah ibu menderita penyakit yang dapat mempengaruhi proses persalinan seperti jantung berarti ibu harus lebih hati – hati dan tidak boleh mengejan terlalu kuat karena dapat berpengaruh terhadap jantungnya, dan kemudian misalnya diabetes mellitus dapat menyebabkan bayinya besar makrosomia yang berakibat persalinan macet atau kala II lama. Kemudian PMS dapat menurun kepada bayi dan berbahaya bagi penolong jika terkena cairan dari ibu yang menderita PMS.

6) Status pernikahan

Data ini penting untuk kita kaji karena dari data ini kita akan mendapatkan gambaran mengenai suasana rumah tangga pasangan

serta kepastian mengenai siapa yang akan mendampingi persalinan dan untuk mengetahui apakah persalinan anak ini, anak yang diharapkan atau tidak.

7) Pola Aktivitas Sehari-hari

a) Pola nutrisi

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

b) Pola Eliminasi

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

c) Pola istirahat

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

d) *Personal hygiene*

Digunakan untuk mengetahui apakah ibu rutin membersihkan dirinya dan menjaga kebersihan diri ibu.

8) Riwayat psikologis, sosial, dan budaya

Riwayat psikologis sangat berpengaruh dalam proses persalinan misalnya seorang ibu yang baru pertama kali melahirkan pasti akan takut akan proses persalinan sehingga dapat memicu rasa khawatir, cemas pada ibu, dan apabila seorang ibu yang tidak mengharapkan anaknya maka dapat berakibat ibu menjadi takut akan melahirkannya. Kepercayaan masyarakat terhadap dukun dalam proses persalinan juga sangat berpengaruh dalam proses persalinan, mereka akan cenderung percaya kepada para tetangga dan pergi ke dukun saja daripada ke fasilitas kesehatan , sehingga dapat berakibat berbahaya kepada persalinan ibu dan bias mengakibatkan fatal kepada kondisi anak.

b. Data objektif

Data objektif merupakan data yang digunakan untuk menegakkan diagnosa persalinan dengan mengenali tanda – tanda persalinan. Pemeriksaan pada data objektif dengan cara pemeriksaan fisik dari kepala sampai kaki yang dilakukan dengan pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

Langkah – langkah pemeriksaan :

- 1) Keadaan umum                      Digunakan untuk menggambarkan bagaimana kondisi ibu saat bersalin.

- 2) Kesadaran      Gambaran kondisi ibu mulai dari composmentis sampai koma.
- 3) Tinggi badan      Tinggi badan yang  $\leq 145$  cm dapat berhubungan dengan panggul sempit
- 4) Berat badan      Digunakan untuk memantau perkembangan janin dan keadaan ibu. Menurut Manuaba (2010) jumlah pertambahan berat badan selama hamil normalnya adalah antara 6,5 kg sampai 16,5 kg.
- 5) Tanda vital      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 nyeri. Peningkatan suhu menunjukkan adanya proses infeksi atau dehidrasi. Peningkatan frekuensi pernapasan dapat menunjukkan syok.
- 6) Pemeriksaan fisik
  - a) Muka      Hal yang perlu dikaji adalah bengkak/oedem (tanda preeklampsi), pucat (kemungkinan anemia), ekspresi ibu (gambaran kesakitan / ketidaknyamanan).
  - b) Mata      Hal yang perlu dikaji adalah konjungtiva (kepuatan

pada konjungtiva mengindikasikan terjadinya anemia yang mungkin dapat berpengaruh pada persalinannya), dikaji sklera, kebersihan, kelainan pada mata dan ikterus.

- c) Mulut Bibir yang pucat menandakan ibu mengalami anemia, bibir kering dapat menjadi indikasi dehidrasi
- d) Leher Leher digunakan untuk mengetahui adanya pembesaran kelenjar tiroid, kelenjar getah bening, dan kelenjar limfe.
- e) Dada Dada digunakan untuk memberikan gambaran adanya kelainan pada payudara ibu, apakah ada benjolan abnormal, apakah ada hiperpigmentasi areola. Apakah ASInya sudah keluar
- f) Perut
  - (1) Bekas Operasi Digunakan untuk melihat apakah ibu pernah mengalami operasi SC, sehingga dapat ditentukan tindakan selanjutnya karena riwayat SC masuk kedalam penapisan persalinan.
  - (2) Tinggi Fundus Uteri (TFU) TFU digunakan untuk menentukan berapa tafsiran berat janin apakah janinnya normal, kecil atau makrosomia dan untuk



- mengetahui apakah sesuai masa kehamilan, kecil masa kehamilan deng membandingkan data usia kehamilan dari HPHT dengan panjang TFU
- (3) Pemeriksaan Leopold Digunakan untuk mengetahui posisi janin, letak kepala, punggung, dan seberapa jauh kepala masuk PAP
- (4) Kontraksi Uterus Kontraksi uterus baik atau tidaknya tergantung frekuensi, durasi, dan waktu dalam 10 menit.
- (5) Tafsiran Berat Janin (TBJ) Digunakan untuk menentukan perkiraan berat janin
- (6) Denyut Jantung Janin (DJJ) Digunakan untuk mengetahui kondisi janin dalam kandungan.
- (7) Palpasi kandung kemih Pemantauan pengosongan kandung kemih.
- g) Genital Mengkaji tanda-tanda inpartu, kemajuan persalinan, *hygiene* pasien dan adanya tanda-tanda infeksi vagina, meliputi : kebersihan, pengeluaran

- pervaginasi (adanya pengeluaran lendir darah), tanda-tanda infeksi vagina, pemeriksaan dalam.
- h) Anus Digunakan untuk menentukan apakah ada penyakit yang dapat mempengaruhi proses persalinan seperti hemoroid, varises.
  - i) Ekstremitas Untuk mengetahui adanya kelainan yang mempengaruhi proses persalinan ataupun tanda – tanda yang mempengaruhi persalinan misalnya oedema dan varises
  - j) Data Pemeriksaan USG, kadar hemoglobin, golongan penunjang darah, kadar leukosit, hematokrit dan protein urin

### **2.2.2 Interpretasi Data Dasar**

Digunakan untuk menentukan diagnosis, masalah dan kebutuhan dari data yang telah dikumpulkan untuk menegakan diagnosa persalinan , mengidentifikasi masalah dan kebutuhan, (Jannah, 2011 : 79-80). Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan. Masalah adalah problem yang dialami ibu tetapi tidak termasuk kedalam kategori standar nomenklatur diagnosa kebidanan, misalnya rasa cemas, dan problem ekonomi. Kebutuhan adalah sesuatu yang diperlukan untuk meningkatkan kesehatan klien (Heryani, 2011 : 122 – 123)

### Diagnosis kebidanan/nomenklatur

#### Diagnosa subyektif:

- a. Keluhan utama : Ibu mengatakan perutnya kenceng – kenceng dan disertai keluar lendir
- b. Riwayat kehamilan: Jumlah kehamilan, pernah mengalami keguguran apa tidak? Pernah kehamilan diluar kandungan apa tidak?
- c. Riwayat persalinan yang lalu : berapa kali ibu bersalin, Bersalin secara normal atau SC, berapa jumlah anak hidup, usia kandungan saat melahirkan, dan umur anak terakhir.
- d. Riwayat menstruasi: HPHT

#### Diagnosa obyektif:

- a. Keadaan umum: baik, cukup
- b. Kesadaran : composmentis, apatis, samnolen, semi koma, koma
- c. TTV: TD : 100/60 -130/80 mmhg, nadi : 60-90 x/menit, RR : 16- 24 x/menit, suhu 36,5 – 37,5<sup>0</sup> C
- d. Puka atau puki DJJ : 120 – 160 x/menit
- e. VT: pembukaan berapa, effacement, ketuban, bagian terdahulu, bagian terendah , hodge, molase

#### 1) Paritas

Paritas adalah riwayat reproduksi seorang wanita yang berkaitan dengan kehamilannya (jumlah kehamilan). Format penulisan paritas dalam interpretasi data.

G...P....Ab...

Keterangan :

G = Jumlah kehamilan

P =Jumlah kehamilan yang diakhiri dengan kelahiran janin yang memenuhi syarat untuk melangsungkan kehidupan .

Ab = jumlah kelahiran yang diakhiri dengan aborsi spontan atau terinduksi UK sebelum 20 mg/500gr

- 2) Usia kehamilan (dalam minggu)
- 3) Kala dan fase persalinan.
- 4) Keadaan janin.
- 5) Normal atau tidak normal.

### **2.2.3 Identifikasi Diagnosa Potensial**

Diagnosa potensial pada kala I adalah perdarahan intrapartum, eklamsia, partus lama, infeksi intrapartum, hipoksia intra uteri. Diagnosa potensial pada kala II adalah syok, dehidrasi, infeksi, preeklamsi-eklamsia, inersia uteri, gawat janin, distosia bahu, tali pusat menumbung/lilitan tali pusat. Pada kala III diagnosa yang mungkin terjadi adalah retensio plasenta, ruptur uteri. Pada kala IV diagnosa potensial yang mungkin terjadi adalah atonia uteri, perdarahan post partum, adanya robekan serviks sehingga menimbulkan perdarahan hebat, syok hipovolemik , dan potensial terhadap robekan perineum derajat II, III, & IV.

#### 2.2.4 Identifikasi Kebutuhan Segera

Merupakan tindakan segera terhadap kondisi yang diperkirakan akan membahayakan klien. Oleh karena itu, bidan harus bertindak segera untuk menyelamatkan jiwa ibu dan anak. Tindakan ini dilaksanakan secara kolaborasi dan rujukan sesuai dengan kondisi klien (Heryani, 2011:123-124).

#### 2.2.5 Intervensi

Rencana untuk pemecahan masalah dibagi menjadi tujuan, rencana pelaksanaan dan evaluasi. Rencana ini disusun berdasarkan kondisi klien (diagnosa, masalah, dan diagnosa potensial) berkaitan dengan semua aspek asuhan kesehatan. Rencana yang dibuat harus rasional dan benar – benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta evidence terkini serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien (Heryani, 2011 : 124)

Dx : G...P...Ab... UK...minggu, T/H/I Presentasi.....  
 Inpartu Kala ... fase .... Keadaan ibu dan janin baik.

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

Kriteria hasil : Keadaan umum ibu baik  
 TTV dalam batas normal  
 TD : 100/60 – 130/90 mmHg  
 Nadi : 60-90x/ menit

RR : 16-24x/ menit

Suhu : 36,5-37,5° C

DJJ : 120-160x/ menit

Kala I :

- 1) Pada Multigravida kala 1 berlangsung  $\pm$  8 jam
- 2) Ada kemajuan persalinan (his makin sering dan durasinya makin lama,  $\emptyset$  dan effacement bertambah, penurunan kepala bertambah, tidak ada moulage) .

a. Beritahu ibu tentang hasil pemeriksaannya dan rencana asuhan selanjutnya serta kemajuan persalinan dan meminta persetujuan ibu untuk menjalani rencana asuhan selanjutnya.

R : meningkatkan partisipasi ibu dalam pelaksanaan intervensi dan meningkatkan kepercayaan agar ibu lebih kooperatif terhadap asuhan yang diberikan.

b. Menjelaskan tentang persalinan, proses persalinan, dan penyebab dari nyeri saat kontraksi mengatur posisi, dan menjaga privasi ibu.

R : penjelasan dapat mengurangi kecemasan dan ketakutan ibu selama proses persalinan.

c. Pantau masukan / pengeluaran cairan. Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih minimal setiap 2 jam sekali.

R : kandung kemih penuh dapat menahan penurunan kepala janin.

d. Lakukan observasi TTV, kontraksi, DJJ, kemajuan persalinan, dan catat dalam lembar observasi.

R : sebagai acuan dan deteksi dini adanya kelainan dalam proses persalinan.

e. Mengajari ibu teknik pernapasan dan relaksasi saat ada kontraksi.

R : teknik relaksasi dan distraksi dapat memecahkan konsentrasi ibu terhadap nyeri , sehingga menurunkan ambang rasa nyeri.

f. Menganjurkan ibu untuk tidak meneran sebelum pembukaan lengkap

R : mencegah kelelahan dan menghindari pembengkakan jalan lahir.

g. Menganjurkan suami dan keluarga untuk mendampingi ibu.

R : sebagai bentuk dukungan psikologis ibu dan memberi rasa nyaman

h. Siapkan partus set.

R : menyiapkan persiapan menolong persalinan

### **2.2.6 Implementasi**

Melaksanakan asuhan secara komprehensif sesuai yang telah direncanakan yang berpedoman pada panduan persalinan normal 58 langkah dan asuhan sayang ibu secara efektif dan aman. Bila perlu dapat berkolaborasi dengan dokter jika terdapat komplikasi.

### **2.2.7 Catatan Perkembangan**

#### **a. Manajemen Kebidanan Kala II**

Tanggal... pukul ..

S : Mengetahui apa yang dirasakan ibu yang menunjukkan tanda –

tanda persalinan serti adanya dorongan meneran dari ibu, pengeluaran lendir yang bercampur darah yang semakin banyak

O : Pembukaan serviks telah lengkap, terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina

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

- P
- 1) Mengenali gejala dan tanda kala II
  - 2) Pastikan kelengkapan persalinan, bahan, dan obat, untuk menolong persalinan dan tata laksana komplikasi ibu dan bayi bayi baru lahir.
  - 3) Pakai celemek plastik.
  - 4) Lepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir, kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk yang bersih dan kering.
  - 5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
  - 6) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik.
  - 7) Bersihkan vulva dan perineum dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi air DTT.
  - 8) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.



- 9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan dengan air mengalir setelah sarung tangan dilepaskan.
- 10) Periksa DJJ setelah kontraksi / saat uterus relaksasi untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal.
- 11) Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, serta bantu ibu dalam menentukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
  - a) Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.
  - b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.
- 12) Minta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran.
- 13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.
- 14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, dan mengambil

posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.

- 15) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- 16) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
- 17) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- 18) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi kepala bayi tetap fleksi agar tidak defleksi dan membantu lahirnya kepala . Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal saat 1/3 bagian kepala bayi telah keluar dari vagina.
- 20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi.
- 21) Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

- 22) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus 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. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- 24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki. Pegang kedua mata kaki.
- 25) Lakukan penilaian sepintas (apakah bayi menangis kuat/bernafas tanpa kesulitan, dan apakah bayi bergerak dengan aktif).
- 26) Keringkan tubuh bayi.

**e. Manajemen Kebidanan Kala III**

Tanggal..... Pukul...

- S : Untuk mengetahui apa yang dirasakan ibu setelah persalinannya apakah ibu senang dengan kelahirannya dan apakah ibu ada kontraksi untuk pengeluaran plasenta.
- O : Tampak tali pusat didepan vulva serta adanya tanda pelepasan

plasenta (perubahan bentuk dan tinggi uterus, tali pusat memanjang, semburan darah mendadak dan singkat.

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

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

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

**f. Manajemen kebidanan kala IV**

Tanggal ...pukul ...

S : Mengetahui apa yang dirasakan ibu setelah melahirkan bayinya dan plasentanya telah keluar

O : kontraksi uterus keras/lembek, kandung kemih penuh/kosong, TFU umumnya setinggi atau beberapa jari di bawah pusat, perdarahan sedikit/banyak, TTV dalam batas normal/tidak, laserasi.

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

P :

- 1) Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi, dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta kedalam kantung plastik atau tempat khusus.
- 2) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.
- 3) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 4) Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu minimal 1 jam.
- 5) Setelah 1 jam lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K<sub>1</sub> 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral.
- 6) Setelah 1 jam pemberian vitamin K<sub>1</sub> berikan suntikan

imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.

- 7) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan per vaginam.
- 8) Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- 9) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- 10) Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua pasca persalinan.
- 11) Periksa kembali bayi untuk pastikan bahwa bayi bernapas baik (40-60x/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5°C).
- 12) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi.
- 13) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai.
- 14) Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 15) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI, anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.

- 16) Dekontaminasi tempat bersalian dengan larutan klorin 0,5%.
- 17) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 18) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 19) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

**g. Pengkajian Bayi Baru Lahir**

Tanggal :

Pukul :

S : Bayi Ny. X lahir spontan dan segera menangis, bayi bergerak dengan aktif, dan menyusu dengan kuat. Bayi lahir pukul..... dengan jenis kelamin.....

O:

Keadaan umum	: Baik
Pernapasan	: 40- 60 x/ menit
Nadi	: 100- 160 x/ menit
Suhu	: 36,5 <sup>0</sup> C- 37 <sup>0</sup> C
Berat badan	: 2500- 4000 gram
Panjang badan	: 48- 52 cm
Lingkar kepala	: 32- 37 cm
Lingkar dada	: 32- 35 cm



LILA : 9- 11 cm

APGAR : 7-10

Pemeriksaan fisik :

- 1) Kepala : untuk mengetahui adanya molase, caput hematoma dan caput succedenum
- 2) Telinga : mengetahui adanya infeksi
- 3) Mata : mengetahui tanda-tanda infeksi, warna sklera dan konjungtiva.
- 4) Hidung : mengetahui adanya pernapasan cuping hidung
- 5) Mulut : mengetahui adanya kelainan bawaan seperti labioskisis atau labiopalatoskisis
- 6) Leher : mengetahui adanya pembengkakan dan gumpalan
- 7) Dada : mengetahui apakah ada retraksi dinding dada, bentuk dada
- 8) Abdomen : mengetahui bentuk, adanya benjolan abnormal, keadaan tali pusat
- 9) Genetalia Laki-laki : testis sudah berada dalam skrotum baik kiri maupun

kanan

Perempuan : vagina ada lubang,  
keadaan labia mayora menutupi  
labia minora

- 10) Anus :apakah atresia ani atau tidak
- 11) Kulit :verniks, warna kulit, tanda lahir
- 12) Ekstremitas :gerak aktif, apakah polidaktil atau  
sindaktil

A : Bayi baru lahir usia ..... dengan kondisi normal

P :

- 1) Memberitahu ibu dan keluarga bahwa bayi ibu dalam keadaan normal tidak ada kelainan.
- 2) Memberitahu ibu tentang tanda bahaya baru lahir seperti keadaan suhu bayi yang terlalu hangat atau terlalu dingin, bayi mengantuk berlebih, gumoh/ muntah berlebih, tali pusat merah, bengkak, bernanah maupun berbau, tidak berkemih dalam waktu 24 jam
- 3) Memberikan konseling kepada ibu tentang menjaga kehangatan bayi, pemberian ASI sesering mungkin, perawatan tali pusat yang baik dan benar, serta perencanaan imunisasi yang lengkap.
- 4) Memberikan salep mata untuk mencegah infeksi pada mata, melakukan penyuntikan Vit K 0,5 ml pada paha kiri secara

IM dan 1 jam kemudian melakukan penyuntikan imunisasi Hb 0 pada paha kanan, serta memandikan bayi setelah 6 jam.

- 5) Ibu dan keluarga mengerti dengan penjelasan yang telah diberikan dan mampu mengulangnya.

### **2.2.8 Evaluasi**

Digunakan untuk meninjau ulang atas implementasi yang akan kita lakukan dan untuk mengetahui implementasi yang kurang dan apakah sudah sesuai dengan kondisi klien atau belum. Hasil evaluasi dituliskan dalam bentuk SOAP