

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep dasar persalinan**

##### **2.1.1 Pengertian persalinan**

Beberapa pengertian dari persalinan adalah sebagai berikut :

- a. Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir (Sarwono, 2008 dalam Sondakh, 2013).
- b. Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologis yang normal. Kelahiran seorang bayi juga merupakan peristiwa sosial yang ibu dan keluarga menantikannya selama 9 bulan. Ketika persalinan dimulai, peranan ibu adalah melahirkan bayinya. Peran petugas kesehatan adalah memantau persalinan untuk mendeteksi dini adanya komplikasi di samping itu bersama keluarga memberikan bantuan dan dukungan pada ibu bersalin (Saifuddin, 2006 dalam Rukiah, 2009).
- c. Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan/kekuatan sendiri (Manuaba, 1998 dalam Lailiyana, 2011).
- d. Persalinan adalah proses pengeluaran (kelahiran) hasil konsepsi yang dapat hidup di luar 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 dalam waktu kurang dari 24 jam (Sondakh, 2013).

### **2.1.2 Tanda mulainya persalinan**

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. Penurunan kadar progesteron**

Kadar hormon progesteron akan mulai menurun pada kira-kira 1-2 minggu sebelum persalinan dimulai (Prawiroharjo, 2007 dalam Sondakh, 2013).

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

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

#### **b. Teori keregangan**

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

c. Teori oksitosin interna

Hipofisis posterior menghasilkan hormon oksitosin. Adanya perubahan keseimbangan antara estrogen dan progesteron dapat mengubah tingkat sensitivitas otot rahim dan akan mengakibatkan terjadinya kontraksi uterus yang disebut braxton hicks. Penurunan kadar progesteron karena usia kehamilan yang sudah tua akan mengakibatkan aktivitas oksitosin interna.

Beberapa tanda-tanda dimulainya proses persalinan adalah sebagai berikut:

a. Terjadinya his persalinan

Sifat his persalinan adalah :

- 1) Pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan,
- 2) Sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar,
- 3) Makin beraktivitas (jalan), kekuatan akan makin bertambah,

b. Pengeluaran lendir dan darah

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

- 1) Pendataran dan pembukaan,

- 2) Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas,
  - 3) Terjadi perdarahan karena kapile pembuluh darah pecah.
- c. Pengeluaran Cairan

Pada beberapa kasus persalinan akan terjadi pecah ketuban. Sebagian besar, keadaan ini terjadi menjelang pembukaan lengkap. Setelah adanya pecah ketuban, diharapkan proses persalinan akan berlangsung kurang dari 24 jam.

- d. Hasil-hasil yang Didapatkan pada Pemeriksaan Dalam

Serviks menjadi lembek, mulai mendatar, dan sekresinya bertambah, kadang bercampur darah (bloody show). Dengan mendekatnya persalinan, maka serviks menjadi matang dan lunak, serta terjadi onliterasi serviks dan kemungkinan sedikit dilatasi.

Persalinan dimulai (inpartu) pada saat uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis), berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Pada ibu yang belum inpartu, kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan pada serviks.

### **2.1.3 Faktor yang mempengaruhi persalinan**

#### **2.1.3.1 Penumpang (Passenger)**

Menurut Sondakh (2013), Penumpang dalam persalinan adalah janin dan plasenta. Hal-hal yang perlu diperhatikan mengenai janin adalah ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin; sedangkan yang perlu diperhatikan pada plasenta adalah letak, besar dan luasnya.

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013), tulang penyusun kepala janin terdiri dari:

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

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

Pada tulang tengkorak janin dikenal beberapa sutura antara lain:

- a. Sutura sagitalis superior

Menghubungkan kedua *os. Parietalis* kanan dan kiri.

- b. Sutura koronaria

Menghubungkan *os. Parietalis* dan *os. frontalis*.

- c. Sutura lambdoidea

Menghubungkan *os. parietalis* dengan *os. oksipitalis*.

- d. Sutura frontalis

Menghubungkan kedua *os. frontalis* kanan dan kiri.

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

- a. *Fontanel minor* (ubun-ubun kecil)

- 1) Berbentuk segitiga,
- 2) Terdapat disutura sagitalis superior bersilang dengan sutura lambdoidea,

- 3) Sebagai penyebut (penunjuk presentasi kepala) dalam persalinan, yang diketahui melalui pemeriksaan dalam (*vaginal touche*).
- b. *Fontanel mayor* (ubun-ubun besar)
- 1) Berbentuk segi empat panjang,
  - 2) Terdapat di sutura sagitalis superior dan sutura frontalis bersilang dengan sutura koronaria.

Menurut Widyastuti, Yani 2011 ukuran diameter janin dibagi menjadi :

a. Diameter

- 1) Diameter *sub occipito bregmatika* 9,5 cm.
- 2) Diameter *occipitofrontalis*. Jarak antara tulang oksiput dan frontal  $\pm 12$  cm.
- 3) Diameter *vertikomento / supraoksipitoental / mentooccipitalis*  $\pm 13,5$  cm, merupakan diameter terbesar, terjadi pada presentasi dahi.
- 4) Diameter submentobregmatika  $\pm 9,5$  cm/ diameter *anteroposterior* pada presentasi muka.

Diameter melintang pada tengkorak janin adalah :

- 1) Diameter *biparietalis* 9,5 cm.
  - 2) Diameter *bitemporalis*  $\pm 8$  cm.
- b. Ukuran Circumferensia (Keliling)
- 1) *Cirkumferensial fronto occipitalis*  $\pm 34$  cm.
  - 2) *Cirkumferensia mento occipitalis*  $\pm 35$  cm.
  - 3) *Cirkumferensia sub occipito bregmatika*  $\pm 32$  cm.

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

a. Janin

1) Sikap (*attitude dan habitus*)

Menunjukkan 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 fisiologi adalah badan janin dalam keadaan kifosis sehingga punggung menjadi konveks, kepala dalam sikap hiperfleksi dengan dagu dekat dada, lengan bersilang didepan dada, tali pusar terletak diantara ekstremitas dan tungkai terlipat pada lipatan paha, serta lutut rapat pada lipatan badan. Sikap fisiologis ini akan menghasilkan sikap fleksi, tetapi jika dagu menjauhi dada hingga kepala menengadah dan tulang punggung berada dalam posisi lordosis, akan menghasilkan sikap defleksi.

2) Letak (*Lie atau Situs*)

Bagaimana sumbu panjang janin berada terhadap sumbu ibu sering dikatakan sebagai letak janin, misalnya letak lintang yaitu dimana sumbu janin sejajar dengan sumbu panjang ibu; letak ini dapat berupa letak kepala/letak sungsang. frekuensi situs memanjang adalah 99,6% (99% letak kepala; 3,6% letak bokong) dan 0,4% letak lintang/miring.

Letak janin dipengaruhi oleh struktur janin yang pertama memasuk panggul ibu. Letak janin dibagi menjadi tiga, yaitu sebagai berikut:

a) Letak membujur atau longitudinal

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

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

b) Letak lintang,

c) Letak miring (*oblique lie*).

3) Posisi

Istilah posisi digunakan untuk menyebutkan bagian janin yang masuk dibagian bawah rahim. Posisi ini dapat diketahui dengan cara palpasi atau pemeriksaaan dalam. Jika pada pemeriksaaan didapatkan kepala, presentasi maka pada umumnya bagian yang menjadi presentasi adalah oksiput. Sementara itu, jika pada pemeriksaan didapatkan presentasi bokong, maka yang menjadi presentasi adalah sakrum; sedangkan pada letak lintang, bagian yang menjadi presentasi adalah skapula bahu. Faktor yang menyebabkan adanya perbedaan-perbedaaan tersebut adalah letak janin dan sikap janin (kepala janin fleksi dan ekstensi).

b. Plasenta

Menurut Sondakh (2013), 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 dari janin. Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013), fungsi plasenta yaitu menyalurkan berbagai antibodi dari ibu dan sebagai barier (penghalang) terhadap janin dari kemungkinan masuknya mikroorganisme atau kavum.

Menurut Sondakh (2013), struktur yang menyusun bagian 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 keatas 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 desidua kompakta yang berasal dari beberapa lobus dan kotiledon sebanyak 15-20 buah. Bagian desidua basalis plaenta yang telah matang disebut sebagai lempeng korionik atau basal, dimana melalui tali pusat, sirkulas uteroplasenta akan berjalan ke ruang-ruang intervili.

- 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).

### 2.1.3.2 Kekuatan (Power)

*Power* merupakan tenaga yang dikeluarkan untuk melahirkan janin, yaitu kontraksi uterus atau his dari tenaga mengejan ibu. Menurut fisiologisnya his persalinan dapat dibagi menjadi his pembukaan, his pengeluaran, his pelepasan plasenta dan his pengiring.

- a. His pembukaan: his menimbulkan pembukaan dari serviks sampai terjadi pembukaan lengkap 10 cm. Sifat spesifik dari kontraksi otot rahim kala pertama adalah:
  - 1) Intervalnya makin lama makin pendek.
  - 2) Kekuatannya makin besar dan kala kelahiran diikuti dengan refleks mengejan.
  - 3) Diikuti dengan retraksi, artinya panjang otot rahim yang telah berkontraksi tidak akan kembali pada bentuk semula.
- b. 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.
- c. His pelepasan plasenta: his dengan kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.

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

### 2.1.3.3 Jalan lahir (Passage)

Jalan lahir terbagi atas dua, yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak.

Jalan lahir keras yaitu sebagai berikut:

- a. Dua *os coxae* (disebut juga tulang innominata)

- 1) Tulang usus (*os ilium*).
- 2) Tulang duduk (*os ischium*).
- 3) Tulang kemaluan (*os pubis*).

- b. *Os sacrum*

Berbentuk segitiga dengan lebar dibagian atas dan mengecil dibagian bawahnya.

- c. *Os coccygis*

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

Menurut Nurasiah, Rukmawati, dan Badriah (2014), ruang panggul terdiri dari:

- a. Pelvis mayor (*false pelvis*): bagian diatas pintu atas panggul tidak berkaitan dengan persalinan.
- b. Pelvis minor (*true pelvis*) terdiri dari:
  - 1) Pintu atas panggul (PAP) atau disebut juga *pelvic inlet*.

- a) Batasan PAP adalah promontorium, sayap *sacrum*, linea innominata, *ramus superior os pubis*, dan pinggir atas *symphysis pubis*.
- b) Ukuran PAP :
- (1) 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.
  - (2) Ukuran melintang (*diameter oblique*)  
 Merupakan ukuran terbesar antara linea inominata diambil tegak lurus pada *conjugata vera*, ukurannya 12,5-13,5 cm.
  - (3) Ukuran sorong (*diameter oblique*)  
*Articulatio sacroiliaca* ke *tuberculum puicum* dari belahan panggul yang bertentangan. Ukurannya 13 cm.
- 2) Bidang tengah panggul terdiri atas bidang luas panggul dan bidang sempit panggul.
- Bidang luas panggul terentang 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* kurang lebih 1-2 cm diatas ujung *sacrum*

### 3) Pintu bawah panggul atau disebut *pelvic outlet*

Pintu bawah panggul bukan 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, sisanya ialah *ligamentum sacrotuberosum* kiri dan kanan. Segitiga depan dibatasi oleh *arcus pubis*.

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013), bidang-bidang hodge dipelajari untuk menentukan sampai dimana bagian terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan. Bidang hodge tersebut antara lain:

- a. Hodge I: bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas *symphysis* dan *promontorium*.
- b. Hodge II: bidang yang sejajar hodge I setinggi bagian bawah *symphysis*.
- c. Hodge III: bidang yang sejajar hodge I setinggi *spina ischiadica*.
- d. Hodge IV: bidang yang sejajar hodge I setinggi tulang *coccygis*.

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013), ukuran-ukuran panggul luar terdiri atas:

- a. Distansia spinarum  
Jarak antara *spina iliaca anterior superior sinistra* dan *dekstra*, jaraknya 24-26 cm.
- b. Distasia kristarum

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

c. Konjugata eksterna/*boudelogue*

Merupakan jarak antara bagian *symphysis* dan *prosesus spinosus* lumbal 5, jaraknya 18-20.

d. Distansia introkantika

Merupakan jarak antara kedua *trokanter mayor*.

e. Distansia tuberum

Jarak antara *ischi* kanan dan kiri. Untuk mengukurnya dipakai jangka panggul *oscanderI*, jaraknya 10,5 cm.

Macam-macam panggul menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013), dalam obstetrik dikenal ada empat macam bentuk menurut Caldwell dan Moley, dengan masing-masing berciri sebagai berikut:

a. Jenis ginekoid

Panggul jenis ini merupakan bentuk panggul yang paling baik, karena dengan bentuk panggul yang hampir bulat seperti ini memungkinkan kepala bayi mengadakan penyesuaian saat proses persalinan. Kurang lebih ditemukan pada 45% wanita.

b. Jenis android

Ciri jenis ini adalah bentuk pintu atas panggulnya hampir seperti segitiga. Panggul jenis ini umumnya dimiliki pria, namun ada jua wanita yang memiliki panggul jenis ini (15%).

c. Jenis platipeloid

Panggul jenis ini seperti panggul ginekoid, hanya mengalami penyempitan pada arah muka belakang. Jenis ini ditemukan pada 5% wanita.

d. Jenis anthropoid

Panggul jenis ini mempunyai ciri berupa bentuknya yang lonjong seperti telur, panggul jenis ini ditemukan pada 35% wanita.

#### **2.1.3.4 Posisi ibu**

Menurut Sondakh (2013), Posisi ibu dapat mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Perubahan posisi yang 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.

Menurut Sulistyawati dan Nugrahey (2013), macam-macam posisi meneran dan keuntungannya adalah:

a. Jongkok

Memaksimalkan sudut dalam lengkungan carus yang memungkinkan bahu terhalang (macet) diatas simfisis pubis.

b. Setengah Duduk

1) membantu dalam penurunan janin dengan kerja gravitasi, menurunkan janin ke panggul, dan kedar panggul.

- 2) lebih mudah bagi bidan untuk membimbing kelahiran kepala bayi dan mengamati/mensupport perineum.
- c. Berdiri
- 1) pasien bisa lebih mudah mengosongkan kandung kemihnya dan kandung kemih yang kosong akan memudahkan penurunan kepala.
  - 2) memperbesar ukuran panggul, menambah 28% ruang outletnya.
- d. Merangkak
- 1) membantu kesehatan janin dalam penurunan lebih dalam ke panggul.
  - 2) baik untuk persalinan untuk punggung yang sakit.
  - 3) membantu janin dalam melakukan rotasi.
  - 4) peregangan minimal pada perineum.
- e. Miring ke kiri
- 1) oksigenasi janin maksimal karena dengan miring kiri sirkulasi darah ibu ke janin lebih lancar.
  - 2) memberi rasa santai bagi ibu yang letih.
  - 3) mencegah terjadinya laserasi.

#### **2.1.3.5 Respon psikologis**

Menurut Rohani, Respon psikologi ibu dapat dipengaruhi oleh:

- a. Dukungan ayah bayi/pasangan selama proses persalinan.
- b. Dukungan kakek nenek (saudara dekat) selama persalinan.
- c. Saudara kandung bayi saat persalinan.



## **2.1.4 Mekanisme persalinan normal**

### **2.1.4.1 Penurunan kepala**

Pada primigravida, masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul biasanya sudah terjadi pada bulan terakhir dari kehamilan, tetapi pada multigravida biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala ke dalam PAP, biasanya dengan sutura sagitalis melintang dan dengan fleksi yang ringan. Masuknya kepala melewati pintu atas panggul (PAP) dapat dalam keadaan asinklitismus yaitu bila sutura sagitalis terdapat ditengah-tengah jalan lahir tepat diantara simfisis dan promontorium.

Pada sinklitismus, os parietal depan dan belakang sama tingginya. Jika sutura sagitalis agak ke depan mendekati simpisis atau agak ke belakang mendekati promontorium, maka dikatakan kepala dalam keadaan asinklitismus, ada 2 jenis asinklitismus yaitu sebagai berikut:

a. Asinklitismus posteror

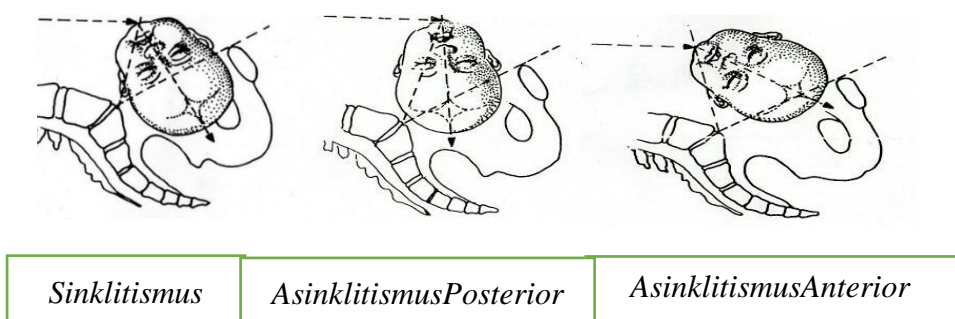
Yaitu bila sutura sagitalis mendekati simpisis dan os parietal belakang lebih rendah dari os parietal depan.

b. Asinklitismus anterior

Yaitu bila sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietal depan lebih rendah dari os parietal belakang.

Pada derajat sedang asinklitismus pasti terjadi pada persalinan normal, tetapi bila berat gerakan ini dapat menimbulkan disproporsi sepelopelvis dengan panggul yang berukuran normal sekalipun.

Penurunan kepala lebih lanjut terjadi pada kala I dan kala II persalinan. Hal ini disebabkan karena adanya kontraksi dan retraksi dari segmen atas rahim yang menyebabkan tekanan langsung fundus pada bokong janin. Dalam waktu yang bersamaan terjadi relaksasi dari segmen bawah rahim sehingga terjadi penipisan dan dilatasi serviks. Keadaan ini menyebabkan bayi terdorong ke dalam jalan lahir. Penurunan kepala ini juga disebabkan karena tekanan cairan intrauterine, kekuatan meneran atau adanya kontraksi otot-otot abdomen dan melurusnya badan bayi.



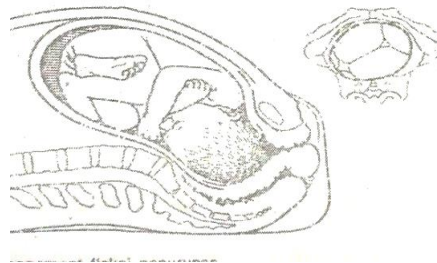
**Gambar 2.1 Mekanisme Proses Persalinan : Penurunan Kepala**

Sumber : Sulistyawati, 2013. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin, Salemba Medika, Jakarta, halaman 107-109.

#### 2.1.4.2 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.

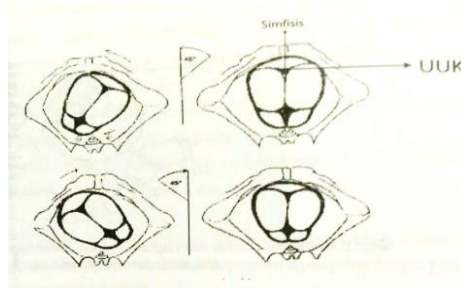


**Gambar 2.2 Mekanisme proses persalinan : Fleksi**

Sumber : Sulistyawati, 2013. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin, Salemba Medika, Jakarta, halaman 111.

#### **2.1.4.3 Rotasi dalam (putar paksi dalam)**

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



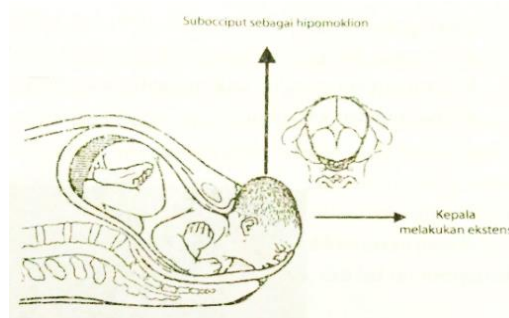
**Gambar 2.3 Mekanisme proses persalinan : Rotasi dalam**

Sumber : Sulistyawati, 2013. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin, Salemba Medika, Jakarta, halaman 112.

#### 2.1.4.4 Ekstensi

Sesudah kepala janin sampai di dasar panggul dan ubun-ubun kecil berada di bawah simpfisis, maka terjadilah ekstensi dari kepala janin. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan ke atas sehingga kepala harus mengadakan fleksi untuk melewatinya. Jika kepala yang fleksi penuh pada waktu mencapai dasar panggul tidak melakukan ekstensi, maka kepala akan tertekan pada perineum dan dapat menembusnya.

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

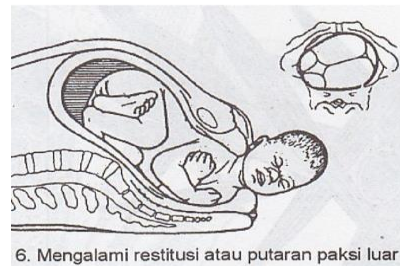


**Gambar 2.4 Mekanisme proses Persalinan : Ekstensi**

Sumber : Sulistyawati, 2013. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin, Salemba Medika, Jakarta, halaman 112.

#### **2.1.4.5 Rotasi luar (putar paksi luar)**

Kepala yang sudah lahir selanjutnya mengalami restitusi yaitu kepala bayi memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Bahu melintasi pintu dalam keadaan miring. Di dalam rongga panggul, bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya sehingga di dasar panggul setelah kepala bayi lahir, bahu mengalami putaran dalam di mana ukuran bahu (diameter bise kromial) menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul. Bersamaan dengan itu kepala bayi juga melanjutkan putaran hingga belakang kepala berhadapan dengan tuberisquidikus sepihak.



6. Mengalami restitusi atau putaran paksi luar

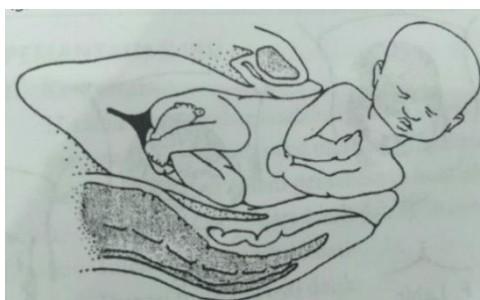
### **Gambar 2.5 Mekanisme proses persalinan : Rotasi Luar**

Sumber : Sulistyawati, 2013. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin, Salemba Medika, Jakarta, halaman 113.

#### **2.1.4.6 Ekspulsi**

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai di bawah simpisis dan menjadi hipomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Setelah kedua bahu bayi lahir, selanjutnya seluruh badan bayi dilahirkan searah dengan sumbu jalan lahir.

Dengan kontraksi yang efektif, fleksi kepala yang adekuat dan janin dengan ukuran yang rata-rata, sebagian besar oksiput yang posisinya posterior berputar cepat segera setelah mencapai dasar panggul sehingga persalinan tidak begitu bertambah panjang. Akan tetapi, pada kira-kira 5-10% kasus, keadaan yang menguntungkan ini tidak terjadi. Sebagai contoh kontraksi yang buruk atau fleksi kepala yang salah atau keduanya, rotasi mungkin tidak sempurna atau mungkin tidak terjadi sama sekali khususnya bila janin besar.



**Gambar 2.6 Mekanisme proses persalinan : Ekspulsi**

Sumber : Sulistyawati, 2013. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*, Salemba Medika, Jakarta, halaman 113.

### 2.1.5 Tahapan-tahapan persalinan

Menurut Annisa, Herni, dan Stephani (2017) tahapan-tahapan persalinan terdiri dari atas kala I (kala pembukaan), kala II (kala pengeluaran janin), kala III (pelepasan plasenta), dan kala IV (kala pengawasan/observasi/prmulihan).

#### a. Kala I

##### 1) Pengertian Kala I

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

- a) Fase laten: berlangsung selama 8 jam, serviks membuka sampai 3 cm.
- b) Fase aktif: berlangsung selama 7 jam, serviks membuka dari 4 cm sampai 10 cm, kontraksi lebih kuat dan sering, dibagi dalam 3 fase :

- (1) Fase akselerasi : dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
- (2) Fase dilatasi maksimal : dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.
- (3) Fase deselerasi : pembukaan menjadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap.

Proses tersebut terjadi pada primigravida ataupun multigravida, tetapi pada multigravida memiliki jangka waktu yang lebih pendek. Pada primigravida, kala I berlangsung  $\pm 12$  jam, sedangkan pada multigravida  $\pm 8$  jam.

## 2) Perubahan Fisiologis Kala I

### a) Uterus

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

### b) Serviks

Serviks mengalami perubahan bentuk menjadi lebih tipis (penipisan/ *effacement*) seiring dengan kontraksi dan retraksi. Serviks membuka disebabkan daya tarikan otot uterus ke atas akibat kontraksi. Proses *effacement* dan dilatasi serviks dapat



melonggarkan membran os internal menyebabkan lendir darah (*show/ bloody show*) dari sumbatan (*operculum*) (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 64-65). Pembukaan serviks selama fase aktif sedikitnya 1 cm/ jam (JNPK-KR, 2014: 64).

c) Ketuban

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

d) Tekanan darah

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

e) Suhu tubuh

Suhu tubuh meningkat tidak lebih dari 0,5-1<sup>0</sup>C, suhu tertinggi selama dan setelah melahirkan dianggap normal sebagai peningkatan metabolisme, namun apabila persalinan berlangsung lebih lama peningkatan suhu tubuh dapat mengindikasikan dehidrasi (Sulistyawati dan Nugraheny, 2013: 67).

f) Detak jantung

Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan diakibatkan peningkatan metabolisme. Perubahan peningkatan denyut nadi setiap adanya kontraksi maupun tidak adanya kontraksi lazim terjadi. Penurunan denyut nadi drastis selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi dengan ibu berbaring posisi miring kiri (Sulistyawati dan Nugraheny, 2013: 67).

g) Perubahan renal

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013: 68), perubahan renal dalam persalinan kala I yaitu kandung kemih harus sering dievaluasi (setiap 2 jam) untuk mengetahui adanya distensi, juga harus dikosongkan untuk mencegah obstruksi persalinan, hipotonia kandung kemih akibat penekanan yang lama, dan retensi urin selama periode pasca persalinan.

h) Gastrointestinal

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

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

### 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 kala I 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) Cara pengisian partograf

Menurut Rohani, Reni Saswita & Marisah (2013: 100), tujuan utama penggunaan partograf yaitu mencatat hasil observasi dan menilai kemajuan persalinan dan mendeteksi apakah persalinan berjalan normal atau terdapat penyimpangan, dengan demikian dapat melakukan deteksi dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama. Menurut Rohani, dkk (2013: 102-112), pencatatan partograf pada fase aktif persalinan, yaitu:

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

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

##### (1) Detak jantung janin

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

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

(2) Warna dan adanya air ketuban

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

U : Selaput ketuban utuh (belum pecah).

J : Selaput ketuban telah pecah dan air ketuban jernih.

M : Selaput ketuban telah pecah dan air ketuban bercampur mekonium.

D : Selaput ketuban telah pecah dan air ketuban bercampur darah.

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

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

(3) Penyusupan (molase) tulang kepala

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

kemungkinan disporposi kepal panggul. Lambang yang digunakan:

- 0 :Tulang–tulng 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

- (1) Catat nadi ibu setiap 30 menit dan beri tanda titik (.) pada kolom yang sesuai.
  - (2) Ukur tekanan darah ibu tiap 10 menit dan beri tanda ↑ pada kolom yang sesuai.
  - (3) Temperatur dinilai setiap dua jam dan catat di tempat yang sesuai.
  - (4) Volume urine, protein dan aseton Lakukan tiap 2 jam jika memungkinkan.
- h) Asuhan, pengamatan, keputusan klinik lainnya
- Catat semua asuhan lain, hasil pengamatan, dan keputusan klinik disisi luar kolom partograf; atau buat catatan terpisah tentang kemajuan persalinan, Cantumkan tanggal dan waktu saat membuat catatan persalinan. Selain itu juga mencantumkan hal sebagai berikut :
- (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 (  $\checkmark$  ) dan diisi titik yang disediakan sesuai dengan asuhan.

j) Penapisan pada saat persalinan

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

b. Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

1) Pengertian Kala II

Menurut Sarwono (2009 : 101), kala II dimulai dari pembukaan lengkap 10 cm sampai bayi lahir, proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi. Tanda-tanda kala II menurut Sondakh (2013: 125) adalah ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rectum dan atau vagina, perineum terlihat menonjol vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka, peningkatan pengeluaran cairan.

Gejala utama kala II adalah sebagai berikut :

- a) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- b) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.

- c) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan akibat tertekannya pleksus frankenhauser.
  - d) Kedua kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi :
    - (1) Kepala membuka pintu.
    - (2) Subocciput bertindak sebagai hipomoglion, kemudian secara berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung, dan muka, serta kepala seluruhnya.
  - e) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
  - f) Setelah putar paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan cara :
    - (1) Kepala dipegang pada os occiput dan di bawah dagu, kemudian ditarik dengan menggunakan cunam ke bawah untuk melahirkan bahu depan dan ke atas untuk melahirkan bahu belakang.
    - (2) Setelah kedua bahu lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi.
    - (3) Bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.
  - g) Lamanya kala II untuk primigravida 1,5-2 jam dan multigravida 1,5-1 jam.
- 2) Perubahan fisiologis kala II
- a) Uterus

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

b) Serviks

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

c) Pergeseran organ dasar panggul

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

3) Asuhan kala II

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

a) Pemantauan ibu

(1) Kontraksi

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

(2) Tanda-tanda kala II

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

(3) Tanda vital

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

(4) Kandung kemih

Pemasangan kateter dengan melakukan pertimbangan, yaitu:

- (a) Ketidaknyamanan bagi pasien.

(b) Kandung kemih memang perlu dikosongkan dikarenakan distensi, tidak berkemih selama 2 jam terakhir, dan jenis intake cairan terakhir kali.

(c) Peningkatan risiko infeksi kandung kemih disebabkan kateter.

(d) Sebagai antisipasi komplikasi yang mungkin terjadi, seperti perdarahan, partus lama, dan distosia bahu.

#### (5) Hidrasi

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

#### (6) Kemajuan persalinan

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

(a) Penonjolan perineum.

(b) Pembukaan anus.

(c) Mekanisme persalinan.

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

#### (7) Integritas perineum

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

b) Pemantauan janin

(1) Saat bayi belum lahir

(a) DJJ

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

(b) Bagian terendah janin

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

(c) Penurunan bagian terendah janin

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

(2) Saat bayi sudah lahir

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

c) Melakukan amniotomi dan episiotomi

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

- (1) Amniotomi adalah tindakan untuk membuka selaput ketuban atau amnion dengan cara membuat robekan kecil yang kemudian akan melebar secara spontan akibat gaya berat cairan dan adanya tekanan dalam rongga amnion. Tindakan dilakukan saat pembukaan lengkap atau hampir lengkap agar penyelesaian proses persalinan berlangsung sebagaimana mestinya. Apabila pemeriksaan dalam teraba bagian-bagian kecil janin, maka jangan sekali-kali memecahkan ketuban karena akan menyebabkan penyulit persalinan.
- (2) Episiotomi adalah insisi dari perineum untuk memudahkan persalinan dan mencegah ruptur perineum totalis. Indikasi episiotomi mempercepat persalinan jika terdapat hal berikut:
  - (a) Gawat janin dan janin akan segera dilahirkan dengan tindakan.
  - (b) Penyulit kelahiran pervaginam misalnya karena bayi sungsang, distosia bahu, ekstraksi vakum, atau forsep.
  - (c) Jaringan pada perineum atau vagina yang memperlambat kemajuan persalinan.

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

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

c. Kala III (Kala Pengeluaran Plasenta)

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Proses lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan mempertahankan tanda-tanda:

- 1) Uterus menjadi bundar.
- 2) Uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim.
- 3) Tali pusat bertambah panjang.
- 4) Terjadi semburan darah tiba-tiba.

Mekanisme Pelepasan Plasenta

Menurut Rohani, dkk (2013: 205-208), pemisahan plasenta ditimbulkan dari kontraksi dan retraksi miometrium sehingga mempertebal dinding uterus dan mengurangi ukuran area plasenta. Area plasenta menjadi lebih kecil sehingga plasenta mulai memisahkan diri dari dinding uterus karena plasenta tidak elastis seperti uterus dan tidak dapat berkontraksi atau beretraksi. Pada area pemisahan, bekuan darah retroplasenta terbentuk. Berat bekuan darah ini menambah tekanan pada plasenta dan selanjutnya membantu



pemisahan. Kontraksi uterus yang selanjutnya akan melepaskan keseluruhan plasenta dari uterus dan mendorongnya keluar vagina disertai dengan pengeluaran selaput ketuban dan bekuan darah retroplasenta. Ada dua metode untuk pelepasan plasenta, yaitu sebagai berikut:

a) Metode *Schultze*

Plasenta terlepas dari satu titik dan merosot ke vagina melalui lubang dalam kantong amnion, permukaan fetal plasenta muncul pada vulva dengan selaput ketuban yang mengikuti dibelakang seperti payung terbalik saat terkelupas dari dinding uterus.

b) Metode *Matthews Duncan*

Plasenta turun melalui bagian samping dan masuk ke vulva dengan pembatas lateral terlebih dahulu seperti kancing yang memasuki lubang baju, bagian plasenta tidak berada dalam kantong.

Fase pengeluaran plasenta adalah sebagai berikut :

a) *Kustner*

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

b) Klien

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

c) Strassman

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

Normalnya, pelepasan plasenta ini berkisar  $\frac{1}{4}$  -  $\frac{1}{2}$  jam sesudah bayi lahir, namun bila terjadi banyak perdarahan atau bila pada persalinan sebelumnya ada riwayat perdarahan postpartum, maka tidak boleh menunggu, sebaiknya plasenta dikeluarkan dengan tangan. Selain itu, bila perdarahan sudah lebih dari 500 cc atau satu nierbeken, sebaiknya plasenta langsung dikeluarkan.

Tanda – tanda pelepasan plasenta adalah sebagai berikut:

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

### Manajemen Aktif Kala III

1) Tujuan

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

## 2) Keuntungan

Keuntungan–keuntungan manajemen aktif kala III adalah sebagai berikut :

- a) Persalinan kala III yang lebih singkat.
- b) Mengurangi jumlah kehilangan darah.
- c) Mengurangi kejadian retensio plasenta.

## 3) Langkah – Langkah Utama Manajemen Aktif Kala III

Menurut Rohani, dkk (2013: 208), manajemen aktif kala III terdiri atas tiga langkah utama, yaitu sebagai berikut :

- a) Pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir.
- b) Melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT).
- c) Masase fundus uteri.

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

dialkukan pemeriksaan dengan spekulum untuk memastikan lokasi robekan serviks. Laserasi perineum dapat diklasifikasi menjadi 4 yaitu:

- (1) Derajat satu : mukosa vagina, komisura posterior, dan kulit.
- (2) Derajat dua : derajat satu + otot perineum.
- (3) Derajat tiga : derajat dua + otot sfingter ani.
- (4) Derajat empat : derajat tiga + dinding depan *rectum*.

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

d. Kala IV (Kala pengawasan/pemulihan/observasi)

Kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam postpartum. Kala ini terutama bertujuan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Darah yang keluar selama perdarahan harus ditakar sebaik-baiknya. Kehilangan darah pada persalinan biasanya disebabkan oleh luka pada saat pelepasan plasenta dan robekan pada serviks dan perineum. Rata-rata jumlah perdarahan yang dikatakan normal adalah 250 cc,

biasanya 100-300 cc. Jika perdarahan lebih dari 500 cc, maka sudah dianggap abnormal, dengan demikian harus dicari penyebabnya.

Perubahan fisiologis kala IV :

a) Uterus

Uterus terletak di tengah abdomen kurang lebih  $\frac{2}{3}$  sampai  $\frac{3}{4}$  , antara simfisis pubis sampai umbilikus. Jika uterus ditemukan di bagian tengah, di atas umbilikus, maka hal tersebut menandakan adanya darah dan bekuan di dalam uterus yang perlu ditekan dan dikeluarkan. Uterus yang berada di atas umbilikus dan bergeser, paling umum ke kanan, cenderung menandakan kandung kemih penuh. Uterus berkontraksi normal harus keras ketika disentuh.

b) Serviks, Vagina, dan Perineum

Keadaan serviks, vagina, dan perineum diinspeksi untuk melihat adanya laserasi, memar, dan pembentukan hematoma awal. Oleh karena inspeksi serviks dapat menyakitkan bagi ibu, maka hanya dilakukan jika ada indikasi. Segera setelah kelahiran, serviks akan berubah menjadi bersifat patulous, terkulai, dan tebal. Tonus vagina dan tampilan jaringan vagina dipengaruhi oleh peregangan yang telah terjadi selama kala II persalinan. Adanya edema atau memar pada introitus atau area perineum sebaiknya dicatat.

c) Plasenta, Membran dan Tali Pusat

Inspeksi unit plasenta membutuhkan kemampuan bidan untuk mengidentifikasi tipe-tipe plasenta dan insersi tali pusat. Bidan harus waspada apakah plasenta dan membrane lengkap, serta apakah terdapat abnormalitas, seperti ada simpul sejati pada tali pusat. Pemantauan dan evaluasi lanjut

Menurut Sondakh (2013:147-148) pemantauan dan evaluasi lanjut kala IV diantaranya :

a) Memperkirakan kehilangan darah

Sangat sulit untuk memperkirakan kehilangan darah ibu bersalin secara tepat. Penilaian kehilangan darah sukar dilakukan karena darah seringkali bercampur dengan cairan atau urin dan mungkin terserap handuk, kain atau sarung. Satu cara untuk menilai kehilangan darah adalah dengan melihat volume darah yang terkumpul dan memperkirakan berapa banyak botol 500 ml dapat menampung semua darah tersebut. Jika darah bisa mengisi dua botol ibu kehilangan 250 ml darah. Cara tidak langsung untuk mengukur jumlah kehilangan darah melalui pemeriksaan tekanan darah.

b) Memeriksa perdarahan dari perineum

Perlu diperhatikan dan ditemukan penyebab perdarahan dari laserasi atau robekan perineum dan vagina, kemudian menilai

perluasan laserasi. Laserasi diklasifikasi berdasarkan luasnya robekan.

c) Pencegahan infeksi

Setelah persalinan, dilakukan dekontaminasi plastic, tempat tidur, dan matras dengan larutan klorin 0,5% kemudian dicuci dengan detergen dan dibilas dengan air bersih. Jika sudah bersih, dikeringkan dengan kain bersih supaya ibu tidak berbaring di atas matras yang basah. Linen yang digunakan selama persalinan didekontaminasi dalam larutan klorin 0,5% kemudian segera cuci dengan air dan detergen.

d) Pemantauan keadaan umum ibu

Sebagian besar kejadian kesakitan dan kematian ibu yang disebabkan oleh perdarahan pascapersalinan terjadi selama empat jam pertama setelah kelahiran bayi. Oleh karena itu, sangatlah penting untuk memantau ibu secara ketat setelah persalinan. Jika tanda-tanda vital dan kontraksi uterus menunjukkan akan mengalami perdarahan pascapersalian, maka penting untuk berada disamping ibu dan bayinya selama 2 jam pertama pascapersalian.

### Penjahitan Luka Episiotomi dan Laserasi

Menurut Rohani, dkk (2013: 238), prinsip dasar penjahitan perineum adalah sebagai berikut:

a) Ibu dalam posisi litotomi.

- b) Penggunaan cahaya yang cukup terang.
- c) Anatomi dapat dilihat dengan jelas.
- d) Tindakan cepat.
- e) Teknik yang steril.
- f) Bekerja hati-hati.
- g) Hati-hati jangan sampai kasa/kapas tertinggal dalam vagina.
- h) Penjelasan dan pendekatan yang peka terhadap perasaan ibu selama tindakan.
- i) Pentingnya tindak lanjut jangka panjang untuk menilai teknik dan pemilihan bahan untuk penjahitan.

### **2.1.6 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 fisiologi Bayi Baru Lahir

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.
  - d) Trauma dingin (hipotermi) pada bayi baru lahir dalam hubungannya dengan asidosis metabolik dapat bersifat mematikan, bahkan pada bayi cukup bulan yang sehat.
- 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

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

#### c. Penilaian

Menurut JNPK-KR (2014 : 114) Sebelum bayi lahir, sesudah ketuban pecah lakukan penilaian apakah air ketuban bercampur mekonium pada presentasi kepala. Segera setelah bayi lahir lakukan penilaian apakah bayi menangis, bernapas spontan dan teratur , apakah bayi lemas/lunglai.

## Penilaian APGAR

Tabel 2.1  
Penilaian keadaan umum bayi berdasarkan nilai APGAR

	0	1	2
<i>Appearance</i> (warna kulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerah- merahan
<i>Pulse rate</i> (frekuensi nadi)	Tidak ada	Kurang dari 100	Lebih dari 100
<i>Grimace</i> (reaksi rangsang)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik (grimace)	Batuk/bersin
<i>Activity</i> (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas dalam sedikit fleksi	Gerakan aktif
<i>Respiration</i> (pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Baik/menangis

Menurut Mead (1996) dalam Sondakh (2013) mengemukakan :

Nilai 7 – 10 : bayi dalam kondisi baik.

Nilai 4 – 6 : menunjukkan adanya depresi sedang dan membutuhkan beberapa tindakan resusitasi sedang.

Nilai 0 – 3 : menunjukkan depresi serius dan membutuhkan resusitasi segera dan mungkin memerlukan ventilasi.

### Prosedur penilaian APGAR

- a) Pastikan bahwa pencahayaan baik, sehingga visualisasi warna dapat dilakukan dengan baik, dan pastikan adanya akses yang baik ke bayi.
- b) Catat waktu kelahiran, tunggu 1 menit, kemudian lakukan pengkajian yang pertama. Kaji kelima variabel dengan cepat dan simultan. Kemudian jumlahkan hasilnya.

- c) Lakukan tindakan dengan cepat dan tepat sesuai dengan hasilnya.
  - d) Ulangi pada menit kelima. Skor harus naik bila nilai sebelumnya 8 atau kurang.
  - e) Ulangi lagi pada menit ke sepuluh.
  - f) Dokumentasikan hasilnya dan lakukan tindakan yang sesuai.
- d. Konsep inisiasi menyusui dini (IMD)

1) Pengertian

Menurut Sondakh (2013 : 170) inisiasi menyusui dini adalah bayi mulai menyusui sendiri segera setelah lahir. Kontak antara kulit bayi dengan kulit ibunya dibiarkan setidaknya selama satu jam segera setelah lahir, kemudian bayinya akan mencari payudara ibunya dengan sendirinya. Cara melakukan inisiasi menyusui dini ini dinamakan *the breast crawl* atau merangkak mencari payudara.

2) Manfaat

a) Bagi ibu

(1) Oksitosin

- (a) Stimulasi kontraksi uterus dan menurunkan resiko perdarahan pasca persalinan.
- (b) Merangsang pengeluaran kolostrum dan meningkatkan produksi ASI.
- (c) Keuntungan mutualistik ibu dan bayi.

(d) Ibu menjadi lebih tenang, memfasilitasi kelahiran plasenta, dan pengalihan rasa nyeri dari berbagai prosedur pasca persalinan lainnya.

(2) Prolaktin

(a) Meningkatkan produksi ASI.

(b) Membantu ibu mengatasi stres terhadap berbagai rasa kurang nyaman.

(c) Memberi efek relaksasi pada ibu setelah bayi selesai menyusui.

(d) Menunda ovulasi.

b) Bagi bayi

(1) Makanan dengan kualitas dan kuantitas optimal. Mendapat kolostrum segera, disesuaikan dengan kebutuhan bayi.

(2) Segera memberikan kekebalan pasif pada bayi. Kolostrum adalah imunisasi pertama bagi bayi.

(3) Meningkatkan kecerdasan.

(4) Membantu bayi mengoordinasikan kemampuan menghisap, menelan dan bernafas.

(5) Meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dan bayi.

(6) Mencegah kehilangan panas.

(7) Meningkatkan berat badan.

3) Langkah dalam pemberian IMD

Menurut Sondakh (2013 : 173) langkah dalam pemberian IMD adalah :

- a) Lahirkan, lakukan penilaian penilaian pada bayi, keringkan.
  - (1) Catat waktu kelahiran bayi.
  - (2) Letakkan bayi diperut ibu.
  - (3) Kaji bayi apakah perlu dilakukan resusitasi apa tidak (2 detik).
  - (4) Bila tidak perlu resusitasi, keringkan tubuh bayi mulai dari wajah, kepala, dan bagian tubuh lainnya dengan halus tanpa membersihkan verniks. Setelah kering, selimuti bayi dengan kain kering untuk menunggu 2 menit sebelum tali pusat diklem.
  - (5) Hindari mengeringkan tangan bayi.
  - (6) Lendir cukup dilap dengan air bersih, pengisapan lendir di dalam mulut atau hidung dapat merusak selaput lendir dan meningkatkan resiko infeksi pernapasan.
  - (7) Periksa kembali uterus untuk memasikan kembali hamil tunggal. Kemudian suntik oksitosi 10 IU secara IM, serta jaga bayi tetap hangat.
- b) Lakukan kontak kulit dengan kulit selama paling sedikit 1 jam. Biarkan bayi mencari dan menemukan puting ibu dan mulai menyusu.



- (1) Setelah tali pusat dipotong, letakkan bayi tengkurap didada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga badan bayi menempel di dada ibu. Kepala bayi diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting.
  - (2) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat, dan pasang topi bayi.
  - (3) Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam., mintalah ibu untuk memeluk bayinya. Sebagian besar bayi baru berhasil melakukan IMD dalam waktu 30-60 menit.
  - (4) Hindari membasuh atau menyeka payudara ibu sebelum bayi menyusui.
  - (5) Selama kontak kulit tersebut, lanjutkan dengan manajemen aktif kala III.
- c) Biarkan bayi mencari dan menemukan puting susu dan mulai menyusui.
- (1) Biarkan bayi mencari dan menemukan puting susu.
  - (2) Anjurkan ibu dan orang lain untuk tidak menginterupsi supaya bayi menyusui. Misalnya, dengan memindahkan bayi dari payudara satu ke yang lain.
  - (3) Menunda semua asuhan BBL normal hingga bayi selesai menyusui. Tunda memandikan bayi 6-24 jam untuk mencegah hipotermi.

- (4) Usahakan tetap menempatkan ibu dan bayi di ruang bersalina samapai bayi selesai menyusui.
- (5) Segera setelah bayi selesai menghisap dan menelan, lakukan asuhan bayi baru lahir normal.

Masalah potensial yang mungkin terjadi pada janin dan BBL

1) Asfiksia bayi baru lahir

a) Pengertian

Asfiksia bayi baru lahir adalah suatu keadaan bayi baru lahir yang gagal bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir (FKUI RSCM, 2000: 1072).

b) Tanda dan gejala

- (1) Tidak ada pernapasan (apnea)/ pernapasan lambat (< 30 kali/ menit).
- (2) Pernapasan tidak teratur, dengkur, atau retraksi.
- (3) Tangisan lemah.
- (4) Warna kulit pucat dan biru.
- (5) Tonus otot lemas atau terkulai.
- (6) Denyut jantung tidak ada atau perlahan (< 100 kali/ menit).

c) Etiologi

Aliran darah ibu ke janin dapat dipengaruhi oleh keadaan ibu. Jika aliran oksigen ke janin berkurang, akan mengakibatkan gawat janin. Hal ini dapat menyebabkan asfiksia pada bayi baru

lahir. Akan tetapi, bayi juga dapat mengalami asfiksia tanpa didahului dengan tanda gawat janin.

d) Patofisiologi

Patofisiologi yang menyebabkan asfiksia diantaranya kurangnya oksigenasi sel, retensi karbon dioksida berlebihan dan asidosis metabolik.

e) Penataksanaan

- (1) Memastikan jalan nafas terbuka.
- (2) Isap lendir dari hidung bayi sedalam kurang lebih 3 cm, dari mulut bayi kurang lebih 5 cm.
- (3) Lakukan resusitasi pada asfiksi bayi baru lahir.

2) Hipotermi

a) Pengertian

Hipotermi merupakan suatu keadaan bayi baru lahir dimana suhu tubuhnya  $< 36^{\circ}\text{C}$  serta kedua kaki dan tangan terasa dingin (Rukiyah, 2012: 283).

b) Etiologi

- (1) Radiasi , hilangnya panas dari objek ke panas bayi (timbangan bayi yang dingin).
- (2) Evaporasi, hilangnya panas karena penguapan cairan yang melekat pada kulit (air ketuban yang belum dikeringkan).
- (3) Konduksi, panas bayi diambil oleh suatu permukaan yang melekat ditubuh bayi (pakaian bayi yang basah).

- (4) Konveksi, penguapan dari tubuh ke udara (angin disekitar tubuh bayi).
- c) Tanda dan gejala
- Bayi tidak mau minum, bayi tampak lesu atau mengantuk saja, tubuh bayi teraba dingin, dalam keadaan berat, denyut jantung bayi menurun dan kulit bayi mengeras (sklerema).
- d) Penatalaksanaan
- (1) Segera menghangatkan bayi di dalam incubator atau melalui penyinaran lampu.
  - (2) Metoda kangguru, yaitu dengan menghangatkan bayi dengan kontak langsung antara kulit ibu dan bayi, dengan tetap menyelimuti tubuh ibu dan bayi.

## **2.2 Konsep Manajemen Kebidanan**

Untuk melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu bersalin, hal-hal yang dilakukan meliputi pengkajian data, mengidentifikasi diagnosa dan masalah, mengidentifikasi diagnosa dan masalah potensial, mengidentifikasi kebutuhan segera, merencanakan tindakan/ intervensi, melaksanakan asuhan/implementasi, serta mengevaluasi tindakan yang sudah dilaksanakan. Langkah-langkah tersebut akan diuraikan sebagai berikut:

### **2.2.1 Manajemen kebidanan kala I**

- a. Pengkajian

Pengkajian data meliputi kapan, dimana, dan oleh siapa pengkajian dilakukan. Adapun pengkajian data meliputi pengkajian data subjektif dan objektif yang akan dijelaskan sebagai berikut:

1) Data Subjektif

a) Biodata

Nama Suami/istri :Dikaji untuk mengetahui identitas klien, agar tidak terdapat kekeliruan antara klien satu dengan yang lainnya.

Usia/tanggal lahir :Digunakan untuk menentukan apakah ibu dalam persalinan berisiko karena usia atau tidak. Apabila usia ibu  $\geq 35$  tahun atau  $\leq 16$  tahun dapat membahayakan keselamatan dan kesehatan janin dalam kandungan (Sulistyawati, 2013).

Agama :Dikaji untuk memudahkan bidan dalam memberikan konseling sesuai dengan agama yang dianut.

Pendidikan terakhir :Sebagai dasar untuk menentukan metode yang paling tepat dalam penyampaian informasi mengenai teknik melahirkan bayi. Tingkat pendidikan ini akan sangat mempengaruhi daya tanggap pasien terhadap instruksi yang diberikan pada proses persalinan (Sulistyawati, 2013).

Pekerjaan :Menggambarkan tingkat social ekonomi, pola sosialisasi dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan (Sulistyawati, 2013).

Alamat :Dikaji untuk memudahkan bidan dalam melakukan kunjungan rumah.

#### b) Riwayat Pasien

##### (1) Alasan Datang

Ditanyakan alasan klien datang ke fasilitas kesehatan.

##### (2) Keluhan Utama

Pada persalinan, informasi yang harus didapat dari pasien adalah kapan mulai terasa ada kencang-kencang di perut, bagaimana intensitas dan frekuensinya, apakah ada pengeluaran cairan dari vagina yang berbeda dari air kemih, apakah sudah ada pengeluaran lendir yang disertai darah serta pergerakan janin untuk memastikan kesejahteraannya (Sulistyawati, 2013).

##### (3) Riwayat Menstruasi

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) merupakan data dasar yang diperlukan untuk menentukan usia kehamilan, apakah cukup bulan atau premature tetapi apabila HPHT tidak dapat diingat oleh ibu maka perlu dilakukan pemeriksaan penunjang yaitu Ultra Sonografi (USG) (Rohani dkk, 2011).

Hari Perkiraan Lahir (HPL) merupakan data dasar yang digunakan untuk menentukan perkiraan bayi akan dilahirkan dimana akan dihitung dari HPHT (Rohani dkk, 2011). Dalam hal ini untuk menunjukkan apakah ibu akan melahirkan dengan aterm ataukah preterm (UK 28-36 minggu), serotinus ( $UK \geq 42$  minggu).

#### (4) Riwayat Kesehatan

Data ini sangat penting karena akan memberikan petunjuk tentang organ reproduksi pasien. Meliputi : infertilitas, penyakit kelamin, tumor atau kanker sistem reproduksi, operasi ginekologi. Jika didapatkan adanya salah satu atau beberapa riwayat gangguan kesehatan alat reproduksi, maka harus waspada akan adanya kemungkinan gangguan kesehatan alat reproduksi pada masa postpartum.

#### (5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat keluarga memberi informasi tentang keluarga dekat pasien, termasuk orangtua, saudara kandung, dan anak-anak. Hal ini membantu mengidentifikasi gangguan genetik atau familial dan kondisi-kondisi yang dapat mempengaruhi status kesehatan wanita atau janin. Apakah dalam anggota keluarga memiliki riwayat keturunan kembar.

Contoh penyakit keluarga yang perlu ditanyakan : kanker, penyakit jantung, hipertensi, diabetes, penyakit ginjal, penyakit jiwa, kelainan

bawaan, kehamilan ganda, TB, epilepsi, kelainan darah, alergi, kelainan genetik (Hani dkk, 2011).

(6) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu

(a) Kehamilan

Pengkajian mengenai berapa jumlah kehamilan pada ibu, apakah jarak antara anak pertama dengan anak ke dua lebih dari 10 tahun, apakah ibu pernah hamil  $\geq 4$  (grandemulti) dan apakah ibu mengalami masalah/gangguan saat kehamilan seperti mual dan muntah yang tiada henti dan membuat berat badan ibu menurun (hyperemesis), apakah ibu selama hamil mengkonsumsi tablet Fe atau ibu sering merasa lemah, letih, dan lesu (anemia), apakah pernah keguguran atau keluarnya perdarahan secara pervaginam (abortus), apakah ibu pernah mengalami hamil anggur (mola hodatidosa), apakah pernah hamil diluar kandungan (kehamilan ektopik terganggu), apakah ibu pernah merasakan pusing yang hebat, pandangan kabur, dan bengkak-bengkak ditangan dan wajah (preeklamsi/eklamsi). Apakah ibu pernah menderita diabetes melitus, apakah ibu mengalami kekurangan energi kronis (KEK) dengan cara mengukur indeks masa tumbuh ibu (IMT).

(b) Persalinan

Pengkajian dilakukan untuk mengetahui kapan terakhir kali ibu mengalami persalinan, apakah anak terkecil kurang dari 2 tahun (jarak yang terlalu dekat) ataukah persalinan terakhir  $\geq 10$  tahun



yang lalu (primi tua sekunder), janin mati dalam kandungan dan untuk mengetahui cara persalinan spontan atau buatan yang dikarenakan kelainan letak seperti letak sungsang maupun letak lintang ataukah kehamilan kembar, polihidramnion, oligohidramnion dan gawat janin sehingga ibu harus bersalin SC atau dengan bantuan alat seperti cunam, vakum, dan forcep.

Apakah pada saat persalinan ibu pernah di infus (*drip oksidasi*) dikarenakan tidak adanya kemajuan persalinan dirujuk kerumah sakit dikarenakan perdarahan seperti atonia uteri, robekan serviks, robekan derajat III dan IV, ruptur uteri, inversio uteri dan lain-lain. Apakah dalam pengeluaran uri ibu dirogoh (*retensio plasenta*). Siapa penolong persalinan, tenaga kesehatan ataukah dukun.

(c) Nifas

Pengkajian dilakukan apakah ibu mengalami keluhan secara emosional (*baby blues*) terhadap bayinya dan keluhan fisik seperti panas tinggi dan nyeri pada bagian tubuh tertentu seperti tungkai dan bawah perut (infeksi), perdarahan yang memerlukan tindakan (sisa plasenta), kejang – kejang (*preeklampsi/eklampsi*), dan apakah ibu menyusui bayinya setelah persalinan secara eksklusif atau tidak, sehingga ibu mengalami masalah laktasi (*pembengkakan payudara/mastitis/ abses*).

### (7) Riwayat Pernikahan

Sebagai gambaran mengenal suasana rumah tangga pasangan serta kepastian mengenai siapa yang akan mendampingi persalinan. Data yang dikaji adalah: usia menikah pertama kali, status pernikahan sah/tidak, lama pernikahan dan perkawinan yang sekarang dengan suami yang keberapa (Sulistiyawati, 2013 : 223). Untuk mengetahui apakah ibu hamil pertama setelah menikah 4 tahun atau lebih dengan suami (primi tua) yang dapat membahayakan kondisi kesehatan ibu dan janin.

### (8) Riwayat Kehamilan Sekarang (Kusmiyati, 2011:4)

Trimester I :Berisi tentang bagaimana awal mulai terjadinya kehamilan, ANC dimana dan berapa kali, apakah selama hamil ibu mengalami keluhan yang dapat membahayakan kondisi ibu dan janin seperti perdarahan dan nyeri perut hebat (abortus, kehamilan ektopik, mola hidatidosa) dan mual muntah yang tiada henti serta membuat berat badan ibu menurun (hyperemesis gravidarum) obat yang dikonsumsi, serta KIE yang didapat.

Trimester II :Berisi tentang ANC dimana dan berapa kali, apakah selama hamil mengalami keluhan yang merupakan tanda bahaya seperti pusing yang hebat, pandangan kabur, dan bengkak-bengkak

ditangan dan wajah (preeklampsi/eklampsi), pecahnya ketuban secara merembes ataupun spontan (KPD) dan menanyakan obat yang dikonsumsi seperti tablet Fe apakah diminum secara teratur dan berapa banyak jumlahnya (apabila lebih dari satu menandakan anemia), serta KIE yang didapat. Sudah atau belum merasakan gerakan janin, usia berapa merasakan gerakan janin (gerakan pertama fetus pada primigravida dirasakan pada usia 18 minggu dan pada multigravida 16 minggu), serta imunisasi yang didapat.

### Trimester III

:Berisi tentang ANC dimana dan berapa kali, apakah ibu mengalami keluhan yang dapat mengarah kepada komplikasi seperti pusing yang hebat, pandangan kabur, tekanan darah tinggi, dan bengkak-bengkak ditangan dan wajah (preeklampsi/eklampsi) dan tidak adanya atau berkurangnya gerakan janin menandakan gawat janin, obat yang dikonsumsi, serta KIE yang didapat.

(9) Riwayat KB

Apakah selama hamil ibu tetap menggunakan KB, jika iya ibu menggunakan KB jenis apa, sudah berhenti berapa lama, keluhan selama ikut KB dan rencana penggunaan KB setelah melahirkan. Hal ini untuk mengetahui apakah kehamilan ini karena faktor gagal KB atau tidak (Romauli, 2011:8).

(10) Pola kebiasaan sehari-hari sebelum persalinan

(a) Pola nutrisi

Dikaji untuk mengetahui selama dalam proses persalinan kapan ibu makan dan minum terakhir, jenis makanan yang ibu makan dan minum, dan berapa porsi.

(b) Pola istirahat

Diperlukan untuk mempersiapkan energi menghadapi proses persalinan. Data fokusnya adalah: kapan terakhir tidur, berapa lama dan aktivitas sehari-hari (Sulistiyawati, 2013). Apakah ibu mengalami keluhan yang mengganggu proses istirahat.

(c) Personal hygiene

Data ini berkaitan dengan kenyamanan pasien dalam menjalani proses persalinannya. Data fokusnya adalah: kapan terakhir mandi, keramas dan gosok gigi serta kapan terakhir ganti baju dan pakaian dalam (Sulistiyawati, 2013). Apakah ibu memiliki keluhan keputihan yang berbau dan berwarna kuning atau hijau pada daerah kemaluan ibu.

(d) Aktifitas seksual

Data yang diperlukan adalah: keluhan, frekuensi dan kapan terakhir melakukan hubungan seksual (Sulistyawati, 2013).

(11) Respon keluarga terhadap persalinan

Hal ini penting untuk kenyamanan psikologis ibu. Adanya respon yang positif dari keluarga terhadap persalinan akan mempercepat proses adaptasi pasien dalam menerima kondisi dan perannya.

(12) Adat istiadat setempat yang berkaitan dengan persalinan

Apakah ibu pernah mengkonsumsi jamu-jamuan, apakah ibu pernah mengkonsumsi rumput fatimah.

2) Data Objektif

a) Keadaan Umum

Data ini dapat mengamati keadaan pasien secara keseluruhan (Sulistyawati, 2013).

(1) Baik

Jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan (Sulistyawati, 2013).

(2) Lemah

Pasien kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain dan pasien sudah tidak mampu berjalan sendiri (Sulistyawati, 2013).

### (3) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien dari keadaan komposmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati, 2013).

### (4) Tanda Vital

Untuk mengenali dan mendeteksi kelainan dan penyulit atau komplikasi yang berhubungan dengan tanda-tanda vital pasien (Sulistyawati, 2013).

#### (a) Tekanan Darah

Kenaikan atau penurunan tekanan darah merupakan indikasi adanya gangguan hipertensi dalam kehamilan atau syok. Peningkatan tekanan darah sistol dan diastole dalam batas normal dapat mengindikasikan ansietas atau nyeri. Tekanan darah normal pada orang dewasa 90/60 mmHg sampai 120/80 mmHg. (Rohani dkk, 2011).

#### (b) Nadi

Peningkatan denyut nadi dapat menunjukkan adanya infeksi, syok, ansietas atau dehidrasi. Nadi yang normal adalah tidak lebih dari 100 kali per menit (Rohani dkk, 2011).

#### (c) Pernapasan

Peningkatan frekuensi pernafasan dapat menunjukkan ansietas atau syok (Rohani dkk, 2011).

(d) Suhu

Peningkatan suhu menunjukkan adanya proses infeksi atau dehidrasi (Rohani dkk, 2011).

(5) Kepala

Untuk menilai tentang nutrisi, hygiene dan kelainan pada organ-organ pasien yang dapat menghambat atau mempersulit proses persalinan (Sulistyawati, 2013).

(6) Mata

Dikaji apakah konjungtiva anemis atau tidak pada pasien yang mungkin dapat menjadi komplikasi pada persalinannya), dikaji sclera, kebersihan, kelainan pada mata dan gangguan penglihatan (rabun jauh/dekat) (Rohani dkk, 2011).

(7) Mulut

(a) Bibir

Dikaji apakah ada kepucatan pada bibir (apabila terjadi kepucatan pada bibir maka mengindikasikan terjadinya anemia pada pasien yang mungkin dapat menjadi komplikasi pada persalinannya), integritas jaringan (lembab, kering atau pecah-pecah) (Rohani dkk, 2011).

(b) Lidah

Dikaji apakah ada kepucatan pada lidah (apabila terjadi kepucatan pada lidah maka mengindikasikan terjadinya

anemia pada pasien yang mungkin dapat menjadi komplikasi pada persalinannya), kebersihannya (Rohani dkk, 2011).

(8) Leher

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

(9) Dada

Untuk menilai adanya kelainan atau penyakit yang berhubungan dengan sistem respirasi dan kardiovaskuler serta digunakan untuk menilai apakah kolostrum sudah keluar (Sulistyawati, 2013).

(a) Bentuk

Dikaji tentang bentuknya apakah simetris atau tidak serta apakah ada retraksi intercosta (apabila ada retraksi intercostal menandakan adanya masalah pada sistem respirasi) (Sulistyawati, 2013).

(b) Payudara

Dikaji apakah ada kelainan bentuk pada payudara, adakah hiperpigmentasi pada areola, adakah teraba nyeri dan mas pada payudara (Sulistyawati, 2013).

(c) Denyut Jantung

Dikaji apakah ada bunyi tambahan pada jantung (Sulistyawati, 2013).



(d) Gangguan Pernapasan

Dikaji adanya retraksi intercosta, adanya bunyi tambahan pada paru-paru (*wheezing, ronchi*) (Sulistyawati, 2013).

(10) Perut

Digunakan untuk menilai adanya kelainan pada abdomen serta memantau kesejahteraan janin, kontraksi uterus dan menentukan kemajuan proses persalinan (Sulistyawati, 2013).

(a) Bekas Operasi SC

Digunakan untuk melihat apakah ibu pernah mengalami operasi SC, sehingga dapat ditentukan tindakan selanjutnya (Rohani dkk, 2011).

(b) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

TFU berkaitan dengan usia kehamilan (dalam minggu). Berat dan tinggi fundus yang lebih kecil daripada perkiraan kemungkinan menunjukkan kesalahan dalam menentukan tanggal HPHT, kecil masa kehamilan (KMK) atau oligohidramnion. Sedangkan berat janin dan tinggi fundus yang lebih besar menunjukkan ibu salah dalam menentukan tanggal HPHT, bayi besar (mengindikasikan diabetes), kehamilan atau polihidramnion. Bayi yang besar memberi peringatan terjadinya atonia uteri pascapartum, yang menyebabkan perdarahan atau kemungkinan distosia bahu (Rohani dkk, 2011).

(c) Pemeriksaan Leopold

Digunakan untuk mengetahui letak, presentasi, posisi dan variasi janin. Pemeriksaan digunakan untuk memastikan letak (misalnya lintang), presentasi (misalnya bokong) (Rohani dkk, 2011).

(d) Kontraksi Uterus

Frekuensi, durasi dan intensitas kontraksi digunakan untuk menentukan status persalinan (Rohani dkk, 2011).

(e) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Untuk menentukan TBJ dapat menggunakan rumus dari Jhonson Thusak yang didasarkan pada TFU yang dapat dibuat variasi berdasarkan turunnya bagian terendah pada panggul. Cara menghitung Tafsiran Berat janin adalah

Berat Janin = (tinggi fundus uteri-12) x 155 gram (jika kepala belum masuk PAP)

Berat Janin = (tinggi fundus uteri-11) x 155 gram ( Jika kepala sudah masuk PAP). (Ummi Hani, dkk, 2010).

(f) Denyut Jantung Janin (DJJ)

Normal apabila DJJ terdengar 120-160 kali per menit, (Rohani dkk, 2011).

(g) Palpasi Kandung Kemih

Kandung kemih harus kosong untuk mempercepat penurunan kepala janin.

(11) Ekstremitas

Untuk menilai adanya kelainan pada ekstremitas yang dapat menghambat atau mempengaruhi proses persalinan (Sulistyawati, 2013).

(a) Atas

Dikaji apakah ada gangguan/kelainan pada ekstremitas atas serta bentuk dari ekstremitas (Sulistyawati, 2013).

(b) Bawah

Dikaji apakah ada odema dan varises (Sulistyawati, 2013).

(12) Genetalia

Digunakan untuk mengkaji tanda-tanda inpartu, kemajuan persalinan, hygiene pasien dan adanya tanda-tanda infeksi vagina (Sulistyawati, 2013).

(a) Kebersihan.

(b) Pengeluaran pervaginam

Adanya pengeluaran lendir darah (*bloody show*).

(c) Tanda-tanda infeksi vagina

Adanya pengeluaran cairan seperti keputihan yang berwarna kuning kehijauan dan berbau, terdapat kondiloma akuminata dan kondiloma talata, terdapat lesi, erosi, discharge, benjolan abnormal dan nyeri sentuh.

(d) Pemeriksaan dalam

Dikaji untuk menentukan pembukaan, penipisan serviks, ketuban sudah pecah atau belum, again bawah (presentasi apa), turunnya bagian bawah, POD (Point Of Direction).

(13) Anus

Digunakan untuk mengetahui kelainan pada anus seperti hemoroid yang berpengaruh dalam proses persalinan (Sulistyawati, 2013 : 228).

(a) Hemoroid.

(b) Kebersihan.

(14) Data Penunjang

Digunakan untuk mengetahui keadaan ibu dan janin untuk mendukung proses persalinan (Sulistyawati, 2013 : 228).

(a) USG

Digunakan untuk mengetahui letak dan posisi janin, jumlah janin, letak plasenta, dan perkiraan besar janin.

(b) Laboratorium meliputi: kadar Hemoglobin (Hb)

Digunakan untuk mengetahui apakah ibu mengalami anemia atau tidak.

(c) Golongan Darah

Digunakan untuk mengetahui golongan darah ibu karena hal ini penting bila sewaktu-waktu ibu membutuhkan transfusi darah.

b. Identifikasi Diagnosa dan Masalah Aktual

Diagnosa : G\_ P\_ \_ \_ \_ Ab \_ \_ \_ UK \_ \_ minggu T/H/I presentasi  
Punggung kanan/kiri Kala I fase laten/aktif persalinan dengan keadaan  
ibu dan janin baik.

Data Subjektif : Ibu mengatakan merasa kenceng-kenceng sejak  
jam ...

Kehamilan ke...

Persalinan ke...

Pernah abortus atau tidak

HPHT...

Data Objektif : Keadaan Umum :Baik

Kesadaran : composmentis

TD : 90/60-10/80 mmHg

Nadi : 60-96x/menit

RR : 12-20x/menit

Suhu : 36,5 – 37,5 C

TB : ... cm

BB hamil : ... kg

TP : ...

LILA : ... cm

## Palpasi Abdomen

Digunakan untuk mengetahui letak, presentasi, posisi dan variasi janin. Pemeriksaan digunakan untuk memastikan letak (misalnya lintang), presentasi (misalnya bokong) (Rohani dkk, 2013).

- Leopold I : TFU sesuai dengan usia kehamilan, teraba lunak, kurang bundar, kurang melenting (bokong).
- Leopold II : Teraba datar, keras, dan memanjang kanan/kiri (punggung), dan bagian kecil pada bagian kanan/kiri.
- Leopold III : Teraba keras, bundar, melenting, (kepala) bagian terendah, sudah masuk PAP atau belum.
- Leopold IV : Untuk mengetahui seberapa jauh kepala masuk PAP (konvergen/ sejajar/ divergen).
- Auskultasi :DJJ frekuensi 120 – 160 x/menit, ritme reguler/ireguler, intensitas kuat/lemah.

## Masalah Aktual

Dalam asuhan kebidanan istilah “masalah” dan “diagnosis” dipakai keduanya karena beberapa masalah tidak dapat didefinisikan sebagai

diagnosis, tetapi perlu dipertimbangkan untuk membuat rencana yang menyeluruh. Masalah sering berhubungan dengan bagaimana wanita itu mengalami kenyataan terhadap diagnosisnya.

c. Merumuskan Diagnosis/Masalah Potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah yang ada (Sulistyawati, 2013).

Diagnosa potensial pada kala II adalah syok, dehidrasi, infeksi, preeklamsi-eklamsia, inersia uteri, gawat janin, distosia bahu, tali pusat menumbung/ lilitan tali pusat (JNPK-KR,2014 : 90).

Pada kala III diagnosa yang mungkin terjadi adalah retensio plasenta, ruptur uteri, dan kontraksi inadkuat.

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.

d. Mengidentifikasi Kebutuhan dan Penanganan Segera

Digunakan apabila terjadi situasi darurat dimana harus segera melakukan tindakan untuk menyelamatkan pasien (Sulistyawati, 2013).

e. Intervensi

Diagnosa : G\_ P\_ \_ \_ \_ Ab \_ \_ \_ Uk ... minggu, janin T/H/I,  
Letak kepala, punggung kanan/punggung kiri kala I

fase laten/aktif persalinan dengan keadaan ibu dan janin baik.

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

KH :Keadaan Umum : 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 :

Pada Multigravida kala 1 berlangsung  $\pm$  8 jam.

Ada kemajuan persalinan (his makin sering dan durasinya makin lama,  $\emptyset$  dan efficement bertambah, penurunan kepala bertambah, tidak ada moulage).

Kala II :

Lama kala II tidak lebih dari 1 jam.

Ibu meneran dengan efektif.

Bayi lahir spontan menangis kuat dan gerak aktif dan kulit kemerahan.

Kala III :

Plasenta lahir lengkap tidak lebih dari 30 menit.



Kontraksi uterus baik, keras (globuler).

Jumlah perdarahan < 500 cc.

Kala IV

TTV ibu dalam batas normal.

TFU umumnya setinggi atau beberapa jari di bawah pusat.

Uterus berkontraksi dengan baik.

Kandung kemih dalam keadaan kosong.

Perdarahan < 500 cc.

Intervensi:

- 1) Berikan konseling, informasi dan edukasi (KIE) kepada ibu mengenai hasil pemeriksaannya, bahwa ibu dan janin dalam keadaan baik.

Rasional : Hak ibu untuk mengetahui kondisinya sehingga ibu menjadi lebih kooperatif dalam pemberian asuhan terhadapnya (Rohani, 2013).

- 2) Berikan KIE tentang prosedur seperti pemantauan janin dan kemajuan persalinan normal.

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

- 3) Anjurkan klien untuk mengungkapkan perasaan, masalah dan rasa takut.

Rasional : Stres, rasa takut dan ansietas mempunyai efek yang dalam pada proses persalinan, sering memperlama persalinan karena ketidakseimbangan epinefrin dan norepinefrin dapat meningkatkan disfungsi pola persalinan.

- 4) Anjurkan klien untuk berkemih setiap 1-2 jam.

Rasional : Mempertahankan kandung kemih bebas distensi yang dapat meningkatkan ketidaknyamanan, mengakibatkan kemungkinan trauma, mempengaruhi penurunan janin dan memperlama persalinan.

- 5) Pemberian cairan dan nutrisi pada klien

Rasional : Dehidrasi dapat memperlambat kontraksi dan membuat kontraksi jadi tidak teratur dan kurang efektif. (Sondakh, 2013).

- 6) Bimbing klien untuk melakukan teknik relaksasi dengan cara mengusap perut dan punggung ibu serta teknik bernapas.

Rasional : Mengusap-usap perut merupakan salah satu upaya yang dilakukan oleh partisipan, hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa efflurage akan memberikan distraksi dan akan mengurangi nyeri dengan menghambat transmisi semua sinyal nyeri. Teknik efflurage biasanya dikombinasi dengan teknik pola nafas (Weatherspoon, 2011).

- 7) Lakukan maneuver leopold untuk menentukan posisi janin.

Rasional : Apabila ditemukan presentasi bokong, maka memerlukan kelahiran e cara section caesarea. Abnormalitas lain seperti presentasi wajah, dagu dan posterior juga dapat memerlukan intervensi khusus untuk mencegah persalinan yang lama.

- 8) Lakukan penilaian kemajuan persalinan yang meliputi pemeriksaan DJJ, his, nadi tiap 30 menit, suhu tiap 2 jam sekali, tekanan darah tiap 4 jam sekali, dan pemeriksaan dalam tiap 4 jam sekali atau sewaktu-waktu apabila ada indikasi.

Rasional : Menilai apakah nilainya normal atau abnormal selama persalinan kala I sehingga adapat memberikan asuhan yang teat sesuai dengan kebutuhan ibu bersalin (rohani,2013).

- 9) Posisikan klien miring ke kiri

Rasional : Meningkatkan perfusi plasental, mencegah sindrom hipotensif telentang.

- 10) Catat kemajuan persalinan

Rasional : Persalinan lama/disfungsional dengan perpanjangan fase laten dapat menimbulkan masalah kelelahan ibu, stress berat, infeksi dan hemorargi karena atonia/rupture uterus, menempatkan janin pada risiko lebih tinggi terhadap hipoksia dan cedera.

## f. Implementasi

Diagnosa : G <sub>P</sub> \_ \_ \_ Ab \_ \_ \_ Uk ... minggu, janin T/H/I, Letak kepala, punggung kanan/punggung kiri kala I fase laten/aktif persalinan dengan keadaan ibu dan janin baik.

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

KH	:Keadaan Umum	: baik
	Kesadaran	: Composmentis
	Nadi	: 60-80 x/menit
	Suhu	: 36,5°C-37,5°C
	TD	: 90/60 – 140/90 mmHg
	RR	: 16-24 x/menit
	DJJ	: Normal (120-160 x/menit), reguler

## Implementasi

Menurut Sulistyawati (2013) pada langkah ini asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Realisasi dari perencanaan sebagian dilakukan oleh bidan, pasien, atau anggota keluarga yang lain. Jika bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab atas terlaksananya seluruh perencanaan. Pada situasi dimana ia harus berkolaborasi dengan dokter, misalkan karena pasien mengalami komplikasi, bidan masih tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama tersebut.

Manajemen yang efisien akan menyingkat waktu, biaya, dan meningkatkan mutu asuhan.

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

1) Tindakan mandiri bidan pada kala I

- a) Pemantauan intensif , terutama pada pasien dengan resiko tinggi (jika di rumah sakit). Perhatikan tanda-tanda vital ibu dan dampingi ibu untuk mengurangi kecemasan ibu menghadapi persalinan.
- b) Pemantauan persalinan dengan partograf  
Mengisi partograf untuk mengetahui kemajuan pembukaan serta keadaan ibu serta janin.
- c) Dukungan mental dan spiritual pada pasien dan keluarga  
Memberikan dukungan psikologis ibu dengan cara mengurangi kecemasan serta rasa nyeri pada ibu.
- d) Bimbing klien untuk melakukan teknik relaksasi  
Bimbing ibu untuk melakukan pernapasan dalam serta mengusap perut dan punggung ibu.
- e) Bimbingan posisi yang nyaman selama kala I  
Biarkan ibu memilih posisi yang nyaman terhadap dirinya, misalnya posisi duduk, setengah duduk, berdiri ataupun miring ke kiri.

f) Bimbingan posisi dan teknik meneran pada kala II

Bimbing ibu memilih posisi yang nyaman terhadap dirinya, misalnya posisi duduk, setengah duduk, berdiri, jongkok, merangkak ataupun miring ke kiri.

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

Pendamping pasien memberikan rasa nyaman pada ibu.

h) Pemantauan intake serta output cairan dan nutrisi

Tetap berikan ibu makan atau minum selama proses persalinan untuk memberikan stamina pada ibu.

2) Merujuk

Dalam melakukan asuhan kepada pasien, bidan senantiasa mengacu kepada Standar Pelayanan Kebidanan (SPK) mencakup kewenangan dan kewajibannya. Jika kasus yang ditangani sudah mengarah ke kondisi patologi, maka bidan melaksanakan tindakan rujukan ke fasilitas pelayanan yang memenuhi standar baik sarana maupun tenaganya.

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

B: Bidan

A: Alat

K: Kendaraan

S: Surat pengantar rujukan dari bidan

O: Obat

K: Keluarga

U: Uang atau biaya

D: Donor

A: DoA

3) Pendidikan atau penyuluhan

a) Pasien

(1) Pentingnya intake cairan selama kala I minimal 2500 ml per hari.

(2) Latihan nafas dan relaksasi dengan cara pejamkan mata dan fokuskan pikiran pada teknik pernafasan dengan cara mendengarkan ritme pernapasan, lalu menarik nafas dalam dan panjang dari hidung kemudian keluarkan dari mulut dengan durasi waktu dan kedalaman yang sama dengan ketika menarik nafas.

(3) Aktifitas dan posisi selama kala I.

(4) Posisi dan teknik meneran yang tepat dan aman.

b) Suami

(1) Pengambilan keputusan terhadap keadaan bahaya istri dan bayi.

(2) Orang yang paling siaga dalam keadaan darurat istri.

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

c) Keluarga

- (1) Pemberian dukungan mental bagi pasien dalam adaptasi peran.
- (2) Seleksi mengenai kebiasaan adat yang aman dan tidak aman dalam persalinan.

g. Evaluasi

Menurut Sulistyawati (2013) untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan asuhan yang kita berikan kepada pasien, kita mengacu kepada beberapa pertimbangan sebagai berikut:

1) Tujuan asuhan kebidanan

- a) Meningkatkan, mempertahankan dan mengembalikan kesehatan pasien.
- b) Memfasilitasi pasien untuk menjalani persalinannya dengan rasa aman dan penuh percaya diri.
- c) Meyakinkan pasien dan pasangannya untuk mengembangkan kemampuan sebagai orang tua dan untuk mendapatkan pengalaman berharga sebagai orang tua.

2) Efektivitas tindakan untuk mengatasi masalah

Dalam melakukan evaluasi mengenai seberapa efektif tindakan dan asuhan yang kita berikan kepada pasien, kita perlu mengkaji respons pasien dan peningkatan kondisi yang kita targetkan pada saat



penyusunan perencanaan. Hasil pengkajian ini kita jadikan sebagai acuan dalam pelaksanaan asuhan berikutnya.

### 3) Hasil Asuhan

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

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

Hasil evaluasi tindakan nantinya dituliskan setiap saat pada lembar catatan perkembangan dengan melaksanakan observasi dan pengumpulan data subyektif, obyektif, mengkaji data tersebut dan merencanakan terapi atas hasil kajian tersebut. Jadi secara dini catatan perkembangan berisi uraian yang berbentuk SOAP.

#### **2.2.2 Manajemen kebidanan kala II**

Tanggal... pukul ..

S : menurut Sulistyawati (2013), data subyektif yang mendukung bahwa pasien dalam persalinan kala II adalah pasien mengatakan ingin meneran.

O :

- a. Ekspresi wajah pasien serta bahasa tubuh (*body language*) yang menggambarkan suasana fisik dan psikologis pasien menghadapi kala II.
- 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) Intensitas kuat.

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  $\frac{1}{3}$  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  $\frac{1}{3}$  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 kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- 23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan atas kearah 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 sepiantas (apakah bayi menangis kuat/bernapas tanpa kesulitan, dan apakah bayi bergerak dengan aktif).
- 26) Keringkan tubuh bayi.

### 2.2.3 Manajemen kebidanan kala III

Tanggal..... Pukul...

S : Mengetahui apa yang dirasakan ibu pada kala III, perasaan ibu terhadap kelahiran bayi, apakah senang/sedih/khawatir dan mengetahui apa yang dirasakan ibu dengan adanya uterus yang berkontraksi kembali untuk mengeluarkan 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... Inpartu 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 kearah 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 terpinil 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.

#### **2.2.4 Manajemen kebidanan kala IV**

Tanggal ...pukul ...

**S** : Mengetahui apa yang dirasakan ibu pada kala IV, perasaan ibu terhadap kelahiran bayi dan ari-ari apakah senang/sedih/atau khawatir.

**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... Inpartu 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.
- 20) Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi, dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta kedalam kantung plastik atau tempat khusus.
- 21) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.
- 22) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 23) Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu minimal 1 jam.

- 24) 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.
- 25) Setelah 1 jam pemberian vitamin K<sub>1</sub> berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.
- 26) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan per vaginam.
- 27) Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- 28) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- 29) 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.
- 30) Periksa kembali bayi untuk pastikan bahwa bayi bernapas baik (40-60x/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5°C).
- 31) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi.
- 32) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai.
- 33) Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

- 34) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI, anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
- 35) Dekontaminasi tempat bersalian dengan larutan klorin 0,5%.
- 36) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 37) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 38) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

## **2.2.5 Pengkajian Bayi Baru Lahir**

### **a. 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

Nadi : 100- 160 x/ menit

Pernapasan : 40- 60 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 succedaneum.
- 2) Telinga : mengetahui adanya infeksi.
- 3) Mata : mengetahui tanda-tanda infeksi, sklera berwarna putih, konjungtiva merah muda.
- 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 :

a) Laki-laki : testis sudah berada dalam skrotum baik kiri maupun kanan.

b) 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.

2) Memberikan konseling kepada ibu tentang menjaga kehangatan bayi, pemberian ASI sesering mungkin, perawatan tali pusat yang baik dan benar, serta perencanaan imunisasi yang lengkap.

3) 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.

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.