

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Persalinan

2.1.1 Pengertian Konsep Dasar Persalinan

Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir kemudian berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan disusul dengan pengeluaran placenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir dengan bantuan atau tanpa bantuan. Persalinan di anggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. (Marmi, 2016). Ibu belum dikatakan dalam keadaan inpartu jika kontraksi uterus ibu tidak mengakibatkan perubahan serviks. (JNP. KR. 2014)

2.1.2 Etiologi

Menurut buku Marmi (2016) yang berdasarkan Buku Obstetri Fisiologis Fakultas Kedokteran UNPAD (1985) dan Manuaba (1998), bagaimana terjadinya persalinan belum diketahui pasti, tapi ada beberapa teori yang menyatakan kemungkinan proses persalinan, teori – teori tersebut adalah:

a. Teori Penurunan Kadar Hormon Prostaglandin

Progesteron merupakan hormon penting untuk mempertahankan kehamilan. Progesteron berfungsi menurunkan kontraktilitas dengan cara meningkatkan potensi membran istirahat pada sel miometrium sehingga menstabilkan Ca membran dan kontraksi berkurang, uterus rileks dan tenang. Pada akhir kehamilan terjadi penurunan kadar progesteron yang mengakibatkan peningkatan kontraksi uterus karena sintesa prostaglandin di chorioamnion.

b. Teori Reseptor Oksitosin dan Kontraksi Braxton Hiks

Kontraksi persalinan tidak terjadi secara mendadak, tetapi berlangsung lama dengan persiapan semakin meningkatnya reseptor oksitosin. Oksitosin adalah hormon yang dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis parts posterior. Distribusi reseptor oksitosin, dominan pada fundus dan korpus uteri, ia makin berkurang jumlahnya di segmen bawah rahim dan praktis tidak banyak dijumpai pada serviks uteri. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim. Sehingga terjadi *Braxton Hiks*. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan, menyebabkan oksitosin meningkat, sehingga persalinan dapat dimulai.

c. Teori Kerengangan (Distensi Rahim)

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi uterus.

Misalnya ibu hamil ganda sering terjadi kontraksi setelah peregangan tertentu sehingga menimbulkan proses persalinan.

2.1.3 Tanda-Tanda Persalinan

Menurut Sondakh (2013) beberapa tanda-Tanda dimulainya Persalinan adalah sebagai berikut :

1) Terjadinya His Persalinan

His adalah kontraksi rahim yang dapat diraba menimbulkan rasa nyeri diperut serta dapat menimbulkan pembukaan serviks kontraksi rahim dimulai pada 2 *face maker* yang letaknya didekat *cornu uteri*. His yang menimbulkan pembukaan serviks dengan kecepatan tertentu disebut his efektif. His efektif mempunyai sifat adanya dominan kontraksi uterus pada fundus uteri (*fundal dominance*), kondisi berlangsung secara *syncron* dan harmonis, adanya intensitas kontraksi yang maksimal diantara dua kontraksi, irama teratur dan frekuensi yang maksimal diantara dua kontraksi.

2) Keluarnya Lendir Bercampur Darah Pervaginam (Show)

Lendir berasal dari pembukaan yang menyebabkan lepasnya lendir dari kanalis servikalis. Sedangkan pengeluaran darah disebabkan robeknya pembuluh darah ketika serviks membuka.

3) Kadang-kadang Ketuban Pecah dengan Sendirinya

Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka apabila ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam.

4) Dilatasi dan *Effacement*

Dilatasi adalah terbukanya kanalis servikalis secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. *Effacement* adalah pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang semula panjang 1–2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggi hanya ostium yang tipis seperti kertas.

2.1.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

a. Kekuatan (Power)

Adalah kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan ialah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengan kerja sama yang baik dan sempurna. (Marmi, 2016)

1) Kontraksi Uterus

a) Pengertian

His (kontraksi) adalah serangkaian kontraksi rahim yang teratur, yang secara bertahap akan mendorong janin melalui *serviks* (rahim bagian bawah) dan *vagina* (jalan lahir), sehingga janin keluar dari rahim ibu.

b) Faktor-faktor Mekanisme

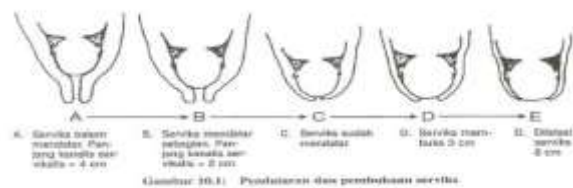
(1) Renggangan otot-otot uterus

Renggangan sederhana organ-organ berotot polos biasanya akan meningkatkan kontraktibilitas otot-otot tersebut. Renggangan intermitten karena pergerakan fetus dapat meningkatkan kontraksi otot-otot.

(2) Renggangan atau iritasi serviks

Renggangan serviks oleh kepala fetus yang akhirnya menjadi cukup kuat menimbulkan suatu reflex korpus uteri yang kuat. Kontraksi mendorong bayi maju, sehingga lebih merenggangkan serviks dan terus menimbulkan umpan balik positif pada korpus uteri..

Gambar 2.1 Pendataran dan Pembukaan Serviks



c) Pembagian His dan Sifat-Sifatnya

Menurut Manuaba (2016) pembagian his dan sifatnya dibedakan menjadi :

- (1) His pembukaan (Kala I) : menyebabkan pembukaan serviks, semakin kuat, teratur dan sakit.
- (2) His pengeluaran (Kala II) : untuk mengeluarkan janin, sifat hisnya adalah sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinir dan lama. His ini memiliki koordinasi bersama antara kontraksi otot perut, diafragma dan ligament.
- (3) His pelepasan uri (kala III) : kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
- (4) His pengiring (Kala IV) : kontraksi lemah, masih sedikit nyeri (merian), terjadi pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

Tabel 2.1 Perbedaan antara his palsu dan his sejati

Jenis Perubahan	His palsu	His sejati
Karakteristik kontraksi	Tidak teratur dan tidak semakin sering (disebut kontraksi Braxton Hicks)	Timbul secara teratur dari semakin sering, berlangsung selam 30-70 detik
Pengaruh gerakan tubuh	Jika ibu berjalan atau beristirahat atau jika posisi tubuh ibu berubah, kontraksi akan menghilang atau berhenti	Meskipun posisi/gerakan ibu berubah, kontraksi tetap dirasakan
Kekuatan kontraksi	Biasanya lemah dan tidak semakin kuat (mungkin menjadi kuat lalu melemah)	Kontrasinya semakin kuat
Nyeri karena kontraksi	Biasanya hanya dirasakan di tubuh bagian depan	Biasanya berawal di punggung dan menjalar ke depan

2) Kekuatan Mengedan Ibu

Menurut Sondakh (2013) tenaga mengejan adalah tenaga yang terjadi dalam proses persalinan setelah pembukaan lengkap dan setelah ketuban pecah. Tenaga yang menolong janin keluar selain dari his, terutama adalah kontraksi otot-otot dinding perut yang mengakibatkan peningkatan tekanan intraabdominal. Tenaga mengejan ini dapat berhasil jika pembukaan sudah lengkap dan efektif ketika rahim berkontraksi. Tanpa menggunakan tenaga mengejan, bayi tidak akan lahir. Selain itu, tenaga mengejan juga melahirkan plasenta setelah lepas dari dinding rahim.

b. Penumpang (*Passenger*)

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. (Sondakh, 2013)

Menurut buku yang dituliskan oleh Marmi (2016) faktor Passenger terdiri atas 3 komponen yaitu janin, air ketubandan plasenta.

1) Janin

Janin merupakan *Passenger* utama dan dapat mempengaruhi jalannya persalinan karena besar dan posisinya. Bagian janin yang paling penting adalah kepala karena mempunyai ukuran yang paling besar, sebesar 90% bayi di Indonesia dilahirkan dengan letak kepala. Moulage (Molase) Kepala Janin. Menurut buku Marmi (2016) *Moulage* atau molase adalah suatu keadaan dimana adanya celah antara tulang kepala janin yang memungkinkan terjadinya penyisipan (tulang tindih) antara bagian tulang (*overlapping*) sehingga kepala janin dapat mengalami perubahan bentuk dan ukuran.

a) Postur Janin dalam Rahim

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

(1) Sikap Janin (*Attitude atau Habitus*)

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

bersilang di depan dada, tali pusat terletak di antara ekstremitas dan tungkai terlipat pada lipatan paha, serta lutut yang rapat pada badan.

(2) Letak (*Lie atau Situs*)

Letak adalah bagaimana sumbu janin berada terhadap sumbu ibu. (Marmi, 2016). Letak janin dibagi menjadi tiga yaitu sebagai berikut :

(a) Letak membujur (*Longitudinal*)

(b) Letak Lintang (*transverse lie*)

(c) Letak Miring (*Oblique lie*)

(3) Presentasi

Presentasi adalah bagian janin yang pertama kali memasuki pintu atas panggul dan terus melalui jalan lahir pada saat persalinan mencapai aterm. (Marmi, 2016)

Istilah presentasi digunakan untuk menyebutkan bagian janin yang masuk di bagian bawah rahim. Presentasi ini dapat diketahui dengan cara palpasi atau pemeriksaan dalam. Jika pada pemeriksaan di dapatkan presentasi kepala, maka pada umumnya bagian yang menjadi presentasi adalah oksiput. Sementara itu, jika pada pemeriksaan di dapatkan presentasi bokong, maka yang menjadi presentasi adalah sakrum, sedangkan pada letak lintang, bagian yang menjadi presentasi adalah skapula bahu.

Gambar 2.2 Presentasi Janin



(4) Posisi Janin

Menurut Sondakh (2013) untuk menetapkan bagian janin yang berada di bagian bawah, indikator yang dapat digunakan adalah posisi janin. Posisi janin dapat berada pada sebelah kanan, kiri, depan atau belakang terhadap sumbu ibu (maternal pelvis). Sebagai contoh, letak belakang kepala (LBK), ubun-ubun kecil (UUK) kiri depan, dan UUK kanan belakang.

Saat melakukan pemeriksaan luar dengan palpasi, posisi janin didapatkan dengan menentukan letak punggung janin terhadap dinding perut ibu, sedangkan pada pemeriksaan dalam, posisi janin didapatkan dengan menentukan salah satu bagian janin yang terendah terhadap jalan lahir, bagian yang terendah tersebut dinamakan penunjuk. Penunjuk tersebut dinyatakan sesuai dengan bagian kiri atau kanan dari ibu.

(5) Station

Menurut Marmi (2016) station adalah hubungan bagian janin yang terbawah terhadap tinggi spina iskiadika dalam panggul ibu. Station dapat berkisar dari -3 sampai +3. Station no (*engagement*) terjadi jika bagian terbawah yang

paling menonjol teraba pada tingkat spina iskiadika. Selalu nilai station dengan metode abdominal dan metode panggul untuk menghindari keasalah yang disebabkan oleh kaput.

2) Air Ketuban

Liquor amnion yang sering juga disebut sebagai air ketuban merupakan cairan yang mengisi ruangan yang dilapisi oleh selaput janin (amnion dan korion). Pada kehamilan aterm, selaput amnion adalah suatu membran yang kuat dan ulet, tetapi lentur. Selaput ini merupakan jaringan yang menentukan hampir semua kekuatan regangan membran janin. Dengan demikian, pembentukan komponen amnion yang mencegah ruptur atau robekan sangatlah penting bagi keberhasilan kehamilan. (Sondakh, 2013)

3) Plasenta

Menurut Marmi (2016) plasenta adalah bagian dari kehamilan yang penting. Dimana plasenta memiliki peranan berupa transport makanan dari ibu ke janin, penghasil hormon yang berguna selama kehamilan, serta sebagai barier.

Menurut Sondakh (2013) struktur plasenta dibedakan menjadi :

a) Bentuk dan ukuran

Pada umumnya plasenta berbentuk bundar atau oval yang memiliki diameter 15-20 cm, tebal 2-3 cm, dan berat 500-600 gram.

b) Letak plasenta dalam rahim

Letak plasenta berada di depan atau di belakang dinding uterus, agak ke atas ke arah fundus uteri.

c) Pembagian plasenta

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

(2) Bagian maternal (*maternal portion*), terdiri atas desidua kompakta yang berasal dari beberapa lobus dan kotiledon sebanyak 15-20 buah. Bagian desidua basalis plasenta yang telah matang disebut sebagai lempeng korionik atau basal, di mana melalui tali pusat, sirkulasi uteroplasenta akan berjalan ke ruang-ruang intervili.

(3) Tali pusat. Panjang rata-rata tali pusat tersebut adalah 50-55 cm dan diameter sebesar jari (1-2,5cm). Pernah ditemukan tali pusat terpendek yaitu 0,5 cm dan terpanjang yaitu 200 cm. Pembuluh darah pada plasenta terdiri atas 2 arteri umbilikalis dan 1 vena umbilikalis, serta *jelly wharton*.

Selama persalinan berlangsung, terjadi kontraksi otot rahim yang disertai retraksi. Hal ini berarti panjangnya otot rahim tidak kembali pada panjang semula sehingga plasenta terlepas dari implantasinya. Berikut merupakan tanda-tanda lepasnya plasenta :

a) Perubahan tinggi fundus uteri

b) Tali pusat memanjang. Tali pusat terlihat membujur keluar melalui vulva (tanda Ahfeld)

- c) Semburan darah yang mendadak dan singkat. Darah yang terkumpul di belakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dibantu oleh gaya gravitasi.

c. Jalan Lahir (*Passage*)

Jalan lahir terbagi atas dua, yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak. Hal-hal yang perlu diperhatikan dari jalan lahir keras adalah ukuran dan bentuk tulang panggul, sedangkan yang perlu diperhatikan pada jalan lahir lunak adalah segmen bawah uterus yang dapat merenggang, serviks, otot dasar panggul, vagina, dan introitus vagina.

(Sondakh, 2013)

1) Jalan Lahir Lunak

a) Serviks

Serviks akan makin ‘matang’ mendekati waktu persalinan. Selama masa hamil, serviks dalam keadaan menutup, panjang, serta lunak, dan pada saat mendekati persalinan, serviks masih lunak dengan konsistensi seperti puding, mengalami sedikit penipisan (*effacement*), dan kemungkinan sedikit dilatasi. Evaluasi kematangan serviks akan tergantung pada individu wanita dan paritasnya. Hal ini mengindikasikan kesiapannya untuk persalinan. Serviks pada ibu primigravida umumnya akan mengalami penipisan sebesar 50-60% dan membuka selebar ujung jari sampai 1 cm sebelum mencapai persalinan.

b) Vagina

Vagina bersifat elastis dan berfungsi sebagai jalan lahir dalam persalinan normal.

c) Otot Rahim

Otot rahim tersusun dari tiga lapis, yang berasal dari kedua tanduk rahim, yaitu longitudinal (memanjang), melingkar, dan miring. Segera setelah persalinan, susunan otot rahim tersebut sedemikian rupa akan mengondisikan pembuluh darah menutup untuk menghindari terjadinya perdarahan dari tempat implantasi plasenta. Selain menyebabkan mulut rahim membuka secara pasif, kontraksi dominan yang terjadi pada bagian fundus (bagian atas rahim) pada kala I persalinan juga mendorong bagian terendah janin maju menuju jalan lahir sehingga ikut aktif dalam pembukaan mulut rahim.

2) Jalan Lahir Keras

Panggul merupakan salah satu jalan lahir keras yang memiliki fundus lebih dominan dari pada jalan lahir lunak. Oleh karena itu, janin harus berhasil menyesuaikan diri terhadap jalan lahir yang relatif kaku.

3) Bidang Hodge

Bidang Hodge dipelajari untuk menentukan sampai di mana bagian terendah janin turun dalam panggul dalam persalinan.

- a) Bidang Hodge I : bidang datar yang melalui bagian atas simfisi dan promontorium. Bidang ini dibentuk pada lingkaran pintu atas panggul.
 - b) Bidang Hodge II : bidang yang sejajar dengan bidang Hodge I terletak setinggi bagian bawah simfisis
 - c) Bidang Hodge III : bidang yang sejajar dengan bidang Hodge I dan II, terletak setinggi spina ischiadica kanan dan kiri. Pada referensi lain. Bidang Hodge III ini disebut juga bidang O. Kepala yang berada di atas 1 cm disebut (-1) atau sebaliknya.
 - d) Bidang Hodge IV : bidang yang sejajar dengan bidang Hodge I, II, III, terletak setinggi os coccygis
- d. Posisi Ibu (*Positioning*)

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak memberi sejumlah keuntungan. Mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk, jongkok. Posisi tegak memungkinkan gaya gravitasi membuat penurunan janin. Kontraksi uterus lebih kuat dan lebih efisien untuk membuat penipisan dan dilatasi serviks, sehingga persalinan lebih cepat. Posisi tegak dapat mempengaruhi insiden penekanan tali pusat. Posisi tegak juga menguntungkan curhat jantung ibu yang dalam kondisi normal meningkat selama persalinan seiring kontraksi uterus

mengembalikan darah ke anyaman pembuluh darah. Posisi tegak juga membantu mengurangi tekanan pada pembuluh darah ibu dan mencegah kompresi pembuluh darah. Saat janin menuruni jalan lahir, tekanan bagian presentasi pada reseptor regang ini akan merangsang pelepasan oksitosin dari hipofisis posterior (reflek ferguson).

e. Respon Psikologi (*Psychology Response*)

Persalinan merupakan proses dramatis dari kondisi biologis dan psikologis yang dialami oleh sebagian besar ibu hamil. Sebagian besar wanita menganggap hal tersebut sebagai salah satu hal yang kodrati. Banyak persiapan yang dilakukan sejak awal kehamilan dan banyak faktor yang dapat memengaruhi, serta yang akan mendukung lancarnya proses persalinan. Faktor psikologis merupakan salah satu faktornya yang dapat memengaruhi kelancaran dari proses persalinaan.

Konsep Asuhan Sayang ibu menurut pusdiknakes (2003) adalah sebagai berikut :

- 1) Asuhan yang aman, berdasarkan *evidence based*, dan turut meningkatkan angka kelangsungan hidup ibu.
- 2) Asuhan sayang ibu memberikan rasa nyaman dan aman selama proses persalinan, menghargai kebiasaan budaya, praktik keagamaan dan kepercayaan dengan melibatkan ibu dan keluarga dalam pengambilan keputusan.
- 3) Asuhan sayang ibu menghormati kenyataan bahwa kehamilan dan persalinan merupakan proses alamiah dan tidak perlu intervensi tanpa adanya komplikasi.

4) Asuhan sayang ibu berpusat pada ibu, bukan pada petugas kesehatan.

5) Asuhan sayang ibu menjamin ibu dan keluarganya dengan memberitahu tentang apa yang terjadi dan apa yang bisa diharapkan.

f. Penolong

Peran penolong adalah memantau dengan seksama dan memberikan dukungan serta kenyamanan pada ibu baik dari segi emosi atau perasaan maupun fisik. (Marmi, 2016)

2.1.5 Mekanisme Persalinan

Menurut Rukiah (2009) mekanisme persalinan sebenarnya mengacu pada bagaimana janin menyesuaikan dan meloloskan diri dari panggul ibu, yang dapat dijelaskan sebagai berikut :

a. Turunnya Kepala Janin

Menurut Sarwono (2014) masuknya kepala melintasi pintu atas panggul dapat dalam keadaan sinklitismus, ialah bila arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang pintu atas panggul. Dapat pula kepala masuk dalam keadaan asinklitismus, yaitu arah sumbu kepala janin miring dengan bidang pintu atas panggul. Asinklitismus anterior menurut Naegele adalah apabila arah sumbu kepala membuat sudut lancip ke depan dengan pintu atas panggul. Dapat pula asinklitismus posterior menurut Litzman ialah apabila keadaan sebaliknya dari asinklitismus anterior.

b. Fleksi

Pada permulaan persalinan kepala janin biasanya berada dalam sikap fleksi. Dengan adanya his dan tahanan dari dasar panggul yang semakin besar, maka kepala janin makin menurun dan semakin fleksi sehingga dagu janin menekan pada dada dan belakang kepala (oksiput) menjadi bagian bawah. Keadaan ini dinamakan fleksi maksimal.

c. Rotasi dalam/putaran paksi dalam

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

d. Ekstensi

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

e. Rotasi luar/putaran 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, bahu mengalami putaran dalam dimana ukuran bahu (diameter bisa kromial) menempatkan diri dalam diameter *anteroposterior* dari pintu bawah panggul. Bersamaan dengan itu kepala bayi juga melanjutkan putaran hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber iskiadikum sepihak.

f. Ekspulsi

Setelah paksi luar, bahu depan sampai dibawah simpisis dan menjadi *hypomochlion* untuk kelahiran bahu belakang. Setelah kedua bahu bayi lahir, selanjutnya seluruh badan bayi dilahirkan searah dengan sumbu jalan lahir.

2.1.6 Tahapan Persalinan

Tahapan persalinan terdiri atas kala I (kala pembukaan), kala II (kala pengeluaran janin), kala III (kala pengeluaran plasenta) dan kala IV (kala pengawasan/pemulihan).

a. Persalinan Kala I

1) Pengertian Kala I

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

- a) Fase laten adalah periode waktu dari awal persalinan hingga titik ketika pembukaan mulai berjalan secara progresif, yang umumnya sejak kontraksi mulai muncul hingga pembukaan 3-4 cm atau permulaan fase aktif. Fase ini biasanya berlangsung selama 8 jam. Selama fase laten, bagian presentasi mengalami penurunan sedikit hingga tidak sama sekali.
- b) Fase aktif adalah periode waktu dari awal kemajuan aktif pembukaan hingga pembukaan menjadi lengkap dan mencakup fase transisi. Pembukaan umumnya dimulai dari 4 cm (akhir fase laten) hingga 10 cm (akhir kala satu persalinan). Penurunan bagian presentasi janin yang progresif terjadi selama akhir fase aktif dan selama kala II persalinan. Fase ini biasanya berlangsung selama 7 jam.

Proses kala I terjadi pada primigravida ataupun multigravida, tetapi pada multigravida memiliki jangka waktu yang lebih pendek. Pada primigravida, kala I berlangsung dalam jangka waktu lebih panjang ± 12 jam, sedangkan pada multigravida ± 8 jam.

2) Perubahan Fisiologis Kala I

a) Uterus

Menurut Sulistyawati (2013) saat uterus mulai persalinan, jaringan dari miometrium berkontraksi dan berelaksasi seperti otot pada umumnya. Pada saat otot retraksi, ia tidak akan kembali ke ukuran semula tapi berubah ke ukuran yang lebih pendek secara progresif. Dengan perubahan bentuk otot uterus pada proses kontraksi, relaksasi,

dan retraksi maka kavum uterus lama kelamaan menjadi semakin mengecil. Proses ini merupakan salah satu faktor yang menyebabkan janin turun ke pelviks.

b) Serviks

Sebelum proses persalinan, serviks mempersiapkan kelahiran dengan berubah menjadi lembut. Saat persalinan mendekat, serviks mulai menipis dan membuka. Mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primigravida ostium uteri internum akan membuka lebih dahulu sehingga serviks akan mendatar dan menipis, kemudian ostium uteri eksternum membuka. Namun pada multigravida, ostium uteri internum dan eskternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam waktu yang sama.

c) Ketuban

Ketuban akan pecah dengan sendirinya ketika pembukaan hampir atau sudah lengkap. Tidak jarang ketuban harus dipecahkan ketika pembukaan sudah lengkap. Bila ketuban telah pecah sebelum pembukaan 5 cm, disebut Ketuban Pecah Dini (KPD).

d) Tekanan Darah

Tekanan darah akan meningkat selama kontraksi, disertai peningkatan sistol rata-rata 15-20 mmHg dan diastol rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu tertentu di antara kontraksi, tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinana. Untuk memastikan tekanan

darah yang sebenarnya, pastikan untuk melakukan cek tekanan darah selama interval kontraksi.

e) Metabolisme

Selama persalinan, metabolisme karbohidrat baik aerob maupun anaerob meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini terutama diakibatkan oleh kecemasan dan aktivitas otot rangka. Peningkatan aktivitas metabolik terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernafasan, curah jantung, dan cairan yang hilang.

f) Suhu Tubuh

Suhu tubuh meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5-1 °C dianggap normal, nilai tersebut mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan.

g) Detak Jantung

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi yang lebih rendah daripada frekuensi di antara kontraksi, dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim di antara kontraksi. Sedikit peningkatan denyut jantung dianggap normal, maka diperlukan pengecekan parameter lain untuk menyingkirkan kemungkinan proses infeksi.

h) Pernafasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernafasan dianggap normal selama persalina, hal tersebut mencerminkan peningkatan metabolisme.

Meskipun sulit untuk memperoleh temuan yang akurat mengenai frekuensi pernafasan, karena sangat dipengaruhi oleh rasa senang, nyeri, rasa takut, dan penggunaan teknik pernafasan.

i) Perubahan Renal

Sedikit proteinuria (+1), umum ditemukan pada sepertiga sampai setengah jumlah ibu bersalin. Lebih sering terjadi pada primipara, pasien yang mengalami anemia atau yang persalinannya lama. Proteinuria yang nilainya +2 atau lebih adalah data yang abnormal. Hal ini mengidentifikasi pre-eklamsi.

j) Gastrointestinal

Motilitas dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Cairan tidak dipengaruhi dan waktu yang dibutuhkan untuk pencernaan di lambung tetap seperti biasa.

k) Hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2 mg% selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pascapersalinan jika tidak ada kehilangan darah yang normal. Jangan terburu-buru yakin bahwa seorang pasien tidak anemia. Tes darah yang menunjukkan kadar darah berada dalam batas normal membuat kita terkecoh sehingga mengabaikan peningkatan risiko pada pasien anemia selama masa persalinan.

3) Perubahan Psikologis Kala I

Pada setiap tahap persalinan, pasien akan mengalami perubahan psikologi dan perilaku yang cukup spesifik sebagai respon dari apa yang ia rasakan dari proses persalinannya. Perubahan psikologi pasien dapat dicermati dalam rincian sebagai berikut :

a) Kala I Fase Laten

Pada awal persalinana, kadang pasien belum cukup yakin bahwa ia akan benar-benar melahirkan meskipun tanda persalinan sudah cukup jelas. Pada tahap ini penting bagi orang terdekat dan bidan untuk meyakinkan dan memberikan *support* mental terhadap kemajuan perkembangan persalinan. Seiring dengan kemajuan proses persalinan dan intensitas rasa sakit akibat his yang meningkat, pasien akan mulai merasakan putus asa dan lelah. Ia akan selalau menanyakan apakah ini sudah hampir berakhir? Pasien akan senang setiap kali dilakukan pemeriksaan dalam (*vaginal toucher*) dan berharap bahwa hasil pemeriksaan mengindikasikan bahwa proses persalinan akan segera berakhir.

b) Kala I Fase Aktif

Memasuki kala I fase aktif, sebagian besar pasien akan mengalami penurunan stamina dan sudah tidak mampu lagi untuk turun dari tempat tidur, terutama pada primipara. Pada fase ini pasien sangat tidak suka jika diajak bicara atau diberi nasehat mengenai apa yang harusnya ia lakukan. Ia lebih fokus berjuang mengendalikan rasa sakit dan keinginan untuk meneran. Jika ia tidak dapat mengendalikan rasa

sakit dengan pengaturan nafas dengan baik, maka ia akan mulai menangis atau bahkan berteriak-teriak dan mungkin akan meluapkan kemarahan kepada suami atau orang terdekatnya. Hal yang paling tepat untuk dilakukan adalah memberikan pasien mengatasi keadaannya sendiri namun tidak meninggalkannya. Pada beberapa kasus akan sangat membantu jika suami berada di sisinya sambil membisikkan doa di telinganya.

4) Kebutuhan Dasar

a) Dukungan Emosional

Dukungan emosional yang diberikan kepada ibu dapat berupa kehadiran dari suami dan keluarga untuk mendampingi ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayinya. Hargai keinginan ibu untuk menghadirkan teman atau saudara yang secara khusus diminta untuk menemaninya.

b) Kebutuhan Eliminasi

Sebelum proses persalinan dimulai, sebaiknya anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin selama persalinan. Ibu harus berkemih sedikitnya setiap 2 jam, setiap kali ibu merasa ingin berkemih, atau kandung kemih terasa penuh.

c) Kebutuhan Nutrisi

Penolong menganjurkan ibu untuk mendapatkan asupan makanan dan cairan selama persalinan dan proses kelahiran bayi. Beberapa ibu masih ingin makan selama fase laten persalinan, tetapi setelah memasuki fase aktif, mereka hanya ingin mengonsumsi cairan.

Sebaiknya, selalu anjurkan agar anggota keluarga sesering mungkin menawarkan air minum dan makanan selama proses persalinan.

d) Mengatur Posisi

Penolong menganjurkan ibu untuk mencoba posisi-posisi yang nyaman selama persalinan dan melahirkan bayi serta anjurkan suami dan pendamping lainnya untuk membantu ibu berganti posisi. Ibu boleh berjalan, berdiri, duduk, jongkok, berbaring miring atau merangkak. Posisi tegak seperti berjalan, berdiri atau jongkok dapat membantu turunnya kepala bayi dan memperpendek waktu persalinan.

e) Pengurangan Rasa Sakit

Pendekatan pengurangan rasa sakit menurut Varney's Midwifery sebagai berikut :

- (1)Adanya seseorang yang dapat mendukung dalam persalinan
- (2)Pengaturan posisi
- (3)Relaksasi dan latihan pernapasan
- (4)Istirahat dan Privasi
- (5)Penjelasan mengenai proses/ kemajuan/ prosedur yang akan dilakukan.
- (6)Asuhan diri
- (7)Sentuhan

b. Persalinan Kala II

1) Pengertian Persalinan Kala II

Menurut Sarwono (2009), 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) 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.

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).

b) Serviks

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

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).

3) Asuhan kala II

Asuhan yang diberikan pada kala II menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013), 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

(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.

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.

c) Melakukan amniotomi dan episiotomi

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013), 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 forseps.

(c)Jaringan pada perineum atau vagina yang memperlambat kemajuan persalinan.

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

(a)Mediolateral : insisi ini dimulai dari titik tengah *fourchette* dan diarahkan 45° dari garis tengah menuju titik tengah antara tuberositas iskia dan anus.

(b)Median : insisi ini merupakan insisi garis tengah yang mengikuti garis alami insersi otot perineal.

c. Persalinan Kala III

1) Pengertian Persalinan Kala III

Kala III merupakan periode waktu di mana penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Oleh karena perlekatan menjadi kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, maka plasenta menjadi berlipat, menebal, dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina (Rohani, 2013). Kala ini juga disebut kala pengeluaran placenta. Kala III dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta.

2) Mekanisme Pelepasan Plasenta

Menurut Rohani, dkk (2013), 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.

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.

2) Manajemen Aktif Kala III

a) Tujuan

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

b) Langkah – Langkah Utama Manajemen Aktif Kala III

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

(1) Pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir

(2) Melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT)

(3) Masase fundus uteri

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

- (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. Persalinan Kala IV

1) Pengertian Kala IV

Kala IV merupakan tahap pemulihan, yaitu periode yang kritis untuk ibu dan bayi baru lahir. Mereka bukan saja pulih dari proses fisik persalinan, tetapi juga memulai suatu hubungan baru (Sondakh, 2013).

2) Perubahan Fisiologis pada Kala IV

Menurut Sondakh (2013), perubahan fisiologis pada kala IV meliputi:

a) Uterus

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

b) Serviks, Vagina, dan Perineum

Keadaan serviks, vagina, dan perineum diinspeksi untuk melihat adanya laserasi, memar, dan pembentukan hematoma awal. Oleh karena inspeksi serviks dapat menyakitkan bagi ibu, maka hanya dilakukan jika ada indikasi. 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.

3) 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.

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 pascapersalinan, maka penting untuk berada disamping ibu dan bayinya selama 2 jam pertama pascapersalinan.

(1) Pemantauan tekanan darah, nadi, tinggi fundus uteri, kandung kemih dan darah yang keluar setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua pada kala empat. Jika terdapat temuan yang tidak normal, tingkatkan frekuensi observasi dan penilaian kondisi ibu.

(2) Masase uterus membuat uterus berkontraksi baik setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama jam kedua pada kala empat. Jika terdapat temuan yang tidak normal, tingkatkan frekuensi observasi dan penilaian kondisi ibu.

(3) Pemantauan temperatur suhu tubuh setiap jam dalam dua jam pertama pascapersalinan. Jika suhu tubuh meningkat, pemantauan dan penatalaksanaan sesuai dengan apa yang perlu dilakukan.

(4) Nilai jumlah darah yang keluar. Periksa perineum dan vagina setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua pada kala empat.

(5) Ajarkan ibu dan keluarga bagaimana menilai kontraksi uterus dan jumlah darah yang keluar dan bagaimana melakukan masase jika uterus menjadi lembek.

4) Penjahitan luka episiotomi atau laserasi

Menurut Rohani, dkk (2013), 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) Penjelasan dan pendekatan yang peka terhadap perasaan ibu selama tindakan.
- h) Pentingnya tindak lanjut jangka panjang untuk menilai teknik dan pemilihan bahan untuk penjahitan.

2.1.7 Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

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 ektrauterin.

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. 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.

c. 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) Stimulasi kontraksi uterus dan menurunkan resiko perdarahan pasca persalinan.
- 2) Merangsang pengeluaran kolostrum dan meningkatkan produksi ASI.
- 3) Ibu menjadi lebih tenang, memfasilitasi kelahiran plasenta, dan pengalihan rasa nyeri dari berbagai prosedur pasca persalinan lainnya.
- 4) 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) Mencegah kehilangan panas.

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) Letaakkan 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.

- 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.
- c) Biarkan bayi mencari dan menemukan puting susu dan mulai menyusu.
- (1) Biarkan bayi mencari dan menemukan puting susu.
 - (2) Anjurkan ibu dan orang lain untuk tidak menginterupsi supaya bayi menyusu. Misalnya, dengan memindahkan bayi dari payudara satu ke yang lain.
 - (3) Menunda semua asuhan BBL normal hingga bayi selesai menyusu. Tunda memandikan bayi 6-24 jam untuk mencegah hipotermi.
 - (4) Usahakan tetap menempatkan ibu dan bayi di ruang bersalina samapai bayi selesai menyusu.

- (5) Segera setelah bayi selesai menghisap dan menelan, lakukan asuhan bayi baru lahir normal.

2.2 Konsep Manajemen Pada Ibu Bersalin

Manajemen kebidanan adalah suatu metode proses berpikir logis sistematis dalam memberikan asuhan kebidanan, agar menguntungkan kedua belah pihak baik klien maupun pemberi asuhan. Oleh karena itu, manajemen kebidanan menurut pekan alur pikir bagi seorang bidan dalam memberikan arah atau kerangka dalam menangani kasus yang menjadi tanggungjawabnya.

Manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan-temuan, keterampilan suatu keputusan yang berfokus pada klien.

Manajemen kebidanan terdiri dari tujuh langkah yang berurutan, dimulai dengan pengumpulan data sampai dengan evaluasi. Proses ini bersifat siklus (dapat berulang), dengan tahap evaluasi sebagai data awal pada siklus berikutnya.

2.2.1 Kala I

a. Data Subjektif

1) Biodata

a) Nama

Sabagai identitas, dan sebagai upaya untuk meningkatkan keakraban bidan dan ibu.

b) Umur

Data ini digunakan untuk menentukan apakah ibu bersalin beresiko karena usia atau tidak. Usia yang memiliki resiko adalah usia ≤ 16 tahun dan ≥ 35 tahun.

c) Agama

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

d) Suku/bangsa

Berhubungan dengan sosial budaya yang dianut oleh ibu dan keluarganya yang dapat berpengaruh di dalam proses persalinan.

e) Pendidikan terakhir

Tingkat pendidikan mempengaruhi daya tangkap dan tanggap terhadap instuksi yang diberikan pada saat persalinan.

f) Pekerjaan

Untuk mengetahui aktivitas ibu atau suami setiap hari, mengukur tingkat sosial ekonomi agar nasehat yang diberikan sesuai (Sulistyawati, 2013 : 220).

g) Penghasilan

Data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi.

h) Alamat

Selain sebagai data mengenai pendistribusian lokasi ibu, data ini juga memberikan gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh ibu menuju lokasi persalinan (Sulistyawati,2013:221).

2) Riwayat pasien

a) Keluhan utama

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

b) Riwayat menstruasi

(1) Menarche

Menarche pada wanita Indonesia pada usia sekitar 12-16 tahun yang berhubungan dengan kesuburan wanita dan keluhan-keluhan yang timbul saat menstruasi.

(2) Siklus

Siklus menstruasi adalah jarak antara menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya dalam hitungan hari, biasanya sekitar 23-32 hari.

(3) Volume

Data ini menjelaskan seberapa banyak darah menstruasi yang dikeluarkan dan dapat dikaitkan dengan usia kehamilan.

(4) Keluhan

Beberapa wanita memiliki keluhan ketika mengalami menstruasi. Keluhan yang biasanya dikeluhkan adalah *dysmenorrhea*.

(5) HPHT

HPHT merupakan data dasar yang diperlukan untuk menentukan usia kehamilan (Rohani, 2013 : 80).

3) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

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

Data persalinan diperlukan informasi tentang jarak antara dua kelahiran, tempat melahirkan, cara melahirkan (spontan, vakum, forsep atau operasi), masalah atau gangguan yang timbul pada saat hamil dan melahirkan seperti perdarahan, letak sungsang, pre eklamsi dsb, berat dan panjang bayi waktu lahir jenis kelamin, kelainan yang menyertai bayi, bila bayi meninggal apa penyebabnya.

Data nifas diperlukan untuk mengetahui apakah dalam riwayat nifas yang lalu ibu ada penyulit atau kelainan yang akan mempengaruhi persalinan yang sekarang.

Riwayat Kehamilan Sekarang

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

4) Riwayat kesehatan

Data dari riwayat kesehatan ini dapat kita gunakan sebagai “*warning*” akan adanya penyulit dalam persalinan. Beberapa data penting tentang riwayat kesehatan yang perlu kita ketahui adalah apakah ibu pernah atau sedang menderita penyakit seperti jantung, diabetes mellitus, ginjal, hipertensi, hepatitis, atau anemia (Sulistyawati, 2013).

5) Status pernikahan

Data ini penting untuk kita kaji karena dari data ini kita akan mendapatkan gambaran mengenai suasana rumah tangga pasangan serta kepastian mengenai siapa yang akan mendampingi persalinan.

6) Riwayat KB

Riwayat KB meliputi jenis kontrasepsi yang pernah digunakan, efek samping, alasan berhentinya penggunaan dan lama penggunaan kontrasepsi (Rohani, 2013).

7) Aktivitas Sehari-hari

a) Pola Nutrisi

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

makanan yang dimakan, berapa banyak yang diminum, apa yang diminum.

b) Pola Eliminasi

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

c) Pola Istirahat

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

d) Personal Hygiene

Data ini perlu dikaji karena berkaitan dengan kenyamanan ibu dalam menjalani persalinannya (Sulistiyawati, 2013:224).

e) Riwayat psikososial dan budaya

Hal ini penting untuk kenyamanan psikologis ibu. Adanya respon yang positif terhadap persalinan akan mempercepat proses adaptasi dalam menerima kondisi dan perannya. Serta untuk mendapatkan data tentang adat istiadat yang dilakukan ketika menghadapi persalinan, salah satunya adalah persalinan yang ditolong oleh dukun bayi. Dukun bayi umumnya adalah perempuan, walaupun dalam berbagai kebudayaan tertentu, dukun bayi adalah laki-laki. *Paraji* di Sunda adalah dukun bayi perempuan. Sedangkan di Bali, *balian manak* pada

masyarakat Bali Hindu umumnya adalah laki-laki berusia diatas 50 tahun. Selain itu, adanya adat melahirkan tanpa bantuan siapapun. Alasannya adalah karena kebudayaan yang bersangkutan memandang kelahiran sebagai masalah pribadi dan dari segi sopan santun perlu dijaga dari keterbukaan bagi orang lain.

b. Data objektif

Data ini dikumpulkan guna melengkapi data untuk menegakkan diagnosis. Data objektif ini diperoleh melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi, dan pemeriksaan penunjang yang dilakukan secara berurutan.

Langkah – langkah pemeriksaan :

1) Keadaan umum

Menurut sulistyawati (2013) data ini didapat dengan mengamati keadaan secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan kriterianya adalah sebagai berikut :

- a) Baik, jika ibu memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami keterbatasan dalam berjalan.
- b) Lemah, jika ibu kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan ibu sudah tidak mampu berjalan sendiri.

2) Kesadaran

Gambaran tentang kesadaran meliputi komposmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam keadaan sadar (Sulistyawati, 2013 : 226)

- 3) Tinggi badan : tinggi badan yang ≤ 145 cm dapat berhubungan dengan panggul sempit
- 4) Berat badan : digunakan untuk memantau perkembangan janin dan keadaan ibu. Menurut Manuaba (2010) jumlah penambahan berat badan selama hamil normalnya adalah antara 6,5 kg sampai 16,5 kg.

5) Tanda vital

Kenaikan atau penurunan tekanan darah merupakan indikasi adanya gangguan hipertensi dalam kehamilan atau syok. Peningkatan tekanan darah sistol dan diastol dalam batas normal dapat mengindikasikan nyeri. Peningkatan suhu menunjukkan adanya proses infeksi atau dehidrasi. Peningkatan frekuensi pernapasan dapat menunjukkan syok.

6) Pemeriksaan fisik

a) Muka

Hal yang perlu dikaji adalah bengkak/oedem (tanda preeklampsi), pucat (kemungkinan anemia), ekspresi ibu (gambaran kesakitan / ketidaknyamanan).

b) Mata

Hal yang perlu dikaji adalah konjungtiva (kepuatan pada konjungtiva mengindikasikan terjadinya anemia yang mungkin dapat berpengaruh pada persalinannya), dikaji sklera,

kebersihan, kelainan pada mata dan gangguan penglihatan (Rohani, 2013).

c) Mulut

Bibir yang pucat menandakan ibu mengalami anemia, bibir kering dapat menjadi indikasi dehidrasi.

d) Leher

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

e) Dada

Dikaji apakah ada kelainan bentuk pada payudara, apakah ada perbedaan besar pada masing-masing payudara, adakah hiperpigmentasi pada areola, adakah teraba nyeri dan massa pada payudara, kolostrum, keadaan puting (menonjol, datar atau masuk ke dalam) dan kebersihan (Sulistyawati, 2013 : 227).

f) Perut

Nilai adanya kelainan pada abdomen serta memantau kesejahteraan janin, kontraksi uterus dan menentukan kemajuan proses persalinan (Sulistyawati, 2013 : 227).

(1) Bekas operasi SC

Digunakan untuk melihat apakah ibu pernah mengalami operasi SC, sehingga dapat ditentukan tindakan selanjutnya karena riwayat SC masuk kedalam penapisan persalinan (Rohani, 2013:84).

(2) 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. Bayi yang besar memberi peringatan terjadinya atonia uteri pascapartum, yang menyebabkan perdarahan atau kemungkinan distosia bahu (Rohani, 2013 : 84).

(3) Pemeriksaan Leopold

Digunakan untuk mengetahui letak, presentasi, posisi dan variasi janin (Rohani, 2013 : 84).

(4) Kontraksi Uterus

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

(5) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

(6) Denyut Jantung Janin (DJJ)

(7) Palpasi kandung kemih (pemantauan pengosongan kandung kemih).

g) Genital

Mengkaji tanda-tanda inpartu, kemajuan persalinan, *hygiene* pasien dan adanya tanda-tanda infeksi vagina, meliputi : kebersihan, pengeluaran pervaginasi (adanya pengeluaran lendir darah), tanda-tanda infeksi vagina, pemeriksaan dalam.

h) Anus

Digunakan untuk mengetahui kelainan pada anus seperti hemoroid yang berpengaruh dalam proses persalinan.

i) Ekstremitas

Untuk menilai adanya kelainan pada ekstremitas yang dapat menghambat atau mempengaruhi proses persalinan yang meliputi mengkaji adanya oedem dan varises.

j) Data penunjang

Pemeriksaan USG, kadar hemoglobin, golongan darah, kadar leukosit, hematokrit dan protein urin

c. Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap rumusan diagnosis, masalah, dan kebutuhan pasien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan.

1) Diagnosis kebidanan/nomenklatur

a) Paritas

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

Dx : G..... P..... Ab..... UK.....-..... minggu, T/H/I Punggung kanan/kiri, Inpartu Kala..... Fase aktif/laten dengan Keadaan ibu dan janin baik.

S : Ibu mengatakan merasa ingin melahirkan

O :

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tekanan Darah : 90/60 – 120/80 mmHg

Nadi : 60 – 96 x/menit

Pernafasan : 12 – 24 x/menit

Suhu : 36,5 – 37, 5⁰ C

Tinggi Badan : cm

BB hamil : kg

TP :

LILA : cm

Palpasi Abdomen :

Leopold I : menentukan tinggi fundus uteri dan juga menentukan bagian janin mana yang terletak pada fundus uteri, bila kepala akan teraba bulat, melenting, dan keras. Jika bila bokong akan teraba lunak, bulat tidak melenting (Sarwono, 1976)

Leopold II : menentukan batas sampin kanan dan kiri perut ibu serta dapat mengetahui letak posisi janin membujur atau melintang.

Leopold III : menentukan bagian apa yang terletak dibagian bawah dan apakah sudah masuk pintu atas panggul (PAP) atau belum

Leopold IV : untuk menentukan seberapa bagian janin dari kepala janin yang sudah masuk ke dalam pintu atas panggul.

TFU dalam cm : untuk mengetahui usia kehamilan dan untuk menghitung tafsiran berat janin.

Auskultasi

DJJ : 120 – 160 x/menit dengan ritme reguler/irreguler, intensitas kuat/lemah

HIS : x 10'..... ‘

Tanda – tanda persalinan :

- (1) Terjadinya his persalinan dengan frekuensi 45-60 detik
- (2) Keluarnya lendir bercampur darah pervaginam
- (3) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya
- (4) Dilatasi an effacement

2) 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.

d. Identifikasi Diagnosa Potensial

Diagnosa potensial yang akan terjadi dalam jangka waktu terdekat adalah perdarahan, pre-eklamsi/eklamsi, patas lama, lilitan tali pusat,

asfiksia, distosia bahu, gawat janin, retensio plasenta, syok hipovolemik, dan robekan perinium derajat II, III, IV

e. Identifikasi Kebutuhan Segera

Dalam pelaksanaannya bidan kadang dihadapkan pada beberapa situasi darurat dimana harus segera melakukan tindakan untuk menyelamatkan pasien sehingga bidan sangat dituntut kemampuannya untuk selalu melakukan evaluasi keadaan pasien agar asuhan yang diberikan tepat dan aman. Jika hasil pemeriksaan menunjukkan adanya tanda bahaya pada pasien, maka tindakan yang harus dilakukan adalah merujuk pasien dengan melakukan tindakan stabilisasi pra rujukan terlebih dahulu. Jika pertolongan persalinan dilakukan di rumah sakit maka sesegera mungkin bidan melaporkan kondisi pasien kepada dokter.

f. Intervensi

Dalam menyusun perencanaan sebaiknya pasien dilibatkan, karena pada akhirnya pengambilan keputusan untuk dilaksanakannya suatu rencana asuhan harus disetujui oleh pasien.

Dx : G...P...Ab... UK....-...minggu, T/H/I Punggung kanan/kiri,
Inpartu Kala ... fase aktif/laten Keadaan ibu dan janin baik.

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

Kriteria hasil : 1) Keadaan umum ibu baik
2) TTV dalam batas normal

TD : 90/60 – 130/90 mmHg

Nadi : 60-96x/ menit

RR : 16-24x/ menit

Suhu : 36,5-37,5° C

3) DJJ (120-160x/ menit)

4) Kala I :

a) Pada Multigravida kala 1 berlangsung \pm 8 jam

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

5) Kala II :

a) Lama kala II tidak lebih dari 1 jam.

b) Ibu meneran dengan efektif.

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

6) Kala III :

a) Plasenta lahir lengkap tidak lebih dari 30 menit.

b) Kontraksi uterus baik, keras (globuler).

c) Jumlah perdarahan < 500 cc.

7) Kala IV

a) TFU umumnya setinggi atau beberapa jari di bawah pusat.

b) Uterus berkontraksi dengan baik.

c) Kandung kemih dalam keadaan kosong.

d) Perdarahan < 500 cc.

Intervensi :

- 1) Beritahu ibu tentang hasil pemeriksaannya dan beri tahu juga keluarga serta informasikan tentang perubahan psikologis dan fisiologis sesuai kebutuhan..

R : Pengetahuan ibu bertambah dan ibu bisa kooperatif. Pendidikan dapat menurunkan stress dan ansietas serta meningkatkan kemajuan persalinan. (Doenges, 2001)

- 2) Bina hubungan baik dengan ibu dan keluarga, hubungan saling percaya dengan komunikasi terapeutik.

R : Hubungan yang baik dengan ibu dan keluarga dapat menimbulkan sifat kooperatif ibu dan ketenangan. (Doenges, 2001)

- 3) Jaga privasi ibu dalam melakukan setiap tindakan dan kurangi pemajanan yang tidak diperlukan.

R : Privasi merupakan salah satu hak manusia serta orang pendukung mungkin atau tidak diinginkan saat klien diperiksa atau diobati. (Doenges, 2001)

- 4) Anjurkan ibu untuk makan dan minum di saat tidak ada kontraksi.

R : Makan dan minum memenuhi kecukupan energi selama proses persalinan. Dehidrasi dapat berpengaruh pada gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit yang penting dalam menimbulkan kontraksi.

- 5) Anjurkan dan bantu ibu BAK dan BAB bisa menginginkan.

R : Masukan dan keluaran cairan harus diperkirakan sama, tergantung pada derajat hidrasi. Mempertahankan kandung kemih bebas dari

distensi, yang dapat meningkatkan ketidaknyamanan, mengakibatkan kemungkinan trauma, mempengaruhi penurunan janin, dan memperlama persalinan. (Doenges, 2001)

- 6) Anjurkan ibu untuk istirahat sewaktu his mereda.

R : Istirahat yang cukup dapat menambah tenaga ibu pada waktu meneran.

- 7) Observasi kontraksi, DJJ, nadi setiap 30 menit dan TD, kandung kemih, kemajuan persalinan setiap 4 jam, dan cairan yang keluar pervaginam lalu catat dalam partograf

R : Pola kontraksi hipertoniik/hipotoniik dapat terjadi bila stres sehingga dapat menghambat kemajuan persalinan.

DJJ harus normal 120-160x/menit dengan variasi rata-rata, percepatan dalam respon terhadap aktivitas maternal, gerakan janin, dan kontraksi uterus.

Dehidrasi dapat menyebabkan peningkatan DJJ, TD, Suhu, Nadi dan pernapasan. Nadi cepat juga dapat mengindikasikan infeksi, perdarahan dan cemas. (Doenges, 2001)

- 8) Sarankan pada ibu untuk mengatur aktivitas dan posisi

R : Posisi tegak seperti berjalan, berdiri atau jongkok dapat membantu turunnya kepala bayi dan seringkali mempersingkat waktu persalina. Perlu diingat bahwa jangan menganjurkan ibu untuk mengambil posisi terlentang lama. Sebab jika berbaring telentang maka berat uterus, janin, cairan ketuban, dan plasenta akan menekan vena cava inferior. Hal ini akan menyebabkan

hipoksia (kekurangan oksigen pada janin). Posisi terlentang juga akan memperlambat proses persalinan.

9) Ajarkan ibu cara relaksasi saat ada kontraksi serta cara meneran yang aktif

R : Menurunkan ansietas dan memberikan distraksi, yang dapat memblok persepsi implus nyeri dalam korteks serebral. Meneran yang benar membantu mempercepat proses persalinan dan mencegah kelelahan. (Doenges, 2001)

10) Hadirkan orang yang dianggap penting yang dapat memberikan dukungan dan semangat bagi ibu.

R : Hadirnya seorang pendamping pada saat persalinan yaitu mengurangi rasa sakit, membuat waktu persalinan lebih singkat dan menurunkan kemungkinan persalinan dengan operasi.

11) Siapkan partus set (yang terdiri dari handscoon, kateter, 2 klem arteri, ½ koher, gunting episiotomi, gunting tali pusat, kasa secukupnya, pengikat tali pusat)

R : Pada persalinan dan kelahiran bayi, penolong sebaiknya memastikan kelengkapan, jenis dan jumlah bahan yang diperlukan selama proses persalinan dan dalam keadaan siap pakai.

g. Implementasi

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

2.2.2 Kala II

Tanggal... .. pukul ..

S : Mengetahui apa yang dirasakan ibu, biasanya ibu akan merasakan tanda gejala kala II yaitu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, adanya peningkatan tekanan pada rectum dan vagina, perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka, adanya peningkatan pengeluaran lendir bercampur darah (JNPK-KR,2014).

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

A : G..... P..... Ab..... UK.....-..... minggu, T/H/I Punggung kanan/kiri, Inpartu Kala II dengan 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, makaindungi 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.

Catatan Perkembangan

Catatan ini di gunakan apabila terdapat perubahan pada keadaan ibu. Dalam catatan ini di isikan hari, tanggal, jam dan perubahan ibu dalam bentuk SOAP.

2.2.3 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 dengan Keadaan 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 terpilin 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

Catatan Perkembangan

Catatan ini di gunakan apabila terdapat perubahan pada keadaan ibu. Dalam catatan ini di isikan hari, tanggal, jam dan perubahan ibu dalam bentuk SOAP.

2.2.4 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 dengan 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 K₁ 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral.
- 6) Setelah 1 jam pemberian vitamin K₁ 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.

Catatan Perkembangan

Catatan ini di gunakan apabila terdapat perubahan pada keadaan ibu. Dalam catatan ini di isikan hari, tanggal, jam dan perubahan ibu dalam bentuk SOAP.

2.2.5 Pengkajian Bayi Baru Lahir

Tanggal : Pukul :

S : Bayi..... 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 : 36,5⁰C- 37⁰C

Berat badan : 2500- 4000 gram

Panjang badan : 48- 52 cm

Lingkar kepala : 32- 37 cm

Lingkar dada : 32- 35 cm

LILA : 9- 11 cm

APGAR : 7-10

Pemeriksaan fisik :

- 1) Kepala : untuk mengetahui adanya molase, caput hematoma dan caput succedenum.
- 2) Telinga : mengetahui adanya infeksi
- 3) Mata : mengetahui tanda-tanda infeksi, 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.

Evaluasi

Pada langkah ini merupakan evaluasi dari kala I, II, III, IV yang bertujuan asuhan kebidanan, keefektifan asuhan yang telah diberikan, apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnosis maupun masalah, serta hasil asuhan yang berupa bentuk nyata dari perubahan kondisi serta respon dari keluarga. Hasil evaluasi tindakan nantinya dituliskan dalam bentuk SOAP.