

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Persalinan

2.1.1 Pengertian

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan.

(Manuaba,2010)

Definisi persalinan menurut WHO 2007 adalah persalinan yang dimulai secara spontan, berisiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan. Bayi dilahirkan secara spontan dalam presentasi belakang kepala pada usia kehamilan antara 37 minggu hingga 42 minggu lengkap. Setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam kondisi sehat.

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks dan diakhiri dengan kelahiran plasenta.

(Varney,2008)

Persalinan adalah proses pengeluaran (kelahiran) hasil konsepsi yakni janin dan plasenta setelah usia kehamilan 28 minggu. Proses persalinan dapat berlangsung secara spontan atau diinduksi.

(Silverton,1993)

2.1.2 Etiologi

Terjadinya persalinan belum dapat diketahui secara pasti. Besar kemungkinan semua faktor bekerja bersama-sama sehingga pemicu persalinan menjadi multifaktor. Menurut Manuaba 2007 terdapat beberapa teori kemungkinan terjadinya persalinan, antara lain :

1. Teori Keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu.

Setelah melewati batas tersebut, terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat mulai. Rahim yang menjadi besar dan meregang dapat menyebabkan iskemia otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenter.

2. 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. Sedangkan pada akhir kehamilan produksi progesteron mengalami penurunan sehingga otot rahim lebih sensitif

terhadap oksitosin. Akibatnya, otot rahim mulai berkontraksi setelah mencapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

3. Teori Rangsangan Estrogen

Estrogen menyebabkan *irritability miometrium*, mungkin karena peningkatan konsentrasi *actin-myocin* dan adenosin tripospat (ATP). Selain itu, estrogen memungkinkan sintesa prostaglandin pada desidua dan selaput ketuban sehingga menyebabkan kontraksi uterus.

4. Teori Oksitosin Internal

Oksitosin adalah hormon yang dikeluarkan oleh kelenjar hypofisis posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Dengan menurunnya konsentrasi progesterone akibat tuanya kehamilan, menyebabkan oksitosin, sehingga persalinan dapat dimulai.

5. Teori Prostaglandin

Prostaglandin E dan Prostaglandin F (Pe dan pF) bekerja di rahim wanita untuk merangsang kontraksi selama kelahiran. PGE2 menyebabkan kontraksi rahim dan telah digunakan untuk menginduksi persalinan. Prostaglandin yang dikeluarkan oleh desidua konsentrasinya meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu.

6. Teori fetal cortisol

Dalam teori ini diajukan sebagai “pemberi tanda” untuk dimulainya persalinan adalah janin, diduga akibat peningkatan tiba-tiba kadar kortisol plasma janin. Kortisol janin akan mempengaruhi plasenta sehingga produksi progesteron berkurang dan memperbesar sekresi estrogen, selanjutnya berpengaruh pada meningkatnya produksi prostaglandin, yang menyebabkan iritabilitas miometrium meningkat.

7. Teori fetal membran

Teori fetal membran *phospholipid-arachnoid acid prostaglandin*.

Meningkatnya hormon estrogen menyebabkan terjadinya *esterified* yang menghasilkan *arachnoid acid*, yang membentuk prostaglandin dan mengakibatkan kontraksi miometrium.

2.1.3 Tanda-Tanda Persalinan

1. Tanda-tanda bahwa persalinan sudah dekat

a. Terjadi Lightening

Menjelang minggu ke-36, tanda primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan: kontraksi *braxton hicks*, keregangan dinding perut, ketegangan *ligamentum rotundum*, dan gaya berat janin dimana kepala ke arah bawah. Menurut Helen Varney (2008,672), masuknya bayi ke pintu atas panggul menyebabkan ibu merasakan:

1) Ibu sering berkemih karna kandung kemih ditekan oleh kepala

janin sehingga ruang yang tersisa untuk ekspansi berkurang.

2) Perasaan tidak nyaman akibat tekanan panggul yang menyeluruh.

3) Kram pada tungkai, yang disebabkan oleh tekanan bagian presentasi pada saraf yang menjalar melalui foramen iskiadikum mayor dan menuju tungkai.

4) Peningkatan statis vena yang menghasilkan edema dependen akibat tekanan bagian presentasi pada pelvis minor menghambat aliran balik darah dan ekstremitas bawah.

b. Pengeluaran lendir darah

Plak lendir disekresi serviks sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Plak ini menjadi sawar pelindung dan

menutup jalan lahir selama kehamilan. Pengeluaran lendir darah inilah yang disebut sebagai *Bloody Show*. *Bloody Show* paling sering terlihat sebagai rabas lendir bercampur darah yang lengket, biasanya dalam wakt 24 hingga 48 jam (Varney,2008:674).

2. Tanda-tanda mulainya persalinan
Menurut Helen Varney (2011), tanda-tanda mulainya persalinan ialah

sebagai berikut:

- a. Terjadinya his persalinan

His adalah kontraksi rahim yang dapat diraba menimbulkan rasa nyeri perut serta dapat menimbulkan pembukaan serviks. Kontraksi rahim dimulai pada dua *face maker* yang letaknya didekat *cornu uteri*. Pada awal persalinan, kontraksi dapat terjadi secara intermitten dari 10 sampai 30 kemudian dan berakhir hanya beberapa detik. Ketika otot uterus relaksasi antar kontraksi, uterus terasa lembut dan mudah di tekan. Karena uterus berkontraksi, ototnya menjadi keras dan lebih keras, dan keseluruhan uterus naik keatas sampai abdomen. Kemudian secara bertahap relaksasi dan menjadi lunak kembali (Hamilton,2011:133).

Pengaruh his ini dapat menimbulkan: terhadap desakan daerah uterus (meningkat), terhadap janin (penurunan), terhadap korpus uteri (dinding menjadi tebal), terhadap istmus uterus (teregang dan menipis), terhadap kanalis servikalis (*effacement* dan pembukaan).

His pesalinan memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

- 1) Pinggang terasa sakit hingga menjalar ke depan.
- 2) Terjadi perubahan pada serviks
- 3) Sifatnya teratur, interval semakin pendek dan kekuatan semakin besar.
- 4) Jika pasien menambah aktivitasnya, maka kekuatan his semakin bertambah.

- b. Pengeluaran lendir 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 kapiler pembuluh darah robek waktu serviks membuka.

(Hamilton,2011)

- 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 (Varney,2008).
- d. 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 hanya tinggal ostium yang tipis seperti kertas serta terjadi dari atas ke bawah (Prawirohardjo,2014)

2.1.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

1. Passage
Menurut Prawirohardjo (2008), faktor passage atau biasa disebut dengan jalan lahir diklasifikasikan menjadi dua jenis, yaitu:
 - a. Jalan lahir lunak
Jalan lahir lunak terdiri dari serviks, vagina, dan otot rahim.
 - 1) Serviks
Serviks akan semakin matang, mendekati waktu persalinan, selama masa hamil, serviks dalam keadaan menutup, panjang

serta lunak. Pada saat mendekati persalinan serviks akan lebih lunak dan mengalami penipisan (*effacement*) dan sedikit berdilatasi. Evaluasi kematangan serviks akan tergantung pada individu wanita dan paritasnya. Adanya peningkatan intensitas braxton hicks mengakibatkan perubahan serviks yang terjadi. Kematangan serviks memiliki periode yang berbeda-beda sebelum persalinan (Oxorn,2010)

2) Vagina

Vagina berupa suatu tabung fibrouskuler, dikelilingi oleh vulva di bawah, uterus diatas, vesica urinaria di depan dan rektum di belakang. Arahnya miring ke bawah. Vagina bersifat elastis dan berfungsi sebagai jalan lahir dalam persalinan normal (Oxorn,2010)

3) 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 membuka mulut rahim.

b. Jalan lahir keras

1) Anatomi panggul

a) Tulang Pangkal Paha (*os Coxae*)

(1) Tulang Ilium (tulang usus)

Merupakan tulang terbesar dari panggul yang membentuk bagian atas dan belakang panggul. Bagian atas merupakan penebalan tulang yang disebut krista iliaka. Ujung depan dan belakang krista iliaka yang menonjol: spina iliaka antero superior dan spina iliaka postesuperior. Terdapat tonjolan tulang memanjang dibagian dalam tulang ilium yang membagi pelvis mayor dan minor, disebut *linia inominata (linia terminalis)*. Linea terminalis merupakan bagian dari pintu atas panggul.

(2) Tulang Iskiium (tulang duduk)

Terdapat disebelah bawah tulang usus, pinggir belakangnya menonjol: spina ischiadica, pinggir bawah tulang duduk sangat tebal (*tuber ischiadicum*), berfungsi menopang badan saat duduk.

(3) Tulang Pubis (Tulang Kemaluan)

Terdapat disebelah bawah dan depan tulang ilium. Dengan tulang duduk dibatasi oleh foramen obturatorium. Tangkai tulang kemaluan yang berhubungan dengan tulang usus disebut ramus superior tulang pubis. Di depan kedua tulang ini berhubungan melalui artekulasi (sambungan) yang disebut simpisis.

b) Sakrum (Tulang Kelangkang)

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

- (1) Terdiri dari 5 ruas tulang yang berhubungan erat.
- (2) Permukaan depan licin dengan lengkung dari atas ke bawah dan dari kanan ke kiri.
- (3) Pada sisi kanan dan kiri, digaris tengah terdapat lubang yang dilalui oleh saraf yang disebut foramen sakralia anterior.
- (4) Tulang kelangkang berhubungan dengan lumbal ke-5
- (5) Tulang kelangkang yang paling atas mempunyai tonjolan besar ke depan yang disebut promontorium.
- (6) Bagian samping tulang kelangkang berhubungan dengan tulang pangkal paha melalui artikulasi sacro-iliaca.
- (7) Kebawah tulang kelangkang berhubungan dengan tulang tungging (tulang koksigis).

(Oxorn,2010)

c) Tulang Tungging (*Os Coccygis*)

- (1) Berbentuk segitiga dengan ruas 3-5 buah yang menyatu.
- (2) Terdapat hubungan antara tulang sakrum dengan tulang koksigis yang disebut artikulasi sacro-koksigis.
- (3) Di luar kehamilan, artikulasi hanya memungkinkan mengalami sedikit pergeseran, tetapi pada kehamilan dan persalinan dapat mengalami pergeseran yang cukup longgar bahkan ujung tulang koksigis dapat bergerak kebelakang sampai sejauh 2,5 cm pada proses persalinan.

(Oxorn,2010)

d) Ukuran Panggul

- (1) Pintu Atas Panggul (PAP)
Merupakan bagian dari pelvis minor yang terbentuk dari promontorium, tulang sakrii, linia terminalis, dan pinggir atas simpisis. Jarak antara simpisis ke promontorium kurang lebih 11 cm yang disebut konjugata vera. Jarak

terjauh garis melintang pada PAP adalah 12,5-13 cm yang disebut diameter transversa. Bila ditarik garis dari artikulasi sakro-iliaka ketitik pertemuan antara diameter transversa dan konjugata vera kemudian diteruskan ke linia inominata maka akan ditemukan sebuah diameter obliq dengan ukuran 13 cm.

Dalam obstetrik dikenal ada 4 macam bentuk panggul menurut Caldwell dan Moloy, dengan masing-masing

berciri sebagai berikut:

(a) Jenis ginekoid.

Panggul jenis ini merupakan bentuk 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 juga wanita yang mempunyai panggul jenis ini 15%.

(c) Jenis platipiloid

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

(d) Jenis antropoid

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

(Prawirohardjo,2014)

(2) Kavum Pelvik

Kavum pelvik berada diantara PAP dan PBP, terdiri dari dua bagian penting: bidang dengan ukuran terbesar (bidang terluas panggul). Merupakan bagian yang terluas dan bentuknya hampir seperti lingkaran. Batas anterior ialah titik tengah permukaan belakang tulang pubis. Batas lateral ialah 1/3 bagian atas dan tengah foramen obturatorium. Dan batas belakang/posterior hubungan antara vertebra sakralis ke-2 dan ke-3.

Diameter penting dalam bidang terluas panggul ialah diameter anteroposterior adalah jarak antara titik tengah permukaan belakang tulang pubis dengan hubungan antara vertebra sakralis ke-2 dan ke-3, panjangnya adalah 12,75 cm. Serta diameter transversal adalah jarak terbesar tepi lateral kanan dan kiri bidang tersebut, panjangnya 12,5 cm (Prawirohardjo,2014)

(3) Bidang Dengan Ukuran Terkecil (Bidang Tersempit Panggul)

Bidang terpenting dalam panggul, memiliki ruangan yang paling sempit dan ditempat ini paling sering terjadi macetnya persalinan. Bidang ini terbentang dari apeks sampai arkus subpubis melalui spina ischiadika ke

sakrum, biasanya dekat dengan perhubungan antara vertebra sakralis ke-4 dan ke-5. Batas-batas bidang

tersempit panggul ialah:

- (a) Tepi bawah simfisis pubis.
- (b) Garis putih pada vasia yang menutupi foramen obturatium.
- (c) Spina ischiadika.
- (d) Ligamentum sacrospinosum.
- (e) Tulang sakrum.

Diameter terpenting dalam bidang sempit panggul ini ialah :

- (a) Diameter anteroposterior.
- (b) Dari tepi bawah simfisis pubis ke perhubungan antara vertebra sakralis ke-4 dan ke-5 memiliki ukuran 12 cm.
- (c) Diameter transversa.
- (d) Antara spina ischiadika kanan dan kiri, memiliki ukuran 10,5 cm.
- (e) Diameter sagitalis.
- (f) Dari distansia interspinarum ke perhubungan antara vertebra sakralis ke-4 dan ke-5, memiliki ukuran 4,5-5 cm.

(Prawirohardjo,2014)

(4) Pintu Bawah Panggul– PBP

Pintu bawah panggul bukan merupakan suatu bidang datar, tetapi tersusun atas dua bidang yang masing-masing berbentuk segitiga. Bidang pertama dibentuk oleh garis antara kedua buah tubera os.ischii dengan ujung tulang sakrum, dan bidang ke-2 dibentuk oleh garis

antara kedua buah tuber os.ischii dengan bagian bawah simfisis. Pinggir bawah simfisis terbentuk lengkung kebawah dan merupakan sudut (*arcus pubis*), dalam keadaan normal sudutnya sebesar 90° bila kurang dari itu maka kepala bayi akan sulit untuk dilahirkan.

(Oxorn,2010)

e) Bidang Hodge

Bidang- bidang Hodge ini dipelajari untuk menentukan sampai dimana bagian terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan. Menurut Prawirohardjo (2014) bidang Hodge tersebut antara lain:

- (1 Hodge I : Bidang yang di bentuk pada lingkaran) PAP dengan bagian atas simfisis dan promontorium
- (2 Hodge II : Bidang yang sejajar Hodge I setinggi) bagian bawah simfisis.
- (3 Hodge III : Bidang yang sejajar Hodge I setinggi) spina ischiadika.
- (4 Hodge IV : Bidang yang sejajar Hodge I setinggi) tulang koksigis.

f) Otot Dasar Panggul

Dasar panggul adalah diafragma muskular yang memisahkan antara kavum pelvik disebelah atas dengan ruang perineum disebelah bawah. Sekat ini dibentuk oleh muskulus lefator ani dan muskulus koksigis, dan seluruhnya ditutupi oleh vasia parietalis. Hiatus urogenitalis adalah celah disebelah

depan yang ditembus oleh uretra dan vagina. Hiatus rektalis berada disebelah belakang dan dilalui oleh rektum dan saluran anus (Oxorn,2010).

Fungsi dasar panggul adalah menyangga organ-organ dalam panggul. Untuk menghasilkan tekanan intraabdominal yang efektif, otot-otot diafragma, dinding perut dan dasar panggul harus berkontraksi serentak. Selain itu dasar panggul juga membantu rotasi bagian terbawah janin ke depan dan mengaragkannya ke bawah serta ke depan sesuai dengan jalan lahir. Menurut Harry Oxorn dan William (2010), otot-otot dasar panggul di jelaskan sebagai berikut:

(1) Musculus Levator Ani

Mempunyai origo disebelah lateral dan insersio dibagian tengah tempat otot dari salah satu sisi bertemu dengan sisi yang lain. Arah serabutnya dari origo dan insersio adalah dibawah dan ditengah. Tiap musculus levator ani mempunyai origo pada posisi posterior pubis, tendo arcuata fascia pelvina, dan permukaan dalam spinal ischiadika. Musculus levator ani terdiri dari:

(a) Musculus pubococcygeus

Otot ini merupakan bagian dari dasar panggul yang paling penting, paling dinamis, dan khusus. Otot ini terletak di garis tengah ditembus oleh uretra, vagina, dan rectum. Otot ini seringkali robek pada proses persalinan.

(b) Musculus iliococcygeus

Otot ini timbul dari garis putih fasia pelvina di belakang kanalis obturatorius, bersatu dengan m. pubococcygeus propria dan berinsersi pada tepi lateral tulang coccygis. Otot-otot tersebut kurang dinamis dibandingkan dengan m. pubococcygeus.

(2) Musculus ischiococcygeus

Otot ini berorigo pada spina ishiadika dan berinsersio pada tepi lateral tulang coccygis serta vertebra sakralis ke-5. Otot ini menyangga musculus levator ani dan menempati bagian terbesar dasar panggul sebelah belakang.

(Oxorn,2010)

2. Passanger

Passenger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa factor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati melewati jalan lahir, maka ia dianggap juga sebagai bagian dari passenger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal (Oxorn,2010)

Janin dapat mempengaruhi jalannya kelahiran karena ukuran dan presentasinya. Kepala banyak mengalami cedera pada persalinan sehingga dapat membahayakan hidup dan kehiduan janin. Ukuran dan sifat kepala bayi relatif kaku sehingga sangat mempengaruhi proses persalinan. Tengkorak janin terdiri atas dua tulang parietal, dua tulang temporal, satu tulang frontal, dan satu tulang oksipital. Tulang-tulang ini

disatukan oleh sutura membranosa. Rongga yang berisi membrane ini disebut fontanel, terletak di pertemuan antara sutura.

Sutura dan fontanel menjadi tengkorak. Bersifat fleksibel, sehingga dapat menyesuaikan diri terhadap otak bayi. Akan tetapi karena belum dapat menyatu dengan kuat, tulang- tulang ini dapat saling tumpang tindih disebut molase. Kemampuan tulang untuk saling menggeser memungkinkan kepala bayi beradaptasi terhadap berbagai diameter panggul ibu.

Menurut Sarwono Prawirohardjo (2014), passanger terdiri atas

beberapa bagian yaitu:

- a. Tulang tengkorak (kranium janin)
 - 1) Bagian muka dan tulang-tulang dasar tengkorak (basis crania)
 - a) Os. Nasalis (tulang hidung)
 - b) Os. Maksilaris (tulang rahang atas)
 - c) Os. Mandibuaris (tulang rahang bawah)
 - d) Os. Zygomatik (tulang pipi)
 - 2) Bagian tengkorak
 - a) Os. Frotalis (tulang dahi)
 - b) Os. Parietalis (tulang ubun-ubun)
 - c) Os. Temporalis (tulang pelipis)
 - d) Os. Oksibital (tulang belakang kepala)
 - 3) Sutura

Sutura merupakan sela ruang antara dua ruang.

 - a) Sutura frontalis : antara dua tulang frontal (sela dahi)
 - b) Sutura sagitalis : antara kedua tulang parietal kiri dan kanan (sela panah)
 - c) Sutura koronalis : antar tulang parietal dan frontal (sela mahkota)
 - d) Sutura lamboidea : antara tulang pariental dan oksipital (sela lamda)
 - 4) Ubun-ubun (fontanel)

Rongga tulang tengkorak, merupakan pertemuan beberapa sutura.

 - a) Fontanel mayor / fontanel arterior / ubun-ubun besar.

Merupakan pertemuan antara sutura sagitalis, sutura frontalis, dan sutura koronaria, berbentuk segi empat panjang. Fontanel ini menutup pada usia bayi 18 bulan.

- b) Fontanel minor / fontanel posterior / ubun-ubun kecil.
Berbentuk segitiga dengan puncak segitiga runcing searah muka janin dan dasar segitiga searah dengan punggung janin, merupakan pertemuan antara sutura sagitalis dengan sutura lamboidea. Fontanel ini menutup pada usia 6-8 minggu.
- 5) Daerah-daerah
 - a) Sinsiput (depan kepala)
 - b) Verteks (puncak kepala)
 - c) Oksiput (belakang kepala)
- 6) Ukuran diameter
 - a) Diameter sub occipito bregmatika 9,5 cm.
Jika kepala janin dilahirkan dalam presentasi belakang kepala maka kepala janin akan melintasi vulva dalam ukuran diatas.
 - b) Diameter occipitofrontalis. Jarak antara tulang oksiput dan frontal \pm 13 cm.
Jika kepala janin dilahirkan dalam presentasi puncak kepala, maka dalam ukuran inilah kepala janin melintasi vulva.
Ukuran ini terjadi pada persalinan dengan presentasi puncak dahi.
 - c) Diameter vertikomento / supraoksipitomental / mentooccipitalis kurang lebih 13,5 cm, merupakan diameter terbesar, terjadi pada presentasi bayi.
 - d) Diameter submentobregmatika kurang lebih 9,5 cm/ diameter anteroposterior pada presentasi muka.
- 7) Ukuran sirkumferensia
 - a) C. frontooksipitalis \pm 34cm
 - b) C. mentooksipitalis \pm 35cm
 - c) C. suboksipitobregmatika \pm 32cm

- 8) Ukuran badan lain
 - a) Bahu
Jaraknya ± 12 cm (jarak kedua akromion), dan lingkaran bahu ± 34 cm.
 - b) Bokong
Lebar bokong (diameter intertrokanterika ± 12 cm, serta lingkaran bokong ± 27 cm.
- 9) Planum (bidang)
 - a) Plan. Frontooksipitalis : 34 cm
 - b) Plan. Maksiloparietalis : 35 cm
 - c) Plan. Trakeoparietalis : 34 cm (letak muka)
- b. Postur janin dalam rahim
Menurut Prawirohardjo (2014), postur janin dalam rahim ialah sebagai berikut:
 - 1) Sikap (*Attitude* = habitus)
Menunjukkan hubungan bagian-bagian janin dengan sumbu janin, biasanya terhadap tulang punggungnya. Janin umumnya dalam sikap fleksi dimana kepala, tulang punggung, dan kaki dalam keadaan fleksi, serta lengan bersilang dada. Sikap adalah hubungan bagian tubuh janin yang satu dengan bagian yang lain. Janin mempunyai postur yang khas saat berada didalam rahim. Penyimpangan sikap normal dapat menimbulkan kesulitan saat kelahiran. Misalnya presentasi kepala, kepala janin dapat berada dalam ekstensi atau fleksi yang menyebabkan diameter kepala berada dalam posisi yang tidak menguntungkan terhadap batas-batas panggul ibu.
 - 2) Letak (*lie*=situs)

Letak janin adalah bagaimana sumbu janin berada pada sumbu ibu. Letak adalah hubungan antara sumbu panjang (punggung) janin terhadap sumbu panjang (punggung) ibu. Ada dua macam letak yaitu, memanjang vertikal, dimana sumbu panjang janin paralel dengan sumbu panjang ibu, yang kedua melintang atau horizontal, dimana sumbu panjang janin membentuk sudut terhadap sumbu panjang ibu. Letak memanjang dapat berupa presentasi kepala atau presentasi sacrum.

3) Presentasi (*presentation*)

Presentasi digunakan untuk menentukan bagian janin yang ada di bagian bawah rahim yang dijumpai pada palpasi atau pada pemeriksaan dalam. Misalnya presentasi kepala, bokong, bahu, dll.

4) Bagian terbawah (*presenting part*)

Presentasi adalah bagian janin yang pertama kali memasuki pintu atas panggul dan terus melalui jalan lahir saat persalinan mencapai aterm. Tiga presentasi janin yang utama ialah kepala (96%), sungsang (3%), dan bahu (1%).

Bagian presentasi ialah bagian tubuh janin yang pertama kali teraba oleh jari pemeriksa saat melakukan pemeriksaan dalam.

Faktor-faktor yang mempengaruhi bagian presentasi ialah letak janin, sikap janin, dan ekstensi atau fleksi kepala janin.

5) Posisi janin

Posisi adalah hubungan antara bagian presentasi (oksiput, sacrum, mentum/dagu, sinsiput/puncak kepala yang defleksi/menengadah) terhadap empat kuadran panggul ibu.

Yaitu posisi oksipito anterior kanan (OAKa), oksipito transversal

kanan (OTKa), oksipito posterior kanan (OPKa), oksipito posterior kiri (OPKi), oksipito transversal kiri (OTKi), oksipito anterior kiri (OAKi).

c. Plasenta

Oleh karena plasenta juga harus melalui jalan lahir, ia juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada persalinan normal.

1) Struktur plasenta

- a) Berbentuk bundar atau hampir bundar dengan diameter 15-20 cm dan tebal 2-2.5 cm.
- b) Berat rata-rata 500 gr.
- c) Letak plasenta umumnya di depan atau di belakang dinding uterus, agak keatas kearah fundus.
- d) Terdiri dari dua bagian yaitu pars maternal dan pars fetal.

Pars maternal merupakan bagian plasenta yang menempel pada desidua, terdapat kotiledon (rata-rata 20 kotiledon).

Dibagian ini tempat terjadinya pertukaran darah ibu dan janin. Sedangkan pars fetal merupakan tempat insersio atau penanaman tali pusat. Insersio tali pusat dibagi menjadi tiga, yaitu insersio sentralis, insersio marginalis dan insersio velamentosa.

2) Fungsi plasenta

- a) Memberi makan kepada janin.
- b) Ekskresi hormon.
- c) Respirasi janin : tempat pertukaran O_2 dan CO_2 dari janin dan ibu.
- d) Membentuk hormon estrogen.
- e) Menyalurkan berbagai antibodi dari ibu.
- f) Sebagai barier (penghalang) terhadap janin dari

kemungkinan mikroorganisme/kuman.

3) Sirkulasi darah plasenta

Darah ibu yang berasal dari spiral arteri disemprotkan dengan tekanan sistol 70/80 mmHg seperti air mancur kedalam ruang intervillier sampai mencapai korionik plate, pangkal dari kotiledon janin. Darah tersebut membasahi semua villi korialis dan kembali perlahan-lahan dengan 8 mmHg ke vena-vena di desidua. Pada saat inilah terjadi pertukaran darah ibu dan janin, dengan tujuan membuang CO₂ dan membawa O₂.

(Sulistyawati,2014)

4) Air Ketuban

Waktu persalinan, air ketuban membuka serviks dengan mendorong selaput janin ke dalam ostium uteri, bagian selaput janin di atas ostium uteri yang menonjol waktu terjadi his disebut ketuban. Ketuban inilah yang membuka serviks. Air ketuban ini dapat dijadikan acuan dalam menentukan diagnosa kesejahteraan janin. Beberapa aspek penting yang perlu diketahui adalah sebagai berikut.

a) Struktur amnion

(1) Volume pada kehamilan cukup bulan kira-kira 1000 – 500 cc.

(2) Berwarna putih keruh, berbau amis, dan terasa manis. Warna keruh sampai hijau pada proses persalinan mengindikasikan adanya kondisi janin yang tidak sejahtera, sehingga membutuhkan tindakan khusus untuk bayi yang di lahirkan.

(3) Reaksinya agak alkalis sampai netral dengan berat jenis 1,008.

(4) Komposisinya terdiri atas 98 % air, dan sisanya albumin, urea, asam urik, kreatinin, sel-sel epitel,

lanugo, verniks kaseosa, dan garam anorganik. Kadar protein 2,6 % gram/ liter.

b) Fungsi amnion

- (1) Melindungi janin dari trauma atau benturan.
- (2) Memungkinkan janin bergerak bebas.
- (3) Menstabilkan suhu tubuh janin agar tetap hangat.
- (4) Menahan tekanan uterus.
- (5) Pembersih jalan lahir

c) Cara mengenali amnion

- (1) Dengan kertas lakmus.

Air ketuban di teteskan ke atas kertas lakmus, jika positif, maka akan ditemukan adanya reaksi warna biru. Pemeriksaan ini dilakukan pada ibu hamil trimester akhir untuk memastikan apakah air yang keluar adalah air ketuban atau urine, misalnya pada kasus ibu bersalin dengan ketuban pecah dini.

- (2) Makroskopis, terdapat bau amis, adanya lanugo dan verniks caseosa serta bercampur mekonium.
- (3) Mikroskopis, terdapat lanugo dan rambut.
- (4) Laboratorium, kadar urium rendah dibandingkan

dengan air kemih.

5) Tali Pusat

Tali pusat merupakan bagian yang sangat penting untuk kelangsungan hidup janin meskipun tidak menutup kemungkinan bahwa tali pusat juga dapat menyebabkan penyulit persalinan, misalnya pada kasus lilitan tali pusat.

a) Struktur tali pusat

(1) Terdiri dari 2 arteri umbilikalisis dan satu vena umbilikalisis.

(2) Bagian luar tali pusat berasal dari lapisan amnion.

(3) Didalamnya terdapat jaringan yang lembek yang dinamakan *selai warthon*. Selai warthon berfungsi melindungi dua arteri dan satu vena umbilikalisis yang

berada didalam tali pusat.

(4) Panjang rata-rata 50 cm.

b) Fungsi tali pusat

(1) Nutrisi dan oksigen dari plasenta ketubuh janin.

(2) Pengeluaran sisa metabolisme janin ke tubuh ibu.

(3) Zat antibodi dari ibu ke janin.

c) Sirkulasi tali pusat

(1) Dua arteri dan satu vena yang berada dalam tali pusat menghubungkan sistem kardiovaskuler janin dengan plasenta.

(2) Pada beberapa kasus dilaporkan adanya bentuk tali pusat yang tidak normal, misalnya terlalu kecil dan berpilin, tersimpul, terlalu besar, terlalu panjang, terlalu pendek, dll.

Bentuk tali pusat yang normal adalah silinder bulat dengan diameter rata rata 1-1,5 cm, namun kadang ditemukan kelainan bentuk yang menyerupai simpul. Simpul ada yang berupa simpul palsu dan simpul sesungguhnya. Adanya simpul pada tali pusat dengan jumlah yang banyak dan lilitan yang erat dapat menyebabkan gangguan transportasi oksigen dan nutrisi kepada janin, sehingga menyebabkan berat badan janin kurang dari normal.

3. Power

Power merupakan tenaga yang dikeluarkan untuk melahirkan janin, yaitu kontraksi uterus atau his dari tenaga mengejan ibu.

a. HIS (Kontraksi Uterus)

His atau kontraksi uterus adalah kontraksi otot-otot uterus dalam persalinan. Kontraksi merupakan suatu sifat pokok otot polos dan tentu saja hal ini terjadi pada otot polos uterus yaitu miometrium. Pada minggu-minggu terakhir kehamilan uterus semakin teregang oleh karena isinya semakin bertambah. Peregangan ini menyebabkan makin rentan terhadap perubahan hormonal yang terjadi pada akhir kehamilan terutama perubahan hormon oksitosin. Penurunan hormon progesterone yang bersifat menenangkan otot-otot uterus akan mudah direspon oleh uterus yang teregang sehingga mudah timbul kontraksi. Akibatnya kontraksi Broxton hicks akan meningkat. Peningkatan kontraksi Broxton hicks pada akhir kehamilan disebut dengan his pendahuluan atau his palsu. Jika his pendahuluan semakin sering dan semakin kuat maka akan menyebabkan perubahan pada serviks, inilah yang disebut dengan his persalinan (Varney,2008)

b. Sifat his yang normal

- 1) Kontraksi otot rahim dimulai dari salah satu tanduk rahim atau cornu.
- 2) Fundal dominan, yaitu kekuatan paling tinggi di fundus uteri.
- 3) Kekuatannya seperti gerakan memeras isi rahim.
- 4) Otot rahim yang berkontraksi tidak kembali ke panjang semula sehingga terjadi retraksi dan pembentukan segmen darah.
- 5) Pada setiap his terjadi perubahan pada serviks yaitu menepis dan membuka.

c. Hal-hal yang Harus Diobservasi Persalinan sebagai berikut:

- 1) Frekuensi adalah jumlah his dalam waktu tertentu biasanya per 10 menit.
 - 2) Amplitudo atau intensitas adalah kekuatan his diukur dalam mmHg. Dalam prakteknya, kekuatan his hanya dapat diraba secara palpasi. Kekuatan kontraksi menimbulkan naiknya tekanan intrauteri sampai 35 mmHg. Kekuatan kontraksi secara klinis, ditentukan dengan mencoba apakah jari kita dapat menekan dinding rahim ke dalam.
 - 3) Aktivitas his adalah hasil perkalian frekuensi dengan amplitudo.
 - 4) Durasi his adalah lamanya setiap his berlangsung diukur dengan detik, misalnya 40 detik.
 - 5) Datangnya his terjadi sering, teratur atau tidak
 - 6) Interval antara dua kontraksi adalah masa relaksasi. Pada permulaan persalinan, his timbul sekali dalam 10 menit, pada kala pengeluaran sekali dalam dua menit.
- d. Perubahan- Perubahan Akibat HIS
- 1) Pada uterus dan servik, uterus teraba keras dan padat karena kontraksi. Tekanan hidrostatik air ketuban dan tekanan intrauteri naik, menyebabkan servik menjadi mendatar dan membuka.
 - 2) Ibu akan merasa nyeri karena iskemia rahim dan kontraksi rahim, dan juga ada peningkatan nadi dan tekanan darah.
 - 3) Pada janin, pertukaran oksigen pada sirkulasi uteroplasenta berkurang, maka timbul hipoksia janin. Pada kontraksi tetanik, maka terjadi gawat janin, afiksia dengan denyut jantung janin di atas 160 x/menit.

e. Pembagian dan sifat-sifat his

- 1) His pendahuluan : His tidak kuat dan tidak teratur dan menyebabkan bloodyshow.
- 2) His pembukaan : His membuka serviks sampai terjadi pembukaan lengkap 10cm serta mulai kuat, teratur dan sakit
- 3) His pengeluaran : Sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi, dan lama. His untuk mengeluarkan janin. Koordinasi antara his, kontraksi otot perut, kontraksi diafragma, dan ligament.
- 4) His perlepasan : Kontraksi sedang unuk melepaskan dan plasenta melahirkan plasenta.
- 5) His pengiring : Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri (meriang), menyebabkan pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

f. Kelainan Kontraksi Otot Rahim

Menurut Sarwono Prawirohardjo (2014), kelainan pada kontraksi otot rahim ialah sebagai berikut.

1) Inersia uteri

His yang lemah dapat berbahaya bagi ibu maupun janin. His yang sifatnya lemah, pendek dan jarang dari his normal terbagi menjadi inersia uteri primer dan sekunder. Dikatakan primer jika sejak semula kekuatannya sudah lemah. Dan Inersia uteri sekunder jika his pernah cukup kuat tetapi kemudian melemah. Dapat ditegakkan dengan melakukan evaluasi pada pembukaan,

bagian terendah terdapat kaput dan mungkin ketuban sudah pecah.

2) Tetania uteri

His yang terlalu kuat dan terlalu sering, sehingga otot rahim tidak mendapat kesempatan untuk bereaksi. Akibat dari tetania uteri adalah sebagai berikut :

a) Persalinan presipitatus, persalinan yang berlangsung dalam waktu 3 jam akibatnya mungkin fatal. Hal ini dapat terjadi persalinan tidak pada tempatnya, terjadi trauma janin karena tidak terdapat persiapan dalam persalinan serta trauma jalan lahir ibu yang luas dan menyebabkan perdarahan dan inversio uteri.

b) Tetania uteri menyebabkan asfiksia intra uteri sampai kematian janin dalam rahim.

3) Inkoordinasi otot rahim.

Keadaan inkoordinasi kontraksi otot rahim dapat menyebabkan sulitnya kekuatan otot rahim untuk dapat meningkatkan pembukaan atau pengeluaran janin dari dalam rahim. Penyebab inkoordinasi kontraksi otot rahim adalah sebagai berikut :

- a) Faktor usia penderita relatif tua
- b) Pimpinan persalinan
- c) Karena induksi persalinan dengan oksitosin
- d) Rasa takut dan cemas.

g. Tenaga meneran/mengejan (tenaga sekunder)

Setelah pembukaan lengkap dan setelah ketuban pecah, tenaga yang mendorong janin keluar selain his terutama disebabkan oleh kontraksi otot-otot dinding perut yang mengakibatkan peningkatan tekanan intraabdominal.

Tenaga ini serupa dengan tenaga meneran saat buang air besar, tetapi jauh lebih kuat lagi. Waktu kepala sampai pada dasar panggul, timbul suatu reflek yang mengakibatkan pasien menekan diafragmanya kebawah. Tenaga meneran ini hanya dapat berhasil kalau pembukaan sudah lengkap dan paling efektif dari suatu kontraksi rahim.

Segera setelah bagian presentasi mencapai dasar panggul, sifat kontraksi berubah yakni bersifat mendorong keluar. Ibu ingin meneran, usaha mendorong kebawah (Kekuatan Sekunder) dibantu dengan usaha volunter yang sama dengan yang dilakukan saat membuang air besar (Meneran). Otot-otot diafragma dan abdomen ibu berkontraksi dan mendorong janin keluar melalui jalan lahir. Hal ini menyebabkan meningkatnya tekanan intraabdominal. Tekanan ini menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan untuk mendorong janin keluar.

Kekuatan sekunder tidak mempengaruhi dilatasi serviks, tetapi setelah dilatasi serviks lengkap, kekuatan ini cukup penting untuk mendorong janin keluar dari uterus dan vagina. Apabila dalam persalinan ibu melakukan valsava manuver (meneran terlalu dini) dilatasi serviks akan terhambat. Meneran akan menyebabkan ibu lelah dan menimbulkan trauma serviks.

4. Penolong

Pada saat membantu persalinan, penolong persalinan harus sudah menyiapkan diri. Mengingat bahwa fungsi penolong persalinan sangat berat, yaitu memberikan pertolongan bagi dua jiwa yaitu ibu dan anak,

serta kesuksesan pertolongan tersebut sebagian bergantung pada keadaan petugas yang menolongnya. Penolong persalinan harus sudah memiliki kemampuan, keterampilan, dan kepribadian yang baik. (Sondakh,2013)

5. Psikologis

Perubahan psikologis ibu yang muncul pada saat memasuki masa persalinan sebagian besar berupa perasaan takut maupun cemas, terutama pada ibu primigravida yang umumnya belum mempunyai bayangan mengenai kejadian-kejadian yang akan dialami pada akhir kehamilannya. Oleh sebab itu penting sekali untuk mempersiapkan mental ibu karena perasaan takut akan menambah nyeri, serta akan menegangkan otot-otot serviksnya dan akan mengganggu pembukaannya. Ketegangan jiwa dan badan ibu juga menyebabkan ibu lekas lelah. Perasaan nyaman dan tenang sngat dibutuhkan ibu selama proses persalinan. Hal tersebut dapat diperoleh dari dukungan suami, keluarga, penolong persalinan dan lingkungan. Perasaan ini dapat membantu ibu untuk mempermudah proses persalinan. (Frasser, 2011)

2.1.5 Kebutuhan Dasar Selama Persalinan

Tindakan pendukung dan penenang selama proses persalinan sangatlah penting dalam kebidanan karena akan memberikan efek yang positif baik secara emosional ataupun fisiologis terhadap ibu dan janin. Terdapat lima kebutuhan dasar bagi wanita dalam persalinan menurut Lesser dan Keane ialah sebagai berikut:

1. Asuhan Fisik dan Psikologis
 - a. Kebutuhan Fisik

Menurut Marmi (2012), kebutuhan dasar pada ibu bersalin dikala I, II, III itu berbeda-beda dan sebagai tenaga kesehatan kita dapat memberikan asuhan secara tepat agar kebutuhan-kebutuhan ibu dapat terpenuhi.

1) Kala I

Kala I merupakan waktu dimulainya persalinan, keadaan ini dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Kebutuhan-kebutuhan yang harus terpenuhi dikala I antara lain:

a) Mengatur aktivitas dan posisi ibu

Disaat mulainya persalinan sambil menunggu pembukaan lengkap. Ibu masih dapat diperbolehkan melakukan aktivitas, namun harus sesuai dengan kesanggupan ibu agar ibu tidak merasa jenuh dan rasa kecemasan yang dihadapi oleh ibu saat menjelang persalinan dapat berkurang. Ibu diperbolehkan berjalan, berdiri, jongkok, duduk, berbaring, miring atau merangkak. Posisi tegak seperti berjalan, berdiri atau jongkok dapat membantu turunnya kepala bayi dan seringkali mempersingkat waktu persalinan. Perlu diingat bahwa jangan menganjurkan ibu untuk mengambil posisi telentang terlalu lama. Sebab jika berbaring telentang maka berat uterus, janin, cairan ketuban, dan plasenta akan menekan vena cava inferior. Hal ini akan menyebabkan berkurangnya aliran darah dan sirkulasi ibu ke plasenta. Kondisi seperti ini akan

menyebabkan hipoksia (kekurangan oksigen pada janin).

Posisi telentang juga akan memperlambat proses persalinan.

- b) Membimbing ibu untuk rileks sewaktu ada his
His merupakan kontraksi pada uterus yang mempunyai sifat intermitten, terasa sakit, terkoordinasi, dan simetris serta terkadang dapat dipengaruhi dari luar secara fisik dan psikis. Karena his sifatnya menimbulkan rasa sakit, maka ibu disarankan menarik nafas panjang dan kemudian anjurkan ibu untuk menahan nafas sebentar, kemudian dihembuskan dengan cara meniup sewaktu ada his.
- c) Menjaga kebersihan ibu
Saat persalinan akan berlangsung anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin paling sedikit setiap 2 jam sekali. Menganjurkan ibu membasuh sekitar kemaluannya sesudah BAK/BAB dan menjaganya agar tetap bersih dan kering. Hal ini dapat menimbulkan kenyamanan dan relaksasi serta menurunkan risiko infeksi, karena dengan adanya kombinasi antara bloody show, keringat, cairan amnion, larutan untuk pemeriksaan vagina, dan juga feses dapat membuat ibu bersalin merasa tidak nyaman. Petugas juga dapat menganjurkan ibu mandi di bak atau shower dapat menjadi sangat menyegarkan dan menimbulkan rasa santai, dan rasa sehat. Jika fasilitas tidak memungkinkan, mandi di tempat tidur juga bisa menimbulkan efek menyegarkan.
- d) Pemberian cairan dan nutrisi

Tindakan kita sebagai tenaga kesehatan yaitu memastikan ibu untuk mendapat asupan selama persalinan dan kelahiran bayi. Karena fase aktif ibu hanya ingin mengonsumsi cairan. Maka bidan menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minum sesering mungkin serta makanan ringan selama persalinan, karena makanan ringan dan cairan yang cukup selama persalinan berlangsung akan memberikan lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi.

2) Kala II

Kala II akan mengakibatkan suhu tubuh ibu meningkat dan saat ibu mengejan selama kontraksi dapat membuat ibu menjadi kelelahan. Pemenuhan kebutuhan dasar yang dapat diberikan oleh tenaga kesehatan ialah sebagai berikut:

a) Menjaga kandung kemih tetap kosong

Menganjurkan ibu untuk berkemih sesering mungkin setiap 2 jam atau bila ibu merasa ingin kencing. Kandung kemih dapat mempengaruhi penurunan kepala janin kedalam rongga panggul. Jika ibu tidak dapat berjalan ke kamar mandi bantulah agar ibu dapat berkemih dengan wadah penampung urin. Disini bidan tidak dianjurkan untuk melakukan katerisasi secara rutin sebelum atau sesudah kelahiran bayi ataupun plasenta.

b) Menjaga kebersihan ibu

Disini ibu tetap dijaga kebersihan dirinya agar terhindar dari infeksi. Apabila ada keringat, lendir darah, feses atau cairan ketuban segera dibersihkan untuk menjaga alat genitalia ibu.

c) Pemberian cairan

Menganjurkan ibu untuk minum selama kala II persalinan.

Ini dianjurkan karena selama ibu bersalin ibu mudah sekali mengalami dehidrasi.

d) Mengatur posisi ibu

Didalam memimpin mengejan, bantu ibu memperoleh posisi yang paling nyaman. Ibu dapat berganti posisi secara teratur selama kala dua persalinan. Karena perpindahan posisi yang seringkali mempercepat kemajuan persalinan serta efektif untuk meneran. Posisi yang paling nyaman untuk ibu adalah posisi duduk atau setengah duduk, karena ibu dapat beristirahat dengan mudah diantara kontraksi jika iu merasa kelelahan. Keuntungan lainnya posisi ini dapat mempermudah melahirkan kepala bayi. Posisi jongkok atau berdiri dapat membantu mempercepat persalinan kala dua serta posisi jogkok juga akan mengurangi rasa nyeri yang hebat. Sedangkan posisi merangkak atau berbaring miring kiri dipilih ibu karena merasa nyaman dan lebih efektif untuk meneran. Posisi ini dapat dipilih jika terdapat masalah bagi bayi yang akan berputar keposisi oksiput anterior. Posisi merangkak atau berbaring miring ini juga baik untuk ibu yang mengalami masalah nyeri punggung saat persalinan serta posisi ini membantu mencegah laserasi.

3) Kala III

- a) Menjaga kebersihan ibu
Kebersihan pada daerah vulva dan perineum harus diperhatikan untuk menghindari terjadinya infeksi. Cara pembersihan perineum dan vulva yaitu dengan menggunakan air matang (desinfeksi tingkat tinggi) dan dengan menggunakan kapas atau kassa yang bersih.
 - b) Pemberian cairan dan nutrisi
Memberikan asupan nutrisi (makanan ringan dan minuman) setelah persalinan untuk menggantikan kehilangan energi pada ibu.
 - c) Kebutuhan istirahat
Setelah janin dan plasenta lahir kemudian ibu sudah dibersihkan ibu dianjurkan untuk beristirahat setelah pengeluaran tenaga yang banyak selama persalinan. Disini pola istirahat ibu dapat membantu mengembalikan alat-alat reproduksi dan meminimalisasikan trauma pada saat persalinan.
- 4) Kala IV
- a) Mencegah perdarahan
Pengkajian ditujukan untuk menemukan secara dini peristiwa yang dapat menyebabkan perdarahan. Perdarahan pascapartum dapat terjadi jika kehilangan darah mencapai 500 mL atau lebih dalam 24 jam pertama setelah persalinan.
 - b) Mencegah distensi kandung kemih
Kandung kemih yang penuh akan menekan uterus ke atas dan sebelah kanan garis tengah. Posisi ini akan menyebabkan uterus berelaksasi, akibatnya dapat terjadi perdarahan.
 - c) Menjaga keamanan
 - d) Mempertahankan kenyamanan
 - e) Menjaga kebersihan

- f) Mempertahankan keseimbangan cairan dan nutrisi.
- b. Kebutuhan Psikologis
 - 1) Sugesti

Sugesti ialah pemberian pengaruh yang positif pada ibu bersalin dengan pemikiran yang diterima secara logis. Saat persalinan ibu diberikan sugesti bahwa persalinannya akan berlangsung dengan baik seperti ibu yang lain yang tidak mengalami kesulitan.
 - 2) Mengalihkan perhatian

Perasaan sakit selama persalinan dapat dikurangi dengan mengalihkan perhatian ibu terhadap rasa nyeri tersebut. Usaha yang dapat dilakukan misalnya mengajak ibu bercerita, sedikit bersendau gurau, jika ibu masih mampu berikanlah buku bacaan yang menarik.
 - 3) Kepercayaan

Dusahakan agar ibu memiliki kepercayaan pada dirinya sendiri bahwa ia mampu untuk melahirkan anak dengan normal, serta persalinan yang dihadapi akan lancar. Disamping itu ibu harus memiliki kepercayaan pada penolong persalinannya yang memiliki pengetahuan dasar yang cukup, pengalaman, keterampilan serta kecepatan.
- c. Kehadiran Seorang Pendamping

Fungsi hadirnya seorang pendamping pada saat persalinan yaitu mengurangi rasa sakit, membuat waktu persalinan lebih singkat dan menurunkan kemungkinan persalinan dengan operasi. Kebanyakan ibu bersalin sulit mengemukakan pertanyaan secara langsung pada penolong persalinan pada saat bersalin. Kehadiran seorang pendamping memungkinkan ibu bersalin untuk memiliki

rasa percaya diri lebih besar untuk bertanya secara langsung atau melalui pendampingan tersebut.

Dukungan yang membawa dampak positif adalah dukungan yang bersifat fisik dan emosional. Dukungan tersebut juga meliputi beberapa aspek perawatan seperti menggosok-gosok punggung ibu atau memegang tangannya, mempertahankan kontak mata, ditemani oleh orang-orang yang ramah, dan diberi kepastian bahwa ibu yang berada dalam persalinan tidak akan ditinggal sendirian.

Oleh karena itu, anjurkan ibu untuk ditemani oleh suami, anggota keluarga, atau teman yang ia inginkan selama proses persalinan, menganjurkan mereka (pendamping) untuk melakukan peran aktif dalam mendukung ibu dan mengidentifikasi langkah-langkah yang mungkin sangat membantu kenyamanan ibu.

Seorang bidan harus menghargai keinginan ibu untuk menghadirkan teman atau saudara yang khusus untuk menemaninya. Adapun dukungan yang dapat diberikan oleh pendamping adalah sebagai berikut:

- 1) Mengusap keringat
- 2) Menemani atau membimbing ibu jalan-jalan
- 3) Memberikan minum
- 4) Mengubah posisi
- 5) Memijat punggung, kaki, atau kepala ibu, dan melakukan

tindakan yang bermanfaat lainnya

- 6) Menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa nyaman
- 7) Membantu ibu bernafas pada saat kontraksi
- 8) Mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati dan memerikan

pujian kepada ibu.

(Varney:2008)

d. Pengurangan Rasa Nyeri

Nyeri dalam persalinan dapat dikendalikan dengan dua metode yaitu farmakologis dan non farmakologis. Metode pengendalian nyeri persalinan secara farmakologis seperti penggunaan sedatif, misalnya golongan barbiturate atau opioid, misalnya morfin. Metode pengendalian nyeri persalinan secara non farmakologis sebagai berikut:

1) Kompres panas

Kompres panas meningkatkan suhu kulit lokal, mengurangi spasme otot, dan meningkatkan ambang nyeri. Hal yang harus diperhatikan oleh pendamping persalinan adalah panas dari alat kompres harus dapat dirasakan nyaman mungkin oleh ibu, karena kemungkinan pada saat persalinan ibu tidak dapat bereaksi terhadap panas yang berlebihan.

2) Kompres Dingin

Kompres dingin berguna untuk mengurangi ketegangan nyeri sendi dan otot, mengurangi pembengkakan, dan menyejukkan kulit. Kompres dingin akan membuat baal daerah yang terkena dengan memperlambat transmisi nyeri melalui neuron-neuron sensorik.

3) Hidroterapi

Selain mengurangi ketegangan, nyeri otot, dan nyeri sendi hidroterapi juga dapat mengurangi efek gravitasi bersama ketidaknyamanan yang berkaitan dengan tekanan pada panggul dan struktur lain, tekanan yang merata pada bagian tubuh yang terendam, dan kehangatan seringkali menghasilkan penurunan nyeri dan kemajuan persalinan aktif yang lebih cepat.

4) *Counterpressure*

Tekanan yang terus menerus selama kontraksi dilakukan pada tulang sakrum wanita atau kepala salah satu tangan, atau peremasan pada kedua pinggul. Hal tersebut dapat membantu mengurangi nyeri punggung yang dirasakan oleh wanita melahirkan. Peremasan panggul dapat mengurangi regangan yang terjadi pada sakro iliaka sehingga mengurangi tegangan-tegangan yang terjadi akibat penekanan internal dari kepala janin.

5) Penekanan lutut

Tekanan langsung melalui tulang paha ke arah satu atau dua sendi pinggul, melepaskan sendi sakro iliaka dari ketegangan dan dapat mengurangi rasa nyeri. Penekanan lutut tidak dapat digunakan jika ibu mengalami nyeri sendi, peradangan, atau kerusakan pada lutut, dan ketika ibu mengatakan penekanan lutut tidak membantu mengurangi rasa nyeri. Penekanan lutut dapat dilakukan dengan posisi duduk atau berbaring miring.

6) Gerakan

Menggerak-gerakkan tubuh secara berirama merupakan salah satu cara yang alamiah untuk mengkopling persalinan dengan baik. Gerakan tubuh yang berirama adalah berdiri dan berayun pada sebuah meja, berlutut sambil bergoyang dengan disangga pasangan, atau dengan bantuan sebuah bola besar yang mampu menahan beban.

7) Pengaturan posisi

Membiarkan ibu bersalin untuk memilih posisi persalinan memiliki banyak keuntungan, misalnya mengurangi rasa tidak

nyaman, mengurangi trauma perineum, dan menjadi lebih mudah meneran. Posisi juga merupakan salah satu dasar yang mempengaruhi keutuhan perineum. Oleh karena itu, ibu bersalin harus diperbolehkan memilih posisi mereka sendiri saat persalinan. Posisi yang diterapkan saat persalinan harus dapat menghindari terjadinya hipoksia pada janin, menciptakan pola kontraksi uterus yang efisien, meningkatkan dimensi pelvis, memudahkan pengamatan janin, memberikan paparan perineum yang baik, menyediakan daerah yang bersih untuk melahirkan, dan menimbulkan perasaan yang nyaman bagi ibu. Pengaturan

posisi yang dimaksud diatas sebagai berikut:

a) Posisi berbaring miring

Keuntungan posisi berbaring miring adalah peredaran darah balik ibu berjalan lancar, sehingga pengiriman oksigen dalam darah dari ibu ke janin melalui plasenta tidak terganggu, kontraksi uterus lebih efektif, memudahkan bidan dalam memberikan pertolongan persalinan, karena tidak terlalu menekan, proses pembukaan akan berlangsung secara perlahan-lahan sehingga persalinan berlangsung lebih nyaman. Kerugian posisi berbaring miring adalah memerlukan bantuan untuk memegang paha kanan ibu.

b) Jongkok

Posisi ini sudah dikenal sebagai posisi bersalin yang alami. Keuntungan posisi jongkok adalah memperluas rongga panggul, diameter transversa bertambah 1 cm dan diameter

anteroposterior bertambah 2 cm, proses persalinan lebih mudah, posisi ini menggunakan gaya gravitasi untuk membantu turunnya bayi, mengurangi trauma pada perineum. Kekurangan posisi jogkok adalah memungkinkan timbul cedera pada kepala bayi, karena tubuh bayi yang berada di jalan lahir bisa meluncur dengan cepat. Untuk menghindari cedera, biasanya ibu berjongkok di atas bantalan empuk yang berguna menahan kepala bayi.

c) Merangkak

Pada posisi ini ibu merebahkan badan dengan posisi merangkak, kedua tangan menyanggah tubuh, dan kedua kaki ditekuk sambil dibuka. Keuntungan posisi merangkak adalah posisi paling baik bagi ibu yang mengalami nyeri punggung saat persalinan, mengurangi rasa sakit, mengurangi keluhan hemoroid.

d) Semi duduk

Posisi ini merupakan posisi yang paling umum diterapkan di RS/RSB di Indonesia. Pada posisi ini ibu duduk dengan punggung bersandar pada bantal, kaki ditekuk, dan paha dibuka ke arah samping. Posisi ini cukup dapat membuat ibu merasa nyaman.

Keuntungan posisi semi duduk adalah sebagai memudahkan melahirkan kepala bayi. Sedangkan kekurangan posisi semi duduk adalah titik berat berada pada tulang sakrum, sehingga tulang koksigidis akan terdorong ke depan, dan akan menyebabkan rongga menjadi lebih sempit.

- e) **Duduk**
 Pada posisi ini, duduklah di atas tempat tidur dengan disangga beberapa bantal atau bersandar pada tubuh pasangan. Kedua kaki ditekuk dan dibuka, tangan memegang lutut, dan tangan pasangan membantu memegang perut ibu. Keuntungan posisi duduk adalah posisi ini memanfaatkan gaya gravitasi untuk membantu turunya kepala bayi, memberi kesempatan untuk istirahat di antara dua kontraksi, memudahkan melahirkan kepala bayi
- 8) **Relaksasi dan latihan pernapasan**
 Bernapas dalam dan rileks sewaktu ada his, dengan cara meminta ibu untuk menarik napas panjang, tahan napas sebentar, kemudian lepaskan dengan cara meniup sewaktu ada his. Akan tetapi hal tersebut sudah tidak dianjurkan lagi, sekarang ibu dianjurkan untuk bernapas seperti biasa dan meneran pada saat ibu merasakan adanya dorongan.
- 9) **Usapan di punggung atau abdomen**
 Jika ibu suka, lakukan pijatan di punggung atau mengusap perut dengan lembut. Hal ini dapat memberikan dukungan dan kenyamanan pada ibu bersalin sehingga akan mengurangi rasa sakit.
- 10) **Pengosongan kandung kemih**
 Sarankan ibu untuk berkemih sesering mungkin. Kandung kemih yang penuh akan menyebabkan nyeri pada bagian abdominal juga menyebabkan turunnya bagian terendah dari janin.
- e. **Penerimaan atas sikap dan perilakunya**

Penerimaan akan tingkah laku dan sikap, juga kepercayaannya mengenai apapun yang ibu lakukan merupakan hal terbaik yang mampu ia lakukan pada saat itu.

Beberapa ibu mungkin akan berteriak pada puncak kontraksi, berusaha untuk diam, dan adapula yang menangis. Itu semua merupakan tingkah laku yang pada saat itu dapat dilakukannya. Sebagai seorang bidan, yang dapat dilakukan adalah dengan menyemangatnya dan bukan memarahi ibu.

- f. Informasi dan kepastian tentang hasil persalinan yang aman
Setiap ibu membutuhkan informasi tentang kemajuan persalinannya, sehingga ia mampu mengambil keputusan dan ia juga perlu diyakinkan bahwa kemajuan persalinannya normal. Kita hendaknya menyadari bahwa kata-kata mempunyai pengaruh yang sangat kuat, baik positif maupun negatif. Setiap ibu bersalin selalu ingin mengetahui apa yang terjadi pada tubuhnya. Penjelasan tentang proses dan perkembangan persalinan. Wanita yang telah siap mempunyai anak biasanya mengetahui proses-proses persalinan dan merasa ingin diinformasikan mengenai perkembangannya, sedangkan pada ibu yang belum siap biasanya mereka ingin mengetahui apa saja yang sedang terjadi dalam tubuhnya.

- 1) Jelaskan semua hasil pemeriksaan. Penjelasan mengenai hasil pemeriksaan akan mengurangi kebingungan pada ibu, ingat bahwa setiap tindakan yang akan kita lakukan harus memperoleh persetujuan.

- 2) Pengurangan rasa takut akan menurunkan nyeri akibat ketegangan dari rasa takut
- 3) Penjelasan tentang prosedur dan adanya pembatasan, hal ini memungkinkan ibu bersalin merasa aman dan dapat mengatasinya secara efektif. Ibu bersalin harus menyadari bahwa prosedur dan juga keterbatasan prosedur merupakan salah satu yang ia perlukan dan yang akan membantunya.

2.1.6 Tahapan Persalinan

1. Kala I

Menurut Silverton (1993), inpartu (mulai partus) ditandai dengan penipisan dan pembukaan serviks, kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks, cairan lendir bercampur darah (*show*) melalui vagina. Darah berasal dari pecahnya pembuluh kapiler sekitar kanalis vaginalis karena pergeseran ketika serviks mendatar dan terbuka. Kala satu persalinan dibagi dalam dua urutan fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

- a. Fase laten adalah periode waktu dari awal persalinan hingga ke titik ketika pembukaan mulai berjalan secara progresif, yang umumnya dimulai sejak kontraksi mulai muncul hingga pembukaan 3-4 cm atau permulaan fase aktif. Selama fase laten, bagian presentasi mengalami penurunan sedikit hingga tidak sama sekali. Seiring dengan peningkatan frekuensi, durasi dan intensitas, kontraksi menjadi lebih stabil selama fase laten. Dari mulai terjadi setiap 10-20 menit, berlangsung 15-20 detik, dengan intensitas ringan hingga kontraksi dengan intensitas sedang pada puncak kontraksi dan tonus uterus dasar yang terjadi setiap 5-7 menit dan

berlangsung 30-40 detik. Pengukuran lamanya fase laten secara akurat pada kala I persalinan merupakan hal yang tidak mungkin dilakukan karena hal-hal berikut ini:

- 1) Kesulitan membandingkan diagnosis antara fase laten dan persalinan palsu.
 - 2) Ketidakmampuan menghitung secara objektif awal fase laten sehingga harus mengandalkan laporan dari wanita atau siapa saja yang mendampingi wanita tersebut, yang mencakup kapan ia mulai menyadari kontraksi yang dialaminya dan kapan menjadi teratur.
 - 3) Variasi kematangan serviks pada masing-masing wanita pada awitan persalinan. Pada pemeriksaan dalam selama periode waktu ini dapat dicatat perubahan serviks, khususnya penipisan pada primigravida dan pembukaan awal (Varney,2008).
- b. Fase Aktif adalah periode waktu dari awal kemajuan aktif pembukaan hingga pembukaan menjadi komplet dan mencakup fase transisi. Pembukaan umumnya dimulai ddari 3-4 cm (akhir fase laten) hingga 10 cm. Penurunan bagian presentasi janin yang progresif terjadi selama akhir fase aktif dan selama kala II persalinan (Varney,2008:679)
- Kontraksi selama fase aktif menjadi lebih sering dengan durasi yang lebih panjang dan intensitas kuat. Kontraksi yang efektif adalah kontraksi yang punya pola gradien kelipatan tiga normal, mencapai tekanan uterus 40-50 mmHg pada puncak kontraksi dan kembali ke tonus uterus istirahat, yaitu 10 mmHg. Menjelang akhir fase aktif,

kontraksi biasanya muncul setiap 2-3 menit, berlangsung sekitar 60 detik, dan mencapai intensitas yang kuat (lebih dari 40 mmHg).

Hal-hal terkait fase aktif menurut Friedman dalam buku Ajar Asuhan

Kebidanan Helen Varney (2008) adalah sebagai berikut:

1) Fase percepatan memulai fase aktif persalinan dan mengarah ke fase lengkung maksimal.

2) Fase lengkung maksimal adalah waktu ketika pembukaan serviks terjadi paling cepat dan meningkat dari 3-4 cm sampai 8 cm. Pada kondisi normal kecepatan pembukaan konstan, rata-rata 3 cm perjam dengan kecepatan minimal tidak lebih dari 1,2 cm per jam pada nullipara. Pada multipara kecepatan rata-rata pembukaan selama fase ini adalah 5,7 cm perjam, dengan kecepatan minimal 1,5 cm per jam.

3) Fase perlambatan adalah akhir fase aktif. Selama waktu ini, kecepatan pembukaan melambat dan serviks mencapai pembukaan 8-10 cm, sementara penurunan mencapai kecepatan maksimumnya. Kecepatan maksimum penurunan rata-rata pada nullipara adalah 1,6 cm perjam dan normalnya paling sedikit 1,0 cm per jam. Pada multipara, kecepatan penurunan rata-rata 5,4 cm per jam, dengan kecepatan minimal 2,1 cm per jam.

2. Kala II

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks lengkap sampai lahirnya bayi. Kontraksi uteri selama kala II ini mencapai tekanan 85 mmHg (Silverton, 2008). Setelah pembukaan lengkap ibu akan mulai meneran dan seiring dengan turunnya kepala janin, timbul keinginan untuk berdefekasi. Kala II disebut juga sebagai kala pengeluaran.

Menurut Prawirohardjo (2014) tanda dan gejala kala II persalinan ialah

sebagai berikut :

- a. Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan adanya kontraksi.
- b. Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan atau vaginanya.
- c. Perineum menonjol
- d. Vulva-vagina dan sfingter ani membuka
- e. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

3. Kala III

Kala III persalinan disebut juga kala uri atau kala pengeluaran plasenta dan selaput ketuban setelah bayi lahir (Silverton,1993). Kala III persalinan dimulai sejak bayi lahir sampai plasenta lahir. Setelah bayi lahir kontraksi rahim berhenti sebentar, uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat dan berisi plasenta yang menjadi tebal 2 kali dari sebelumnya. Beberapa saat kemudian timbul his pengeluaran dan pelepasan uri, dalam waktu 1 – 5 menit plasenta terlepas terdorong ke dalam vagina dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan (*brand androw*) seluruh proses biasanya berlangsung 5 – 30 menit setelah bayi lahir. Dan pada pengeluaran plasenta biasanya disertai dengan pengeluaran darah kira – kira 100 – 200 cc.

Setelah lepas, plasenta turun ke segmen bawah uterus atau ke dalam ruang vagina atas, menyebabkan tanda klinis akibat pemisahan plasenta.

Menurut Helen Varney (2008), tanda-tanda lepasnya plasenta ialah

sebagai berikut :

- a. Perubahan bentuk dan tinggi fundus
Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong kebawah, uterus berbentuk segitiga atau berbentuk menyerupai buah pir atau alpukat, dan fundus berada diatas pusat (seringkali mengarah kesisi kanan)

- b. Tali pusat memanjang dan terlihat menjulur keluar melalui vagina
(tanda ahfeld)
- c. Semburan darah mendadak dan singkat
Darah yang terkumpul dibelakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dan dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (*retroplacental pooling*) dalam ruang diantara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungnya, maka darah akan tersembur keluar dari tepi plasenta yang terlepas.
- d. Perubahan bentuk uterus dari diskoid ke bentuk globuler sewaktu uterus.

Pengeluaran plasenta dimulai dengan penurunan plasenta kedalam segmen bawah uterus. Plasenta kemudian keluar melewati serviks ke ruang vagina atas, dari arah plasenta keluar.

- 4. Kala IV
Kala IV dimulai segera setelah plasenta lahir sampai 2 jam postpartum (Varney,2008). Saat yang paling kritis pada ibu pasca melahirkan adalah masa postpartum. Tahap ini digunakan untuk melakukan pengawasan terhadap bahaya perdarahan. Pengawasan ini dilakukan selama kurang lebih 2 jam. Dalam tahap ini ibu masih mengeluarkan darah dari vagina, tapi tidak banyak yang berasal dari pembuluh darah yang berada di dinding rahim tempat terlepasnya plasenta, dan setelah beberapa hari akan mengeluarkan cairan sedikit darah yang disebut lokia

yang berasal dari sisa-sisa jaringan. Pada beberapa keadaan pengeluaran darah setelah proses melahirkan menjadi banyak. Ini disebabkan oleh beberapa faktor seperti lemahnya kontraksi atau tidak berkontraksinya otot-otot rahim. Oleh karena itu perlu dilakukan pengawasan sehingga jika perdarahan semakin hebat, dapat dilakukan tindakan secepatnya.

2.1.7 Mekanisme Persalinan

Menurut Helen Varney dkk (2008:754), Mekanisme persalinan adalah gerakan posisi yang dilakukan janin untuk menyesuaikan diri terhadap pelvis ibu. Gerakan-gerakan utama dari mekanisme persalinan adalah engagement, penurunan kepala, fleksi, rotasi dalam (putaran paksi dalam), ekstensi, ekspulsi, rotasi luar (putaran paksi luar). Dalam kenyataannya, beberapa gerakan terjadi bersamaan, akan tetapi untuk lebih jelasnya akan di bicarakan gerakannya satu persatu :

1. Engagement
Engagement adalah peristiwa ketika diameter biparietal melewati pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang/oblik di dalam jalan lahir dan sedikit fleksi. Engagement pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan sedangkan pada multigravida dapat terjadi pada awal persalinan.
2. 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 di tengah-tengah jalan lahir tepat di antara simfisis dan promontorium.

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

- a. *Asinklitismus posterior* : bila sutura sagitalis mendekati simfisis dan os. Parietal belakang lebih rendah dari os. Parietal depan.
- b. *Asinklitismus anterior* : 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 persalinaan. 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 intrauterin, kekuatan meneran, atau adanya kontraksi otot-otot abdomen dan melurusnya badan anak.

3. Fleksi

Pada awal persalinan, kepala bayi dalam keadaan fleksi yang ringan. Dengan majunya kepala biasanya fleksi juga bertambah. Pada pergerakan 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 suboccipito bregmatika (9,5 cm) menggantikan diameter suboccipito frontalis (11 cm). Sampai di dasar panggul, biasanya kepala janin berada dalam keadaan fleksi maksimal. Ada beberapa teori yang menjelaskan mengapa fleksi bisa terjadi. Fleksi ini disebabkan karena anak di dorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari serviks, dinding panggul, atau dasar panggul. Akibat dari keadaan ini terjadilah fleksi.

4. Rotasi Dalam (Putaran Paksi Dalam)

Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan janin memutar ke depan bawah simfisis. Pada presentasi belakang kepala, bagian yang terendah ialah daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar kedepan ke arah simfisis. 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.

5. Ekstensi

Sesudah kepala janin sampai di dasar panggul dan ubun-ubun kecil berada di bawah simfisis, maka terjadilah ekstensi dari kepala janin. Hal ini di sebabkan 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 menebusnya.

Suboksiput yang tertahan pada bagian bawah simfisis 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.

6. 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 dialuinya sehingga di dasar panggul setelah kepala bayi lahir, bahu mengalami putaran dalam di mana 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.

7. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai di bawah simfisis dan menjadi hipomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Setelah kedua bahu bayi lahir, selanjutnya seluruh badan bayi di lahirkan 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 kalau janin besar.

2.1.8 Perubahan Fisiologis

1. Kala I

Menurut Varney (2008) perubahan fisiologis pada ibu bersalin kala I

ialah sebagai berikut :

a. Perubahan Serviks

1) Pendataran pada serviks / *effacement*

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

2) Pembukaan serviks

Pembukaan serviks disebabkan karena pembesaran ostium uteri eksternum (OUE) karena otot melingkar disekitar ostium meregang untuk dilewati kepala. Pada pembukaan 10 cm atau pembukaan lengkap, bibir portio tidak teraba lagi, vagina dan SBR servik telah menjadi satu saluran.

b. Perubahan sistem kardiovaskular

1) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata 10-20 mmHg dan kenaikan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Diantara kontraksi-kontraksi uterus, tekanan darah akan turun seperti sebelum masuk persalinan dan akan naik lagi jika terjadi kontraksi. Posisi tidur telentang selama persalinan akan mengakibatkan adanya penekanan uterus

terhadap pembuluh darah besar (aorta), yang akan menyebabkan sirkulasi darah baik ibu maupun janin akan terganggu, ibu biasa mengalami hipotensi dan janin dapat mengalami asfiksia. Rasa takut, nyeri, dan kekhawatiran juga dapat menaikkan tekanan darah.

2) Denyut jantung

Denyut jantung meningkat selama kontraksi. Dalam posisi telentang denyut jantung akan menurun. Denut jantung antara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode sebelum persalinan. Hal ini mencerminkan kenaikan metabolisme selama persalinan.

c. Perubahan metabolisme

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

d. Perubahan sistem respirasi

Pada respirasi atau pernapasan terjadi kenaikan sedikit dibandingkan sebelum persalinan. Hal ini disebabkan adanya rasa nyeri, kekhawatiran serta penggunaan teknik pernapasan yang tidak benar. Untuk itu diperlukan tindakan untuk mengendalikan pernapasan (untuk menghindari hiperventilasi) yang ditandai dengan adanya perasaan pusing.

e. Perubahan suhu badan

Suhu badan akan meningkat sedikit selama persalinan, suhu mencapai tingkat tertinggi selama persalinan dan segera setelah kelahiran. Kenaikan ini dianggap normal jika tidak melebihi 0,5-1°C.

f. Kontraksi uterus

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

g. Pembentukan segmen atas rahim dan segmen bawah rahim

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

h. Perubahan hematologis

Haemoglobin akan meningkat 1,2 gram/100 ml selama persalinan dan kembali ke tingkat pra persalinan pada hari pertama setelah persalinan. Waktu koagulasi akan berkurang dan akan mendapat tambahan plasma selama persalinan. Jumlah sel-sel darah putih meningkat secara progresif selama kala satu persalinan sebesar 5000 sampai dengan 15000 WBC hingga akhir pembukaan lengkap. Ini tidak mengindikasikan adanya infeksi. Setelah itu

turun kembali ke keadaan semula. Gula darah menurun selama persalinan, menurun drastis pada persalinan lama dan sulit, sebagai akibat dari peningkatan aktifitas otot dan rangka.

- i. Perubahan renal
Poliuria sering terjadi selama persalinan, yang dikarenakan oleh kardiak output yang meningkat serta disebabkan oleh glomerulus serta aliran plasma ke renal. Kandung kencing harus sering dikontrol setiap 2 jam yang bertujuan tidak menghambat bagian terendah janin dan trauma pada kandung kemih serta menghindari retensi urin setelah melahirkan.
- j. Perubahan gastrointestinal
Kemampuan pergerakan gastrik serta penyerapan makanan padat berkurang menyebabkan pencernaan hampir terhenti selama persalinan dan menyebabkan konstipasi. Makanan yang masuk kelambung selama fase pendahuluan atau fase laten persalinan cenderung akan tetap berada dalam lambung selama persalinan. Rasa mual muntah bukanlah hal yang jarang, hal ini menunjukkan berakhirnya kala satu persalinan. Lambung yang penuh dapat menyebabkan ketidaknyamanan, oleh karena itu ibu dianjurkan tidak terlalu banyak atau minum berlebihan tetap secukupnya untuk mempertahankan dehidrasi dan energi.
- k. Perubahan Endokrin
Sistem endokrin akan diaktifkan selama persalinan dimana terjadi penurunan kadar progesteron dan peningkatan kadar estrogen, prostaglandin dan oksitosin.
- l. Perubahan integumen

Adaptasi sistem integumen khususnya distensibilitas yang besar pada introitus vagina yang terbuka. Derajat distensibilitas bervariasi pada ibu melahirkan walaupun tanpa episiotomi atau laserasi, robekan kecil pada kulit sekitar introitus vagina mungkin terjadi.

m. Perubahan muskuloskeletal

Sistem muskuloskeletal mengalami stress selama persalinan. Nyeri punggung dan nyeri sendi (tidak berkaitan dengan posisi janin) terjadi sebagai akibat semakin renggangnya sendi pada masa aterm.

n. Perubahan pada vagina dan dasar panggul

Pada kala satu persalinan ketuban ikut meregang, bagian atas vagina yang sejak kehamilan mengalami perubahan sedemikian rupa akan bisa dilalui bayi. Setelah ketuban pecah segala perubahan terutama pada dasar panggul ditimbulkan oleh bagian depan anak.

2. Kala II

a. Sifat kontraksi otot rahim

Setelah kontraksi, otot rahim tidak berelaksasi kembali seperti keadaan sebelum kontraksi, tetapi menjadi sedikit lebih pendek walaupun tonusnya seperti sebelum kontraksi, yang disebut retraksi, dengan retraksi, ukuran rongga rahim akan mengecil dan janin secara perlahan akan berangsur di dorong kebawah dan tidak naik lagi ke atas setelah his hilang. Retraksi ini mengakibatkan SAR makin tebal dengan majunya persalinan terutama setelah bayi lahir. Kontraksi tidak sama kuatnya, tetapi paling kuat di daerah fundus uteri dan berangsur berkurang ke bagian bawah dan paling lemah pada segmen bawah rahim. Sebagian dari isi rahim yang keluar dari SAR diterima oleh SBR sehingga SAR makin mengecil, sedangkan

SBR makin teregang dan makin tipis, dan isi rahim pindah ke SBR sedikit demi sedikit (Varney,2008)

- b. Perubahan bentuk rahim
Adanya kontraksi mengakibatkan sumbu panjang rahim bertambah panjang, sedangkan ukuran melintang maupun ukuran muka belakang berkurang.
Pengaruh perubahan bentuk rahim yaitu ukuran melintang berkurang, rahim bertambah panjang. Hal ini merupakan salah satu sebab pembukaan serviks (Varney,2008)
- c. Ligamentum rotundum
Mengandung otot-otot polos dan jika uterus berkontraksi, otot-otot ini ikut berkontraksi sehingga ligamentum rotundum menjadi lebih pendek.

- 3. Kala III
Penyebab plasenta terpisah dari dinding uterus adalah kontraksi uterus (spontan atau dengan stimulus) setelah kala II selesai. Tempat perlekatan plasenta menentukan kecepatan pemisahan dan metode ekspulsi plasenta. Selama kala III, kavum uteri secara progresif semakin mengecil sehingga memungkinkan proses retraksi semakin meningkat, dengan demikian sisi plasenta akan jauh lebih kecil. Plasenta menjadi tertekan dan darah yang ada pada vili-vili plasenta akan mengalir kedalam lapisan spongiosum dari desidua. Terjadinya retraksi dari otot-otot uterus yang menyilang menekan pembuluh-pembuluh darah sehingga darah tidak masuk kembali kedalam sistem maternal. Pembuluh darah selanjutnya menjadi tegang dan padat. (Nurasiah,2014)
Pada kala III otot uterus (miometrium) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan

ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan plasenta menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, plasenta terlipat, menebal, kemudian terlepas dari dinding uterus. Setelah terlepas plasenta akan turun kebagian bawah uterus atau ke dalam vagina.

4. Kala IV

a. Uterus

Uterus terletak ditengah abdomen kurang lebih $\frac{2}{3}$ sampai $\frac{3}{4}$, antara simpisis pubis sampai umbilikus. Jika uterus ditemukan dibagian tengah, diatas umbilikus maka hal tersebut menandakan adanya darah dan bekuan didalam uterus yang perlu ditekan dan dikeluarkan. Uterus yang berada diatas umbilikus dan bergeser, paling umum kekanan menandakan kandung kemih penuh. Uterus yang 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 membran lengkap, serta apakah terdapat abnormalitas, seperti ada simpul sejati pada tali pusat.
- d. Penjahitan episiotomi dan laserasi
Penjahitan episiotomi dan laserasi memerlukan pengetahuan anatomi perineum, tipe jahitan, hemostatis, pembedahan aseptis, dan penyembuhan luka.
 - e. Tanda vital
Tekanan darah, nadi, dan pernapasan harus stabil selama jam pertama persalinan. Pemantauan tekanan darah dan nadi yang rutin selama interval ini adalah satu cara untuk mendeteksi syok akibat kehilangan darah yang berlebihan. Suhu ibu berlanjut sedikit meningkat, tetapi biasanya di bawah 38°C (Varney,2008)
 - f. Gemetar
Ibu secara umum akan mengalami tremor selama kala IV persalinan. Keadaan tersebut adalah normal jika tidak disertai demam atau tanda-tanda infeksi lainnya. Respon ini dapat diakibatkan oleh hilangnya ketegangan dan sejumlah energi selama melahirkan. Selain itu, respons fisiologis terhadap penurunan volume intraabdomen dan pergeseran hematologik juga ikut berperan.
 - g. Sistem gastrointestinal
Jika selama persalinan terdapat mual dan muntah, maka harus segera diatasi, rasa haus umumnya dialami, dan banyak ibu melaporkan segera merasa lapar setelah melahirkan.
 - h. Sistem renal
Suatu hal yang umum terjadi jika kandung kemih hipotnik disertai retensi urin bermakna dan terjadi pembesaran. Hal ini disebabkan adanya tekanan dan kompresi pada kandung kemih dan uretra selama persalinan dan kelahiran. Mempertahankan kandung kemih tetap

kosong selama persalinan dapat menurunkan risiko terjadinya trauma. Setelah melahirkan, kandung kemih harus tetap kosong untuk mencegah uterus berubah posisi dan terjadinya atonia (Varney,2008).

2.1.9 Perubahan Psikologis

1. Kala I

Menurut Rohani (2011), perubahan psikologis pada kala I dibagi

menjadi dua yaitu :

a. Kala I fase laten

Pada fase ini, biasanya ibu merasa lega dan bahagia karena masa kehamilannya akan segera beraakhir. Namun pada awal persalinan, wanita biasanya gelisah, gugup, cemas dan khawatir berhubungan dengan rasa tidak nyaman akibat kontraksi uterus. Biasanya ibu ingin berbicara, perlu ditemani, tidak tidur, ingin berjalan-jalan dan menciptakan kontak mata. Pada wanita yang dapat menyadari bahwa proses ini wajar akan mudah beradaptasi dengan keadaan tersebut.

b. Kala I fase aktif

Pada persalinan stadium dini, ibu dapat tetap makan dan minum atau tertawa dan mengobrol dengan riang diantara kontraksi. Begitu persalinan maju ibu tidak punya keinginan untuk mengobrol dan makan, menjadi lebih pendiam, dan bertindak lebih didasari naluri karena bagian primitif otak mengambil alih. Saat kemajuan persalinan sampai pada fase kecepatan maksimum, rasa khawatir ibu menjadi meningkat. Dalam keadaan ini ibu menjadi lebih serius, ia menginginkan seseorang untuk mendampingi karena rasa takut tidak mampu beradaptasi dengan kontraksinya.

2. Kala II
 Pada persalinan yang kuat, ibu biasanya lebih terpusat dan memilih menarik diri daripada mengobrol. Ketika persalinan semakin kuat, ibu menjadi kurang mobilisasi, memegang sesuatu saat kontraksi. Ketika persalinan ibu semakin maju, ia akan menutup mata serta pernafasannya berat dan lebih terkontrol. Ia akan mengerang dan kadang berteriak selama kontraksi yang nyeri. (Marmi,2012)
3. Kala III
 Pada saat ini ibu merasakan kebahagiaan dan perasaan senang karena bayinya telah lahir. Ibu membutuhkan kedekatan dengan bayinya dan perhatian dari orang yang ada di dekatnya untuk membantu agar ia dapat memeluk atau mendekap bayinya. Seringkali ibu memusatkan dirinya terhadap plasenta dan kerap bertanya apakah vaginanya perlu dijahit. (Rohani,2011)

2.1.10 Asuhan Kebidanan Selama Persalinan

Asuhan sayang ibu merupakan asuhan yang sifatnya mendukung selama proses persalinan yang bersifat aktif dan turut serta dalam kegiatan yang sedang berlangsung.

1. Kala I
 - a. Memberikan dukungan emosional.
 - b. Membantu pengaturan posisi.
 - c. Memberikan cairan dan nutrisi.
 - d. Memberikan keleluasaan untuk kebutuhan eliminasi.
 - e. Pencegahan infeksi.

(Prawirohardjo,2014)
2. Kala II
 - a. Pemberian rasa aman, dukungan dan keyakinan kepada ibu bahwa ibu mampu bersalin.
 - b. Membantu teknik pernapasan.
 - c. Membantu teknik meneran.
 - d. Ikutsertakan dan hormati keluarga yang menemani.

- e. Berikan tindakan yang menyenangkan.
- f. Penuhi kebutuhan hidrasi.
- g. Penerapan pencegahan infeksi.
- h. Pastikan kandung kemih kosong.

(Prawirohardjo,2014)

3. Kala III

- a. Memberikan dukungan mental kepada ibu dan keluarga.
- b. Memberikan penghargaan terhadap proses kelahiran janin yang telah dilalui.
- c. Memberikan informasi yang jelas mengenai keadaan pasien sekarang dan tindakan apa yang dilakukan.
- d. Bebas dari rasa risih akibat bagian bawah yang basah oleh darah dan air ketuban.
- e. Penuhi kebutuhan hidrasi.

(Prawirohardjo,2014)

4. Kala IV

- a. Pemenuhan kebutuhan hidrasi dan nutrisi.
- b. Meningkatkan hygiene dan kenyamanan ibu.
- c. Bimbingan dan dukungan untuk BAK
- d. Memberikan informasi dan bimbingan sejelas-jelasnya mengenai apa yang terjadi pada tubuhnya dan apa yang harus dilakukan.
- e. Dukungan untuk segera memeluk bayi dan pemberian ASI awal dengan cara IMD.
- f. Memantau kondisi ibu dan bayi setelah melahirkan.
- g. Melakukan rawat gabung dengan bayinya.
- h. Menjelaskan kepada ibu, suami dan keluarga mengenali tanda bahaya yang mungkin terjadi.

(Prawirohardjo,2014)

2.1.11 Deteksi Dini Komplikasi

1. Kala I

Tabel 2.1
Deteksi Dini Kala I

Keterangan	Rencana Tindakan
Riwayat bedah sesar	a. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mempunyai kemampuan untuk bedah caesar b. Dampingi ibu selama ke tempat rujukan. c. Berikan dukungan dan semangat.
Perdarahan pervaginam	a. Jangan melakukan pemeriksaan dalam b. Baringkan ibu ke sisi kiri c. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis d. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan untuk bedah caesar e. Berikan dukungan dan semangat.
Persalinan kurang bulan (<37 minggu)	a. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mempunyai kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetrik dan bayi baru lahir. b. Dampingi ibu selama ke tempat rujukan. c. Berikan dukungan dan semangat.
Ketuban pecah dengan mekonial kental	a. Baringkan ibu ke sisi kiri b. Dengarkan DJJ c. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mempunyai kemampuan untuk bedah caesar d. Dampingi ibu selama ke tempat rujukan dan bawa partus set, kateter penghisapan De Lee, handuk/kain untuk mengeringkan dan menyelimuti bayi, untuk mengantisipasi jika ibu melahirkan di perjalanan.
Ketuban pecah lama (lebih 24 jam) atau pada kehamilan kurang dari 27 minggu	a. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mempunyai kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetrik dan bayi baru lahir. b. Dampingi ibu selama ke tempat rujukan. c. Berikan dukungan dan semangat.
Tanda gejala infeksi: Suhu > 38°C Menggugul Nyeri abdomen Cairan ketuban berbau	a. Baringkan ibu ke sisi kiri. b. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis dengan tetesan 125 cc/jam. c. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mempunyai kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetrik dan bayi baru lahir. d. Dampingi ibu selama ke tempat rujukan. e. Berikan dukungan dan semangat.
Preeklamsia berat Tekanan darah	a. Baringkan ibu ke sisi kiri. b. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter

lebih dari 160/110 mmHg dan terdapat protein urin	<p>besar dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis.</p> <p>c. Berikan dosis awal 4 gr MgSO₄ 20% IV selama 20 menit.</p> <p>d. Suntikkan 10 gr MgSO₄ 50% (5 gr bokong kanan dan kiri)</p> <p>e. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mempunyai kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetrik dan bayi baru lahir.</p> <p>f. Dampingi ibu selama ke tempat rujukan.</p>
Gawat janin DJJ < 100 atau >180 kali/ menit pada dua kali penilaian dalam waktu 5 menit	<p>a. Baringkan ibu ke sisi kiri, anjurkan ibu untuk bernafas secara teratur.</p> <p>b. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis dengan tetesan 125 cc/jam.</p> <p>c. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mempunyai kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetrik dan bayi baru lahir.</p> <p>d. Dampingi ibu selama ke tempat rujukan.</p> <p>e. Berikan dukungan dan semangat.</p>
Primipara fase aktif dengan palpasi kepala janin masih 5/5	<p>a. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mempunyai kemampuan untuk bedah caesar</p> <p>b. Dampingi ibu selama ke tempat rujukan.</p> <p>c. Berikan dukungan dan semangat.</p>
Presentasi bukan belakang kepala (sungsang, letak lintang dsb)	<p>a. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mempunyai kemampuan untuk bedah caesar</p> <p>b. Dampingi ibu selama ke tempat rujukan.</p> <p>c. Berikan dukungan dan semangat.</p>
Presentasi ganda (majemuk), adanya bagian lain dari janin, misalnya: lengan atau tangan bersamaan dengan presentasi belakang	<p>a. Baringkan ibu dengan posisi lutut menempel ke dada atau miring kiri.</p> <p>b. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mempunyai kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetrik dan bayi baru lahir.</p> <p>c. Dampingi ibu selama ke tempat rujukan.</p> <p>d. Berikan dukungan dan semangat.</p>
Tali pusat menumbung	<p>a. Gunakan sarung tangan DTT, letakkan satu tangan di vagina dan jauhkan kepala janin dari tali pusat yang menumnung. Tangan lain mendorong bayi melalui dinding abdomen agar bagian terbawah tidak menekan tali pusatnya.</p> <p>b. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mempunyai</p>

	<p>kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetrik dan bayi baru lahir.</p> <p>c. Dampingi ibu selama ke tempat rujukan.</p> <p>d. Berikan dukungan dan semangat.</p>
<p>Syok dengan tanda dan gejala:</p> <p>Nadi >110x/menit</p> <p>Tekanan darah menurun (sistolik <90mmHg)</p> <p>Pucat</p> <p>Berkeringat dingin atau kulit lembab</p> <p>Nafas >30x/menit</p> <p>Produksi urin sedikit (<30ml/jam)</p>	<p>a. Baringkan ibu ke sisi kiri.</p> <p>b. Jika mungkin naikkan kedua kaki ibu untuk meningkatkan aliran darah jantung.</p> <p>c. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis. Infuskan 1 lt dalam 15-20 menit, dilanjutkan dengan 2 lt dalam satu jam pertama, kemudian turunkan menjadi 125 ml/jam</p> <p>d. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mempunyai kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetrik dan bayi baru lahir.</p> <p>e. Dampingi ibu selama ke tempat rujukan.</p> <p>f. Berikan dukungan dan semangat.</p>
<p>Fase laten memanjang</p> <p>Pembukaan serviks kurang dari 4 cm setelah 8 jam</p> <p>Kontraksi >2 kali selama 10 menit</p>	<p>a. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mempunyai kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetrik dan bayi baru lahir.</p> <p>b. Dampingi ibu selama ke tempat rujukan.</p> <p>c. Berikan dukungan dan semangat.</p>
<p>Tanda dan gejala belum inpartu:</p> <p>Frekuensi kontraksi <2x/10 menit</p> <p>Tidak ada perubahan pada serviks dalam waktu 1-2 jam.</p>	<p>a. Anjurkan ibu makan dan minum</p> <p>b. Anjurkan ibu bergerak bebas</p> <p>c. Jika kontraksi berhenti dan atau tidak ada perubahan serviks, evaluasi DJJ, jika tidak ada tanda-tanda kegawatan pada ibu dan janin, persilahkan ibu untuk pulang dengan memberikan nasehat:</p> <p>d. Menjaga cukup makan dan minum</p> <p>e. Datang untuk mendapatkan asuhan jika terjadi peningkatan dan lama kontraksi</p>
<p>Tanda dan gejala partus lama:</p> <p>Pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada</p>	<p>a. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mempunyai kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetrik dan bayi baru lahir.</p> <p>b. Dampingi ibu selama ke tempat rujukan.</p> <p>c. Berikan dukungan dan semangat</p>

Pembukaan serviks kurang dari 1 cm/jam Frekuensi kontraksi kurang dari 2 kali dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 40 detik.	
---	--

Sumber: Nurasiah, 2014

2. Kala II

Tabel 2.2
Deteksi Dini Kala II

Temuan Dari Persalinan	Diagnosis	Rencana Asuhan
Nadi cepat, lemah (110x/menit) Tekanan darah menurun (sistolik <90mmHg) Pucat Berkeringat dingin atau kulit lembab Nafas >30x/menit Produksi urin sedikit (<30ml/jam)	Syok	a. Baringkan ibu ke sisi kiri. b. Jika mungkin naikkan kedua kaki ibu untuk meningkatkan aliran darah ke jantung. c. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis. Infuskan 1 lt dalam 15-20 menit, dilanjutkan dengan 2 lt dalam satu jam pertama, kemudian turunkan menjadi 125 ml/jam d. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mempunyai kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetrik dan bayi baru lahir. e. Dampingi ibu selama ke tempat rujukan. f. Berikan dukungan dan semangat.
Perubahan nadi (100x/menit atau lebih) Urin pekat	dehidrasi	a. Anjurkan ibu untuk minum b. Nilai ulang ibu setiap 30 menit (menurut pedoman pada artograf). Jika kondisinya tidak

<p>Produksi urin sedikit</p>		<p>membaik dalam waktu 1 jam, Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis. Infuskan 1 lt dalam 15-20 menit, dilanjutkan dengan 2 lt dalam satu jam pertama, kemudian turunkan menjadi 125 ml/jam</p> <p>c. Berikan ampisilin 2g atau amokxixilin 2g per oral</p> <p>d. Dampingi ibu ketempat rujukan.</p> <p>e. Berikan dukungan dan semangat</p>
<p>Nadi cepat (110x/menit atau lebih) Suhu diatas 38°C Kedinginan Cairan vagina berbau bususk</p>	<p>Infeksi</p>	<p>a. Baringkan ibu ke sisi kiri.</p> <p>b. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis. Infuskan 1 lt dalam 15-20 menit, dilanjutkan dengan 2 lt dalam satu jam pertama, kemudian turunkan menjadi 125 ml/jam</p> <p>c. Brikan ampisilin 2 gr atau Amoksilin 2 gr per oral.</p> <p>d. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mempunyai kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetrik dan bayi baru lahir.</p> <p>e. Dampingi ibu selama ke tempat rujukan.</p> <p>f. Berikan dukungan dan semangat.</p>
<p>Tekanan darah diastol 90-110 mmHg Protein uri (+)</p>	<p>Pre-eklamsia ringan</p>	<p>a. Nilai ulang tekanan darah setiap 15 menit (pada saat beristirahat diantara kontraksi dan meneran)</p> <p>b. Jika tekanan darah 110 mmHg atau lebih, pasang infuss menggunakan jarum besar dan berikan RL atau NS 125 ml/jam.</p> <p>c. Baringkan miring kiri</p> <p>d. Lihat penatalaksanaan pre-eklamsia berat.</p>

<p>Tekanan darah diastol 110 mmHg atau lebih.</p> <p>Tekanan darah diastol 90 mmHg atau lebih</p> <p>Kejang</p>	<p>Pre-eklamsia berat atau eklamsia</p>	<ol style="list-style-type: none"> a. Baringkan ibu ke sisi kiri. b. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis. Infuskan 1 lt dalam 15-20 menit, dilanjutkan dengan 2 lt dalam satu jam pertama, kemudian turunkan menjadi 125 ml/jam c. Jika mungkin berikan dosis awal 4 gr MgSO₄ 20% IV selama 20 menit. d. Berikan MgSO₄ 50% 10 gr (masing-masing 5 gr bokong kanan dan bokong kiri) e. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mempunyai kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetrik dan bayi baru lahir. f. Dampingi ibu selama ke tempat rujukan.
<p>Kontraksi uterus tidak adekuat yaitu 3 kali dengan durasi <40 detik dalam 10 menit</p>	<p>Inersia uteri</p>	<ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan ibu untuk mengubah posisi dan berjalan-jalan b. Anjurkan untuk minum c. Jika selaput ketuban masih utuh, pecahkan dengan menggunakan alat pemecah ketuban atau klem koher disinfeksi tingkat tinggi atau steril d. Stimulasi puting susu e. Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya. f. Jika bayi tidak lahir setelah 2 jam meneran untuk primipara, atau 1 jam untuk multipara, rujuk ibu ke fasilitas yang memiliki kemampuan asuhan kegawatdaruratan obstetrik dan bayi baru lahir. g. Dampingi ibu ketempat rujukan. h. Berikan dukungan dan semangat.

DJJ < 100 atau >180 kali/ menit pada dua kali penilaian dalam waktu 5 menit	Gawat janin	<ul style="list-style-type: none"> a. Baringkan ibu ke sisi kiri, anjurkan ibu untuk bernafas secara teratur. b. Nilai ulang DJJ setelah 5 menit: c. Jika DJJ normal, minta ibu kembali dan meneran sertaantau DJJ setelah setiap kontraksi. Pastikan ibu tidak berbaring telentang dan tidak menahan nafasnya saat meneran. d. Jika DJJ abnormal, rujuk ibu ke fasilitas yang mempunyai kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetrik dan bayi baru lahir. e. Dampingi ibu selama ke tempat rujukan. f. Berikan dukungan dan semangat.
Kepala bayi tidak turun		<ul style="list-style-type: none"> a. Anjurkan ibu untuk meneran sabil jongkok atau berdiri b. Jika bayi tidak lahir setelah 2 jam meneran pada primipara atau 1 jam pada multipara baringkan ibu miring kiri c. Rujuk ibu ke fasilitas yang mempunyai kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetrik dan bayi baru lahir. d. Dampingi ibu selama ke tempat rujukan.
Kepala bayi tidak melakukan paksi luar Kepala bayi tersangkut di perineum (<i>Turtle Sign</i>) Bahu bayi tidak lahir	Distosia bahu	<ul style="list-style-type: none"> a. Gunakan sarung tangan DTT b. Ibu dituntun untuk melakukan posisi Mac Robert
Cairan ketuban berwarna hijau	Cairan ketuban	<ul style="list-style-type: none"> a. Nilai DJJ b. Jika DJJ normal, minya ibu

	bercampur mekonium	<p>kembali meneran dan pantau DJJ seelah setiap kontraksi. . Pastikan ibu tidak berbaring telentang dan tidak menahan nafasnya saat meneran.</p> <p>c. Jika DJJ tidak normal tangani sebagai gawat janin</p> <p>d. Setelah bayi lahir lakukan penilaian segera dan bila bayi tidak bernafas maka hisap lendir dimulut, lakukan tindakan resusitasi awal.</p>
Tali pusat teraba atau terlihat saat pemeriksaan dalam	Tali pusat menumbung	<p>a. Gunakan sarung tangan DTT, letakkan satu tangan di vagina dan jauhkan kepala janin dari tali pusat yang menumnung. Tangan lain mendorong bayi melalui dinding abdomen agar bagian terbawah tidak menekan tali pusatnya.</p> <p>b. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mempunyai kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetrik dan bayi baru lahir.</p> <p>c. Dampingi ibu selama ke tempat rujukan.</p> <p>d. Berikan dukungan dan semangat</p>
Pada saat memeriksa lilitan tali pusat pada leher janin teraba.	Lilitan tali pusat	<p>a. Jika tali pusat melilit longgar dileher bayi, lepaskan melewati kepala bayi</p> <p>b. Jika tali pusat melilit erat di leher bayi, klem di dua tempat dan potong, lanjutkan membantu kelahiran bayi.</p>
Pada pemeriksaan fundus uteri setelah kelahiran bayi teraba bagian satu janin lainnya	Kehamilan kembar tak terdeteksi	<p>a. Nilai DJJ untuk memantau kesejahteraan janin.</p> <p>b. Jika kedua presentasi kepala dan kepala segera turun, biarkan kelahiran berlangsung seperti bayi pertama</p> <p>c. Jika kondisi tersebut tidak</p>

		<p>terpenuhi, baringkan ibu miring kiri.</p> <p>d. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mempunyai kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetrik dan bayi baru lahir.</p> <p>e. Dampingi ibu selama ke tempat rujukan.</p>
--	--	---

Sumber: Nurasiah, 2014

3. Kala III

Tabel 2.3
Deteksi Kala III

Tanda Dan Gejala	Gejala Penyerta	Diagnosa
Uterus tidan berkontraksi dan lembek Perdarahan segera Plasenta lengkap	Syok Bekuan darah pada serviks	Atonia Uteri
Perdarahan segera Darah segar mengalir Uterus berkontraksi baik Plasenta lengkap	Pucat Lemah Menggigil	Robekan jalan lahir
Plasenta belum lahir setelah 30 menit bayi lahir Perdarahan segera Plasenta lengkap	Tali pusat terputus Inversio uterus Perdarahn lanjut	Retensio plasenta
Plasenta/sebagian selaput tidak lengkap Perdarahan segera	Uterus berkontraksi tetapi tinggi fundus uteri tidak turun	Sisa plasenta
Uterus tidak teraba Lumen vagina terisi masa Tampak tali pusat	Syok neurogenik Pucat, limbung	Inversio uteri

Perdarahan segera Nyeri		
Perdarahan segera (intraabdomen atau vagina) Nyeri perut berat	Syok Nyeri tekan Nadi cepat	Ruptur uteri
Subinvolusi uterus Nyeri tekan perut bawah Perdarahan 24 jam, tidak teratur, terus menerus dan berbau	Anemia Demam	Perdarahan terlambat , endometritis atau sisa plasenta

Sumber: Nurasiah, 2014

4. Kala IV

Tabel 2.4
Deteksi Kala IV

Tanda dan Gejala	Temuan Dalam Persalinan	Rencana Asuhan
Perdarahan pasca persalinan Plasenta lengkap Uterus berkontraksi	robekan vagina, perineum atau serviks	<ol style="list-style-type: none"> a. Lakukan pemeriksaan secara hati-hati b. Jika terjadi laserasi derajat satu atau dua, lakukan penjahitan. c. Jika terjadi laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks: <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis. Infuskan 1 lt dalam 15-20 menit, dilanjutkan dengan 2 lt dalam satu jam pertama, kemudian turunkan menjadi 125 ml/jam 2) Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mempunyai kemampuan penatalaksanaan gawat darurat

		<p>obstetrik dan bayi baru lahir.</p> <p>3) Dampingi ibu selama ke tempat rujukan.</p>
<p>Nadi cepat, lemah (110 x/menit atau lebih)</p> <p>Tekanan darah rendah (sistol < 90 mmHg)</p> <p>Pucat</p> <p>Berkeringat dingin atau kulit lembab</p> <p>Nafas > 30x/menit</p> <p>Cemas, kesadaran menurun, atau tidak sadar</p> <p>Produksi urin sedikit (< 30ml/jam)</p>	Syok	<p>a. Baringkan ibu ke sisi kiri.</p> <p>b. Jika mungkin naikkan kedua kaki ibu untuk meningkatkan aliran darah jantung.</p> <p>c. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis. Infuskan 1 lt dalam 15-20 menit, dilanjutkan dengan 2 lt dalam satu jam pertama, kemudian turunkan menjadi 125 ml/jam</p> <p>d. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mempunyai kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetrik dan bayi baru lahir.</p> <p>e. Dampingi ibu selama ke tempat rujukan.</p> <p>f. Berikan dukungan dan semangat.</p>
<p>Nadi meningkat (100x/menit atau lebih)</p> <p>Suhu tubuh di atas 38°C</p> <p>Urin pekat</p> <p>Produksi urin sedikit (< 30cc/jam)</p>	Dehidrasi	<p>a. Anjurkan ibu untuk minum</p> <p>b. Nilai ulang ibu setiap 30 menit (menurut pedoman pada artograf). Jika kondisinya tidak membaik dalam waktu 1 jam, Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis. Infuskan 1 lt dalam 15-20 menit, dilanjutkan dengan 2 lt dalam satu jam pertama, kemudian turunkan menjadi 125 ml/jam</p> <p>c. Berikan ampisilin 2g atau amoksisilin 2g per oral.</p> <p>d. Dampingi ibu ke tempat rujukan.</p> <p>e. Berikan dukungan dan semangat.</p>
<p>Nadi cepat (110x/menit atau lebih)</p> <p>Suhu di atas 38°C</p>	Infeksi	<p>a. Baringkan ibu ke sisi kiri.</p> <p>b. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis.</p>

Kedinginan Cairan vagina berbau bususk		<p>Infuskan 1 lt dalam 15-20 menit, dilanjutkan dengan 2 lt dalam satu jam pertama, kemudian turunkan menjadi 125 ml/jam</p> <p>c. Berikan ampisilin 2 gr atau Amoksilin 2 gr per oral.</p> <p>d. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mempunyai kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetrik dan bayi baru lahir.</p> <p>e. Dampingi ibu selama ke tempat rujukan.</p> <p>f. Berikan dukungan dan semangat.</p>
Tekanan darah diastol 90-110 mmHg Protein uri (+)	Pre- eklamsia ringan	<p>a. Nilai ulang tekanan darah setiap 15 menit (pada saat beristirahat diantara kontraksi dan meneran)</p> <p>b. Jika tekanan darah 110 mmHg atau lebih, pasang infuss menggunakan jarum besar dan berikan RL atau NS 125 cc/jam</p> <p>c. Baringkan miring kiri</p> <p>d. Lihat penatalaksanaan pre-eklamsia berat</p>
Tekanan darah diastol 110 mmHg atau lebih. Tekanan darah diastol 90 mmHg atau lebih Kejang	Pre- eklamsia berat atau eklamsia	<p>a. Baringkan ibu ke sisi kiri.</p> <p>b. Pasang infus menggunakan jarum berdiameter besar dan berikan ringer laktat atau garam fisiologis. Infuskan 1 lt dalam 15-20 menit, dilanjutkan dengan 2 lt dalam satu jam pertama, kemudian turunkan menjadi 125 ml/jam</p> <p>c. Jika mungkin berikan dosis awal 4 gr MgSO₄ 20% IV selama 20 menit.</p> <p>d. Berikan MgSO₄ 50% 10 gr (masing-masing 5 gr bokong kanan dan bokong kiri).</p> <p>e. Segera rujuk ibu ke fasilitas yang mempunyai kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetrik dan bayi baru lahir.</p>

		f. Dampingi ibu selama ke tempat rujukan.
--	--	---

Sumber: Nurasiah, 2014

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Persalinan

2.2.1 Kala I

a. Pengkajian

Pada langkah pertama ini, pengkajian awal perlu dilakukan untuk mengidentifikasi masalah dan menentukan apakah persalinan sudah pada waktunya, serta apakah kondisi ibu dan bayinya normal. (Rohani, 2011) Untuk mengetahui siapa yang melakukan pengkajian, kapan dilaksanakan

pengkajian, serta dimana dilakukan pengkajian.

Tanggal :
Pukul :
Tempat:
Oleh :

Data Subyektif

1) Biodata

Biodata Pasien

Nama ibu / suami	:	Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar mengetahui identitas, membedakan klien, dan mengenal pasien, dan tidak keliru dalam memberikan penanganan.
Umur ibu / suami	:	Mengetahui apakah ibu tergolong primumata atau primimuda. Untuk mengetahui tempat tinggal ibu dimana ia
Alamat	:	menetap, memudahkan menghubungi keluarga, mencegah kekliruan dan sebagai petunjuk pada waktu kunjungan rumah.
Agama	:	Untuk mengetahui kepercayaan klien terhadap agama yang dianutnya, mengenali hal-hal yang berkaitan

- dengan masalah asuhan yang akan diberikan, membimbing/mengarahkan pasien dalam berdoa, dan dapat memberi motivasi pasien sesuai agamanya, serta untuk mengetahui kemungkinan pengaruhnya terhadap kesehatan ibu selama bersalin.
- Suku /
bangsa : Untuk mengetahui suku bangsa ibu, petugas dapat mendukung dan memelihara keyakinan yang meningkatkan adaptasi fisik dan emosinya terhadap persalinan.
- Pendidikan : Untuk mengetahui tingkat pengetahuan ibu dan keluarga sebagai dasar dalam memberikan KIE.
- Pekerjaan : Untuk mengetahui aktivitas ibu atau suami setiap hari, mengukur tingkat sosial ekonomi agar nasehat yang diberikan sesuai.

(Marmi, 2012)

2) Keluhan Utama

Mengetahui apa yang dirasakan ibu, sejak kapan timbulnya keluhan, urutan kejadian dan tindakan apa saja yang sudah dilakukan terhadap keluhan tersebut (Rohani, 2011).

3) Riwayat kesehatan yang lalu

Apakah Ibu pernah menderita penyakit menular dan menurun seperti jantung, hipertensi, diabetes melitus, TBC, hepatitis, Penyakit kelamin dan pembedahan yang pernah dialami, dapat mempengaruhi kondisi Ibu sehingga dapat mempengaruhi kelancaran proses persalinan (Marmi,2012).

4) Riwayat kesehatan sekarang

Mengkaji apakah ibu mengalami sakit kepala hebat, pandangan berkunang-kunang, atau nyeri epigastrium. Hal ini digunakan untuk mendeteksi adanya komplikasi pada kehamilan sehingga bidan dapat mempersiapkan bila terjadi kegawatan pada persalinan. Perlu juga diketahui apa ibu mempunyai penyakit berbahaya seperti jantung, paru-paru, pernapasan atau perkemihan (Rohani, 2011).

5) Riwayat penyakit keluarga

Riwayat keluarga memberi informasi tentang keluarga dekat pasien, termasuk orang tua, saudara kandung, dan anak-anak. Hal ini membantu mengidentifikasi gangguan genetik atau familial dan kondisi-kondisi yang mempengaruhi status kesehatan wanita dan janin (Marmi, 2012).

6) Riwayat pernikahan

Hal ini penting untuk bidan kaji karena data inilah bidan akan mendapatkan gambaran mengenai suasana rumah tangga pasangan.

Beberapa yang harus ditanyakan :

- a) Usia menikah pertama kali :
- b) Status pernikahan : sah / tidak
- c) Lama pernikahan :
- d) Suami yang ke :

Ditanyakan umur pertama kali menikah untuk menentukan usia pertama kali melakukan hubungan seksual. Serta ditanyakan pula berapa kali menikah dan lama pernikahan. (Sulistiyawati, 2014)

7) Riwayat menstruasi

Anamnese haid memberikan kesan tentang faal alat reproduksi/kandung, meliputi hal-hal seperti; umur menarche (pada wanita Indonesia umumnya sekitar 12 – 16 tahun), lamanya (frekuensi

haid bervariasi 7 hari atau lebih), siklus haid (lebih awal atau lebih lambat dari siklus normal 28 hari), banyaknya darah, HPHT (membantu penetapan tanggal perkiraan kelahiran), keluhan saat haid (keluhan yang disampaikan dapat menunjukkan diagnose tertentu, seperti sakit kepala sampai pingsan atau jumlah darah yang banyak) (Sulistyawati, 2014).

- 8) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu
 - a) Kehamilan
Diperlukan penjelasan tentang jumlah gravida dan para pada ibu 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 ibu dan perinatal juga meningkat (Varney, 2008).
 - b) 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, kapan ibu mulai merasakan nyeri/kontraksi, berapa lama, seberapa kuat, serta lokasi nyeri/kontraksi yang ibu rasakan. Informasi ini penting untuk menetapkan awal persalinan, biasanya dimulai sejak

kontraksi menjadi teratur dan untuk membedakan his palsu dan his persalinan (Rohani, 2011).

c) Nifas
Untuk mengetahui apakah dalam riwayat nifas yang lalu ibu ada penyulit atau kelainan yang akan mempengaruhi persalinan yang sekarang.

d) Riwayat KB
Jenis kontrasepsi yang pernah digunakan, efek samping, alasan berhentinya penggunaan dan lama penggunaan kontrasepsi (Rohani,2011).

9) Pola aktivitas sehari-hari

a) Pola Nutrisi
Data fokus mengenai asupan makanan pasien adalah sebagai berikut: kapan atau jam berapa terakhir kali makan, makanan yang dimakan, jumlah makanan yang dimakan, seandainya saat ini ingin makan.

Pada masa persalinan, data mengenai intake cairan sangat penting karena akan menentukan kecenderungan terjadinya dehidrasi. Data yang perlu ditanyakan berkaitan dengan intake cairan adalah sebagai berikut: kapan terakhir kali minum, berapa banyak yang diminum, apa yang diminum.

b) Pola Eliminasi
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) Personal Hygiene

Mandi terakhir untuk menyegarkan dan menimbulkan rasa santai serta mencegah resiko terkena infeksi selama persalinan.

d) Pola istirahat

Klien dianjurkan untuk beristirahat yang cukup untuk menghadapi proses persalinan.

e) Pola aktivitas

Pada kala I apabila ibu mampu melakukan mobilisasi ibu dianjurkan untuk berjalan-jalan agar dapat mempecepat penurunan bagian terbawah janin.

10) Riwayat psikososial dan budaya

Faktor budaya adalah penting untuk mengetahui latar belakang etnik atau budaya wanita untuk mengantisipasi intervensi asuhan yang mungkin perlu ditambahkan atau dihilangkan dalam penatalaksanaan (Marmi,2012).

Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Untuk mengetahui data ini bidan perlu mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan akan bidan laporkan dengan kriteria : baik, jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan; lemah, jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta pasien sudah tidak mampu lagi berjalan sendiri.

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, bidan dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien dari keadaan composmentis (kesadaran maksimal) sampai koma (pasien tidak

dalam keadaan sadar). Kesadaran Ibu bersalin adalah composmentis.

c) Tanda vital

Tekanan darah : 90/60 – 130/90 mmHg.
 Suhu : 36 – 37,5°C.
 Nadi : 80 – 90 x/menit
 RR : 16 - 24 x/menit.

2) Pemeriksaan Fisik

a) Inspeksi

- (1) Wajah : Muka bengkak/oedem tanda eklampsi, terdapat cloasma gravidarum sebagai tanda kehamilan. Muka pucat tanda anemia, perhatikan ekspresi ibu, kesakitan atau meringis.
- (2) Mata : Konjungtiva pucat menandakan anemia pada ibu yang akan mempengaruhi kehamilan dan persalinan yaitu perdarahan, Sclera icterus perlu dicurigai ibu mengidap hepatitis.
- (3) Mulut : Bibir pucat tanda ibu anemia, bibir kering tanda dehidrasi.
- (4) Leher : Adanya pembesaran kelenjar tyroid menandakan ibu kekurangan iodium, sehingga dapat menyebabkan terjadinya kretinisme pada bayi dan bendungan vena jugularis/tidak.
- (5) Dada : Puting susu datar atau tenggelam membutuhkan perawatan payudara untuk

persiapan menyusui.

- (6) Abdomen : Terdapat bekas luka operasi/tidak
- (7) Genetalia : penilaian adanya luka, cairan, lendir darah, perdarahan atau cairan ketuban.
- (8) Vulva dan vagina : Bersih atau tidak, adakah flour albus, oedema, pembesaran kelenjar skene atau bartolini, condilomatalata, condiloma akuminata, serta kemerahan serta pada perineum adakah luka bekas episiotomi
- (9) Anus : Ada benjolan atau tidak, keluar darah atau tidak.
- (10) Ekstremitas : Adanya oedem pada ekstremitas atas atau bawah dapat dicurigai adanya hipertensi hingga Preeklampsi dan Diabetes melitus, varises/tidak, kaki sama panjang/tidak mempengaruhi jalannya persalinan.

b) Palpasi

(1) Leher

Tidak terdapat bendungan vena jugularis. Jika ada hal ini berpengaruh pada saat persalinan terutama saat meneran. Hal ini dapat menambah tekanan pada jantung. Potensial terjadi gagal jantung.

(2) Dada

Pada payudara colostrom keluar, tidak ada benjolan

(3) Abdomen

(a) Tinggi fundus uteri

TFU berkaitan dengan usia kehamilan (dalam minggu).

Berat janin dan tinggi fundus yang lebih kecil daripada

prakiraan kemungkinan menunjukkan kesalahan dalam menentukan HPHT, Kecil Masa Kehamilan (KMK), atau oligohidramnion. Sedangkan berat janin dan tinggi fundus yang lebih besar menunjukkan bahwa ibu salah menentukan

HPHT, bayi besar, kehamilan kembar atau polihidramnion.

- (b) Posisi janin
- (c) Pola kontraksi
- (d) Frekuensi, durasi, dan intensitas kontraksi harus dikaji

secara akurat untuk menentukan status persalinan.

(4) Leopold

(a) Leopold I

Normalnya Tinggi fundus sesuai dengan usia kehamilan.

Untuk menentukan usia kehamilan berdasarkan TFU dan bagian yang teraba di fundus uteri. Tanda kepala jika teraba keras, bundar, melenting. Tanda bokong jika teraba lunak, kurang bundar, kurang melenting.

(b) Leopold II

Normalnya teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil janin. Digunakan untuk menentukan letak punggung anak pada letak memanjang dan menentukan letak kepala pada letak lintang.

(c) Leopold III

Normalnya Pada bagian bawah janin teraba bagian yang bulat, keras, melenting (kepala). Menentukan bagian terbawah janin, dan apakah bagian terbawah sudah masuk

PAP atau belum.

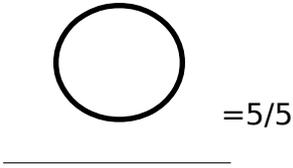
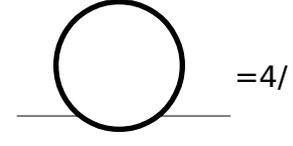
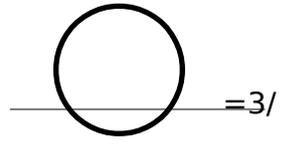
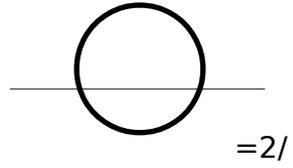
(d) Leopold IV

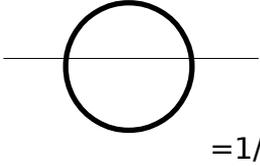
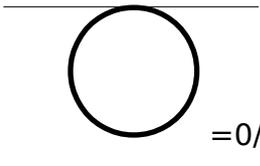
Posisi tangan masih bisa bertemu, dan belum masuk PAP (konvergen). Jika posisi tangan tidak berubah dan sudah masuk PAP (divergen). Untuk mengetahui seberapa jauh bagian terendah janin sudah masuk PAP

(5) Penurunan bagian terendah

Kepala yang belum *engage* dalam persalinan pada primigravida menunjukkan kemungkinan disproporsi sefalopelvik (CPD). Temuan seperti ini harus memerlukan pemeriksaan pelvimetri klinis berulang selama pemeriksaan dalam dan evaluasi yang berhubungan dengan pemeriksaan berat janin.

Tabel 2.5
Perlindungan Penurunan Kepala Janin

Periksa luar	Periksa dalam	Keterangan
		Kepala diatas PAP, mudah digerakkan
	H I-II	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
	H II-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
	H III+	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul

	H III-IV	Kepala didasar panggul
	H IV	Di perineum

Sumber:Manuaba,2010

- c) Auskultasi
 Frekuensi DJJ normal adalah 120-160x/menit. Frekuensi jantung kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali per menit menunjukkan adanya gawat janin (*fetal distress*). Selain itu, perlu dikaji lokasi *punctum maksimum* dan keteraturan denyut jantung janin (Manuaba, 2010).
- d) Perkusi
 Refleks positif atau negatif pada kaki kiri dan kanan.

- 3) Pemeriksaan khusus
Vaginal toucher sebaiknya dilakukan setiap 4 jam selama kala I persalinan dan setelah ketuban pecah. Menurut Manuaba,dkk (2010) hal-hal yang dapat diperiksa ialah:
- a) Penipisan dan pembukaan servik : menentukan apakah perubahan serviks yang progresif telah terjadi dan untuk mendiagnosis persalinan, juga untuk menentukan tahap dan fas persalinan jika pasien dalam masa persalinan.
- b) Posisi serviks : serviks biasanya berada jauh dibelakang dan menghadap kearah posterior sebelum persalinan. Gerakan serviks

- hingga mengarah kedepan dalam posisi garis tengah menunjukkan kesiapan serviks untuk atau sudah memasuki tahap persalinan.
- c) *Station* : menentukan penurunan kepala janin. Penurunan kepala janin merupakan salah satu mekanisme persalinan dan menunjukkan kemajuan dan keadekuatan pelvis.
 - d) Membran atau selaput ketuban : memastikan atau menyingkirkan riwayat pecah ketuban atau mendeteksi pecah ketuban yang tidak dilaporkan untuk alasan-alasan yang dijelaskan pada riwayat.
 - e) *Molding* atau *caput succedaneum* : memastikan seberapa jauh kepala janin mampu menyesuaikan terhadap pelvis ibu.
 - f) Letak, presentasi, posisi dan variasi
 - g) Sinklitisme dan asinklitisme : memastikan adaptasi terhadap panggul ibu.
 - h) Orifisium vagina dan badan perineum : mengevaluasi ketebalan, panjang, dan kemampuan vagina meregang untuk memastikan kemungkinan kebutuhan episiotomi.
 - i) Air ketuban : ketuban positif atau tidak, warna cairan dan kepekatan cairan.
- 4) Pemeriksaan laboratorium
Pemeriksaan USG, kadar hemoglobin, golongan darah, kadar leukosit, hematokrit dan protein urin (Sulistyawati,2014).
- b. Identifikasi masalah aktual dan diagnosa
Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap masalah atau diagnosa berdasarkan intrepertasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Langkah awal dari perumusan diagnosis atau masalah adalah pengolahan data dan analisis dengan menggabungkan data satu dan yang lainnya sehingga tergambar fakta.
- a. *Diagnosis kebidanan* : diagnosa kebidanan dirumuskan secara spresifik sesuai standar nomenklatur. Dalam diagnosis berisi tentang

- paritas, usia kehamilan dalam minggu, kala dan fase persalinan, keadaan janin, normal atau tidak normal.
- b. Masalah : masalah sering berhubungan dengan bagaimana wanita itu mengalami kenyataan terhadap diagnosisnya. Terkadang beberapa masalah tidak dapat didefinisikan sebagai diagnosis, tetapi perlu dipertimbangkan untuk memberikan asuhan.
- c. Kebutuhan pasien : dalam bagian ini bidan menentukan kebutuhan pasien berdasarkan keadaan dan masalahnya.
(Sulistyawati,2014)

DX : Ny. “....” G...P...Ab... UK...minggu, tunggal, hidup, intrauterine
Inpartu Kala ... fase dengan Keadaan ibu dan janin baik.

DS : ibu mengatakan hamil ke...UK...bulan, merasa kenceng-kenceng sejak tanggal...jam...serta keluar darah lendir sejak jam... keluar cairan dari kemaluan seperti kencing yang tidak bisa ditahan sejak.....

HPHT.....

DO : TTV dalam batas normal
DJJ (120-160x/ menit)

Pemeriksaan Dalam:

Vulva dan vagina : ada lendir dan darah/tidak

Pembukaan : 0-10 cm

Effecement : berapa %

Ketuban : utuh/tidak

Bagian terdahulu : Kepala/bokong

Bagian terendah : UUK/UUB

Hodge berapa : I – IV

Moulage : I – III

Di sekitar bagian terdahulu teraba bagian kecil

janin/tidak

Masalah

1) Nyeri his persalinan

DS : Ibu mengatakan perutnya mulas, makin lama makin sering

- DO : His : 3-4x.10'.40-50", Inspeksi : wajah ibu tampak menahan sakit saat timbul his
- 2) Cemas memikirkan persalinannya
 DS : Ibu mengatakan takut dengan masalah dalam persalinannya
 DO : Ibu sering bertanya bagaimana keadaan bayinya
- 3) Ketidaktahuan ibu mengenai cara meneran yang benar
 DS : Ibu tidak tahu cara meneran yang benar
 DO : Kepala tidak mengalami kemajuan saat ibu meneran
- c. Identifikasi diagnosa dan masalah potensial
 Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosis masalah yang sudah teridentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila mungkin dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan waspada dan bersiap-siap menghadapinya bila diagnosis atau masalah potensial ini benar-benar terjadi.
 Menurut Sulistyawati (2014) beberapa contoh perumusan diagnosis potensial pada persalinan kala I, sebagai berikut:

Tabel 2.6
Contoh Diagnosa Potensial Kala 1

No.	Hasil interpretasi data dasar	Diagnosis potensial
1.	Anemia berat	Perdarahan intrapartum
2.	Tekanan darah 160/100 mmHg, protein urin (++)	Eklamsia
3.	Keletihan dan dehidrasi	Partus lama
4.	Ketuban pecah dini	Infeksi intrapartum
5.	Tinggi badan 140 cm, kepala belum masuk panggul	Persalinan tidak maju karena CPD

6.	Kala I fase aktif melewati garis waspada partograf	Partus lama
7.	DJJ lebih dari normal	Asfiksia intrauterus

- d. Identifikasi kebutuhan segera
 Dalam pelaksanaannya bidan kadang dihadapkan pada beberapa situasi darurat dimana harus segera melakukan tindakan untuk menyelamatkan pasien, kadang juga berada pada situasi dimana pasien memerlukan tindakan untuk menyelamatkan pasien, kadang juga berada pada situasi dimana pasien memerlukan tindakan segera sedangkan harus menunggu instruksi dokter atau bahkan juga situasi yang memerlukan konsultasi dengan tim kesehatan lain.
 Jika bidan melakukan pertolongan persalinan mandiri, dan hasil pemeriksaan menunjukkan adanya tanda bahaya pada pasien, maka tindakan yang harus dilakukan adalah merujuk pasien dengan melakukan tindakan stabilisasi prarujukan terlebih dahulu.
- e. Intervensi
 Langkah ini direncanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan oleh hasil kajian pada langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah teridentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi atau data yang kurang lengkap dapat dilengkapi.
 Untuk menghindari perencanaan asuhan yang tidak terarah, maka di buat terlebih dahulu pola pikir tentang tujuan tindakan yang akan dilakukan meliputi sasaran dan target hasil yang akan dicapai serta rencana tindakan sesuai dengan masalah dan ujuan yang akan dicapai.

Dx : Ny. “....” G...P...Ab... UK...minggu, tunggal, hidup, intrauterine

Inpartu Kala ... fase dengan Keadaan ibu dan janin baik

Tujuan:

- 1) Kala I fase laten/aktif berjalan lancar
- 2) Tidak terjadi komplikasi pada ibu dan janin
- 3) Keadaan ibu dan janin baik

Kriteria Hasil

Kala I tidak \geq 8 jam pada multigravida dan 12 jam pada primigravida

TTV dalam batas normal, yaitu :

TD : 100/60 – 130/90 mmHg

Nadi : 60-90x/ menit

RR : 16-24x/ menit

Suhu : 36,5-37,5° C

DJJ 120-160x/menit

His 3-4x. 10’. 40-50”

Partograf tidak melewati garis waspada

Intervensi

- 1) Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan 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 (Doenges,2001)

R/ Privasi merupakan salah satu hak manusia serta orang pendukung

mungkin atau mungkin 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.

(Nurasiah,2014)

- 5) Anjurkan dan bantu ibu BAK dan BAB bila 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,2001:277)
- 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 hipertoni/hipotoni dapat terjadi bila stres sehingga dapat menghambat proses kemajuan persalinan.
DJJ harus direntang 120-160x/menit dengan variasi rata-rata, percepatan dalam respons 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 persalinan.
Perlu diingat bahwa jangan menganjurkan ibu untuk mengambil posisi telentang terlalu lama. Sebab jika berbaring telentang maka berat uterus, janin, cairan ketuban, dan plasenta akan menekan vena cava inferior. Hal ini akan menyebabkan berkurangnya aliran darah dan sirkulasi ibu ke

plasenta. Kondisi seperti ini akan menyebabkan hipoksia (kekurangan oksigen pada janin). Posisi telentang juga akan memperlambat proses persalinan (Marmi,2012).

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

R/ menurunkan nasietas dan memberikan distraksi, yang dapat memblok persepsi impuls nyeri dalam korteks serebral. Meneran yang benar membantu mempercepat proses persalinan dan mencegah kelelahan.

(Doenges,2001)

- 10) Hadirkan orang yang dianggap penting 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. (Rohani,2011)

- 11) Siapkan peralatan, tempat persalinan dan bahan.

R/ pada persalinan dan kelahiran bayi, penolong sebaiknya memastikan kelengkapan, jenis dan jumlah bahan yang diperlukan selama proses persalinan dan dalam keadaan siap pakai. (Sondakh,2013)

- f. Implementasi

Melaksanakan asuhan menyeluruh yang telah direncanakan secara efektif dan aman. Bila perlu dapat berkolaborasi dengan dokter jika terdapat komplikasi.

- g. Evaluasi

Pada langkah ini dievaluasi tujuan 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.

Untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan asuhan yang diberikan kepada klien, kita mengacu pada beberapa pertimbangan sebagai berikut:

- a. Tujuan asuhan kebidanan
 - 1) Meningkatkan, mempertahankan dan mengembalikan kesehatan pasien.
 - 2) Memfasilitasi pasien untuk menjalani persalinannya dengan rasa aman dan penuh percaya diri.
 - 3) Meyakinkan pasien dan pasangannya untuk mengembangkan kemampuan sebagai orang tua dan untuk mendapatkan pengalaman berharga sebagai orang tua.
- b. Efektivitas tindakan untuk mengatasi masalah
Dalam melakukan evaluasi mengenai seberapa efektif tindakan dan asuhan yang kita berikan kepada pasien, kita perlu mengkaji respon pasien dan peningkatan kondisi yang kita targetkan pada saat penyusunan perencanaan. Hasil pengkajian ini kita jadikan sebagai acuan dalam pelaksanaan asuhan selanjutnya.
- c. Hasil asuhan
Hasil asuhan adalah bentuk nyata dari perubahan kondisi serta respon pasien dan keluarga yang meliputi:
 - 1) Penerimaan pasien terhadap kondisi dan kesiapannya dalam menghadapi setiap tahap persalinan;
 - 2) Stabilitas psikologis suami dan keliarga dalam menghadapi pasien;
 - 3) Pasien kooperatif dalam proses persalinan;
 - 4) Suami dan keluarga senantiasa siap memberikan dukungan.

(Sulistyawati,2014)

2.2.2 KALA II

Tanggal pukul

a. Data Subjektif

Pada persalinan kala II adalah ibu mengatakan ada dorongan meneran yang sudah tidak dapat di tahan oleh ibu. (Sulistyawati dan Esty,2014:233)

b. Data Objektif

Menurut Sukistyawati dan Esty,2014:233

1) Ekspresi wajah pasien serta bahasa tubuh yang menggambarkan suasana

fisik dan psikologis pada pasien inpartu kala II.

2) Vulva dan anus membuka, perineum menonjol.

3) Hasil pemantauan kontraksi:

1) Durasi lebih dari 40 detik

2) Frekuensi lebih dari 3 kali dalam 10 menit

3) Intensitas kuat.

4) Hasil pemeriksaan dalam menunjukkan bahwa:

Pembukaan : 10 cm

Effecement : 100%

Ketuban : -/+ , jernih/mekonial

Bagian terdahulu : Kepala/bokong

Bagian terendah : UUK/UUB

Hodge : III

Moulage : 0

Di sekitar bagian terdahulu teraba bagian kecil janin/tidak

c. Analisa

Untuk menginterpretasikan bahwa pasien dalam persalinan kala II, bidan

harus mendapatkan data yang valid untuk mendukung diagnosis.

Diagnosis nomenklatur

G_ P_ _ _ Ab _ _ _ UK ... minggu, Tunggal/Ganda, Hidup/Mati,

Intrauterine/Ekstrauterine, presentasi....., puka/puki Inpartu Kala II dengan

keadaan ibu dan janin baik

d. Penatalaksanaan

- 1) Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala dua.
- 2) Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin dan memasukan alat suntik sekali pakai 2½ ml ke dalam wadah partus set.
- 3) Memakai celemek plastik.
- 4) Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 5) Menggunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan yg akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.
- 6) Mengambil alat suntik dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin dan letakan kembali kedalam wadah partus set.
- 7) Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah yang telah dibasahi oleh air matang (DTT), dengan gerakan vulva ke perineum.
- 8) Melakukan pemeriksaan dalam dan pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.
- 9) Mencecupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
- 10) Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai – pastikan DJJ dalam batas normal (120 – 160 x/menit).
- 11) Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his apabila ibu sudah merasa ingin meneran.
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
- 13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.

- 14) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- 15) Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm.
- 16) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu
- 17) Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- 18) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 19) Saat kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5 – 6 cm, memasang handuk bersih pada perut ibu untuk mengeringkan bayi jika telah lahir dan kain kering dan bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu. Setelah itu kita melakukan perasat stenon (perasat untuk melindungi perineum dngan satu tangan, dibawah kain bersih dan kering, ibu jari pada salah satu sisi perineum dan 4 jari tangan pada sisi yang lain dan tangan yang lain pada belakang kepala bayi. Tahan belakang kepala bayi agar posisi kepala tetap fleksi pada saat keluar secara bertahap melewati introitus dan perineum).
- 20) Setelah kepala keluar menyeka mulut dan hidung bayi dengan kasa steril kemudian memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin.
- 21) Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Menganjurkan kepada ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

- 23) Setelah bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.
- 24) Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung ke arah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan jari telunjuk tangan kiri diantara kedua lutut janin)
- 25) Melakukan penilaian selintas :
- Apakah bayi menangis kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan?
 - Apakah bayi bergerak aktif?
- 26) Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Membiarkan bayi atas perut ibu.

2.2.3 KALA III

Tanggal pukul

- -
 -
- -
 -
 -
 -
 -
 - -
 -
- Analisa
P ___ Ab ___ Inpartu Kala III dengan keadaan ibu dan bayi baik/tidak
- Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.
 - Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitasin agar uterus berkontraksi baik.

- 3) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM (intramaskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).
- 4) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
- 5) Dengan satu tangan. Pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.
- 6) Mengikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
- 7) Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.
- 8) Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva
- 9) Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
- 10) Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah doroskrainal. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur.
- 11) Melakukan penegangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).

- 12) Setelah plasenta tampak pada vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. Bila perlu (terasa ada tahanan), pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban.
- 13) Segera setelah plasenta lahir, melakukan masase pada fundus uteri dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras).
- 14) Periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukan kedalam kantong plastik yang tersedia.

Tanggal pukul

a. Pengkajian

Subjektif

- 1) pasien mengatakan bahwa ari-arinya telah lahir.
- 2) Pasien mengatakan perutnya mulas.
- 3) Pasien mengatakan merasa lelah tetapi bahagia.

b. Objektif

- 1) |
- 2) |
- 3) |
- 4) |
- 5) |

c. Analisa

P_____ Ab _____ Inpartu Kala IV dengan keadaan ibu dan bayi baik/tidak

Masalah yang dapat muncul pada kala IV ialah :

- 1) Pasien kecewa karena jenis kelamin bayi tidak sesuai dengan keinginannya.
 - 2) Pasien tidak kooperatif dengan proses IMD.
 - 3) Pasien cemas dengan keadaannya.
- d. Pelaksanaan
- 1) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.
 - 2) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
 - 3) Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
 - 4) Setelah satu jam, lakukan penimbangan/ pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K 1 mg intramaskuler di paha kiri anterolateral.
 - 5) Setelah satu jam pemberian vitamin K, berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.
 - 6) Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
 - 7) Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
 - 8) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
 - 9) Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
 - 10) Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik.
 - 11) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.
 - 12) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.

- 13) Membersihkan ibu dengan menggunakan air DDT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.
- 14) Memastikan ibu merasa nyaman dan beritahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum.
- 15) Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.
- 16) Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
- 17) Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 18) Melengkapi partograf.