

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Persalinan

2.2.1 Pengertian Asuhan Kebidanan

Asuhan Kebidanan adalah Prosedur tindakan yang dilakukan bidan sesuai dengan wewenang dalam lingkup prakteknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan dengan memperhatikan pengaruh social budaya, psikologis, emosional, spiritual serta hubungan interpersonal dan mengutamakan keamanan ibu, janin dan penolong serta kebutuhan klien (Heryani, 2011:13)

Asuhan kebidanan adalah asuhan yang diberikan kepada ibu dalam kurun reproduksi dimana seorang bidan dengan penuh tanggung jawab wajib memberikan asuhan yang bersifat menyeluruh kepada wanita dalam kurun reproduksi ini yaitu semasa bayi dan balita, remaja, hamil, bersalin nifas, sampai dengan *menopause* (Rukiyah, 2011:3)

Berdasarkan pengertian-pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa Asuhan Kebidanan adalah tindakan yang dilakukan bidan sesuai kewenangan dan di berikan kepada ibu dalam kurun reproduksi yang bersifat menyeluruh yaitu semasa bayi dan balita, remaja, hamil, bersalin nifas, sampai dengan *menopause*.

2.2.2 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah serangkaian 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 : 672)

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

Berdasarkan pengertian-pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan ari) melalui jalan lahir dimulai dari kontraksi uterus yang teratur yang menyebabkan penipisan serviks sehingga hasil konsepsi dapat keluar.

2.1.2 Etiologi

Menurut Sondakh (2013:3) Terdapat beberapa teori yang berkaitan dengan awal mula terjadinya proses persalinan meskipun belum diketahui secara pasti penyebab terjadinya persalinan.

a. Teori penurunan progesteron

Prawiroharjo (2007) dalam Sondakh (2013) mengemukakan kadar hormon progesteron akan mulai menurun

pada kira-kira 1-2 minggu sebelum persalinan dimulai. Terjadinya kontraksi otot polos uterus pada saat persalinan akan menyebabkan rasa nyeri yang hebat.

b. Teori keregangan

Ukuran uterus yang mengalami pembesaran dan peregangan akan mengakibatkan otot – otot uterus mengalami iskemia yang memungkinkan menjadi faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenta sehingga plasenta mengalami degenerasi. Ketika uterus berkontraksi dan membuat tekanan pada selaput ketuban, tekanan hidrostatis kantong amnion akan melebarkan saluran serviks.

c. Teori oksitosin interna

Hipofisis posterior menghasilkan hormon oksitosin. Adanya perubahan keseimbangan antara estrogen dan progesteron dapat mengubah tingkat sensitivitas otot rahim dan mengakibatkan terjadinya *Braxton hicks*. Penurunan hormon progesteron karena usia kehamilan mengakibatkan aktivitas oksitosin meningkat.

2.1.3 Tanda mulainya persalinan

Menurut Sondakh (2013:3), ada beberapa tanda-tanda dimulainya persalinan adalah sebagai berikut :

a. Terjadinya his persalinan

- 1) Pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan.

2) Sifatnya teratur, interval makin pendek dan kekuatan makin besar.

3) Makin beraktivitas, kekuatan akan makin bertambah.

b. Pengeluaran lendir dengan darah

Terjadinya his persalinan mengakibatkan perubahan serviks sehingga menimbulkan :

1) Pendataran dan pembukaan.

2) Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas.

3) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

c. Pengeluaran cairan

Pada beberapa kasus akan terjadi pecah ketuban. Setelah terjadi pecah ketuban, diharapkan proses persalinan akan berlangsung kurang dari 24 jam.

d. Hasil dari pemeriksaan dalam

1) Perlunakan serviks.

2) Pendataran serviks.

3) Pembukaan serviks.

2.1.4 Faktor-Faktor yang mempengaruhi persalinan

a. Passanger

1) Janin

a) Bagian janin

Menurut Sondakh (2013:5) Janin merupakan *passenger* utama dan dapat mempengaruhi jalannya persalinan.

Menurut Sulistyawati (2013:28) Tulang-tulang penyusun kepala janin terdiri dari Dua buah os. Parietalis, satu buah os. Oksipitalis, dua buah os. Frontalis.

Batas antara dua tulang disebut sutura dan diantara sudut-sudut tulang terdapat ruang yang ditutupi oleh membran yang disebut fontanel. Pada tulang tengkorak janin dikenal beberapa sutura, antara lain Sutura sagitalis superior (menghubungkan kedua os. Parietalis kanan dan kiri), Sutura koronaria (menghubungkan os. Parietalis dengan os. Frontalis), Sutura lamboidea (menghubungkan os. Parietalis dengan os. Oksipitalis), Sutura frontalis (menghubungkan kedua os. Frontalis kanan dan kiri).

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

(1) Fontanel minor (ubun-ubun kecil)

Ciri dari fontanel minor adalah Berbentuk segitiga, Terdapat disutura sagitalis superior bersilang dengan sutura lamboidea, Sebagai penyebut (penunjuk presentasi kepala) dalam persalinan.

(2) Fontanel mayor (ubun-ubun besar)

Ciri dari fontanel mayor adalah berbentuk segi empat panjang, terdapat sutura sagitalis superior dan sutura

frontalis bersilang dengan sutura koronaria (Sulistiyawati, 2013 : 28).

b) Postur janin dalam Rahim

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

(1) Habitus/sikap

Menunjukkan hubungan bagian-bagian janin dengan sumbu janin, biasanya terhadap tulang punggungnya. Sikap janin yang fisiologi adalah badan janin dalam keadaan kifosis sehingga punggung menjadi konveks, kepala dalam sikap hiperfleksi dengan dagu dekat dada, lengan bersilang didepan dada, tali pusat terletak diantara ekstremitas dan tungkai terlipat pada lipat paha, serta lutut yang rapat pada badan.

(2) Letak/situs

Letak janin dipengaruhi oleh struktur janin yang pertama memasuki panggul. Letak janin dibagi menjadi tiga yaitu, yaitu (a) Letak membujur/*longitudinal* dengan kepala letak fleksi dan letak defleksi (letak puncak kepala, dahi, muka); letak sungsang/letak bokong,(b) Letak lintang (*transverse lie*),(c) Letak miring (*oblique lie*) yang meliputi letak kepala mengolak dan letak bokong mengolak.

(3) Presentasi

Pada pemeriksaan, jika didapatkan presentasi kepala, maka pada umumnya bagian yang menjadi presentasi adalah oksiput. Sementara itu, jika pada pemeriksaan didapatkan presentasi bokong, maka yang menjadi presentasi adalah sakrum; sedangkan pada letak lintang, bagian yang menjadi presentasi adalah skapula bahu (Sondakh, 2013 : 20).

(4) Posisi

Posisi merupakan indikator untuk menetapkan arah bagian terbawah janin. Saat melakukan pemeriksaan luar dengan palpasi, posisi janin didapatkan dengan menentukan letak punggung janin terhadap dinding perut ibu, sedangkan pada pemeriksaan dalam, posisi janin didapatkan dengan menentukan salah satu bagian janin yang terendah terhadap jalan lahir (Sondakh, 2013 : 22).

2) Plasenta

Plasenta berasal dari lapisan trofoblas pada ovum yang dibuahi, lalu terhubung dengan sirkulasi ibu untuk melakukan fungsi-fungsi yang belum dapat dilakukan oleh janin itu sendiri selama kehidupan intrauterin (Nuraisah, 2014).

a) Bentuk dan ukuran

Pada umumnya plasenta berbentuk bundar atau hampir bundar yang memiliki diameter 15-20 cm, tebal 2-3 cm, dan berat rata-rata 500-600 gram. Sementara itu, tali pusat yang menghubungkan plasenta memiliki panjang 25-60 cm.

b) Letak plasenta dalam rahim

Letak plasenta berada didepan atau dibelakang dinding uterus, agak ke atas ke arah fundus (Sondakh, 2013 : 36).

c) Fungsi plasenta

Fungsi dari plasenta antara lain memberikan makan kepada janin, ekskresi hormon, menyalurkan berbagai antibodi dari ibu, sebagai barrier (penghalang) terhadap janin dari kemungkinan masuknya mikroorganisme.

3) Air Ketuban

Liquor amnii yang sering juga disebut sebagai air ketuban merupakan cairan yang mengisi ruangan yang dilapisi oleh selaput janin (amnion dan korion).

Menurut Sulistyawati (2013:39), fungsi dari cairan amnion adalah melindungi janin dari trauma/benturan, memungkinkan janin bergerak bebas, menstabilkan suhu tubuh janin agar tetap hangat, menahan tekanan uterus, pembersih jalan lahir.

b. Jalan lahir (*passage*)

(1) Pembagian jalan lahir

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

a) Jalan Lahir Lunak

(1) Serviks

Serviks akan makin ‘matang’ mendekati waktu persalinan. Selama masa hamil serviks dalam keadaan menutup, panjang, serta lunak, dan pada saat mendekati persalinan, serviks masih lunak dengan konsistensi seperti puding, mengalami sedikit penipisan (*effacement*), dan kemungkinan sedikit diatasi.

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

(3) Otot Rahim

Otot rahim tersusun dari 3 lapis, yang berasal dari kedua tanduk rahim, yaitu longitudinal (memanjang), melingkar dan miring. Segera setelah persalinan, susunan otot rahim tersebut sedemikian rupa akan mengkondisikan pembuluh darah menutup untuk menghindari terjadinya perdarahan dari tempat implantasi plasenta. Selain menyebabkan mulut rahim membuka secara pasif, kontraksi dominan yang terjadi pada fundus pada kala I persalinan juga mendorong bagian terendah janin maju

menuju jalan lahir sehingga ikut aktif dalam membuka mulut rahim(Sondakh, 2013:54).

b) Jalan Lahir Keras

Panggul merupakan salah satu jalan lahir keras. Oleh karena itu, janin harus berhasil menyesuaikan diri terhadap jalan lahir yang relatif kaku (Sondakh, 2013 : 55).

(1) Pembagian tulang panggul keras

Tulang panggul terdiri dari tiga buah tulang yaitu os coxae, os sacrum dan os coxygis.

(a)Os coxae (tulang pangkal paha atau tulang innominata)

Terdiri atas dua buah tulang, yaitu kiri dan kanan.

Os coxae merupakan fusi dari os ilium,os iscium,dan os pubis.

(b)Os sacrum

Os sacrum berbentuk segitiga dengan lebar di bagian atas dan mengecil di bagian bawahnya. Tulang ini terletak diantara kedua tulang pangkal paha.

(c)Os coccygis (tulang tungging)

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

2) Ruang panggul

Menurut Nurasih (2014), ruang panggul terdiri dari:

- a) Pelvis mayor (false pelvis : bagian diatas pintu atas panggul tidak berkaitan dengan persalinan.
- b) Pelvis minor (*true pelvis*)

Pelvis minor terdiri dari :

- (1) Pintu atas panggul (PAP) atau disebut *pelvic inlet*.

Batasan PAP adalah promontorium, sayap sacrum, linea innominata, ramus superior os pubis, dan pinggir atas simfisis pubis. Ukuran PAP adalah :

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

- (2) Bidang terluas panggul

Bidang luas panggul terbentang antara simfisis, pertengahan acetabulum, dan pertemuan antara ruas sacral II dan III. Ukuran muka belakang 12,75 cm dan ukuran melintang 12,5 cm.

(3) Bidang tersempit panggul

Bidang sempit panggul terdapat setinggi pinggir bawah simfisis, kedua spina ischiadika dan memotong sacrum \pm 1-2 cm diatas ujung sacrum. Ukuran muka belakang 11,5 cm, ukuran melintang 10 cm, dan diameter sagitalis posterior ialah dari sacrum ke pertengahan antara spina ischiadika 5 cm.

(4) Pintu bawah panggul

Terdiri dari dua segitiga dengan dasar yang sama, ialah garis yang menghubungkan kedua tuber ischiadikum kiri dan kanan. Puncak dari segitiga yang belakang adalah ujung os sacrum, sisinya ialah ligamentum sacro tuberosum kiri dan kanan. Segitiga depan dibatasi oleh arcus pubis.

Pintu bawah panggul biasanya ditentukan 3 ukuran yaitu ukuran muka belakang dari pinggir bawah simfisis ke ujung sacrum (11,5 cm), ukuran melintang yaitu antara tuber ischiadikum kiri dan kanan sebelah dalam (10,5 cm), Diameter sagitalis posterior mulai dari ujung sacrum ke pertengahan ukuran melintang (7,5 cm).

3) Bidang Hodge

Bidang hodge dibagi menjadi :

- a) Bidang Hodge I: bidang datar yang melalui bagian atas simfisis dan promontorium. Bidang ini dibentuk pada lingkaran pintu atas panggul.
 - b) Bidang Hodge II : bidang yang sejajar dengan bidang Hodge I terletak setinggi bagian bawah simfisis.
 - c) Bidang Hodge III : bidang yang sejajar dengan bidang Hodge I dan II, terletak setinggi spina ischiadica kanan dan kiri.
 - d) Bidang Hodge IV : bidang yang sejajar dengan Hodge I, II, III, terletak setinggi os coccygis (Sondakh,2013:66).
- c. Power (Kekuatan)

Power merupakan tenaga yang dikeluarkan untuk melahirkan janin, yaitu kontraksi uterus atau his dan tenaga mengejan ibu (Sondakh,2013:76).

Otot rahim terdiri dari 3 lapis, dengan susunan berupa anyaman yang sempurna. Terdiri atas lapisan otot longitudinal di bagian luar, lapisan otot sirkular dibagian dalam, dan lapisan otot menyilang diantara keduanya. Dengan susunan demikian ketika otot rahim berkontraksi maka pembuluh darah yang terbuka setelah plasenta lahir akan terjepit oleh otot dan perdarahan dapat berhenti. (Sulistyawati, 2014:24).

Pembagian his Menurut sifatnya (Sondakh, 2013 : 77) adalah :

- 1) His pendahuluan atau his palsu

Merupakan peningkatan kontraksi dari *braxton hicks*. Frekuensi dari jenis his ini tidak teratur dan menyebabkan nyeri diperut bagian bawah dan lipat paha, tetapi tidak menyebabkan nyeri yang memancar dari pinggang ke perut bagian bawah seperti his persalinan. Lamanya kontraksinya pendek dan kualitas hisnya ini tidak bertambah kuat dengan majunya waktu. His pendahuluan tidak memberikan pengaruh pada serviks.

2) His persalinan

Menurut fisiologisnya his persalinan dapat dibagi menjadi :

a) His pembukaan yang sifatnya :

- (1) Intervalnya makin lama makin pendek.
- (2) Kekuatannya makin besar diikuti dengan refleks mengejan.
- (3) Diikuti dengan retraksi, artinya panjang otot rahim yang telah berkontraksi tidak akan kembali ke bentuk semula.
- (4) Setiap kontraksi mulai dari *pacemaker* (pusat koordinasi his yang berada pada uterus di sudut tuba dimana gelombang his berasal).

b) His pengeluaran : his yang mendorong bayi keluar. His ini biasanya disertai dengan keinginan mengejan, sangat kuat, teratur, simetris, dan terkoordinasi bersama antara his kontraksi atau perut, kontraksi diafragma, serta ligamen.

- c) His pelepasan plasenta : his dengan kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
- d) His pengiring : kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, pengecilan rahim akan terjadi dalam beberapa jam atau hari.

d. Posisi Ibu (*Position*)

Posisi ibu dapat mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Perubahan posisi yang diberikan pada ibu bertujuan untuk menghilangkan rasa letih, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak (contoh ; posisi berdiri, berjalan, duduk dan jongkok) memberi sejumlah keuntungan, salah satunya adalah memungkinkan gaya gravitasi membantu penurunan janin. Selain itu, posisi ini dianggap dapat mengurangi kejadian penekanan tali pusat (Sondakh, 2013 : 5).

e. Respon Psikologi

Respon psikologi ibu dapat dipengaruhi oleh :

- 1) Dukungan ayah bayi/pasangan selama proses persalinan.
- 2) Dukungan saudara dekat selama persalinan.
- 3) Saudara kandung bayi selama persalinan.

2.1.5 Asuhan kebidanan Pada Ibu Bersalin Kala 1

a. Tahapan persalinan

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

Kala 1 terdiri dari :

1) Kala I (kala pembukaan)

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). kala 1 ini memiliki 2 fase yaitu:

a) Fase laten

- (1) Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- (2) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm .
- (3) Pada umumnya berlangsung hampir atau hingga 8 jam.
- (4) Kontraksi mulai teratur tetapi masih diantara 20-30 detik.

b) Fase aktif

Kala ini berlangsung selama 7 jam, serviks membuka mulai dari 4 cm sampai 10 cm, kontraksi lebih kuat dan sering, yang dibagi menjadi 3 fase :

- (1) Akselerasi : dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

(2) Dilatasi maksimal : dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm .

(3) Deselerasi : pembukaaan menjadi lebih lambat sementara penurunan mencapai kecepatan maksimumnya. Dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap (Sondakh,2013:5).

b. Perubahan fisiologis pada ibu bersalin kala 1

1) Sistem reproduksi

Pada kala 1 persalinan terjadi berbagai perubahan pada sistem reproduksi wanita, diantaranya sebagai berikut :

a) Segmen atas Rahim (SAR) dan segmen bawah Rahim (SBR)

Sejak kehamilan lanjut, uterus terbagi menjadi 2 bagian yaitu SAR yang terbentuk dari korpus uteri sedangkan SBR terbentuk dari isthmus uteri. SAR memiliki peranan aktif karena berkontraksi dan dindingnya bertambah tebal seiring majunya persalinan. sebaliknya SBR memegang peranan pasif karena SBR akan makin tipis dengan majunya persalinan karena diregang. Jadi secara singkat SAR akan berkontraksi, ia akan menjadi tebal dan mendorong janin keluar sedangkan SBR dan serviks mengadakan relaksasi dan dilatasi menjadi saluran yang tipis dan teregang yang akan dilalui oleh bayi.

b) Perubahan uterus

Uterus terdiri atas 2 komponen fungsional utama yaitu myometrium dan serviks. Kontraksi uterus bertanggung jawab terhadap penipisan dan pembukaaan serviks, serta pengeluaran bayi saat persalinan.

c) Perubahan pada serviks

(1) Pendataran

Pendataran adalah pemendekan dari kanalis servikalis, yang semula berupa saluran yang panjangnya beberapa milimeter sampai 3 cm, menjadi 1 lubang dengan dinding yang tipis. Proses ini sebagai hasil dari aktifitas myometrium.

(2) Pembukaan

Pembukaaan terjadi sebagai akibat dari kontraksi uterus serta tekanan yang berlawanan dari kantong membran dan bagian bawah janin. Kepala janin yang fleksi akan membantu pembukaan yang efisien. Pada primigravida, pembukaan didahului oleh pendataran serviks, sedangkan pada multigravida pembukaaan serviks dan pendataran dapat terjadi secara bersamaan.

d) Perubahan pada vagina dan dasar panggul

Dalam kala I, ketuban ikut meregangkan bagian atas vagina yang sejak kehamilan mengalami perubahan sehingga dapat

dilalui oleh janin. Setelah ketuban pecah, segala perubahan terutama pada dasar panggul ditimbulkan oleh bagian depan janin (Rohani, 2011 : 60-66).

2) Sistem kardiovaskular

a) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus, sistol meningkat 10-20 mmHg dan diastol meningkat 5-10 mmHg. Antara kontraksi, tekanan darah kembali normal seperti sebelum persalinan. Tekanan darah ini juga dapat disebabkan oleh rasa takut dan rasa khawatir.

b) Detak jantung

Detak jantung naik selama kontraksi karena berhubungan dengan peningkatan metabolisme.

3) Sistem pencernaan

a) Selama persalinan, metabolisme karbohidrat aerob maupun anaerob akan meningkat secara terus – menerus. Kenaikan ini disebabkan oleh kecemasan dan kegiatan otot tubuh.

b) Bibir dan mulut menjadi kering akibat wanita bernafas melalui mulut, dehidrasi dan sebagai respon emosi terhadap persalinan.

4) Suhu tubuh

Suhu tubuh selama persalinan akan meningkat, hal ini terjadi karena peningkatan metabolisme. peningkatan suhu tidak boleh melebihi 0,5-1 °C.

5) Sistem pernapasan

Peningkatan laju pernapasan selama persalinan adalah normal, hal ini menandakan adanya kenaikan metabolisme.

6) Sistem perkemihan

Selama persalinan, wanita dapat mengalami kesulitan dalam berkemih secara spontan akibat berbagai alasan : edema jaringan akibat tekanan bagian presentasi, rasa tidak nyaman, dan rasa malu. Poliuria sering terjadi selama persalinan, mungkin disebabkan oleh peningkatan curah jantung, peningkatan filtrasi glomerulus, dan peningkatan aliran plasma darah.

7) Perubahan endokrin

Sistem endokrin akan diaktifkan selama persalinan dimana terjadi penurunan kadar progesteron dan peningkatan kadar estrogen, prostaglandin, dan oksitosin.

8) Perubahan muskuloskeletal

Perubahan metabolisme dapat mengubah keseimbangan asam basa, cairan tubuh dan darah sehingga menambah terjadinya kram pada kaki (Rohani, 2011 : 69).

c. Perubahan psikologis pada ibu bersalin kala 1

1) Perubahan psikologis pada kala 1 fase laten

Pada fase ini biasanya ibu merasa lega dan bahagia karena masa kehamilannya akan segera berakhir. Namun pada awal persalinan, wanita biasanya gelisah, gugup, cemas dan khawatir berhubungan

dengan rasa tidak nyaman karena kontraksi. Pada wanita yang dapat menyadari bahwa proses ini wajar dan alami, maka ia akan mudah beradaptasi dengan keadaan tersebut.

2) Perubahan psikologis pada kala I fase aktif

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

d. Asuhan Sayang Ibu Kala I

Asuhan yang dapat diberikan pada kala I yaitu:

- 1) Bantulah ibu dalam persalinan jika ia tampak gelisah, ketakutan dan kesakitan.
- 2) Jika ibu tersebut tampak gelisah, dukungan atau asuhan yang dapat diberikan adalah melakukan perubahan posisi sesuai dengan keinginan, tetapi jika ibu ditempat tidur sebaiknya dianjurkan tidur miring ke kiri, sarankan ibu untuk berjalan, ajaklah orang yang menemaninya (suami atau ibunya) untuk memijat atau menggosok punggungnya, ibu diperbolehkan melakukan aktivitas sesuai dengan kesanggupannya dan ajarkan kepada ibu teknik bernafas.

- 3) Menjaga hak privasi ibu dalam persalinan.
 - 4) Menjelaskan kemajuan persalinan dan perubahan yang terjadi serta prosedur yang akan dilakukan dan hasil pemeriksaan.
 - 5) Membolehkan ibu untuk mandi dan membasuh sekitar kemaluannya setelah BAK atau BAB.
 - 6) Berikan cukup minum untuk mencegah dehidrasi.
 - 7) Sarankan ibu untuk berkemih sesering mungkin.
 - 8) Lakukan pemantauan pada kala I (Sulistyawati, 2014 : 161).
- e. Pengurangan rasa sakit

Menurut Dick-Read (1959) dalam Bobak (2004) mengemukakan bahwa rasa takut, tegang, dan nyeri ialah tiga selubung yang bertentangan dengan rancangan alam. Apabila rasa takut, tegang, dan nyeri berjalan beriringan, untuk menghilangkan nyeri perlu dilakukan tindakan untuk meringankan ketegangan dan mengatasi rasa takut meliputi pemberian informasi tentang persalinan dan melahirkan, disamping nutrisi, hygiene, dan latihan fisik. Kelas ini mengajarkan tiga teknik yaitu latihan fisik untuk membuat tubuh siap saat melahirkan, latihan relaksasi secara sadar, dan latihan pola napas. Dengan berlatih wanita mampu berelaksasi sesuai perintah. Pola napas meliputi napas dalam pada abdomen hampir sepanjang masa bersalin, napas pendek menjelang akhir tahap pertama, menahan napas pada tahap kedua. Para pengajar metode ini berpendapat bahwa berat otot-otot abdomen terhadap uterus yang berkontraksi

meningkatkan rasa nyeri, sehingga wanita yang melahirkan diajarkan untuk mendorong otot-otot perutnya keatas selama kontraksi.

f. Dukungan emosional

Dukung dan anjurkan suami dan anggota yang lain untuk mendampingi ibu selama persalinan. Hal yang dapat dilakukan dengan keluarga adalah dengan mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati dan pujian kepada ibu, membantu ibu bernapas secara benar pada saat kontraksi, memijat punggung, kaki, atau kepala ibu dan tindakan-tindakan bermanfaat lainnya, menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa aman.

g. Partograf

Tujuan penggunaan :

- 1) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan normal dan dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.
- 2) Data lengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan.

Menurut Sondakh (2013) halaman depan partograf menginstruksikan observasi dimulai pada fase aktif persalinan dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan yaitu informasi tentang ibu, kondisi janin, kemajuan persalinan, jam dan waktu, kontraksi uterus, obat dan cairan yang diberikan, dan kondisi ibu.

Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Itulah sebabnya

bagian ini disebut catatan persalinan yang terdiri dari data atau informasi umum kala I, kala II, kala III, bayi baru lahir, dan kala IV.

2.1.6 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Kala II

Kala 2 (kala pengeluaran janian) untuk primigravida 1,5-2 jam dan pada multigravida 0,5 jam - 1 jam. Tanda-tanda kala 2 menurut Sondakh (2014) adalah ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rectum dan atau vagina, perineum terlihat menonjol vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka, peningkatan pengeluaran cairan.

a. Perubahan fisiologis kala II persalinan.

1) Perubahan uterus

Pada his persalinan, walaupun his tersebut merupakan suatu kontraksi dari otot Rahim yang fisiologis akan tetapi pada saat his persalinan, kontraksi yang muncul bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya dan bersifat nyeri. Pada waktu kontraksi, otot – otot Rahim menguncup sehingga menjadi lebih tebal dan memendek. Kavum uteri menjadi lebih kecil serta mendorong janin dan kantong ke SBR dan serviks.

2) Pergeseran organ dasar panggul

Saat persalinan segmen atas berkontraksi, menjadi tebal, dan mendorong anak keluar. Sementara itu segmen bawah dan serviks mengadakan relaksasi, dilatasi, serta menjadi saluran yang

tipis dan meregang yang nantinya akan dilalui bayi (Rohani, 2011 : 138 - 139).

b. Mekanisme persalinan normal

Gerakan utama dalam persalinan normal adalah penurunan kepala, fleksi, rotasi dalam (putaran paksi dalam), ekstensi, ekspulsi, rotasi luar (putaran paksi luar) .

1) Penurunan kepala

Masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul (PAP), biasanya dengan sutura sagitalis melintang dan dengan fleksi yang ringan. Masuknya kepala melewati PAP dapat dalam keadaan sinklitismus yaitu bila sutura sagitalis terdapat ditengah – tengah jalan lahir tepat diantara simfisis dan promontorium.

Pada sinklitismus, os parietal depan dan belakang sama tingginya. Jika sutura sagitalis agak kedepan mendekati simfisis atau agak kebelakang mendekati promontorium, maka dikatakan kepala dalam keadaan asinklitismus. Ada 2 jenis asinklitismus :

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 daripada os. Parietal belakang.

2) Fleksi

Pada awal persalinan, kepala bayi dalam keadaan fleksi ringan. Dengan majunya kepala biasanya fleksi juga akan bertambah. Pada gerakan ini, dagu dibawa lebih dekat ke arah dada janin sehingga ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun-ubun besar. Hal ini disebabkan karena adanya tahanan dari dinding serviks, dinding pelvis, dan lantai pelvis. Dengan adanya fleksi, diameter sub oksipito bremantika (9,5 cm) menggantikan diameter suboccipito frontalis (11 cm). Sampai didasar panggul, biasanya kepala janin berada dalam keadaan fleksi maksimal.

3) Rotasi dalam

Pemutaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan janin memutar kedepan ke bawah simfisis. Pada presentasi belakang kepala, bagian terendah adalah ubun – ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar kedepan ke arah simfisis. Rotasi ini sangat penting karena untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bidang tengah dan pintu bawah panggul.

4) Ekstensi

Sesudah kepala janin sampai didasar panggul dan ubun-ubun kecil berada dibawah simfisis, maka terjadilah ekstensi dari kepala janin. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada

pintu bawah panggul mengarah kedepan dan keatas sehingga kepala harus mengadakan fleksi untuk melewatinya.

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

5) Rotasi luar

Kepala yang sudah lahir selanjutnya mengalami restitusi yaitu kepala bayi memutar kembali kearah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Bahu melintasi pintu dalam keadaan miring. Didalam rongga panggul, bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya sehingga didasar panggul setelah kepala bayi lahir, bahu mengalami putaran dalam dimana ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul. Bersamaan dengan itu kepala bayi juga melanjutkan putaran hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber isciadikum sepihak.

6) Ekspulsi

Setelah paksi luar, bahu depan sampai dibawah simfisis dan menjadi *hypomochlion* untuk kelahiran bahu belakang. Setelah kedua bahu bayi lahir, selanjutnya seluruh badan bayi dilahirkan searah dengan sumbu jalan lahir (Rohani, 2011 : 145 – 150).

c. Asuhan Sayang Ibu Kala II

1) Pendampingan keluarga dan libatkan keluarga

Keterlibatan keluarga dalam asuhan antara lain membantu ibu berganti posisi, teman bicara, melakukan rangsang taktil, memberikan makanan dan minuman, membantu dalam mengatasi rasa nyeri dengan memijat bagian lumbal atau pinggang belakang.

2) KIE proses persalinan

Penolong persalinan memberi pengertian tentang tahapan dan kemajuan persalinan atau kelahiran janin pada ibu dan keluarga agar ibu tidak cemas kenghadapi persalinan.

3) Dukungan Psikologis

Dukungan psikologis dapat diberikan dengan bimbingan dan menanyakan apakah ibu memerlukan pertolongan. Berusaha menenangkan hati ibu dalam menghadapi dan menjalani proses persalinan dengan rasa yang nyaman.

4) Membantu ibu memilih posisi meneran disesuaikan dengan kenyamanan ibu.

5) Cara meneran

Ibu dianjurkan meneran bila ada kontraksi atau dorongan yang kuat dan adanya spontan keinginan untuk meneran. Dan pada saat relaksasi ibu dianjurkan untuk istirahat untuk mengantisipasi agar ibu tidak kelelahan dan menghindari terjadinya asfiksia.

6) Pemberian nutrisi

Ibu bersalin perlu diperhatikan pemenuhan kebutuhan cairan, elektrolit, dan nutrisi. Hal ini untuk mengantisipasi ibu mengalami dehidrasi (Marmi, 2012 : 175).

2.1.7 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Kala III

Kala III merupakan periode waktu di mana penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Oleh karena perlekatan menjadi kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, maka plasenta menjadi berlipat, menebal, dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina (Rohani, 2011 : 204). Kala III dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta.

1) Mekanisme Pelepasan Plasenta

Segera setelah bayi dan air ketuban sudah tidak berada di dalam uterus, kontraksi uterus akan terus berlangsung dan ukuran rongganya akan mengecil. Pengurangan dalam ukuran ini akan menyebabkan pengurangan dalam ukuran situs penyambungan plasenta. Oleh karena itu, situs sambungan tersebut menjadi lebih kecil, plasenta menjadi lebih tebal dan mengkerut serta memisahkan diri dari dinding uterus.

2) Tanda Klinis Pelepasan Plasenta menurut JNPK-KR (2014)

- a) Perubahan dari bentuk uterus dari discoid menjadi globular (bulat).
- b) Pemanjangan tali pusat.
- c) Semburan darah mendadak dan singkat.

3) Teknik Pengecekan Pelepasan Plasenta

Menurut Sulistyawati (2014 : 158) tiga perasat yang dapat yang dapat digunakan untuk mengecek pelepasan plasenta yaitu :

a) Perasat Kustner/Brand-Andrews

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat, sementara tangan kiri menekan atas simfisis. Bila tali pusat masuk kembali ke dalam vagina berarti plasenta belum lepas, bila plasenta tetap atau tidak masuk ke dalam vagina berarti plasenta sudah lepas.

b) Perasat Strassman

Perasat ini dilakukan dengan mengetok-ngetok fundus uterus dengan tangan kiri dan tangan kanan meregangkan tali pusat sambil merasakan apakah ada getaran yang ditimbulkan dari gerakan tangan kiri. Jika terasa ada getaran berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus, jika tidak terasa ada getaran berarti plasenta sudah lepas.

c) Perasat Klein

Untuk melakukan perasat ini, minta pasien untuk meneran.

Jika tali pusat tampak turun atau bertambah panjang berarti plasenta telah lepas, begitu juga sebaliknya.

d. Manajemen Aktif Kala III

Manajemen aktif kala III adalah mengupayakan kala III selesai secepat mungkin dengan melakukan langkah-langkah yang memungkinkan plasenta lepas dan lahir lebih cepat (Sulistyawati, 2014 : 159).

1) Keuntungan:

- a) Memperpendek waktu persalinan kala III.
- b) Mengurangi kejadian perdarahan pasca persalinan.
- c) Mencegah terjadinya retensio plasenta.

2) Menurut Sondakh (2013) langkah utama pada manajemen kala III:

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

e. Pemantauan Kala III

1) Kontraksi

Uterus yang berkontraksi normal harus keras ketika disentuh. Jika segmen atas uterus keras tetapi perdarahan

menetap, maka pengkajian segmen bawah penting untuk dilakukan. Uterus yang lunak, hipotonik, dan longgar menunjukkan uterus tidak berkontraksi dengan baik. Atonia uterus merupakan penyebab utama perdarahan postpartum segera.

2) Tanda Vital

Pada kala III, tanda-tanda vital yang diperiksa, yaitu:

- a) Tinggi fundus uteri, yang diantaranya bertujuan untuk mengetahui masih adakah janin di dalam uterus.
- b) Kontraksi uterus, untuk memastikan tidak terjadi inersia uterus.
- c) Kandung kemih, karena kandung kemih yang penuh mengganggu kontraksi uterus.

3) Robekan Jalan Lahir dan Perineum

Penilaian perluasan laserasi atau episiotomi diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan.

Tabel 2.1
Derajat Luas Robekan Episiotomi

Derajat	Area robekan
Derajat satu	Mukosa vagina, Komisura posterior, Kulit perineum
Derajat dua	Mukosa vagina, Komisura posterior, Kulit perineum, Otot perineum
Derajat tiga	Mukosa vagina, Komisura posterior, Kulit perineum, Otot perineum, Otot sfingter ani
Derajat empat	Mukosa vagina, Komisura posterior, Kulit perineum, Otot perineum, Otot sfingter ani, Dinding depan rectum

Sumber : J.S Sondakh.2013.*Asuhan Kebidanan Persalinan & Bayi Baru Lahir*.

Jakarta.Halaman : 140

4) *Hygiene*

Menjaga kebersihan tubuh pasien terutama di daerah genitalia sangat penting dilakukan untuk mengurangi kemungkinan kontaminasi terhadap luka robekan jalan lahir dan kemungkinan infeksi intrauterus.

d) Kebutuhan Ibu pada Kala III

(1) Kebutuhan Fisiologis

Ibu dan bayi harus tetap dipantau oleh bidan, sampai dipastikan ibu dan bayi aman. Ibu pada kala ini secara fisik mengalami suatu keadaan yang lelah setelah proses persalinan. Ibu membutuhkan rasa nyaman dan tenang untuk istirahat. Selain itu, nutrisi dan cairan juga sangat penting untuk mengembalikan energi dan kondisi ibu setelah proses persalinan. Ibu sebaiknya dianjurkan untuk mengosongkan kandung kemih sebab kandung kemih yang penuh akan menghalangi kontraksi uterus (Nurasiah, 2014 : 162).

(2) Kebutuhan Psikologis

Secara psikologis ibu pada kala ini merasakan kebahagiaan dan perasaan senang karena bayinya telah lahir. Ibu membutuhkan kedekatan dengan bayinya dan perhatian dari orang yang ada didekatnya untuk membantu agar ibu dapat memeluk ataupun mendekap bayinya (Rohani, 2011 : 212).

2.1.8 Asuhan Kebidanan Persalinan Pada Ibu Bersalin Kala IV

Kala IV merupakan tahap pemulihan, yaitu periode yang kritis untuk ibu dan bayi baru lahir. Mereka bukan saja pulih dari proses fisik persalinan, tetapi juga memulai suatu hubungan baru (Sondakh, 2013:144).

a. Fisiologi kala IV

1) Tanda Vital

Dalam dua jam pertama setelah persalinan, tekanan darah, nadi, dan pernapasan akan berangsur kembali normal. Suhu pasien biasanya akan mengalami sedikit peningkatan, tetapi masih di bawah 38°C, hal ini disebabkan oleh kurangnya cairan dan kelelahan. Jika *intake* cairan baik, maka suhu akan berangsur normal kembali setelah dua jam (Sulistyawati, 2014 : 177).

2) Gemetar

Kadang dijumpai pasien pasca persalinan mengalami gemetar, hal ini normal sepanjang suhu kurang dari 38°C dan tidak dijumpai tanda-tanda infeksi lain. Gemetar terjadi karena hilangnya ketegangan dan sejumlah energi selama melahirkan dan merupakan respon fisiologis terhadap penurunan volume intra abdominal serta pergeseran hematologi (Sulistyawati, 2014 : 178)

3) Sistem Gastrointestinal

Selama dua jam pasca persalinan kadang dijumpai pasien merasa mual sampai muntah, atasi hal ini dengan posisi tubuh. Perasaan haus juga akan dirasakan ibu, oleh karena itu hidrasi sangat penting diberikan untuk mencegah dehidrasi (Sulistyawati, 2014 : 178).

4) Sistem Renal

Selama 2-4 jam pascapersalinan kandung kemih masih dalam keadaan hipotonik akibat adanya alostaksis, sehingga sering dijumpai kandung kemih dalam keadaan penuh dan mengalami pembesaran.

Hal ini disebabkan oleh tekanan pada kandung kemih dan uretra selama persalinan (Sulistyawati, 2014 : 178).

5) Serviks

Perubahan-perubahan pada serviks terjadi segera setelah bayi lahir, bentuk serviks agak menganga seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uterus yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks berbentuk semacam cincin.

Serviks berwarna merah kehitaman karena penuh dengan pembuluh darah. Konsistensi lunak, kadang-kadang terdapat laserasi atau perlukaan kecil. Karena robekan kecil terjadi selama berdilatasi, maka serviks tidak akan pernah kembali lagi ke keadaan sebelum hamil. Muara serviks yang berdilatasi sampai 10 cm sewaktu persalinan akan menutup secara perlahan dan bertahap. Setelah bayi lahir tangan bisa masuk ke dalam rongga rahim, setelah dua jam hanya dapat dimasuki dua atau tiga jari.

6) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada hari ke lima pasca melahirkan, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya sekalipun tetap lebih kendur dibanding keadaan sebelum hamil.

7) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol.

8) Pengeluaran ASI

Dengan menurunnya hormon estrogen, progesteron, dan *Human Placenta Lactogen Hormon* setelah plasenta lahir, prolaktin dapat berfungsi membentuk ASI dan mengeluarkannya ke dalam alveoli bahkan sampai duktus kelenjar ASI. Isapan langsung pada puting susu ibu menyebabkan refleksi yang dapat mengeluarkan oksitosin dari hipofisis sehingga mioepitel yang terdapat disekitar alveoli dan duktus kelenjar ASI berkontraksi dan mengeluarkan ASI ke dalam sinus yang disebut "*let down refleksi*".

b. Pemantauan dan evaluasi kala IV

Pada masa ini perhatian khusus diberikan pada klien (ibu dan bayi) karena masa 1-2 jam setelah proses persalinan ini merupakan masa yang memerlukan pengawasan yang benar-benar ketat untuk menghindari komplikasi yang dapat terjadi baik pada ibu maupun bayi, seperti perdarahan pasca persalinan atau asfiksia pada bayi (Rohani, 2011 : 244).

Secara umum, dapat disimpulkan bahwa asuhan dan pemantauan pada kala IV, yaitu:

- 1) Periksa fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit selama jam kedua. Jika kontraksi uterus tidak kuat, masase uterus sampai menjadi keras.
- 2) Periksa tekanan darah, nadi, kandung kemih, dan perdarahan tiap 15 menit pada jam pertama dan tiap 30 menit pada jam kedua.
- 3) Anjurkan ibu untuk minum agar mencegah terjadinya dehidrasi.
- 4) Bersihkan perineum ibu dan kenakan pakaian yang bersih dan kering.
- 5) Biarkan ibu beristirahat karena telah bekerja keras melahirkan bayinya, bantu ibu pada posisi yang nyaman.
- 6) Biarkan bayi berada di dekat ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi. Menyusui juga dapat dipakai sebagai permulaan dan meningkatkan hubungan ibu dan bayi.
- 7) Ajarkan ibu dan keluarga mengenai cara memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi serta tanda bahaya pada ibu dan bayi.

c. Perkiraan kehilangan darah

Pengkajian ditujukan untuk menemukan secara dini peristiwa yang menyebabkan perdarahan. Perdarahan pascapartum dianggap terjadi jika kehilangan darah mencapai 500 ml atau lebih dalam 24 jam pertama setelah melahirkan. Bidan harus selalu memeriksa daerah dibawah bokong ibu, demikian pula pembalutnya. Darah dapat mengalir diantara bokong menuju kain dibawah bokong ibu, sementara darah yang dapat diserap

pembalut sedikit. Luegenbiehl (1990) dalam Sondakh (2014) mengemukakan Pembalut yang basah dari ujung ke ujung mengandung sekitar 68-80 ml darah.

2.1.9 Komplikasi Persalinan dan penatalaksanaannya

a. Komplikasi pada Kala I dan Kala II

1. Persalinan Lama

Masalah persalinan lama adalah fase laten yang lebih dari 8 jam. Persalinan telah berlangsung selama 12 jam/lebih tanpa kelahiran bayi. Dilatasi serviks di kanan garis waspada pada partograf.

Disebabkan beberapa faktor:

- 1) kecemasan dan ketakutan
- 2) pemberian analgetik yang kuat atau pemberian analgetik yang terlalu cepat pada persalinan dan pemberian anestesi sebelum fase aktif.
- 3) abnormalitas pada tenaga ekspulsi
- 4) abnormalitas pada panggul
- 5) kelainan pada letak dan bentuk janin

Menurut Sumarah, dkk (2011:81) Penanganan umum persalinan lama adalah sebagai berikut :

- 1) Nilai dengan segera keadaan umum ibu hamil dan janin (termasuk tanda vital dan tingkat hidrasinya). Dan perbaiki keadaan umum
- 2) Dukungan, perubahan posisi, (sesuai dengan penanganan persalinan normal).

- 3) Periksa kefon dalam urine dan berikan cairan, baik oral maupun parenteral dan upayakan buang air kecil (kateter bila perlu). tramadol atau berikan analgesic petidin 25 mg IM (maximum 1 mg/kg BB atau morfin 10 mg IM, jika pasien merasakan nyeri.
- 4) Kaji kembali partograf, tentukan apakah pasien berada dalam persalinan.
- 5) Nilai frekuensi dan lamanya His .

2. Distosia Bahu

Distosia bahu secara sederhana adalah kesulitan persalinan pada saat melahirkan bahu (Varney, dalam sumarah 2011:117). Pada presentasi kepala, bahu *anterior* terjepit diatas simfisis pubis sehingga bahu tidak dapat melewati panggul kecil atau bidang sempit panggul. Bahu posterior tertahan di atas *promotorium* bagian atas.

Menurut sumarah,dkk (2011:117) Predisposisi distosia bahu adalah sebagai berikut :

- 1) Ibu mengalami *diabetes mellitus*, kemungkinan terjadi macrosomia pada janin. Makrosomia adalah berat badan janin lebih besar dari 4000 gram.
- 2) Adanya janin gemuk pada riwayat persalinan terdahulu.
- 3) Riwayat kesehatan keluarga ibu kandung adalah riwayat *diabetes mellitus*.

- 4) Ibu mengalami obesitas sehingga ruang gerak janin ketika melewati jalan lahir lebih sempit karena ada jaringan berlebih pada jalan lahir dibanding ibu yang tidak mengalami obesitas.
- 5) Riwayat janin tumbuh terus dan bertambah besar setelah kelahiran.
- 6) Hasil USG mengindikasikan adanya macrosomia/janin besar. Dengan ditemukannya diameter biakromial pada bahu lebih besar dari pada diameter kepala.
- 7) Adanya kesulitan pada riwayat persalinan yang terdahulu.
- 8) Terjadinya Cephalopelvic disproportion (CPD) yaitu adanya ketidaksesuaian antara kepala dan panggul.
- 9) Fase aktif yang lebih panjang dari keadaan normal. Fase aktif yang memanjang menandakan CPD.
- 10) Penurunan kepala sangat lambat atau sama sekali tidak terjadi penurunan kepala.
- 11) Mekanisme persalinan tidak terjadi rotasi dalam (putar paksi dalam) sehingga memerlukan tindakan forseps atau vakum. Hal ini menunjukkan adanya CPD dan mengindikasikan pertimbangan dilaksanakan seksiosesaria.

Menurut Sumarah,dkk (2011:117) komplikasi pada janin dan ibu pada distosia bahu adalah sebagai berikut :

- 1) Terjadinya peningkatan insiden kesakitan dan kematian intrapartum. Pada saat persalinan melahirkan bahu beresiko anoksia sehingga dapat mengakibatkan kerusakan otak.
- 2) Kerusakan saraf, kerusakan atau kelumpuhan pleksus brachial dan keretakan bahkan sampai fraktur tulang klavikula.
- 3) Ibu mengalami laserasi daerah perineum dan vagina yang luas.
- 4) Ibu mengalami gangguan psikologi sebagai dampak dari pengalaman persalinan yang traumatik.
- 5) Ibu mengalami depresi bila janin cacat atau meninggal.

Menurut Varney, dalam Sumarah (2011:119), penatalaksanaan Distosia bahu adalah sebagai berikut:

- 1) Bersikap rileks. Hal ini akan mengkondisikan penolong untuk berkonsentrasi dalam menangani situasi darurat secara efektif.
- 2) Memanggil Dokter, bila bidan masih terus menolong sampai bayi lahir sebelum dokter datang, maka dokter akan menangani perdarahan yang mungkin terjadi atau untuk tindakan resusitasi.
- 3) Siapkan peralatan tindakan resusitasi.
- 4) Menyiapkan peralatan dan obat-obatan untuk penanganan perdarahan.
- 5) Beritahu ibu prosedur yang akan dilakukan.
- 6) Atur posisi ibu McRobert.

- 7) Cek posisi bahu ibu diminta tidak mengejan. Putar bahu menjadi diameter oblik dari *pelvis* atau *antero posterior* bila melintang. Kelima jari satu tangan satunya pada punggung janin sebelah kiri. Perlu tindakan secara hati-hati karena tindakan ini dapat menyebabkan kerusakan pleksus saraf brakhialis.
- 8) Meminta pendamping persalinan untuk menekan daerah supra public untuk menekan kepala ke arah bawah dan luar. Hati-hati dalam melaksanakan tarikan ke bawah karena dapat menimbulkan kerusakan pleksus saraf brakhialis. Cara menekan daerah supra public dengan cara kedua tangan saling menumpuk di letakkan di atas simfisis. Selanjutnya ditekan ke arah bawah perut.
- 9) Bila persalinan belum menunjukkan kemajuan, kosongkan kandung kemih karena dapat mengganggu turunnya bahu, melakukan episiotomi, melakukan pemeriksaan dalam untuk mencari kemungkinan adanya penyebab lain distosia bahu. Tangan diusahakan memeriksa kemungkinan tali pusat pendek, bertambah besarnya janin pada daerah thorak dan abdomen oleh karena tumor, dan lingkaran bandl yang mengindikasikan akan terjadi rupture uteri.
- 10) Mencoba kembali melahirkan bahu, bila distosia bahu ringan janin dapat dilahirkan
- 11) Lakukan tindakan perasat seperti menggunakan alat untuk membuka botol (*corkscrew*) dengan cara seperti menggunakan

prinsip *skrup wood*. Lakukan pemutaran dari bahu belakang menjadi bahu depan searah jarum jam, kemudian diputar kembali dengan posisi bahu belakang menjadi bahu depan berlawanan arah dengan jarum jam putar 180 derajat, lakukan gerakan pemutaran paling sedikit 4 kali, kemudian melahirkan bahu dengan menekan kepala ke arah belakang disertai dengan penekanan daerah suprapubik.

12) Bila belum berhasil, ulangi melakukan pemutaran bahu janin seperti langkah 11

13) Bila tetap belum berhasil, maka langkah selanjutnya mematahkan clavikula anterior kemudian melahirkan bahu anterior, bahu posterior dan badan janin.

14) Melakukan maneuver zevenelli, yaitu suatu tindakan untuk memasukkan kepala kembali ke dalam jalan lahir dengan cara menekan dinding *posterior vagina*, selanjutnya kepala janin ditahan dan dimasukkan, kemudian dilakukan SC

b. Komplikasi pada Kala III dan Kala IV

1. Retensio Plasenta

Retensio plasenta adalah belum lepasnya plasenta dengan melebihi waktu setengah jam. Keadaan ini dapat diikuti perdarahan yang banyak, artinya hanya sebagian plasenta yang telah lepas sehingga memerlukan tindakan plasenta manual dengan segera. Bila retensio plasenta tidak diikuti perdarahan maka perlu diperhatikan ada kemungkinan terjadi

plasenta adhesive, plasenta akreta, plasenta inkreta, plasenta perkreta. (Manuaba (2007:176).

Plasenta inkarserata artinya plasenta telah lepas tetapi tertinggal dalam uterus karena terjadi kontraksi di bagian bawah uterus atau uteri sehingga plasenta tertahan di dalam uterus. (Manuaba (2007:176).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa retensio plasenta ialah plasenta yang belum lahir dalam setengah jam setelah janin lahir, keadaan ini dapat diikuti perdarahan yang banyak, artinya hanya sebagian plasenta yang telah lepas sehingga memerlukan tindakan plasenta manual dengan segera.

Penyebab Retensio Plasenta menurut Rohani (2011:218) adalah:

- 1) His kurang kuat (penyebab terpenting)
- 2) Plasenta sukar terlepas karena tempatnya (insersi di sudut tuba); bentuknya (plasenta membranasea, plasenta anularis); dan ukurannya (plasenta yang sangat kecil). Plasenta yang sukar lepas karena penyebab di atas disebut plasenta adhesive.

Menurut Manuaba (2007:301) kejadian retensio plasenta berkaitan dengan:

- 1) Grandemultipara dengan implantasi plasenta dalam bentuk plasenta adhesive, plasenta akreta, plasenta inkreta, dan plasenta perkreta
- 2) Mengganggu kontraksi otot rahim dan menimbulkan perdarahan

Menurut Rohani (2011:218) Penanganan retensio plasenta atau sebagian plasenta adalah:

- 1) Resusitasi. Pemberian oksigen 100%. Pemasangan IV-line dengan kateter yang berdiameter besar serta pemberian cairan kristaloid (sodium klorida isotonik atau larutan ringer laktat yang hangat, apabila memungkinkan). Monitor jantung, nadi, tekanan darah dan saturasi oksigen. Transfusi darah apabila diperlukan yang dikonfirmasi dengan hasil pemeriksaan darah.
- 2) *Drips oksitosin* (oxytocin drips) 20 IU dalam 500 ml larutan *Ringer laktat* atau NaCl 0.9% (normal saline) sampai uterus berkontraksi.
- 3) Plasenta coba dilahirkan dengan *Brandt Andrews*, jika berhasil lanjutkan dengan drips oksitosin untuk mempertahankan uterus.
- 4) Jika plasenta tidak lepas dicoba dengan tindakan manual plasenta. Indikasi manual plasenta adalah: Perdarahan pada kala tiga persalinan kurang lebih 400 cc, retensio plasenta setelah 30 menit anak lahir, setelah persalinan buatan yang sulit seperti forsep tinggi, versi ekstraksi, perforasi, dan dibutuhkan untuk eksplorasi jalan lahir, tali pusat putus.
- 5) Jika tindakan manual plasenta tidak memungkinkan, jaringan dapat dikeluarkan dengan tang (cunam) abortus dilanjutkan kuretase sisa plasenta. Pada umumnya pengeluaran sisa plasenta dilakukan dengan kuretase. Kuretase harus dilakukan di rumah sakit dengan hati-hati karena dinding rahim relatif tipis dibandingkan dengan kuretase pada abortus.

- 6) Setelah selesai tindakan pengeluaran sisa plasenta, dilanjutkan dengan pemberian obat uterotonika melalui suntikan atau per oral.
- 7) Pemberian antibiotika apabila ada tanda-tanda infeksi dan untuk pencegahan infeksi sekunder.

2. Atonia Uteri

Atonia Uteri adalah pendarahan obstetri yang disebabkan oleh kegagalan uterus untuk berkontraksi secara memadai setelah kelahiran.

Menurut JNPK-KR (2014), Definisi atonia uteri adalah suatu kondisi dimana myometrium tidak dapat berkontraksi dan keluarnya darah dari tempat implantasi plasenta dan menjadi tidak terkendali.

Atonia uteri merupakan penyebab terbanyak perdarahan postpartum dini (50%), dan merupakan alasan paling sering untuk melakukan histerektomi postpartum. Kontraksi uterus merupakan mekanisme utama untuk mengontrol perdarahan setelah melahirkan.

Menurut Rohani (2011:216) Penatalaksanaan Atonia Uteri adalah sebagai berikut:

- 1) Pakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril, dengan lembut masukkan secara obstetrik (menyatukan kelima ujung jari) melalui introitus dan ke dalam vagina ibu.
- 2) Periksa vagina dan serviks. Jika ada selaput ketuban atau bekuan darah pada kavum uteri mungkin hal ini menyebabkan uterus tak dapat berkontraksi secara penuh.

- 3) Kepalkan tangan dalam dan tempatkan pada forniks anterior, tekan dinding anterior uterus, ke arah tangan luar yang menahan dan mendorong dinding posterior uterus ke arah depan sehingga uterus ditekan dari arah depan ke belakang.
- 4) Tekan kuat uterus di antara kedua tangan. Kompresi uterus ini memberikan tekanan langsung pada pembuluh darah yang terbuka (bekas implantasi plasenta) di dinding uterus dan juga merangsang miometrium untuk berkontraksi.
- 5) Evaluasi keberhasilan :

Jika uterus berkontraksi dan pendarahan berkurang, terus melakukan KBI selama dua menit, kemudian perlahan-lahan keluarkan tangan dan pantau ibu secara melekat selama kala empat. Jika uterus berkontraksi tetapi pendarahan masih berlangsung, periksa ulang perineum, vagina dan serviks apakah terjadi laserasi. Jika demikian, segera lakukan penjahitan untuk menghentikan pendarahan. Jika uterus tidak berkontraksi selama 5 menit, ajarkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual eksternal (KBE) kemudian lakukan langkah-langkah penatalaksanaan atonia uteri selanjutnya. Minta keluarga untuk mulai menyiapkan rujukan.

- 6) Berikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mcg per rectal. Jangan berikan ergometrin kepada ibu dengan hipertensi karena ergometrin dapat menaikkan tekanan darah.

- 7) Gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16 atau 18), pasang infus dan berikan 500cc larutan Ringer Laktat yang mengandung 20 unit oksitosin.
- 8) Pakai sarung tangan steril atau desinfeksi tingkat tinggi dan ulangi KBI.
- 9) Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 1 sampai 2 menit, segera rujuk ibu karena ini merupakan bukan atonia uteri sederhana. Ibu membutuhkan tindakan gawatdarurat di fasilitas kesehatan rujukan yang mampu melakukan tindakan operasi dan transfusi darah.
- 10) Sambil membawa ibu ke tempat rujukan, teruskan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba di tempat rujukan. Infus 500 ml pertama dihabiskan dalam waktu 10 menit. Berikan tambahan 500 ml/jam hingga tiba di tempat rujukan atau hingga jumlah cairan yang diinfuskan mencapai 1,5 L dan kemudian lanjutkan dalam jumlah 125cc/jam. Jika cairan infus tidak cukup, infuskan 500 ml (botol kedua) cairan infus dengan tetesan sedang dan ditambah dengan pemberian cairan secara oral untuk rehidrasi.

3. Robekan Jalan Lahir

Perdarahan dalam keadaan dimana plasenta telah lahir lengkap dan kontraksi rahim baik, dapat dipastikan bahwa perdarahan tersebut berasal dari perlukaan jalan lahir. Perlukaan jalan lahir terdiri dari :

1) Robekan Perinium

Robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Robekan perineum umumnya terjadi di garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat, sudut arkus pubis lebih kecil daripada biasa, kepala janin melewati pintu panggul bawah dengan ukuran yang lebih besar daripada sirkumferensia suboksipito bregmatika.

Menurut widyastuti, (2011:159) robekan perineum yang melebihi derajat 1 harus di jahit. Hal ini dapat dilakukan sebelum plasenta lahir, tetapi apabila ada kemungkinan plasenta harus dikeluarkan secara manual, lebih baik tindakan ini ditunda sampai menunggu plasenta lahir. Dengan penderita berbaring secara litotomi dilakukan pembersihan luka dengan cairan antiseptic dan luas robekan ditentukan dengan seksama. Pada robekan perineum derajat 2, setelah diberi anastesi local otot-otot diafragma *urogenetalis* dihubungkan di garis tengah dengan jahitan dan kemudian luka pada *vagina* dan kulit *perineum* ditutup dengan mangikutsertakan jaringan-jaringan di bawahnya. Sedangkan menjahit robekan *perineum* derajat 3 harus dengan teliti; mula-mula dinding depan rectum yang robek dijahit, kemudian *fasia prarektal* ditutup, dan muskulus *sfincter ani eksternus* yang robek dijahit. Selanjutnya dilakukan penutupan robekan seperti pada

robekan perineum derajat 2, untuk mendapatkan hasil yang baik pada robekan *perineum* total perlu diadakan penanganan pasca pembedahan yang sempurna.

2) Robekan Serviks

Robekan serviks paling sering terjadi pada jam 3 dan 9. bibir depan dan bibir belakang servik dijepit dengan klem fenster kemudian serviks ditarik sedikit untuk menentukan letak robekan dan ujung robekan. Selanjutnya robekan dijahit dengan catgut kromik dimulai dari ujung untuk menghentikan perdarahan.

Menurut Widyastuti (2011: 161) Penanganan menjahit robekan serviks adalah sebagai berikut :

- (a) Pertama-tama pinggir robekan sebelah kiri dan kanan di jepit dengan klem sehingga perdarahan menjadi berkurang atau berhenti
- (b) Kemudian servix di tarik sedikit, sehingga lebih jelaskelihatan dari luar
- (c) Jika pinggir robekan bergerigi, sebaiknya sebelum di jahit pinggir tersebut diratakan dulu dengan jalan menggunting pinggir yang bergerigi tersebut.
- (d) Setelah itu robeka dijahit dengan cutgut cromik, jahitan dimulai dari ujung robekan dengan cara jahitan terputus-putus atau jahitan angka delapan

(e) Pada robekan yang dalam, jahitan harus di lakukan lapis demi lapis. Ini dilanjutkan untuk menghindari terjadinya hematoma dalam rongga di bawah jahitan.

3) Rupture Uteri

Ruptur uteri merupakan peristiwa yang paling gawat dalam bidang kebidanan karena angka kematiannya yang tinggi. Janin pada ruptur uteri yang terjadi di luar rumah sakit sudah dapat dipastikan meninggal dalam kavum abdomen.

Ruptur uteri masih sering dijumpai di Indonesia karena persalinan masih banyak ditolong oleh dukun. Dukun sebagian besar belum mengetahui mekanisme persalinan yang benar, sehingga kemacetan proses persalinan dilakukan dengan dorongan pada fundus uteri dan dapat mempercepat terjadinya ruptura uteri.

Menurut Widyastuti (2011:161) pengertian ruptura uteri adalah robekan atau diskontinuitas dinding rahim akibat dilampauinya daya regang miometrium. Penyebab ruptura uteri adalah disproporsi janin dan panggul, partus macet atau traumatik. Ruptura uteri termasuk salah satu diagnosis banding apabila wanita dalam persalinan lama mengeluh nyeri hebat pada perut bawah, diikuti dengan syok dan perdarahan pervaginam. Robekan tersebut dapat mencapai kandung kemih dan organ vital di sekitarnya.

Resiko infeksi sangat tinggi dan angka kematian bayi sangat tinggi pada kasus ini. Ruptura uteri inkomplit yang menyebabkan

hematoma pada para metrium, kadang-kadang sangat sulit untuk segera dikenali sehingga menimbulkan komplikasi serius atau bahkan kematian. Syok yang terjadi seringkali tidak sesuai dengan jumlah darah keluar karena perdarahan hebat dapat terjadi ke dalam kavum abdomen. Keadaan-keadaan seperti ini, sangat perlu untuk diwaspadai pada partus lama.

Menurut widyastuti (2011:161) cara penanganan rupture uteri adalah dengan mengatasi syok, perbaiki keadaan umum penderita dengan pemberian infus, pemberian kardiotonika dan antibiotika, jika sudah mulai membaik lakukan laparatomi dengan tindakan jenis operasi.

2.1.10 Bayi baru Lahir

a. Pengertian

Menurut Nany (2014) bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin.

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

1. Berat badan lahir bayi antara 2500-4000 gram.
2. Panjang badan bayi 48-50 cm.
3. Lingkar dada bayi 32-34 cm.
4. Lingkar kepala bayi 33-35 cm.

5. Bunyi jantung dalam menit pertama \pm 180 kali/menit, kemudian turun sampai 120-140 kali/menit pada saat bayi berumur 30 menit.
6. Pernapasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80 kali/menit disertai pernapasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit.
7. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan dilapisi verniks kaseosa.
8. Rambut lanugo telah hilang, rambut kepala tumbuh baik.
9. Kuku agak panjang dan lemas.
10. Genetalia : testis sudah turun (pada bayi laki-laki) dan labia mayora telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan).
11. Refleks isap, menelan, dan moro telah terbentuk.
12. Eliminasi, urin, dan mekonium normalnya keluar pada 24 jam pertama. Mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket.

b. Adaptasi fisiologis

Adaptasi yang terjadi pada bayi baru lahir adalah :

1. Sistem Pernapasan

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

- 1) Faktor-faktor fisik meliputi usaha yang diperlukan untuk mengembangkan paru-paru dan mengisi alveolus yang kolaps.
- 2) Faktor-faktor sensorik, meliputi suhu, bunyi, cahaya, suara.

- 3) Faktor-faktor kimia, meliputi perubahan dalam darah (misalnya penurunan kadar oksigen, peningkatan kadar karbon dioksida, dan penurunan pH) sebagai akibat asfiksia sementara selama kelahiran.
 - b) Frekuensi pernapasan bayi baru lahir berkisar 30-60 kali/menit.
 - c) Sekresi lendir mulut dapat menyebabkan bayi batuk dan muntah, terutama selama 12-18 jam pertama.
2. Sistem Termoregulasi dan Metabolik
 - a) Suhu bayi baru lahir dapat turun berapa derajat karena lingkungan eksternal lebih dingin daripada lingkungan pada uterus.
 - b) Suplai lemak subkutan yang terbatas dan area permukaan yang besar dibandingkan dengan berat badan menyebabkan bayi mudah menghantarkan panas pada lingkungan.
 - c) Kehilangan panas yang cepat dalam lingkungan yang dingin terjadi melalui konduksi, konveksi, radiasi, dan evaporasi.
 - d) Trauma dingin (hipotermi) pada bayi baru lahir dalam hubungannya dengan asidosis metabolik dapat bersifat mematikan, bahkan pada bayi cukup bulan yang sehat.
3. Adaptasi Neurologis

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

4. Adaptasi Gastrointestinal

- a) Perkembangan otot dan refleks yang penting untuk menghantarkan makanan sudah terbentuk saat lahir.
- b) Pencernaan protein dan karbohidrat telah tercapai, pencernaan dan absorpsi lemak kurang baik karena tidak adekuatnya enzim-enzim pankreas dan lipase.
- c) Pengeluaran mekonium. Yaitu feses berwarna hitam kehijauan, lengket, dan mengandung darah samar, diekskresikan dalam 24 jam pada 90% bayi baru lahir yang normal.
- d) Beberapa bayi baru lahir menyusui segera bila diletakkan pada payudara, sebagian lainnya memerlukan 48 jam untuk menyusui secara efektif.

5. Adaptasi Ginjal

- a) Laju filtrasi glomerulus relatif rendah pada saat lahir disebabkan oleh tidak adekuatnya area permukaan kapiler glomerulus.
- b) Sebagian besar bayi baru lahir berkemih dalam 24 jam pertama setelah lahir dan 2-6 kali sehari pada 1-2 hari pertama, setelah itu mereka berkemih 5-20 kali dalam 24 jam.

6. Adaptasi Hati

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

- b) Hati juga mengontrol jumlah bilirubin tak terkonjugasi yang bersirkulasi, pigmen berasal dari hemoglobin dan dilepaskan bersamaan dengan pemecahan sel-sel darah merah.
- c) Bilirubin tak terkonjugasi dapat meninggalkan sistem vaskular dan menembus jaringan ekstrasvaskuler lainnya (misalnya: kulit, sklera dan membran mukosa oral) mengakibatkan warna kuning yang disebut ikterus.

7. Adaptasi Imun

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

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

Tabel 2.2
Penilaian keadaan umum bayi berdasarkan nilai APGAR

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

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

Nilai 7 – 10 : bayi dalam kondisi baik

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

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

Prosedur penilaian APGAR

- a) Pastikan bahwa pencahayaan baik, sehingga visualisasi warna dapat dilakukan dengan baik, dan pastikan adanya akses yang baik ke bayi.

- b) Catat waktu kelahiran, tunggu 1 menit, kemudian lakukan pengkajian yang pertama. Kaji kelima variabel dengan cepat dan simultan. Kemudian jumlahkan hasilnya.
- c) Lakukan tindakan dengan cepat dan tepat sesuai dengan hasilnya.
- d) Ulangi pada menit kelima. Skor harus naik bila nilai sebelumnya 8 atau kurang.
- e) Ulangi lagi pada menit ke sepuluh.
- f) Dokumentasikan hasilnya dan lakukan tindakan yang sesuai.

d. Konsep inisiasi menyusui dini (IMD)

1) Pengertian

Menurut Sondakh (2014 : 170) inisiasi menyusui dini adalah bayi mulai menyusui sendiri segera setelah lahir.

2) Manfaat

Beberapa penelitian membuktikan bahwa IMD membawa banyak sekali keuntungan untuk ibu dan bayi , antara lain :

- a) Mendekatkan hubungan batin ibu-bayi.
- b) Bayi akan mengenal ibunya sehingga akan memperlancar proses laktasi.
- c) Suhu tubuh bayi stabil karena hipotermi telah dikoreksi panas tubuh ibunya.
- d) Reflek oksitosin ibu akan berfungsi maksimal.
- e) Mempercepat produksi ASI, karena sudah mendapat rangsangan isapan dari bayi lebih awal.

3) Langkah IMD

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

- a) Lahirkan, lakukan penilaian penilaian pada bayi, keringkan.
- b) Lakukan kontak kulit dengan kulit selama paling sedikit 1 jam.
- c) Biarkan bayi mencari dan menemukan puting ibu dan mulai menyusu.

2.2 Konsep Manajemen Kebidanan Pada Persalinan Normal

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah kebidanan yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan, keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk mengambil suatu keputusan yang terfokus pada pasien.

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

2.2.1 Manajemen Kebidanan Kala I

a. Pengkajian

1) Data Subjektif

a) Nama

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

b) Umur

Data ini digunakan untuk menentukan apakah ibu bersalin beresiko karena usia atau tidak.

Menurut Manuaba (2008) Usia yang memiliki resiko adalah usia ≤ 16 tahun dan ≥ 35 tahun.

Usia 35 tahun ke atas merupakan usia rawan untuk hamil. Hamil pada usia ini akan memengaruhi tingginya *morbiditas* (terjadi penyakit atau komplikasi) dan juga *mortalitas* (kematian janin). Risiko komplikasi pada ibu hamil akan meningkat drastis karena dipengaruhi faktor kesehatan, obesitas, dan perdarahan sang ibu.

c) Agama

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

d) Pendidikan terakhir

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

e) Pekerjaan

Untuk mengetahui aktivitas ibu atau suami setiap hari, mengukur tingkat sosial ekonomi agar nasehat yang diberikan sesuai (Sulistyawati, 2014 : 220).

Ditanyakan untuk mengetahui kemungkinan pengaruh pekerjaan terhadap permasalahan kesehatan pasien/klien. Dengan mengetahui pekerjaan pasien/klien, bidan dapat mengetahui bagaimana taraf hidup dan sosial ekonominya agar nasehat bidan sesuai, juga mengetahui apakah pekerjaan mengganggu atau tidak, misalnya bekerja di pabrik rokok, mungkin yang dihisap akan berpengaruh pada janin. (Cristina I, 2011:85)

f) Penghasilan

Data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi.

g) Alamat

Selain sebagai data mengenai pendistribusian lokasi ibu, data ini juga memberikan gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh ibu menuju lokasi persalinan (Sulistyawati,2014:221).

Ditanyakan untuk maksud mempermudah hubungan bila diperlukan bila keadaan mendesak. Dengan diketahuinya alamat tersebut, bidan dapat mengetahui tempat tinggal pasien/klien dan lingkungannya. Dengan tujuan untuk memudahkan

menghubungi keluarganya, menjaga kemungkinan bila ada nama ibu yang sama, untuk dijadikan petunjuk saat kunjungan rumah.

h) Keluhan Utama

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

Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013: 3), beberapa tanda dimulainya proses persalinan adalah sebagai berikut:

- a) Terjadinya his persalinan mempunyai sifat sebagai berikut:
 - (1) Pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan.
 - (2) Sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar.
 - (3) Makin beraktivitas (jalan), kekuatan akan makin bertambah.
 - b) Pengeluaran lendir dengan darah.
 - c) Pengeluaran cairan.
- i) Riwayat menstruasi
- (a) Menarche

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

(b) Siklus

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

(c) Volume

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

(d) Keluhan

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

(e) HPHT

HPHT merupakan data dasar yang diperlukan untuk menentukan usia kehamilan (Rohani, 2011 : 80).

j) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas, dan KB yang lalu

Riwayat kehamilan diperlukan penjelasan tentang jumlah gravida dan para untuk mengidentifikasi masalah potensial pada kelahiran kali ini dan periode pascapartum. Paritas/para mempengaruhi durasi persalinan dan insiden komplikasi.

Semakin tinggi paritas insiden abrupsio plasenta, plasenta previa, perdarahan uterus, mortalitas juga meningkat.

Data persalinan diperlukan informasi tentang jarak antara dua kelahiran, tempat melahirkan, cara melahirkan (spontan, vakum, forsep atau operasi), riwayat pembedahan yang berisiko meningkatkan komplikasi kehamilan adalah jika ibu pernah mengalami bedah caesar. Proses pembedahan yang pernah dialami akan berpengaruh pada proses persalinan selanjutnya. Masalah atau gangguan yang timbul pada saat hamil dan melahirkan seperti perdarahan, letak sungsang, pre eklamsi dsb, berat dan panjang bayi waktu lahir jenis kelamin, kelainan yang menyertai bayi, bila bayi meninggal apa penyebabnya.

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

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

k) Riwayat Kehamilan Sekarang

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

1) Riwayat kesehatan

Data dari riwayat kesehatan ini dapat kita gunakan sebagai “*warning*” akan adanya penyulit dalam persalinan. Beberapa data penting tentang riwayat kesehatan yang perlu kita ketahui adalah apakah ibu pernah atau sedang menderita penyakit seperti jantung, diabetes mellitus, ginjal, hipertensi, hepatitis, atau anemia (Sulistyawati, 2014 : 223).

Riwayat medis atau kesehatan yang dimiliki ibu sangat berpengaruh pada janin selama hamil. Beberapa penyakit yang dialami ibu selama hamil seperti penyakit jantung, tekanan darah tinggi, asma, kejang, sampai diabetes, akan sangat memengaruhi perkembangan janin selama kehamilan dan proses persalinan.

Penyakit-penyakit tersebut akan berpotensi menyebabkan pertumbuhan janin abnormal, prematur, BBLR (berat bayi lahir rendah), sampai kematian. Penyakit yang paling banyak menyebabkan komplikasi medis kehamilan adalah tekanan darah tinggi. Beberapa obat penurun tekanan darah ternyata bisa menyebabkan kontraindikasi pada kehamilan.

Ibu hamil dengan riwayat penyakit hipertensi perlu ditentukan pimpinan persalinan dan kemungkinan bisa menyebabkan transient hipertension. Ibu hamil dengan riwayat penyakit TBC akut kemungkinan bisa menyebabkan kuman

saat persalinan dan bisa menular pada bayi. Ibu dengan riwayat DM mempunyai pengaruh terhadap persalinannya dan bayi bisa cacat bawaan, janin besar. Ibu menderita hepatitis kemungkinan besar bayi akan tertular melalui ASI. (Sarwono, 2009:401)

m) Status pernikahan

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

n) Pola Aktivitas Sehari-hari

(a) Pola nutrisi

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

(b) Pola Eliminasi

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

(c) Pola istirahat

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

(d) *Personal hygiene*

Data ini perlu dikaji karena berkaitan dengan kenyamanan ibu dalam menjalani persalinannya (Sulistyawati,2014:224).

o) Riwayat psikososial dan budaya

Hal ini penting untuk kenyamanan psikologis ibu. Adanya respon yang positif terhadap persalinan akan mempercepat proses adaptasi dalam menerima kondisi dan perannya. Serta untuk mendapatkan data tentang adat istiadat yang dilakukan ketika menghadapi persalinan, salah satunya adalah persalinan yang ditolong oleh dukun bayi. Dukun bayi

umumnya adalah perempuan, walaupun dalam berbagai kebudayaan tertentu, dukun bayi adalah laki-laki. *Paraji* di Sunda adalah dukun bayi perempuan. Sedangkan di Bali, *balian manak* pada masyarakat Bali Hindu umumnya adalah laki-laki berusia diatas 50 tahun. Selain itu, adanya adat melahirkan tanpa bantuan siapapun. Alasannya adalah karena kebudayaan yang bersangkutan memandang kelahiran sebagai masalah pribadi dan dari segi sopan santun perlu dijaga dari keterbukaan bagi orang lain.

2) Data objektif

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

Langkah – langkah pemeriksaan :

a) Keadaan umum

Menurut sulistyawati (2014) data ini didapat dengan mengamati keadaan secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan kriterianya adalah sebagai berikut :

- (a) Baik, jika ibu memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergatungan dalam berjalan.

(b) Lemah, jika ibu kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan ibu sudah tidak mampu berjalan sendiri.

b) Kesadaran

Gambaran tentang kesadaran meliputi komposmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam keadaan sadar (Sulistyawati,2014 : 226)

c) Tinggi badan : tinggi badan yang ≤ 145 cm dapat berhubungan dengan panggul sempit

d) Berat badan : digunakan untuk memantau perkembangan janin dan keadaan ibu. Menurut Manuaba (2010) jumlah penambahan berat badan selama hamil normalnya adalah antara 6,5 kg sampai 16,5 kg.

e) Tanda vital

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

f) Pemeriksaan fisik

a) Muka

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

b) Mata

Hal yang perlu dikaji adalah konjungtiva (kepucatan pada konjungtiva mengindikasikan terjadinya anemia yang mungkin dapat berpengaruh pada persalinannya), dikaji sklera, kebersihan, kelainan pada mata dan gangguan penglihatan (Rohani,2011).

c) Mulut

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

d) Leher

Digunakan untuk mengetahui apakah ada kelainan atau pembesaran pada kelenjar getah bening serta adanya parotitis (Sulistyawati, 2014 : 227).

e) Dada

Dikaji apakah ada kelainan bentuk pada payudara, apakah ada perbedaan besar pada masing-masing payudara, adakah hiperpigmentasi pada areola, adakah teraba nyeri dan massa

pada payudara, kolostrum, keadaan puting (menonjol, datar atau masuk ke dalam) dan kebersihan (Sulistyawati, 2014 : 227).

f) Perut

Nilai adanya kelainan pada abdomen serta memantau kesejahteraan janin, kontraksi uterus dan menentukan kemajuan proses persalinan (Sulistyawati, 2014 : 227).

(1) Bekas operasi SC

Digunakan untuk melihat apakah ibu pernah mengalami operasi SC, sehingga dapat ditentukan tindakan selanjutnya karena riwayat SC masuk kedalam penapisan persalinan (Rohani,2011:84).

(2) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

TFU berkaitan dengan usia kehamilan (dalam minggu). Berat dan tinggi fundus yang lebih kecil daripada perkiraan kemungkinan menunjukkan kesalahan dalam menentukan tanggal HPHT, kecil masa kehamilan (KMK) atau oligohidramnion. Sedangkan berat janin dan tinggi fundus yang lebih besar menunjukkan ibu salah dalam menentukan tanggal HPHT, bayi besar (mengindikasikan diabetes), kehamilan atau polihidramnion. Bayi yang besar memberi peringatan terjadinya atonia uteri pascapartum, yang menyebabkan perdarahan atau kemungkinan distosia bahu (Rohani, 2011 : 84).

(3) Pemeriksaan Leopold

Digunakan untuk mengetahui letak, presentasi, posisi dan variasi janin (Rohani, 2011 : 84).

a. Pemeriksaan Leopold I

Tujuan: untuk menentukan usia kehamilan dan juga untuk mengetahui bagian janin apa yang terdapat di fundus uteri (bagian atas perut ibu).

Teknik:

1. Memposisikan ibu dengan lutut fleksi (kaki ditekuk 45^0 atau lutut bagian dalam diganjal bantal) dan pemeriksa menghadap ke arah ibu
2. Menengahkan uterus dengan menggunakan kedua tangan dari arah samping umbilical
3. Kedua tangan meraba fundus kemudian menentukan TFU
4. Meraba bagian Fundus dengan menggunakan ujung kedua tangan, tentukan bagian janin.

Hasil:

1. Apabila kepala janin teraba di bagian fundus, yang akan teraba adalah keras, bundar dan melenting (seperti mudah digerakkan)

2. Apabila bokong janin teraba di bagian fundus, yang akan terasa adalah lunak, kurang bundar, dan kurang melenting
3. Apabila posisi janin melintang pada rahim, maka pada Fundus teraba kosong.

Usia kehamilan dengan TFU

1. Pada usia kehamilan 12 minggu, fundus dapat teraba 1-2 jari di atas simpisis
2. Pada usia kehamilan 16 minggu, fundus dapat teraba di antara simpisis dan pusat
3. Pada usia kehamilan 20 minggu, fundus dapat teraba 3 jari di bawah pusat
4. Pada usia kehamilan 24 minggu, fundus dapat teraba tepat di pusat
5. Pada usia kehamilan 28 minggu, fundus dapat teraba 3 jari di atas pusat
6. Pada usia kehamilan 32 minggu, fundus dapat teraba di pertengahan antara Prosesus Xipioideus dan pusat
7. Pada usia kehamilan 36 minggu, fundus dapat teraba 3 jari di bawah Prosesus Xipioideus
8. Pada usia kehamilan 40 minggu, fundus dapat teraba di pertengahan antara Prosesus Xipioideus

dan pusat. (Lakukan konfirmasi dengan wawancara dengan pasien untuk membedakan dengan usia kehamilan 32 minggu).

b. Pemeriksaan Leopold II

Tujuan: untuk menentukan bagian janin yang berada pada kedua sisi uterus, pada letak lintang tentukan di mana kepala janin.

Teknik:

1. Posisi ibu masih dengan lutut fleksi (kaki ditekuk) dan pemeriksa menghadap ibu
2. Meletakkan telapak tangan kiri pada dinding perut lateral kanan dan telapak tangan kanan pada dinding perut lateral kiri ibu secara sejajar dan pada ketinggian yang sama
3. Mulai dari bagian atas tekan secara bergantian atau bersamaan (simultan) telapak tangan tangan kiri dan kanan kemudian geser ke arah bawah dan rasakan adanya bagian yang rata dan memanjang (punggung) atau bagian-bagian kecil (ekstremitas).

Hasil:

1. Bagian punggung: akan teraba jelas, rata, cembung, kaku/tidak dapat digerakkan

2. Bagian-bagian kecil (tangan dan kaki): akan teraba kecil, bentuk/posisi tidak jelas dan menonjol, kemungkinan teraba gerakan kaki janin secara aktif maupun pasif.

C. Pemeriksaan Leopold III

Tujuan: untuk menentukan bagian janin apa (kepala atau bokong) yang terdapat di bagian bawah perut ibu, serta apakah bagian janin tersebut sudah memasuki pintu atas panggul (PAP).

Teknik:

1. Posisi ibu masih dengan lutut fleksi (kaki ditekuk) dan pemeriksa menghadap ibu
2. Meletakkan ujung telapak tangan kiri pada dinding lateral kiri bawah, telapak tangan kanan bawah perut ibu
3. Menekan secara lembut dan bersamaan/bergantian untuk menentukan bagian terbawah bayi
4. Gunakan tangan kanan dengan ibu jari dan keempat jari lainnya kemudian goyang bagian terbawah janin.

Hasil:

1. Bagian keras, bulat dan hampir homogen adalah kepala sedangkan tonjolan yang lunak dan kurang simetris adalah bokong
2. Apabila bagian terbawah janin sudah memasuki PAP, maka saat bagian bawah digoyang, sudah tidak bias (seperti ada tahanan).

D. Pemeriksaan Leopold IV

Tujuan: untuk mengkonfirmasi ulang bagian janin apa yang terdapat di bagian bawah perut ibu, serta untuk mengetahui seberapa jauh bagian bawah janin telah memasuki pintu atas panggul.

Teknik:

1. Pemeriksa menghadap ke arah kaki ibu, dengan posisi kaki ibu lurus
2. Meletakkan ujung telapak tangan kiri dan kanan pada lateral kiri dan kanan uterus bawah, ujung-ujung jari tangan kiri dan kanan berada pada tepi atas simfisis
3. Menemukan kedua ibu jari kiri dan kanan kemudian rapatkan semua jari-jari tangan yang meraba dinding bawah uterus.

4. Perhatikan sudut yang terbentuk oleh jari-jari: bertemu (konvergen) atau tidak bertemu (divergen)
5. Setelah itu memindahkan ibu jari dan telunjuk tangan kiri pada bagian terbawah bayi (bila presentasi kepala upayakan memegang bagian kepala di dekat leher dan bila presentasi bokong upayakan untuk memegang pinggang bayi)
6. Memfiksasi bagian tersebut ke arah pintu atas panggul kemudian meletakkan jari-jari tangan kanan diantara tangan kiri dan simfisis untuk menilai seberapa jauh bagian terbawah telah memasuki pintu atas panggul.

Hasil:

1. Apabila kedua jari-jari tangan pemeriksa bertemu (konvergen) berarti bagian terendah janin belum memasuki pintu atas panggul, sedangkan apabila kedua tangan pemeriksa membentuk jarak atau tidak bertemu (divergen) maka bagian terendah janin sudah memasuki Pintu Atas Panggul (PAP)
2. Penurunan kepala dinilai dengan: 5/5 (seluruh bagian jari masih meraba kepala, kepala belum masuk PAP), 1/5 (teraba kepala 1 jari dari lima jari, bagian kepala yang sudah masuk 4 bagian), dan

seterusnya sampai 0/5 (seluruh kepala sudah masuk PAP)

(4) Kontraksi Uterus

Frekuensi, durasi dan intensitas kontraksi digunakan untuk menentukan status persalinan (Rohani, 2011 : 84).

(5) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

(6) Denyut Jantung Janin (DJJ)

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

g) Genital

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

h) Anus

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

i) Ekstremitas

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

j) Data penunjang

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

b. Interpretasi Data Dasar

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

1) Diagnosa Kebidanan

Ibu G...P...A... usia kehamilan di atas 28 minggu, janin hidup/mati, tunggal/multi, intrauterine, presentasi janin, KU ibu dan janin dengan plasenta previa

Dasar :

1. Ibu mengatakan ini kehamilan yang ke....
2. Ibu mengatakan HPHT....
3. DJJ....
4. Pada pemeriksaan palpasi teraba 2 bagian besar janin dan DJJ terdengar pada satu sisi atau pada pemeriksaan palsapi teraba lebih dari 2 bagian besar janin dan DJJ terdengar pada 2 sisi.
5. Pada peeriksaan palpasi ibu tidak merasa nyeri.
6. Tanda-tanda vital

TD : mmHg P : ... x/menit

N : ... x/menit S : ... x/menit

DJJ : ... x/menit

Masalah:

1) Ibu merasa takut dengan proses persalinan

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

Objektif : ibu terlihat cemas

2) Ibu merasa bingung dengan apa yang harus dilakukan selama proses persalinan

Subjektif : ibu mengatakan tidak tahu harus berbuat apa selama proses persalinan

Objektif : ibu tampak bingung dan pasrah dengan apa yang terjadi

3) Tidak tahan dengan nyeri akibat kontraksi

Subjektif : ibu mengatakan tidak tahan dengan nyeri yang dirasakannya

Objektif : ibu tampak kesakitan dan kontraksi terasa semakin kuat

4) Merasa tidak percaya diri dengan kemampuan meneran

Subjektif : ibu mengatakan tidak percaya diri dengan kemampuannya meneran

Objektif : ibu tampak murung dan sedih

5) Bingung memilih posisi meneran

Subjektif : ibu mengatakan merasa tidak nyaman dengan posisinya meneran

Objektif : ibu tampak gelisah

(Sulistyawati, 2013 : 229)

2) Kebutuhan

Kebutuhan yang diperlukan pada klien saat persalinan yaitu dukungan psikologis, hidrasi, pengosongan kandung kemih, defiksasi dan rasa nyaman.

c. Identifikasi Diagnosa Potensial

Diagnosa potensial pada kala I adalah perdarahan intrapartum, eklamsia, partus lama, infeksi intrapartum, partus lama, asfiksia intra uterus.

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

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

Pada kala IV diagnosa potensial yang mungkin terjadi adalah atonia uteri, perdarahan post partum, adanya robekan serviks sehingga menimbulkan perdarahan hebat, syok hipovolemik , dan potensial terhadap robekan perineum derajat II, III, & IV .

d. Identifikasi Kebutuhan Segera

Dalam pelaksanaannya bidan kadang dihadapkan pada beberapa situasi darurat dimana harus segera melakukan tindakan untuk menyelamatkan pasien sehingga bidan sangat dituntut kemampuannya untuk selalu melakukan evaluasi keadaan pasien agar asuhan yang diberikan tepat dan aman. Jika hasil pemeriksaan menunjukkan adanya tanda bahaya pada pasien, maka tindakan yang harus dilakukan adalah

merujuk pasien dengan melakukan tindakan stabilisasi pra rujukan terlebih dahulu. Jika pertolongan persalinan dilakukan di rumah sakit maka sesegera mungkin bidan melaporkan kondisi pasien kepada dokter.

e. Intervensi

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

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

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

Kriteria hasil : a. Keadaan umum ibu baik

b. TTV dalam batas normal

TD : 100/60 – 130/90 mmHg

Nadi : 60-90x/ menit

RR : 16-24x/ menit

Suhu : 36,5-37,5° C

c. DJJ (120-160x/ menit)

d. Kala I :

1) Pada Primigravida kala 1 berlangsung ± 10-12 jam

2) Ada kemajuan persalinan (his makin sering dan

durasinya makin lama, ~~o~~ dan efficement bertambah, penurunan kepala bertambah, tidak ada moulage)

Intervensi :

- 1) Beritahu ibu mengenai hasil pemeriksaanya, bahwa ia dalam keadaan normal

R/ Memberitahu mengenai hasil pemeriksaan kepada pasien merupakan langkah awal bagi bidan dalam membina hubungan komunikasi yang efektif sehingga dalam proses KIE akan tercapai pemahaman materi KIE yang optimal.

(Sulistyawati, 2009: 195)

- 2) Berikan perawatan atau dukungan professional intrapartum sesuai indikasi.

R/ Kontinuitas perawatan dan pnegkajian dapat menurunkan stress. Studi penelitian menduga bahwa klien ini memerlukan obat nyeri lebih sedikit, yang dapat mengakibatkan pemendekan persalinan.

(Doenges dkk, 2001 : 267)

- 3) Pantau tekanan darah dan nadi sesuai indikasi

R/ Stres mengaktifkan sistem adrenokortikal hipofisis-hipotalamik, yang meningkatkan retensi dan resorpsi natrium dan air dan meningkatkan sekresi kalium. Resorpsi natrium dan air dapat memperberat perkembangan toksemia intrapartum/hipertensi. Kehilangan kalium dapat memperberat penurunan aktivitas miometrik.

(Doenges dkk, 2001 : 267)

4) Pantau pola kontraksi uterus

R/ Pola kontraksi hipertoniik atau hipotoniik dapat terjadi bila stress menetap

(Doenges dkk, 2001 267)

5) Anjurkan klien untuk mengungkapkan perasaan, masalah dan rasa takut

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

(Doenges dkk, 2001 : 267)

6) Tingkatkan privasi dan penghargaan terhadap kesopanan.

R/ Kesopanan adalah masalah pada kebanyakan budaya.

(Doenges dkk, 2001 : 268)

7) Berikan informasi tentang prosedur seperti pemantauan janin dan kemajuan persalinan normal

R/ Pendidikan antepartal dapat memu

8) dahkan persalinan dan proses kelahiran, membantu meningkatkan sikap positif dan atau rasa kontrol dan dapat menurunkan ketergantungan pada medikasi

(Doenges dkk, 2001 : 269)

9) Dapatkan persetujuan terhadap prosedur. Jelaskan prosedur rutin dan

kemungkinan risiko yang berhubungan dengan persalinan dan melahirkan

R/ Bila prosedur melibatkan tubuh klien, perlu bagi klien mendapatkan informasi yang btepat untuk membuat polihan persetujuan

(Doenges dkk, 2001 : 269)

10) Pantau suhu setiap 4 jam, lebih sering bila ada indikasi. Pantau tanda-tanda vital (TTV)/ DJJ

R/ Dehidrasi dapat menyebabkan peningkatan suhu, tekanan darah, nadi, pernafasan dan DJJ

(Doenges dkk, 2001 : 270)

11) Dukung klien selama kontraksi dengan teknik pernafasan dan relaksasi

R/ Menurunkan ansietas dan memberikan distraksi, yang dapat memblok persepsi impuls nyeri dalam korteks serebral

(Doenges dkk, 2001 : 270)

12) Ajarkan teknik pernafasan/relaksasi dan cara meneran dengan tepat untuk setiap fase persalinan

R/ Belajar meneran dan pernafasan untuk proses persalinan dapat menurunkan stress karena ibu telah mempersiapkan diri dan ibu menjadi lebih kooperatif terhadap petugas

(Doenges dkk, 2001 : 269)

13) Kaji kontraksi uterus/pola relaksasi, status janin, perdarahan pervagina dan dilatasi serviks

R/ Mengesampingkan kemungkinan komplikasi yang dapat disebabkan atau memperberat ketidaknyamanan persalinan

(Doenges dkk, 2011 : 271)

14) Lakukan pemeriksaan vagina awal, ulangi bila kontraksi atau perilaku klien menandakan kemajuan persalinan bermakna

R/ Pengulangan pemeriksaan vagina berperan dalam insiden infeksi saluran asenden

(Doenges dkk, 2001 : 272)

15) Tekankan pentingnya mencuci tangan yang baik dan tepat

R/ Menurunkan risiko yang dapat menyebabkan infeksi

(Doenges dkk, 2001 : 272)

16) Gunakan teknik aseptik selama pemeriksaan vagina

R/ Membantu mencegah pertumbuhan bakteri, membatasi kontaminasi dari pencapaian ke vagina

(Doenges dkk, 2001 : 272)

17) Melakukan maneuver leopold untuk menentukan posisi janin

R/ Apabila ditemukan presentasi bokong, maka memerlukan kelahiran secara section caesarea. Abnormalitas lain seperti presentasi wajah, dagu dan posterior juga dapat memerlukan intervensi khusus untuk mencegah persalinan yang lama

(Doenges dkk, 2001 : 274).

18) Pantau dengan sering DJJ perhatikan variasi DJJ dan perubahan periodic pada respons terhadap kontraksi uterus

R/ DJJ harus direntang 120-160 kali per menit dengan variasi rata-rata, percepatan dalam respons terhadap aktivitas maternal, gerakan janin dan kontraksi uterus

(Doenges dkk, 2001 : 274)

19) Catat kemajuan persalinan

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

(Doenges dkk, 2001 : 274)

20) Posisikan klien miring ke kiri

R/ Meningkatkan perfusi plasental, mencegah sindrom hipotensif telentang

(Doenges dkk, 2001 : 275)

21) Bantu tindakan kenyamanan misalnya gosokan punggung/kaki

R/ Meningkatkan relaksasi, meningkatkan perasaan sejahtera

(Doenges dkk, 2001 : 277)

22) Anjurkan klien untuk berkemih setiap 1-2 jam

R/ Mempertahankan kandung kemih bebas distensi yang dapat meningkatkan ketidaknyamanan, mengakibatkan kemungkinan trauma, mempengaruhi penurunan janin dan memperlama persalinan

(Doenges dkk, 2001 : 277)

23) Hitung waktu dan catat frekuensi, intensitas dan durasi pola kontraksi uterus setiap 30 menit

R/ Memantau kemajuan persalinan dan memberikan informasi

(Doenges dkk, 2001 : 277)

24) Evaluasi pola konteraksi uterus

R/ Peningkatan kekuatan/intensitas kontraksi uterus dapat meningkatkan masalah klien tentang kemampuan pribadi dan hasil persalinan

(Doenges dkk, 2001 : 281)

Masalah :

1) Takut dengan rasa sakit selama proses persalinan

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan adanya adanya rasa sakit selama proses persalinan berlangsung

Kriteria Hasil : Mengungkapkan pemahaman tentang kondisi ibu.

Intervensi

a) Berikan informasi tentang fisiologis nyeri persalinan

R/ meningkatkan pemahaman ibu bahwa nyeri persalinan adalah fisiologis yang merupakan manifestasi dari adanya kontraksi myometrium dan dilatasi serviks

(Oxorn dkk, 2010 : 377)

b) Ajarkan pasien teknik relaksasi dan pernafasan

R/ Belajar meneran dan pernafasan untuk proses persalinan serta menurunkan stress dan ansietas.

(Doengoes dkk, 2001 : 269)

2) Bingung dengan apa yang harus dilakukan selama proses persalinan

a) Berikan Konseling, Informasi dan Edukasi (KIE) pada ibu bahwa proses persalinan berjalan normal

R/ Pendidikan dapat menurunkan stress dan ansietas pada ibu

(Doenges dkk, 2001 : 267)

b) Jamin bahwa klien, berada di bawah pengarahannya penolong

Klien dapat merasa lebih tenang dan dapat memahami petunjuk dari penolong

(Doenges dkk, 2001 : 294)

3) Tidak tahan dengan nyeri akibat kontraksi

a) Berikan aromaterapi atau bau-bauan yang menyenangkan dan memberikan rasa nyaman serta relaksasi pada tubuh dan pikiran.

R/ Pikiran ibu akan mereduksi nyeri dan cemas, sehingga nyeri akan berkurang

(Marynani, 2010:54)

b) Kompres dingin dan hangat

R/ kompres panas meningkatkan suhu kulit lokal, sirkulasi dan metabolisme jaringan. Kompres panas mengurangi spasme otot dan

meningkatkan ambang nyeri. Sedangkan kompres dingin berguna untuk mengurangi pembengkakan dan menyejukkan bagi kulit.

(Sulistyo dan Suharti, 2013:86)

c) Masase

R/ teknik pemijatan memberikan efek relaksasi dan efektif menghilangkan rasa sakit punggung akibat persalinan

(Danuatmaja, 2004:45)

4) Merasa tidak percaya diri dengan kemampuannya meneran

a) Ajarkan ibu teknik meneran dan teknik pernafasan yang benar

R/ Ibu mengerti dan memahami teknik meneran dan pernafasan yang benar sehingga menurunkan kekhawatiran klien

(Doenges dkk, 2001 : 288)

5) Bingung memilih posisi meneran

a) Posisikan klien miring kiri bila tepat

R/ Meningkatkan aliran balik vena dengan memindahkan tekanan dari uterus terhadap vena kava inferior dan aorta desenden

(Doenges dkk, 2001 : 292)

b) Bantu ibu memilih posisi yang tepat dan diinginkannya

R/ Dengan posisi yang tepat akan meningkatkan kenyamanan dan menurunkan stress pada klien

(Doenges dkk, 2001 : 292)

f. Implementasi

Tanggal :

Pukul :

- 1) Menginformasikan kepada ibu mengenai hasil pemeriksaanya, bahwa ia dalam keadaan normal
- 2) Memberikan perawatan atau dukungan profesional intrapartum sesuai indikasi.
- 3) Memantau tekanan darah dan nadi sesuai indikasi
- 4) Memantau pola kontraksi uterus
- 5) Menganjurkan klien untuk mengungkapkan perasaan, masalah dan rasa takut
- 6) Meningkatkan privasi dan penghargaan terhadap kesopanan.
- 7) Memberikan informasi tentang prosedur seperti pemantauan janin dan kemajuan persalinan normal
- 8) Mendapatkan persetujuan terhadap prosedur. Menelaskan prosedur rutin dan kemungkinan risiko yang berhubungan dengan persalinan dan melahirkan
- 9) Memantau masukan / pengeluaran. Memperhatikan berat jenis urin. Menganjurkan klien untuk mengosongkan kandung kemih
- 10) Memantau suhu setiap 4 jam, lebih sering bila ada indikasi. Memantau tanda-tanda vital (TTV)/ DJJ
- 11) Mendukung klien selama kontraksi dengan teknik pernafasan dan relaksasi

- 12) Mendemonstrasikan teknik pernafasan/relaksasi dengan tepat untuk setiap fase persalinan, mengajarkan dan meninjau ulang posisi mendorong selama tahap II
- 13) Mengkaji kontraksi uterus/pola relaksasi, status janin, perdarahan pervaginam dan dilatasi serviks
- 14) Melakukan pemeriksaan vagina awal, mengulangi bila kontraksi atau perilaku klien menandakan kemajuan persalinan bermakna
- 15) Menekankan pentingnya mencuci tangan yang baik dan tepat
- 16) Menggunakan teknik *aseptic* selama pemeriksaan vagina
- 17) Melakukan *maneuver leopold* untuk menentukan posisi janin
- 18) Memantau dengan sering DJJ memperhatikan variasi DJJ dan perubahan periodic pada respons terhadap kontraksi uterus
- 19) Mencatat kemajuan persalinan
- 20) Memposisikan klien miring ke kiri
- 21) Membantu tindakan kenyamanan misalnya gosokan punggung/kaki
- 22) Menganjurkan klien untuk berkemih setiap 1-2 jam
- 23) Menghitung waktu dan mencatat frekuensi, intensitas dan durasi pola kontraksi uterus setiap 30 menit
- 24) Mengevaluasi pola konteraksi uterus

g. Evaluasi

Hasil evaluasi tindakan nantinya dituliskan setiap saat pada lembar catatan perkembangan dengan melaksanakan observasi dan pengumpulan data

subyektif, obyektif, mengkaji data tersebut dan merencanakan terapi atas hasil kajian tersebut. Jadi secara dini catatan perkembangan berisi uraian yang berbentuk SOAP, yang merupakan singkatan dari :

S :Ibu mengatakan sudah mengerti hasil pemeriksaan persalinan Kala I dan mengetahui kondisinya dan juga janinnya

O :Keadaan umum baik, tanda-tanda vital (nadi, suhu, pernafasan, tekanan darah) normal, TFU sesuai dengan usia kehamilan, DJJ normal, pembukaan serviks 0-10 cm, penipisan 25-100%, bagian terendah janin Ubun Ubun Kecil (UUK), tidak ada bagian terkecil atau berdenyut di sekitar bagian terendah janin.

A :G_ P_ _ _ _ Ab _ _ _ Uk ... minggu, janin T/H/I, Letak kepala, punggung kanan/kiri Kala I fase laten/aktif persalinan dengan keadaan ibu dan janin baik.

P:

- 1) Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan proses melahirkan bayi akan segera dimulai
- 2) Memberitahu ibu untuk mempersiapkan fisik dan mentalnya untuk melahirkan bayi
- 3) Memberitahu keluarga untuk mendukung ibu baik secara fisik dan psikologis serta menyiapkan rujukan apabila sewaktu-waktu terjadi kegawatdaruratan

2.2.2 Manajemen Kebidanan Kala II

a. Pengkajian

Tanggal pukul :

1) Data Subjektif

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

2) Data Objektif

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

a) Ekspresi wajah pasien serta bahasa tubuh (body language) yang menggambarkan susunan fisik dan psikologis pasien menghadapi kala II persalinan.

b) Vulva dan anus membuka, perineum menonjol.

c) Hasil pemantauan kontraksi

(1) Durasi lebih dari 40 detik

(2) Frekuensi lebih dari 3 kali dalam 10 menit

(3) Intensitas kuat

d) Hasil pemeriksaan dalam menunjukkan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap.

b. Identifikasi Diagnosa dan Masalah

Diagnosa : G_ P_ _ _ Ab _ _ _ UK _ _ minggu T/H/I

Presentasi.....dengan denominator.....Kala II persalinan

kondisi ibu dan janin baik

Data Subjektif : Ibu mengatakan ada dorongan ingin meneran dan perutnya semakin sakit

Data Objektif : Keadaan Umum : Baik

kesadaran : composmentis

TD : 90/60-120/80 mmHg

Nadi : 60-96x/menit

RR : 12-20x/menit

Suhu : 36,5 – 37,5 C

DJJ : 120 – 160 x/menit.

Genetalia : Vulva dan anus membuka, perineum menonjol.

Hasil pemantauan kontraksi

(1) Durasi lebih dari 40 detik

(2) Frekuensi lebih dari 3 kali dalam 10 menit

(3) Intensitas kuat

Hasil pemeriksaan dalam menunjukkan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap.

c. Merumuskan Diagnosis/Masalah Potensial

Menurut Sulistyawati (2014:234-235), diagnosis potensial pada kala II persalinan ditegakkan berdasarkan hasil interpretasi data pada kala ini.

Pada Ibu:

- 1) Infeksi
- 2) Perdarahan
- 1) HPP
- 2) Anemia
- 3) Kelainan pada masa nifas
- 4) Robekan jalan lahir

Pada Bayi:

- 1) Asfiksia
- 2) Hipotermi
- 3) Infeksi

d. Identifikasi Kebutuhan Segera

Menurut Sulistyawati (2014:235), bidan harus yakin bahwa pada setiap kasus persalinan dengan diagnosis potensial pada kala II, tindakan rujukan merupakan satu-satunya langkah yang paling aman untuk pasien. Perumusan diagnosis potensial bertujuan untuk memberikan patokan bagi bidan dalam hal antisipasi serta persiapan apa saja yang harus dilakukan sebelum merujuk jika memang langkah merujuk benar-benar diputuskan sebagai langkah yang paling tepat.

e. Intervensi

Diagnosa : G_P_ _ _ _Ab_ _ _Uk... minggu, janin T/H/I, presentasi.....dengan denominator.....persalinan kala II dengan kondisi ibu dan janin baik.

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

KH :

- a) Keadaan Umum : Baik
 - Kesadaran : Composmentis
 - Nadi : 60-80x/menit
 - Suhu : 36,5-37,5⁰C
 - TD : 110/70-140/90 mmHg
 - RR : 16-24x/menit
 - DJJ : 120-160x/menit, reguler
- b) Lama kala II tidak lebih dari 1 jam.
- c) Ibu meneran dengan efektif.
- d) Bayi lahir spontan menangis kuat dan gerak aktif dan kulit kemerahan.

Intervensi:

- 1) Kenali gejala dan tanda kala II
R/ memastikan dimulainya kala II
- 2) Pastikan kelengkapan persalinan, bahn, dan obat untuk menolong persalinan dan tata laksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir.
R/ tanda persalinan menandakan bahwa persalinan akan segera berlangsung.
- 3) Pemakai celemek plastik.

R/ Terbuat dari plastic sehingga tahan air sehingga penutup bagian depan tubuh penolong dari resiko cipratan darah, semua jenis cairan tubuh, secret, sekreta kulit yang tidak utuh dan selaput lendir pasien.

4) Cuci tangan 6 langkah

R/ Mengurangi penyebaran infeksi

5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.

R/ Melindungi tangan dari bahan infeksius dan melindungi pasien dari mikroorganisme pada tangan petugas.

6) Memasukkan oksitosin ke dalam tabung suntik.

R/ memastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik

7) Bersihkan vulva dan perineum dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi air DTT.

R/ membantu meningkatkan kebersihan dan mencegah terjadinya infeksi uterus asenden dan kemungkinan sepsis.

8) Lelakukan pemeriksaan dalam

R/ memastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah atau belum, jika belum lakukan amniotomi

9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam

larutan 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan dengan air mengalir setelah sarung tangan dilepaskan.

R/ mencegah penyebaran infeksi

10) Periksa DJJ setelah kontraksi untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal yaitu 120-160 kali per menit

R/mendeteksi bradikardi janin dan hipoksia berkenaan dengan penurunan sirkulasi dalam plasenta ibu.

11) Beritahukan kepada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, minta ibu meneran saat ada kontraksi dan ada rasa ingin meneran.

R/ keterlibatan yang aktif dan efektif cara meneran ibu dapat membatu turunnya janin.

12) Minta suami untuk membantu menyiapkan posisi meneran.

R/ posisi yang tepat dengan relaksasi jaringan perineum mengoptimalkan upaya mengejan, memudahkan kemajuan persalinan, menurunkan ketidaknyamanan.

13) Pimpin meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.

R/ saat ada kontraksi dan ibu meneran dengan benar dapat membantu mempercepat dan lebih efektif dalam proses melahirkan bayi.

14) Anjurkan ibu untuk berjalan, jongkok dan mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.

R/ merangsang pendaratan dan pembukaan serviks

15) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.

R/ mempercepat proses pengeringan bayi

16) Letakkan *underpad* yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.

R/ 1/3 bagian yang kecil dapat membantu dalam proses penahanan perineum.

17) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.

R/ mempercepat dan mempermudah dalam proses pertolongan persalinan.

18) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

R/ melindungi tangan dari bahan infeksius dan melindungi pasien dari mikroorganisme pada tangan petugas.

19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi agar kepala bayi tetap fleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal saat 1/3 bagian kepala bayi telah keluar dari vagina.

R/ persalinan yang tegesa-gesa meningkatkan resiko trauma kepala janin karena tulang tengkorak tidak mempunyai waktu yang cukup untuk menyesuaikan dengan dimensi jalan lahir.

20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat, dan segera melanjutkan proses kelahiran bayi.

R/ adanya lilitan tali pusat dapat memperlambat proses persalinan, oleh karena itu jika ada lilitan tali pusat harus mengambil tindakan yang sesuai.

21) Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

R/ gerakan rotasi luar atau putar paksi luar menjadikan diameter bikromial janin searah dengan diameter anteroposterior pintu bawah panggul, satu bahu di anterior belakang simfisis dan bahu yang satunya di bagian posterior belakang perineum.

22) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

R/ melahirkan bahu bayi secara berhati-hati secara biparietal untuk dapat memudahkan penolong untuk melahirkan bahu bayi dan menurunkan trauma pada bahu bayi.

23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan atas kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan, dan siku sebelah bawah.

Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

R/ mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum agar tidak terjadi ruptur yang berlebihan.

24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki. Pegang kedua mata kaki.

R/ mengendalikan kelahiran tungkai bayi saat melewati perineum agar tidak terjadi ruptur berlebihan

25) Melakukan penilaian sepiantas

R/ mengetahui apakah terjadi kelainan dan dapat mengetahui tindakan segera yang harus dilakukan untuk menyelamatkan bayi.

26) Keringkan tubuh bayi dan membiarkan bayi di atas perut ibu.

R/ menjaga kehangatan tubuh bayi

27) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus

R/ palpasi abdominal segera setelah lahir untuk memastikan janin tunggal, tidak ada bayi lain dalam uterus.

28) Beritahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.

R/ ibu dapat mengetahui alasan penyuntikan oksitosin

29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit

IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral.

R/ oksitosin merangsang fundus uteri untuk berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat memantau pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah.

30) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari tali pusat bayi. Mendorong isi tali pusat kearah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

R/ mencegah bayi anemia

31) Pemotongan dan pengikatan tali pusat.

R/ memutuskan hubungan bayi dan plasenta

32) Meletakkan bayi agar ada kontak kulit. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.

R/ melakukan inisiasi menyusui dini agar terjalin hubungan yang baik antara ibu dan bayi

33) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

R/ menjaga kehangatan tubuh bayi.

f. Implementasi

Tanggal : Jam :

Implementasi :

- 1) Mengenali gejala dan tanda kala II
- 2) Memastikan kelengkapan persalinan, bahan, dan obat untuk menolong persalinan dan tata laksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir.
- 3) Memakai celemek plastik.
- 4) Mencuci tangan 6 Langkah, melepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir, kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk yang bersih dan kering.
- 5) Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
- 6) Memasukkan oksitosin ke dalam tabung suntik.
- 7) Membersihkan vulva dan perineum dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi air DTT.
- 8) Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.
- 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan

0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan dengan air mengalir setelah sarung tangan dilepaskan.

10) Memeriksa DJJ setelah kontraksi untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (DJJ : 128 x/ menit)

11) Memberitahukan kepada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, serta bantu ibu dalam menentukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya

1) Menunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu maupun janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.

2) Menjelaskan pada suami tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.

12) Meminta suami untuk membantu menyiapkan posisi meneran.

13) Melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.

14) Menganjurkan ibu untuk berjalan, jongkok dan mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.

15) Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.

16) Meletakkan *underpad* yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.

- 17) Membuka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- 18) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi agar kepala bayi tetap fleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal saat 1/3 bagian kepala bayi telah keluar dari vagina.
- 20) Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat, dan segera melanjutkan proses kelahiran bayi. (Tidak ada lilitan tali pusat)
- 21) Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 22) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- 23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan atas kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan, dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- 24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki. Pegang kedua mata kaki.

- 25) Melakukan penilaian sepiantas (apakah bayi mengis kuat/bernafas tanpa kesulitan, dan apakah bayi bergerak dengan aktif)
E : bayi lahir jam 14.00 WIB, bayi menangis kuat dan bergerak aktif dengan jenis kelamin perempuan.
- 26) Mengeringkan tubuh bayi dan membiarkan bayi di atas perut ibu.
- 27) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.
E : TFU setinggi pusat, tidak ada bayi kedua.
- 28) Memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.
- 29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral.
- 30) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari tali pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
- 31) Pemotongan dan pengikatan tali pusat.
- 32) Meletakkan bayi agar ada kontak kulit. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.
- 33) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

g. Evaluasi

Tanggal:

Pukul:

- 1) Keadaan umum bayi: jenis kelamin, spontanitas menangis segera setelah lahir, dan warna kulit.
- 2) Keadaan umum pasien: kontraksi, perdarahan, dan kesadaran.
- 3) Kepastian adanya bayi kedua.

(Sulistyawati, 2014)

2.2.3 Manajemen Kebidanan Kala III

a. Pengkajian

Tanggal..... Pukul

1) Data Subjektif

- a) Pasien mengatakan bahwa bayinya telah lahir melalui vagina.
- b) Pasien mengatakan bahwa ari-arinya belum lahir.
- c) Pasien mengatakan bahwa perut bagian bawahnya terasa mulas.

2) Data Objektif

- a) Bayi lahir secara spontan pervaginam pada tanggal ... jam ... jenis kelamin laki-laki/perempuan, normal ada kelainan, menangis spontan kuat, kulit warna kemerahan.
- b) Plasenta belum lahir.
- c) Tidak teraba janin kedua.
- d) Teraba kontraksi uterus.

b. Interpretasi Data

Berdasarkan data dasar yang diperoleh melalui pengkajian di atas, bidan menginterpretasikan bahwa pasien sekarang benar-benar sudah dalam persalinan kala III.

Dx : P..... Ab.... Inparu kala III, keadaan ibu dan bayi baik

Data subjektif : Ibu mengatakan sudah lega karena bayinya telah lahir namun masih merasakan sedikit mules serta ibu merasa lelah, dan nyeri pada alat kelaminnya.

Data Objektif : TFU setinggi pusat, uterus teraba keras, kandung kemih kosong, tampak tali pusat didepan vulva terjepit oleh klem tali pusat, ada pemanjangan tali pusat dan ada semburan darah, terdapat robekan pada perineum ibu.

c. Diagnosis Potensial

Diagnosis potensial yang mungkin muncul pada kala III.

- 1) Gangguan kontraksi pada kala III.
- 2) Retensi sisa plasenta.

d. Tindakan Antisipasi/Segera

Langkah antisipasi yang dapat dilakukan pada kala III.

- 1) Stimulasi puting susu.
- 2) Pengeluaran plasenta secara lengkap.

e. Intervensi

Tujuan : untuk menghasilkan kontraksi yang efektif saat plasenta lahir, sehingga dapat memperpendek waktu pada kala III dan mengurangi perdarahan dalam waktu 30 menit.

Kriteria Hasil:

- 1) Plasenta lahir lengkap tidak lebih dari 30 menit.
- 2) Kontraksi uterus baik, keras (globuler).
- 3) Jumlah perdarahan < 500 cc.
- 4) TTV : Nadi : normal 80-110 kali/menit

Suhu : 36-37 °C

RR : 16-24 kali/menit

TD : 110/70 – 140/90 mmHg

(Sulistyawati, 2014)

Intervensi

- 1) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.

R/ memegang tali pusat lebih dekat ke vulva akan mencegah avulsi

- 2) Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, pada tepi atas simfisis, untuk mendeteksi adanya kontraksi. Tangan yang lain memegang tali pusat.

R/ memeriksa apakah uterus berkontraksi atau tidak.

- 3) Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah dorso kranial

secara hati-hati. Pertahankan dorso kranial selama 30-40 detik. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan PTT dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas.

R/ Kontraksi uterus mengurangi area perlekatan plasenta.

- 4) Melakukan PTT saat ada kontraksi, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir.

R/ menegangkan kearah yang berlawanan diatas simfisis pubis mencegah inversion uterus pada waktu melahirkan plasenta

- 5) Saat plasenta muncul di introitus vagina, melahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta (searah jarum jam) hingga selaput ketuban terpilin dan kemudian lahirkan.

R/ plasenta beserta selaput ketuban dapat lahir lengkap sebab selaput ketuban rapuh yang dapat menyebabkan perdarahan, karena sisa plasenta atau selaput ketuban yang tertinggal di uterus.

- 6) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, Melakukan masase uterus selama 15 detik hingga uterus berkontraksi

R/ Memastikan uterus tetap berkontraksi sehingga tidak terjadi perdarahan

- 7) Periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput

ketuban sudah lahir lengkap, dan memasukkan ke dalam kantung plastic yang tersedia.

R/ jika tidak lengkap, hal ini bisa menyebabkan perdarahan, plasenta perlu ditangani dengan cara tersebut untuk mencegah infeksi.

- 8) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum.

R/ melakukan penjahitan bila laserasu meyebabkan perdarahan

f. Implementasi

Tanggal : Pukul :

- 1) Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- 2) Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, pada tepi atas simfisis, untuk mendeteksi adanya kontraksi. Tangan yang lain memegang tali pusat.
- 3) Menegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah dorso kranial secara hati-hati. Pertahankan dorso kranial selama 30-40 detik. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan PTT dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas.

E : ada semburan darah tiba-tiba, uterus globuler saat dilakukan

PTT kedua.

4) Melakukan PTT saat ada kontraksi, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir.

5) Saat plasenta muncul di introitus vagina, melahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta (searah jarum jam) hingga selaput ketuban terpinil dan kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

E : Plasenta lahir jam ... WIB, diameter : ... cm, panjang : 40....cm, ketebalan : cm, kotiledon lengkap, selaput plasenta utuh.

6) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, Melakukan masase uterus selama 15 detik hingga uterus berkontraksi

E : fundus teraba keras dan bulat.

7) Memeriksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan memasukkan ke dalam kantung plastic yang tersedia.

8) Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum.

g. Evaluasi

Tanggal ... jam ...

S : pasien mengatakan bahwa perut bagian bawah terasa mulas, dan tetap melakukan pemijatan pada perut untuk

merangsang kontraksi.

O : Keadaan ibu

KU: baik

Kesadaran: composmentis

TTV: Nadi : normal 80-110 kali/menit

Suhu : 36-37 °C

RR : 16-24 kali/menit

TD : 110/70 – 140/90 mmHg

Kontraksi uterus : baik/tidak

TFU : berapa jari di bawah pusat

Kandung kemih : penuh/kosong

Jumlah perdarahan : sedikit/sedang/banyak

Laserasi jalan lahir : ada/tidak derajat.....

A : P.....A.....kala III. Keadaan ibu dan bayi pada kala III.

P :

- 1) Menganjurkan ibu istirahat
- 2) Memantau perdarahan pada luka perineum
- 3) Mamantau TTV, kontraksi uterus

2.2.4 Manajemen Kebidanan Kala IV

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

a. Pengkajian

- 1) Data Subjektif

- a) Pasien mengatakan bahwa ari-arinya telah lahir.
- b) Pasien mengatakan perutnya mulas.
- c) Pasien mengatakan merasa lelah tapi bahagia.

2) Data Objektif

- a) Plasenta telah lahir spontan lengkap pada tanggal ... jam ...
- b) TFU berapa jari di bawah pusat.
- c) Kontraksi uterus: baik/tidak

b. Interpretasi Data

Dx : P....Ab... Inpartu kala IV ,kondisi ibu dan bayi baik

Data Subjektif : ibu mengatakan lega karena ari-arinya telah lahir, dan masih merasakan mules, dan ibu mengatakan tidak nyaman karena bajunya basah.

Data Objektif :

- a) kontraksi uterus keras/lembek
- b) kandung kemih kosong/penuh
- c) TFU 2 jari dibawah pusat
- d) perdarahan ml
- e) TTV :

TD : N :

S : RR :

Laserasi derajat 2 : meliputi mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum.

Lochea : Rubra

Masalah yang dapat muncul pada kala IV:

- 1) Pasien kecewa Karena jenis kelamin bayi tidak sesuai dengan keinginannya.
- 2) Pasien tidak kooperatif dengan proses Inisiasi Menyusu Dini (IMD).
- 3) Ketidaknyamanan kebersihan diri
- 4) Pasien masih merasakan mulas pada perut
- 5) Pasien cemas dengan keadaannya.

c. Diagnosis Potensial

Diagnosis potensial yang mungkin muncul pada kala IV.

- 1) Hipotoni sampai dengan atonia uteri.
- 2) Perdarahan Karena robekan serviks.
- 3) Syok hipovolemik.

d. Tindakan Antisipasi/Segera

Langkah antisipasi yang dapat dilakukan pada kala III.

- 3) Eksplorasi sisa plasenta.
- 4) Kompresi bimanual eksterna sampai interna.
- 5) Pemberian infus dan uterotonika.

e. Intervensi

Dx : P.... Ab.... Inpartu kala IV dengan keadaan ibu dan bayi baik

Tujuan : setelah 2 jam post partum tidak terjadi komplikasi..

Kriteria Hasil:

- 1) Perdarahan < 500 cc.
- 2) Kontraksi uterus.
- 3) TFU 1-2 jari di bawah pusat.
- 4) TTV : Nadi : normal 76-80 kali/menit

Suhu : 36-37 °C

RR : 16-24 kali/menit

TD : 110/70 – 140/90 mmHg

(Sulistyawati, 2014)

Intervensi :

- 1) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

R/ dua jam pertama merupakan saat-saat yang memerlukan perhatian khusus sehubungan dengan adanya komplikasi kala III.

- 2) Biarkan bayi tetap melakukan IMD dengan bayi kontak kulit ke kulit di dada ibu selama 1 jam.

R/ memberikan sentuhan kulit dari ibu ke bayi yang dapat menambah ikatan batin antara ibu ke bayi dan dapat mengurangi rasa kesakitan ibu serta dapat mencegah hipotermi pada bayi

- 3) Setelah 1 jam, melakukan penimbangan/pengukuran bayi, memberikan tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K₁ 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral.

R/ pemeriksaan fisik bayi baru lahir , pencegahan penyakit mata, dan peningkatan kemampuan pembekuan darah dilakukan sebagai

bentuk awal deteksi dini sehingga dapat dilakukan tindakan lain jika memang dibutuhkan.

- 4) Setelah 1 jam pemberian vitamin K₁, diberikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.

R/ menangkal infeksi organ hati yang disebabkan oleh virus hepatitis B

- 5) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan per vaginam.

R/ kontraksi yang stabil mencegah terjadinya perdarahan

- 6) Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.

R/ masase perlahan menjaga kontraksi tetap stabil

- 7) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

R/ deteksi dini terjadi komplikasi pasca melahirkan.

- 8) Periksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua pasca persalinan, memeriksa suhu ibu setiap 1 jam.

R/ mengetahui kondisi ibu dan memastikan tidak terjadi komplikasi atau resiko potensial komplikasi.

- 9) Pemeriksaan kembali kepada bayi untuk pastikan bahwa bayi bernapas baik.

R/ deteksi dini adanya komplikasi pada bayi.

10) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi.

R/Mencegah terjadinya infeksi

11) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai.

R/ mencegah terjadinya infeksi

12) Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

R/ mencegah terjadinya infeksi dan membuat ibu menjadi lebih nyaman

13) Memastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI, anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.

R/ mencukupi kebutuhan nutrisi dan memulihkan tenaga setelah persalinan

14) Melakukan dekontaminasi tempat bersalian dengan larutan klorin 0,5%.

R/ mencegah terjadinya infeksi

15) Mencelupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

R/ mencegah terjadinya infeksi

16) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

R/ mencegah terjadinya infeksi

17) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

R/ mengumpulkan informasi tentang kemajuan persalinan dengan mendeteksi adanya masalah persalinan

f. Implementasi

Tanggal : Pukul :

Implementasi :

- 1) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
E : kontraksi uterus baik/tidak
- 2) Membiarkan bayi tetap melakukan IMD dengan bayi kontak kulit ke kulit di dada ibu selama 1 jam.
- 3) Setelah 1 jam, melakukan penimbangan/pengukuran bayi, memberikan tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K₁ 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral.
- 4) Setelah 1 jam pemberian vitamin K₁, diberikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.
- 5) Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan per vaginam.

6) Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi dengan meraba perutnya, apabila perut ibu terasa keras maka kontraksinya baik. Tetapi apabila kontraksinya lembek maka maka ibu perlu melakukan pemijatan dengan cara memutar menggunakan ujung telapak tangan sebanyak 15 kali. .

7) Mengevaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

E : perdarahancc.

8) Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua pasca persalinan, memeriksa suhu ibu setiap 1 jam.

9) Melakukan pemeriksaan kembali kepada bayi untuk pastikan bahwa bayi bernapas baik (40-60 x/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5°C).

E : pernapasan : ... x/menit, S : ... °C.

10) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi.

11) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai.

12) Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

- 13) Memastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI, anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
- 14) Melakukan dekontaminasi tempat bersalian dengan larutan klorin 0,5%.
- 15) Mencelupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 16) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 17) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

g. Evaluasi

Tanggal:

Jam:

S : pasien mengatakan bahwa perut bagian bawah terasa mulas, dan lega dengan proses persalinan yang berjalan lancar.

O : Keadaan ibu

KU: baik

Kesadaran: composmentis

TTV: Nadi : normal 80-110 kali/menit

Suhu : 36-37 °C

RR : 16-24 kali/menit

TD : 110/70 – 140/90 mmHg

Kontraksi uterus : baik/tidak

TFU : berapa jari di bawah pusat

A : Ny E P..... Ab..... Post Partum normal hari ke 1

P :

- 1) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan mengingatkan kembali cara massage uterus dengan benar.
- 2) Membantu memandikan ibu dan bayi sebelum pulang kerumah.
- 3) Mengingatkan kembali ibu dan keluarga cara perawatan tali pusat dirumah.
- 4) Menjelaskan tanda bahaya nifas seperti perdarahan lewat jalan lahir, keluar cairan berbau dari jalan lahir, demam, bengkak di muka,tangan, atau kaki disertai sakit kepala dan atau kejang, payudara bengkak, berwarna kemerahan dan sakit, puting lecet.dll
- 5) Memberikan KIE tentang nutrisi pada ibu nifas
- 6) Memberikan KIE tentang personal hygiene
- 7) Bidan memberikan obat untuk dibawa pulang dan menganjurkan untuk kontrol ulang 3 hari lagi.

2.2.5 Pengkajian Bayi Baru Lahir

Tanggal :

Pukul :

S :

Nama : By. Ny.

Jenis kelamin : laki-laki/perempuan

Tanggal Lahir :jam : WIB

Anak ke :

lahir spontan dan segera menangis, bayi bergerak dengan aktif, dan menyusu dengan kuat.

O : Keadaan umum : Baik

Nadi : 100- 160 x/ menit

Pernapasan : 40- 60 x/ menit

Suhu : 36,5⁰C- 37⁰C

Berat badan : 2500- 4000 gram

Panjang badan : 48- 52 cm

Lingkar kepala : 32- 37 cm

Lingkar dada : 32- 35 cm

LILA : 9- 11 cm

APGAR : 7-10

Pemeriksaan fisik :

Kepala : untuk mengetahui adanya molase, caput hematoma dan caput succadenum.

Telinga : mengetahui adanya infeksi

Mata : mengetahui tanda-tanda infeksi, sklera berwarna putih, konjungtiva merah muda

Hidung : mengetahui adanya pernapasan cuping hidung

Mulut : mengetahui adanya kelainan bawaan seperti labioskisis atau labiopalatoskisis

Leher : mengetahui adanya pembengkakan dan gumpalan

Dada : mengetahui apakah ada retraksi dinding dada, bentuk dada

Abdomen : mengetahui bentuk, adanya benjolan abnormal, keadaan tali pusat

Genetalia :

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

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

Anus : apakah atresia ani atau tidak

Kulit : verniks, warna kulit, tanda lahir

Ekstremitas: gerak aktif, apakah polidaktil atau sindaktil

A : By.Ny..... bayi baru lahir normal usia jam

P :

1) Menjelaskan kepada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan bahwa saat ini bayi dalam keadaan sehat.

- 2) Menjaga kehangatan bayi dengan memakaikan pakaian
- 3) Mengajarkan ibu dan keluarga cara perawatan tali pusat yaitu dengan membungkusnya dengan kassa steril dan menjaga tali pusat selalu dalam keadaan kering.
- 4) Mengingatkan kembali kepada ibu cara menetek yang benar. Yaitu dengan posisi muka bayi menghadap payudara, perut bayi menempel di perut ibu, dan perlekatan yang benar dengan mulut bayi terbuka lebar, sebagian areola masuk ke mulut bayi, bibir bawah terlipat keluar, dagu menempel pada payudara.
- 5) Memotivasi ibu untuk memberikan asi kepada bayinya sesering mungkin minimal 2 jam sekali serta memotivasi ibu untuk memberikan asi eksklusif karena asi memiliki banyak manfaat baik untuk ibu ataupun bayinya.
- 6) Menjelaskan tanda-tanda bahaya pada bayi seperti bayi susah bernapas, suhu terlalu panas atau dingin, warna kulit biru atau pucat, bayi kuning, tali pusat terlihat bengkak dan kemerahan, kejang, dll. Jika bayi mengalami tanda-tanda tersebut, ibu harus segera membawa bayi ke fasilitas kesehatan