

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Persalinan

2.1.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Sulistyawati, 2013).

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan di mulai sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. (Sondakh, 2015).

2.1.2 Etiologi

Selama kehamilan, didalam tubuh perempuan terdapat dua hormon yang dominan yaitu esterogen dan progesteron. Hormon esterogen berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim serta memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan mekanis. Sedangkan, hormon progesteron berfungsi

untuk menurunkan sensitivitas otot rahim, menghambat rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin dan mekanis serta menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi (Sulistyawati, dkk, 2013).

Sampai saat ini hal yang menyebabkan mulainya proses persalinan belum diketahui sehingga hanya ada teori-teori antara lain disebabkan oleh hormon, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh tekanan pada saraf, dan nutrisi. Dengan demikian dapat disebutkan beberapa teori yang dapat menyebabkan persalinan menurut Rohani (2013) sebagai berikut :

a. Teori Keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Keadaan uterus terus membesar dan menjadi tegang yang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus.

b. Teori Penurunan Progesteron

Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat sehingga pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesteron mengalami penurunan sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya, otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

c. Teori Oksitosin Internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya usia kehamilan menyebabkan oksitosin meningkatkan aktifitas sehingga persalinan dimulai.

d. Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan. Prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan.

2.1.3 Tanda Persalinan

Menjelang minggu ke 36 pada primigravida terjadi penurunan fundus uterus karena kepala bayi sudah masuk ke dalam pintu atas panggul (PAP). Gambaran *lightening* pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara *power* (his) ; *passage* (jalan lahir) ; *passanger* (penumpang). Pada multipara gambarannya menjadi tidak jelas seperti primigravida, karena masuknya kepala janin ke dalam panggul terjadi bersamaan dengan proses persalinan (Sulistyawati, 2013). Berikut adalah tanda-tanda dimulainya persalinan menurut Jenny J.S Sondakh (2013) :

- 1) Terjadinya his persalinan. Saat terjadi his ini pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval lebih pedek, dan kekuatan makin besar, serta semakin beraktivitas (jalan) kekuatan akan makin bertambah.
- 2) Pengeluaran lendir dengan darah. Terjadinya his persalinan mengakibatkan terjadinya perubahan pada serviks yang akan menimbulkan pendataran dan pembukaan. Hal tersebut menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas dan pembuluh darah pecah sehingga terjadi perdarahan.
- 3) Pada beberapa kasus persalinan akan terjadi pecah ketuban. Sebagian besar, keadaan ini terjadi menjelang pembukaan lengkap. Setelah adanya pecah ketuban, diharapkan proses persalinan akan berlangsung kurang dari 24 jam.
- 4) Hasil-hasil yang didapatkan dari pemeriksaan dalam yakni pelunakan serviks, pendataran serviks, dan pembukaan serviks.

Tabel 2.1 Karakteristik Persalinan Sesungguhnya dan Persalinan Semu

Persalinan sesungguhnya	Persalinan semu
Serviks menipis dan membuka	Tidak ada perubahan pada serviks
Rasa nyeri dan interval teratur	Rasa nyeri tidak teratur
Interval antara rasa nyeri yang secara perlahan semakin pendek	Tidak ada perubahan interval antara rasa nyeri yang satu dengan yang lain
Waktu dan kekuatan kontraksi semakin bertambah	Tidak ada perubahan pada waktu dan kekuatan kontraksi
Rasa nyeri terasa dibagian belakang dan menyebar ke depan	Kebanyakan rasa nyeri di bagian depan
Dengan berjalan bertambah intensitas	Tidak ada perubahan rasa nyeri dengan berjalan
Ada hubungan antara tingkat kekuatan kontraksi dengan intensitas nyeri	Tidak ada hubungan antara tingkat kekuatan kontraksi uterus dengan intensitas nyeri
Lendir darah sering tampak	Tidak ada lendir darah
Ada penurunan bagian kepala janin	Tidak ada kemajuan penurunan bagian terendah janin
Kepala janin sudah terfiksasi di PAP diantara kontraksi	Kepala belum masuk PAP walau ada kontraksi
Pemberian obat penenang tidak menghentikan proses persalinan sesungguhnya	Pemberian obat penenang yang efisien menghentikan rasa nyeri pada persalinan semu

Sumber : Sumarah, 2011

2.1.4 Tahapan Persalinan

Persalinan dibagi menjadi 4 tahap. Pada kala I serviks membuka dari 0 sampai 10 cm. Kala I dinamakan juga kala pembukaan. Kala II dinamakan dengan kala pengeluaran karena kekuatan his dan kekuatan mengejan, janin di dorong keluar sampai lahir. Dalam kala III atau disebut juga kala

urie, plasenta terlepas dari dinding uterus dan dilahirkan. Kala IV mulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam kemudian (Sumarah, 2011).

Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran-pergeseran ketika serviks mendatar dan membuka (Rohani, 2013).

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0-10 cm atau pembukaan lengkap. Proses ini terjadi dua fase yakni fase laten selama 8 jam dimana serviks membuka sampai 3 cm dan fase aktif selama 7 jam dimana serviks membuka dari 3-10 cm. Kontraksi lebih kuat dan sering terjadi selama fase aktif. Pada permulaan his kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga *parturient* atau ibu yang sedang bersalin masih dapat berjalang-jalan (Sulistyawati, 2013).

Kala II merupakan kala pengeluaran bayi dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Uterus dengan kekuatan hisnya ditambah kekuatan meneran akan mendorong bayi hingga lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Diagnosis persalinan ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm (Sulistyawati, 2013). Gejala utama kala II menurut Jenny J.S Sondakh (2013) yakni :

- 1) His semakin kuat dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50 sampai 100 detik.

- 2) Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- 3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan untuk mengejan akibat tertekannya pleksus frankenhauser.
- 4) Kedua kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga kepala membuka pintu, subocciput bertindak sebagai hipoglobin kemudian secara berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, serta kepala seluruhnya.
- 5) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
- 6) Setelah putar paksi luar berlangsung maka persalinan bayi ditolong dengan dengan cara memegang kepala pada os occiput dan di bawah dagu, kemudian ditarik dengan menggunakan cunam ke bawah untuk melahirkan bahu depan dan ke atas untuk melahirkan bahu belakang. Setelah kedua bahu lahir ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi, kemudian bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.

Kala III adalah waktu untuk pelepasan plasenta dan pengeluaran plasenta. Setelah kala II yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Dengan lahirnya bayi dan proses retraksi uterus, maka plasenta lepas dari lapisan nitabusch. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda sebagai berikut :

- 1) Uterus menjadi berbentuk bundar

- 2) Uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim
- 3) Tali pusat bertambah panjang
- 4) Terjadi perdarahan

Plasenta dan selaput ketuban harus diperiksa secara teliti setelah dilahirkan, bagian plasenta lengkap atau tidak. Bagian permukaan maternal yang normal memiliki 6 sampai 20 kotiledon. Jika plasenta tidak lengkap maka disebut ada sisa plasenta serta dapat mengakibatkan perdarahan yang banyak dan infeksi (Sondakh, 2013).

Kala IV dimulai dari lahirnya plasenta selama 1 sampai 2 jam. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pascapersalinan, paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan menurut Sulistyawati (2013) adalah sebagai berikut :

- 1) Tingkat kesadaran pasien.
- 2) Pemeriksaan tanda-tanda vital yakni tekanan darah, nadi, dan pernafasan.
- 3) Kontraksi uterus.
- 4) Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc.

2.1.5 Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Sulistyawati (2013) faktor yang mempengaruhi persalinan adalah

a. *Power* (Kekuatan Ibu)

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligamen. Kekuatan primer yang diperlukan dalam persalinan adalah his, sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah tenaga meneran ibu.

His atau kontraksi uterus adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan. His dibedakan menjadi dua yakni his pendahuluan dan his persalinan. His pendahuluan atau his palsu (*false labor pains*), yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan dari kontraksi *braxton hicks*. His ini bersifat tidak teratur dan menyebabkan nyeri di perut bagian bawah dan lipat paha, tidak menyebabkan nyeri yang memancar dari pinggang ke perut bagian bawah. His pendahuluan tidak mempunyai pengaruh terhadap serviks. His persalinan merupakan suatu kontraksi dari otot-otot rahim yang fisiologis, akan tetapi bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya dan bersifat nyeri. Kontraksi rahim bersifat otonom yang artinya tidak dipengaruhi oleh kemauan, namun dapat dipengaruhi dari luar misalnya rangsangan oleh jari-jari tangan (Rohani, 2013).

Tenaga meneran ini serupa dengan tenaga meneran saat buang air besar, tetapi jauh lebih kuat lagi. Ketika kepala sampai pada dasar panggul, timbul suatu reflek yang mengakibatkan pasien menekan

diafragmanya kebawah. Tenaga meneran pasien akan menambah kekuatan kontraksi uterus. Pada saat pasien meneran, diafragma dan otot-otot dinding abdomen akan berkontraksi. Kombinasi antara his dan tenaga meneran pasien akan meningkatkan tekanan intrauterus sehingga janin akan semakin terdorong keluar.

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

b. *Passage* (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang vagina). Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya dengan jalan lahir yang relatif kaku. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai. Tulang panggul dibentuk oleh gabungan tulang ilium, tulang ishium, tulang pubis, dan tulang-tulang sakrum.

Tulang ilium atau tulang usus merupakan tulang terbesar dari panggul yang membentuk bagian atas dan belakang panggul. Bagian atas merupakan penebalan tulang yang disebut krista iliaka. Ujung depan dan belakang krista iliaka yang menonjol yakni spina iliaka anterosuperior dan spina iliaka postesuperior. Terdapat benjolan tulang mamajang di bagian dalam tulang ilium yang membagi pelvis mayor dan minor,

disebut linea inominata atau linea terminalis yang merupakan bagian dari pintu atas panggul.

Tulang isikum atau tulang duduk terdapat di sebelah bawah tulang usus, sebelah samping belakang menonjol yang disebut spina ichiadika. Pinggir bawah tulang duduk sangat tebal (tuber ichiadika) yang berfungsi menopang badan saat duduk.

Tulang pubis atau tulang kemaluan terdapat di sebelah bawah dan depan tulang ilium dengan tulang duduk dibatasi oleh foramen obturatorium. Tangkai tulang kemaluan yang berhubungan dengan tulang usus disebut ramus superior tulang pubis. Di depan kedua tulang ini berhubungan melalui artikulasi atau sambungan yang disebut simfisis.

Tulang sakrum atau tulang kelangkangan yang terletak diantara kedua tulang pangkal paha. Tulang ini berbentuk segitiga dengan lebar di bagian atas dan mengecil di bagian bawah. Tulang sakrum terdiri dari 5 ruas tulang yang berhubungan erat. Permukaan depan licin dengan lengkungan dari atas ke bawah dan dari kanan ke kiri. Pada sisi kanan dan kiri di garis tengah terdapat lubang yang dilalui oleh saraf yang disebut foramen sakralia anterior. Tulang kelangkang yang paling atas mempunyai tonjolan besar ke depan yang disebut promontorium. Bagian samping tulang kelangkang berhubungan dengan tulang pangkal paha melalui artikulasi sarco-iliaca. Ke bawah tulang kelangkang berhubungan dengan tulang tungging atau tulang koksigis.

Tulang koksigis atau tulang tungging merupakan tulang yang berbentuk segitiga dengan ruas 3 sampai 5 buah yang menyatu. Pada tulang ini terdapat hubungan antara tulang sakrum dengan tulang koksigis yang disebut artikulasi sarco-koksigis. Diluar kehamilan artikulasi hanya memungkinkan mengalami sedikit pergeseran, tetapi pada kehamilan dan persalinan dapat mengalami pergeseran yang cukup longgar bahkan ujung tulang koksigis dapat bergerak ke belakang sampai sejauh 2,5 cm pada proses persalinan.

Panggul memiliki empat bidang yang menjadi ciri khas dari jalan lahir yakni pintu atas panggul (PAP), bidang terluas panggul, bidang tersempit panggul, dan pintu bawah panggul. Jalan lahir merupakan corong yang melengkung ke depan panjangnya 4,5 cm dan belakang 12,5 cm. Pintu atas panggul menjadi pintu bawah panggul seolah-olah berputar 90 derajat terjadi pada bidang tersempit panggul. Pintu bawah panggul bukan merupakan satu bidang tetapi dua bidang segitiga.

Pintu atas panggul (PAP) merupakan bagian dari pelvis minor yang terbentuk dari promontorium, tulang sakrii, linea terminalis, dan pinggir atas simfisis. Jarak antara simfisis dan promontorium sekitar 11 cm. Yang disebut konjungata vera. Jarak terjauh garis melintang pada PAP adalah 12,5 sampai 13 cm yang disebut diameter transversa.

Bidang dengan ukuran terbesar atau bidang terluas panggul merupakan bagian yang terluas dan berbentuk seperti lingkaran. Bidang ini memiliki batas anterior yakni pada titik tengah permukaan belakang

tulang pubis. Pada lateral sepertiga bagian atas dan tengah foramen obturatorium, sedangkan batas posterior pada hubungan antara vertebra sakralis kedua dan ketiga.

Bidang dengan ukuran terkecil atau bidang tersempit panggul merupakan bidang terpenting dalam panggul yang memiliki ruang yang paling sempit dan di tempat ini paling sering terjadi macetnya persalinan. Bidang ini terbentang dari apeks sampai arkus subpubis melalui spina ischiadika ke sakrum, biasanya dekat dengan perhubungan antara vertebra sakralis ke 4 dan ke 5. Bidang tersempit panggul memiliki batas-batas yakni pada tepi bawah simfisis pubis, garis putih pada fasia yang menutupi foramen obturatorium, spina ischiadika, ligamentum sacrospinus, dan tulang sakrum.

Pintu bawah panggul ialah batas bawah panggul sejati. Dilihat dari bawah, struktur ini berbentuk lonjong, seperti intan, di bagian anterior dibatasi oleh lengkung pubis, di bagian lateral dibatasi oleh tuberositas isikum, dan dibagian posterior dibatasi oleh ujung koksigeum.

Bidang hodge berfungsi untuk menentukan sampai dimana bagian terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan. Bidang hodge tersebut antara lain:

- 1) Hodge I merupakan bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promontorium
- 2) Hodge II yakni bidang yang sejajar Hodge I setinggi bagian bawah simfisis

- 3) Hodge III yakni bidang yang sejajar Hodge I setinggi spina ischiadika
- 4) Hodge IV merupakan bidang yang sejajar Hodge I setinggi tulang koksigis

(Sulistyawati, 2013).

c. *Passanger* (Janin dan Plasenta)

Perubahan mengenai janin sebagai *passenger* sebagian besar dalah mengenai ukuran kepala janin, karena kepala merupakan bagian terbesar dari janin dan paling sulit untuk dilahirkan. Adanya celah antara bagian-bagian tulang kepala janin memungkinkan adanya penyisipan antara bagian tulang sehingga kepala janin dapat mengalami perubahan bentuk dan ukuran, proses ini disebut *molase* (Sulistyawati, 2013).

Tabel 2.2 Ukuran Diameter Penting Kepala Janin dan Presentasi

Diameter	Panjang (cm)	Presentasi
Suboksipito bregmatika	10	Suboksiput (fleksi maksimal)
Suboksipito frontalis	11	Oksiput (fleksi tak maksimal)
Oksipito frontalis	12	Puncak dahi
Mento vertikalisis	13	Dahi
Submento bregmatika	10	Muka (defleksi maksimal)

Sumber : Sulistyawati, 2013

Menurut Sulistyawati (2013), Plasenta dan tali pusat memiliki struktur berbentuk bundar atau hampir bundar dengan diameter 15 cm sampai 20 cm dan tebal 2 cm sampai 2 sampai 2,5 cm, berat rata-rata 500 gram, terletak di depan atau di belakang dinding uterus ke atas arah fundus. Bagian plasenta yang menempel pada desidua terdapat kotiledon

disebut pers maternal, dan dibagian ini tempat terjadinya pertukaran darah ibu dan janin. Tali pusat merupakan bagian yang sangat penting untuk kelangsungan hidup janin meskipun tidak menutup kemungkinan bahwa tali pusat juga menyebabkan penyulit persalinan misalnya pada kasus lilitan tali pusat (Sulistyawati, 2013).

Air ketuban atau amnion merupakan elemen yang penting dalam proses persalinan. Air ketuban ini dapat dijadikan acuan dalam menentukan diagnosa kesejahteraan janin. Amnion melindungi janin dari trauma atau benturan, memungkinkan janin bergerak bebas, menstabilkan suhu tubuh janin agar tetap hangat, menahan tekanan uterus, dan pembersih jalan lahir (Sulistyawati, 2013).

d. Psikologis

Faktor psikologis menurut Rohani (2013) yakni :

- 1) Melibatkan psikologis ibu, emosi, dan persiapan intelektual
- 2) Pengalaman melahirkan bayi sebelumnya
- 3) Kebiasaan adat
- 4) Dukungan orang terdekat pada kehidupan ibu

e. Penolong

Peran dari penolong peralihan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin, dalam hal ini tergantung dari kemampuan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan (Rohani, 2013).

2.1.6 Kebutuhan Dasar Selama Persalinan

Selama proses persalinan, pasien sangat membutuhkan pemenuhan kebutuhan dasar, yang dimaksud kebutuhan dasar adalah kebutuhan yang sangat penting dan mutlak untuk dipenuhi selama proses persalinan antara lain:

a. Makan dan minum per oral.

Pemberian makanan pada pasien yang kemungkinan sewaktu-waktu memerlukan tindakan anestesi tidak disetujui, karena makanan yang tertinggal di lambung akan menyebabkan aspirasi pneumoni. Dikarenakan pada proses persalinan, motilitas lambung; absorpsi lambung; dan sekresi asam lambung menurun. Sedangkan cairan tidak terpengaruh dan akan meninggalkan lambung dengan durasi waktu yang biasa, oleh karena itu pada pasien sangat dianjurkan untuk minum cairan yang manis dan berenergi sehingga kebutuhan kalornya akan tetap terpenuhi.

b. Akses intravena

Akses intravena adalah tindakan pemasangan infus pada pasien. Kebijakan ini diambil dengan pertimbangan sebagai jalur obat, cairan, darah untuk mempertahankan keselamatan jiwa sewaktu-waktu terjadi keadaan darurat dan untuk mempertahankan suplai cairan bagi pasien

c. Posisi dan ambulasi

Posisi yang nyaman sangat diperlukan bagi pasien. Selain mengurangi ketegangan dan rasa nyeri, posisi tertentu justru akan membantu proses

penurunan kepala janin sehingga persalinan dapat berjalan lebih cepat (selama tidak ada kontra indikasi dari keadaan pasien). Beberapa posisi yang dapat diambil antara lain rekumben lateral (miring), lutut-dada, tangan-lutut, duduk, berdiri, berjalan, dan jongkok.

d. Eliminasi selama persalinan (BAB atau BAK)

1) Buang Air Kecil (BAK)

Selama proses persalinan, pasien akan mengalami poliuri sehingga penting untuk difasilitasi agar kebutuhan eliminasi dapat terpenuhi. Jika pasien masih berada dalam awal kala I, ambulansi dengan berjalan seperti aktivitas ke toilet akan membantu penurunan kepala janin. Hal ini merupakan keuntungan tersendiri untuk kemajuan persalinannya.

2) Buang Air Besar (BAB)

Pasien akan merasa sangat tidak nyaman ketika merasakan dorongan untuk BAB. Namun rasa khawatir akan lebih mendominasi daripada perasaan tidak nyaman, hal ini terjadi karena pasien tidak tau mengenai caranya serta khawatir akan respon orang lain terhadap kebutuhannya ini. Dalam kondisi ini penting bagi keluarga dan bidan untuk menunjukkan respon yang positif dalam hal kesiapan untuk memberikan bantuan dan meyakinkan pasien bahwa ia tidak perlu merasa risih atau sungkan untuk melakukannya.

(Sulistyawati, 2013)

Menurut Rohani (2013) kebutuhan dasar selama persalinan yaitu :

a. Asuhan Tubuh dan Fisik

- 1) Menjaga kebersihan diri. Menganjurkan ibu untuk membersihkan kemaluannya setelah buang air kecil atau buang air besar dan menjaga agar tetap bersih dan kering.
- 2) Berendam dapat menjadi tindakan pendukung dan kenyamanan yang paling menenangkan.
- 3) Perawatan mulut untuk mencegah bau mulut.
- 4) Pengipasan untuk mengurangi rasa ketidaknyamanan ibu yang disebabkan oleh keringat.

b. Kehadiran Seorang Pendamping

Fungsi hadirnya seorang pendamping pada saat persalinan yakni mengurangi rasa sakit, membuat waktu persalinan lebih singkat, dan menurunkan kemungkinan persalinan dengan operasi. Pendamping persalinan bisa ditemani oleh suami, anggota keluarga, atau teman yang ibu inginkan selama proses persalinan.

c. Pengurangan Rasa Nyeri

Pengendalian rasa nyeri dapat dilakukan dengan memberikan kompres panas dan dingin. Kompres panas meningkatkan suhu kulit lokal, mengurangi spasme otot, dan meningkatkan ambang nyeri. Sedangkan kompres dingin, berguna untuk mengurangi ketegangan nyeri sendi dan otot, mengurangi pembengkakan, dan menyejukkan kulit.

d. Penerimaan Terhadap Kelakuan dan Tingkah Lakunya

Persalinan dan kelahiran merupakan hal yang fisiologis namun banyak wanita yang tidak siap untuk menghadapi persalinannya. Wanita biasanya membutuhkan perhatian dari suami atau keluarnya, bahkan bidan sebagai penolong persalinan.

e. Informasi dan Kepastian Tentang Hasil Persalinan Yang Aman

Setiap ibu membutuhkan informasi tentang kemajuan persalinannya, sehingga ia mampu mengambil keputusan dan juga perlu diyakinkan bahwa kemajuan persalinannya normal.

2.1.7 Persalinan Kala I

Menurut Sumarah (2011), pada persalinan kala I terjadi perubahan fisiologis dan psikologis seperti berikut :

a. Perubahan Fisiologis Kala I

1) Tekanan Darah

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

2) Metabolisme

Selama persalinan baik metabolisme karbohidrat aerobik maupun anarobik akan naik secara perlahan. Kenaikan ini disebabkan oleh kecemasan serta kegiatan otot kerangka tubuh.

3) Suhu Badan

Suhu badan sedikit meningkat selama persalinan dan suhu akan mencapai tertinggi selama persalinan maupun setelah persalinan. Kenaikan normal selama tidak melebihi 0,5 hingga 1 derajat celcius.

4) Denyut Jantung

Denyut jantung diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode persalinan atau sebelum masuk persalinan. Denyut jantung yang sedikit naik merupakan kenaikan yang normal, meskipun demikian perlu pemeriksaan secara berkala untuk mengidentifikasi adanya infeksi

5) Pernafasan

Pernafasan terjadi kenaikan sedikit dibanding dengan sebelum persalinan yang disebabkan adanya rasa nyeri, kekhawatiran serta penggunaan teknik pernafasan yang salah.

6) Perubahan Renal

Poliuri sering terjadi selama persalinan, hal ini disebabkan oleh kardiak output yang meningkat, serta disebabkan karena filtrasi glomerulus serta aliran plasma ke renal. Protein urine (+1) selama persalinan adalah hal yang fisiologis namun proteinuri (+2) merupakan hal yang tidak wajar.

7) Perubahan Gastrointestinal

Kemampuan pergerakan gastrik serta penyerapan makanan padat berkurang akan menyebabkan pencernaan hampir berhenti selama persalinan dan menyebabkan konstipasi.

8) Perubahan Hematologis

Hemoglobin akan meningkat 1,2 gram/100 ml selama persalinan dan kembali ke tingkat pra persalinan pada hari pertama setelah persalinan apabila tidak terjadi kehilangan darah selama persalinan. Jumlah sel-sel darah putih meningkat secara progresif selama kala satu persalinan sebesar 5000 sampai 15.000 WBC hingga akhir pembukaan lengkap, hal ini tidak berindikasi adanya infeksi. Setelah itu turun kembali keadaan semula.

9) Kontraksi Uterus

Kontraksi uterus terjadi karena adanya rangsangan pada otot polos uterus dan penurunan hormon progesteron yang menyebabkan keluarnya hormon oksitosin. Kontraksi uterus dimulai dari fundus uteri menjalar ke bawah dan bekerja kuat serta lama untuk mendorong janin ke bawah. Sedangkan uterus bagian bawah pasif hanya mengikuti tarikan dengan segmen atas rahim, akhirnya menyebabkan serviks menjadi lembek dan membuka. Kerjasama antara uterus bagian atas dan bagian bawah disebut polaritas.

10) Pembentukan Segmen Atas Rahim dan Segmen Bawah Rahim

Segmen atas rahim (SAR) terbentuk pada uterus bagian atas dengan sifat otot yang lebih tebal dan kontraksi. Pada bagian ini terdapat banyak otot serong dan memanjang. SAR terbentuk dari fundus sampai isthmus uteri. Segmen bawah rahim (SBR) terbentang di uterus bagian bawah antara isthmus dengan serviks, dengan sifat otot yang tipis dan elastis, pada bagian ini banyak terdapat otot yang melingkar dan memanjang.

11) Perkembangan Retraksi Ring

Retraksi ring adalah batas pinggiran antara SAR dan SBR, dalam keadaan persalinan normal tidak nampak dan akan kelihatan pada persalinan abnormal, karena kontraksi uterus yang berlebihan, retraksi ring akan tampak sebagai garis atau batas yang menonjol di atas simpisis yang merupakan tanda dan ancaman ruptur uteris.

12) Penarikan Serviks

Pada akhir kehamilan otot yang melindungi ostium uteri internum (OUI) ditarik SAR yang menyebabkan serviks menjadi pendek dan menjadi pendek dan menjadi bagian dari SBR. Bentuk serviks menghilang karena kanalis servikalis membesar dan atas membentuk ostium uteri eksterna (OUE) sebagai ujung dan bentuknya menjadi sempit.

13) Pembentukan Ostium Uteri Interna dan Ostium Uteri Eksterna

Pembukaan serviks disebabkan oleh karena membesarnya OUE karena otot yang melingkar disekitar ostium meregang untuk dapat dilewati kepala. Pembukaan uteri tidak saja karena penarikan SAR akan tetapi juga karena tekanan isi uterus yaitu kepala dan kantong amnion. Pada primigravida dimulai dari OUI terbuka terlebih dahulu baru OUE membuka pada saat persalinan terjadi. Sedangkan pada multigravida ostium uteri internum dan eksternum membuka secara bersama-sama pada saat persalinan terjadi.

14) Show

Show adalah pengeluaran dari vagina yang terdiri dan sedikit lendir yang bercampur darah, lendir ini berasal dan ekstruksi lendir yang menyumbat kanalis servikalis sepanjang kehamilan sedangkan darah berasal dan desidua vera yang lepas.

15) Tonjolan Kantong Ketuban

Tonjolan kantong ketuban ini disebabkan oleh adanya regangan SBR yang menyebabkan terlepasnya selaput korion yang menempel pada uterus, dengan adanya tekanan maka akan terlihat kantong yang berisi cairan yang menonjol ke ostium uteri internum yang terbuka. Cairan ini terbagi dua yaitu *fore water* dan *hind water* yang berfungsi untuk melindungi selaput amnion agar tidak terlepas seluruhnya. Tekanan yang diarahkan ke cairan sama dengan tekanan ke uterus sehingga akan timbul generasi fluid pressure. Bila selaput ketuban pecah maka cairan tersebut akan keluar, sehingga plasenta akan tertekan dan

menyebabkan fungsi plasenta terganggu. Hal ini akan menyebabkan fetus kekurangan oksigen.

16) Pemecahan Kantong Ketuban

Pada akhir kala satu bila pembukaan sudah lengkap dan tidak ada tahanan lagi, ditambah dengan kontraksi yang kuat serta desakan janin yang menyebabkan kantong ketuban pecah, diikuti dengan proses kelahiran bayi.

b. Perubahan Psikologis Kala I

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

1) Kala I Fase Laten

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

pemeriksaan mengindikasikan bahwa proses persalinan akan segera berakhir.

2) Kala I Fase Aktif

Memasuki kala I fase aktif, sebagian besar pasien akan mengalami penurunan stamina dan sudah tidak mampu lagi untuk turun dari tempat tidur, terutama pada primipara. Pada fase ini pasien sangat tidak suka jika diajak bicara atau diberi nasehat mengenai apa yang seharusnya ia lakukan. Ia lebih fokus untuk berjuang mengendalikan rasa sakit dan keinginan untuk meneran. Hal yang paling tepat untuk dilakukan adalah membiarkan pasien mengatasi keadaannya sendiri namun tidak meninggalkannya. Pada beberapa kasus akan sangat membantu apabila suami ada disisinya sambil membisikan doa di telinganya.

3) Kala I Akhir

Menjelang kala II pasien sudah dapat mengatasi kembali rasa sakit akibat his dan kepercayaan dirinya mulai tumbuh. Pada fase ini ia akan kembali bersemangat untuk menghadapi persalinannya. Ia akan fokus dengan instruksi yang diberikan oleh bidan. Pada fase ini ia sangat membutuhkan dukungan mental untuk tahap persalinan berikutnya dan apresiasi terhadap keberhasilannya dalam melawati tahap-tahap sebelumnya.

c. Penggunaan Partograf

1) Pemantauan partograf

Partograf merupakan alat bantu yang digunakan untuk memantau kemajuan kala I persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik.

2) Fungsi partograf

a) Mengamati dan mencatat informasi kemajuan persalinan dengan memeriksa dilatasi serviks selama pemeriksaan dalam.

b) Mendeteksi secara dini terhadap kemungkinan adanya penyulit persalinan sehingga bidan dapat membuat keputusan tindakan dengan tepat.

c) Sebagai alat komunikasi yang unik namun praktis antar bidan atau antara bidan dengan dokter mengenai perjalanan persalinan pasien.

d) Alat dokumentasi riwayat persalinan pasien beserta data pemberian medika mentosa yang diberikan selama proses persalinan.

3) Kriteria pasien yang dipantau menggunakan partograf

a) Persalinan diperkirakan spontan.

b) Janin tunggal.

c) Usia kehamilan 36-42 minggu.

d) Presentasi kepala.

e) Tidak ada penyulit persalinan.

f) Persalinan sudah masuk dalam kala I fase aktif.

- 4) Kriteria pasien yang tidak perlu pantauan menggunakan partograf
 - a) Tinggi badan pasien kurang dari 145 cm.
 - b) Ada perdarahan antepartum.
 - c) Mengalami pre eklamsi atau eklamsi.
 - d) Anemia.
 - e) Adanya kelainan letak janin.
 - f) Persalinan prematur.
 - g) Adanya induksi persalinan.
 - h) Gemeli.
 - i) Adanya rencana persalinan SC, misalkan sudah diketahui adanya panggul sempit.
- 5) Pemeriksaan kala I
 - a) Kemajuan persalinan
 - (1)Pembukaan serviks .
 - (2)Penurunan kepala janin.
 - (3)Kontraksi uterus.
 - b) Keadaan janin
 - (1)DJJ.
 - (2)Warna jumlah air ketuban.
 - (3)Molase tulang kepala janin.
 - c) Keadaan ibu
 - (1)Nadi, tekanan darah, dan suhu.
 - (2)Urine, yaitu volume dan protein.

(3) Obat-obatan dan cairan IV.

d. Persiapan Persalinan menurut Sulistyawati (2013)

- 1) Hal yang harus diperhatikan saat persiapan persalinan adalah tempat yang aman, tenang, dan menyenangkan.
- 2) Penerangan secukupnya.
- 3) Tersedia alat pertolongan pertama bagi pasien dan bayi.
- 4) Memiliki persiapan untuk melakukan rujukan.
- 5) Persiapan alat bersalin, legeartis, steril, dan siap untuk dipakai, terdiri dari
 - a) Dua buah koher untuk mengklek tali pusat.
 - b) Satu gunting episiotomi.
 - c) Gunting tali pusat.
 - d) Alat untuk memecahkan tetuban.
 - e) Beberapa pasang sarung tangan steril.
 - f) Penghisap lendir manual atau mekanis (elektrik)
 - g) Dua kain pembungkus bayi.
 - h) Desinfektan.
- 6) Persiapan untuk pertolongan bayi baru lahir normal
 - a) Handuk pembungkus bayi.
 - b) Pakaian bayi.
- 7) Persiapan obat untuk pertolongan pertama
 - a) Untuk bayi
 - (1) Natrium Bikarbonat.

- (2) Tabung O₂ dan masker.
- (3) Penghisap lendir.
- b) Bagi ibu
 - (1) Uterotonika.
 - (2) Set infus dan cairannya.
 - (3) Tabung O₂ dan masker.
- 8) Alat penjahitan luka perinoneum
 - a) Catgut.
 - b) Anatesi lokal.
 - c) Sputit.
- 9) Penjelasan mengenai apa yang sebaiknya dilakukan oleh ibu :
 - a) Posisi pada kala I.
 - b) Ambulasi.
 - c) Latihan nafas.
 - d) Latihan relaksasi.
 - e) Posisi melahirkan.
 - f) Intake cairan.
 - g) Kerja sama dalam upaya perawatan tubuh selama persalinan.
- 10) Penjelasan mengenai apa yang boleh dan tidak boleh dilakukan oleh pendamping.
- 11) Pengawasan dan pemilihan pola komunikasi yang tepat antara bidan dengan pasien dan keluarga.

e. Pemenuhan Kebutuhan Psikologis Pasien dan Keluarga

- 1) Aman, sesuai dengan *evidenced based* dan memberikan sumbangan pada keselamatan jiwa pasien.
- 2) Memungkinkan pasien merasa aman, nyaman, secara psikologis merasa didukung dan didengar.
- 3) Menghormati praktik-praktik budaya, keyakinan agama, serta hak pasien atau keluarganya sebagai pengambil keputusan.
- 4) Menggunakan cara pengobatan yang sederhana sebelum memakai teknologi canggih.
- 5) Memastikan bahwa informasi yang diberikan adekuat serta dapat dipahami oleh pasien.

f. Tanda Bahaya Kala I

Tabel 2.3 Tanda Bahaya Persalinan kala I dan Tindakan yang Dilakukan

No	Parameter	Temuan abnormal	Tindakan tanpa dokter	Tindakan dengan dokter
1	Tekanan darah	>140/90 mmHg dengan sedikitnya satu tanda lain/gejala pre eklamsi	a. rujuk pasien dengan posisi miring b. pasang infus	Panggil dokter
2	Suhu	>38°C	Hidrasi dan rujuk pasien	Panggil dokter dan hidrasi
3	Nadi	>100 kali per menit	Hidrasi dan rujuk	Panggil dokter dan hidrasi
4	DJJ	<120 atau >160 kali per menit	a. Hidrasi b. Ganti posisi pasien ke posisi miring kiri c. setelah 1 menit :	a. Tindakan sama dengan jika tidak ada dokter b. Periksa kontraksi

			1) DJJ normal, lanjutkan pengamatan dengan partograf 2) DJJ tidak normal, rujuk dengan posisi miring	c. Jika oksitosin berjalan, hentikan aliran
5	Kontraksi	< 2 kali dalam 10 menit , durasi < 40 detik, lemah untuk dipalpasi	a. Ambulasi b. Rubah posisi c. Kosongkan kandung kemih d. Stimulasi puting susu e. Berikan makan dan minum f. Rujuk jika partograf melewati garis waspada	
6	Serviks	Partograf melewati garis waspada pada fase aktif	Hidrasi dan rujuk	Panggil dokter, hidrasi
7	Cairan amnion	a. Mekonium b. Darah c. Bau	a.Monitoring DJJ, antisipasi menghisap saat lahir b.Hidrasi, rujuk dengan posisi miring kiri c.Rujuk setelah memberikan antibiotik	a. Beritahu dokter b. Panggil dokter c. Panggil dokter
8	Urine	Volume tidak cukup dan kental	a.Hidrasi b.Jika tidak ada kemajuan setelah 4 jam, selidiki dan tatalaksanan secara tepat (hidrasi, katerisasi)	Tindakan sama dengan jika tidak ada dokter

Sumber : Sulistayawati, 2013

2.1.8 Persalinan Kala II

a. Perubahan Fisiologis Kala II menurut Sulistyawati (2013)

1) Uterus

Saat ada his, uterus teraba saat keras karena seluruh otot berkontraksi.

2) Serviks

Pada kala II, serviks sudah menipis dan dilatasi maksimal. Saat dilakukan pemeriksaan dalam porsio sudah tidak teraba pada pembukaan 10 cm.

3) Pergeseran organ dasar panggul

Tekanan otot dasar panggul oleh kepala janin akan menyebabkan pasien ingin meneran, sert diikuti dengan perineum yang menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka.

4) Ekspulsi janin

Bila dasar panggul sudah lebih berelaksasi, kepala janin sudah tidak masuk lagi diluar his. Dengan his serta kekuatan meneran maksimal, kepala janin dilahirkan dengan suboksiput dibawah simfisis, kemudian dahi, muka dan dagu melewati perineum.

5) Tekanan Darah

Tekanan darah dapat meningkat lagi 15-25 mmHg selama kala II persalinan. Upaya meneran juga akan memengaruhi tekanan darah, dapat meningkat kemudian menurun kemudian akhirnya kembali lagi sedikit di atas normal.

6) Metabolisme

Peningkatan metabolisme terus berlanjut hingga kala II persalinan. Upaya meneran dapat menambah aktivitas otot-otot rangka sehingga meningkatkan metabolisme.

7) Denyut Nadi

Frekuensi denyut nadi bervariasi tiap kali pasien meneran. Secara keseluruhan frekuensi nadi meningkat selama kala II disertai takikardi yang nyata ketika mencapai puncak menjelang kelahiran.

8) Suhu

Peningkatan suhu tertinggi terjadi saat proses persalinan dan segera setelahnya, peningkatan suhu normal yaitu $0,5^{\circ}-1^{\circ}$ C.

9) Pernapasan

Pernapasan sama seperti pada saat kala I persalinan.

10) Perubahan Gastrointestinal

Penurunan motilitas lambung dan absorpsi yang hebat terlanjur sampai kala II. Biasanya mual dan muntah pada saat transisi akan mereda selama kala II persalinan, tetapi bisa terus ada pada beberapa pasien. Muntah dan konstan selama persalinan merupakan hal yang abnormal dan mungkin merupakan indikasi dari komplikasi obstetrik, seperti ruptur uterus atau toksemia.

11) Perubahan Ginjal

Perubahan pada organ ini sama seperti pada kala I persalinan.

12) Perubahan Hematologi

Perubahan pada sistem hemarologi sama dengan pada kala I persalinan.

(Sulistyawati, 2013)

b. Posisi Meneran

Tabel 2.4 Macam-macam Posisi Meneran dan Keuntungannya

Posisi meneran	Keuntungan
Miring	a. Peredaran darah balik ibu menjadi lancar b. Kontraksi uterus akan lebih lancar c. Memudahkan bidan dalam menolong persalinan d. Persalinan berlangsung labih nyaman
Jongkok	a. Memperluas rongga panggul b. Proses persalinan lebih mudah c. Menggunakan gaya gravitasi d. Mengurangi trauma pada perineum
Merangkak	a. Posisi yang paling baik bagi ibu yang mengalami nyeri punggung b. Dapat mengurangi rasa sakit c. Mengurangi keluhan haemoroid
Setengah duduk	a. Memudahkan melahirkan kepala bayi b. Membuat ib nyaman c. Jika merasa lelah, ibu bisa beristirahat dengan mudah
Duduk	a. Memanfaatkan gaya gravitasi b. Memberikan kesempatan untuk istirahat c. Memudahkan melahirkan kepala
Berdiri	a. Memanfaatkan gaya gravitasi b. Memudahkan melahirkan kepala c. Memperbesar dorongan untuk meneran

Sumber : Rohani, 2013

c. Mekanisme Persalinan Normal menurut Sulistyawati (2013) yakni :

1) Penurunan kepala

Terjadi selama proses persalinan karena daya dorong dari kontraksi uterus yang efektif, posisi, serta kekuatan meneran dari pasien.

2) Penguncian (engagement)

Tahap penurunan pada waktu diameter biparietal dari kepala janin telah melalui lubang masuk panggul pasien.

3) Fleksi

Dalam proses masuknya kepala janin ke dalam panggul, fleksi menjadi hal yang sangat penting karena dengan fleksi diameter kepala janin terkecil dapat bergerak melalui panggul dan terus menuju dasar panggul. Pada saat kepala bertemu dengan dasar panggul, tahanannya akan meningkatkan fleksi menjadi bertambah besar yang sangat diperlukan agar saat sampai di dasar panggul kepala janin sudah dalam keadaan fleksi maksimal.

4) Putaran paksi dalam (rotasi dalam)

Putaran paksi dalam merupakan pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan janin memutar ke depan ke bawah simfisis. Pada presentasi belakang kepala, bagian yang terendah ialah daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar ke depan arah simfisis. Rotasi dalam penting untuk menyelesaikan persalinan karena merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bidang tengah dan pintu bawah panggul (Rohani, 2013 :148).

5) Lahirnya kepala secara ekstensi

Proses ini terjadi karena gaya tahanan dari dasar panggul, dimana gaya tersebut membentuk lengkungan carus yang mengarahkan kepala ke atas menuju lorong vulva. Bagian leher belakang di bawah oksiput akan bergeser ke bawah simfisi pubis dan bekerja sebagai titik poros (hipomoklion). Uterus yang berkontraksi memberikan tekanan tambahan dikepala yang menyebabkan ekstensi lebih lanjut saat lubang vulva-vagina membuka lebar.

6) Restitusi

Restitusi merupakan perputaran kepala sebesar 45 derajat baik ke kanan atau ke kiri, bergantung pada arah mengikuti perputaran menuju posisi oksiput anterior.

7) Putaran paksi luar

Putaran ini terjadi secara bersamaan dengan putaran internal dari bahu. Pada saat kepala janin mencapai dasar panggul, bahu akan mengalami perputaran dalam arah yang sama dengan kepala janin agar terletak dalam diameter yang besar dari rongga panggul. Bahu anterior akan terlihat pada lubang vulva-vagina dan bergeser dibawah simfisis pubis.

8) Lahirnya bahu dan seluruh anggota badan bayi

Bahu posterior akan menggembungkan perineum dan kemudian dilahirkan dengan cara fleksi lateral. Setelah bahu dilahirkan, seluruh tubuh janin lainnya akan dilahirkan mengikuti sumbu carus.

d. Menurut Sulistyawati (2013) pemantauan ibu meliputi :

1) Kontraksi

- a) Frekuensi lebih dari 3 kali dalam 10 menit.
- b) Intensitas kontraksi kuat.
- c) Durasi lebih dari 40 detik.

2) Tanda-tanda kala II

- a) Ibu merasa ingin meneran seiring bertambahnya kontraksi.
- b) Perineum menonjol.
- c) Merasa seperti ingin buang air besar.
- d) Lubang vagina dan sfingter ani membuka.
- e) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat (jika ketuban sudah pecah).

3) Tanda vital

Pemeriksaan tanda vital pasien sangat perlu dilakukan dengan frekuensi pemeriksaan yang meningkat jika dibandingkan pada kala I persalinan. Tujuan dari pemeriksaan ini adalah untuk mendeteksi adanya penyulit persalinan. Tekanan darah diperiksa setiap 15 menit diperiksa antara dua kontraksi, suhu, nadi, dan pernapasan diperiksa setiap jam.

4) Kandung kemih

Pemantauan kandung kemih pada kala II merupakan lanjutan dari kala I. Pada kala I pasien harus berkemih secara alamiah.

5) Hidrasi

Pemberian hidrasi pada kala II didasarkan pada peningkatan suhu sehingga mengeluarkan banyak keringat.

6) Kemajuan persalinan

- a) Penonjolan perineum.
- b) Pembukaan anus.
- c) Mekanisme persalinan.
- d) Pada tahap selanjutnya terlihat bagian terbawah janin dijalan lahir.

7) Integritas perineum

Dalam pemantauan perineum, mengidentifikasi elastisitas perineum beserta kondisi pasien serta taksiran berat janin (TBJ) untuk membuat keputusan episiotomi.

e. Pemantauan Janin

1) Sebelum bayi lahir

a) Frekuensi denyut janin

Denyut jantung janin diperiksa setiap 30 menit dan hasil ditulis dalam partograf.

b) Bagian terendah janin.

c) Penurunan bagian terendah janin.

2) Setelah bayi lahir

a) Penilaian sekilas sesaat setelah bayi lahir.

b) Aspek yang dinilai adalah warna kulit dan tangis bayi.

f. Cara meneran menurut Rohani (2013) yakni sebagai berikut :

- 1) Menganjurkan ibu meneran mengikuti dorongan alamiah selama kontraksi.
- 2) Beritahu ibu untuk tidak menahan napas saat meneran.
- 3) Minta untuk berhenti meneran dan beristirahat diantara kontraksi.
- 4) Jika ibu berbaring miring atau setengah duduk, akan lebih mudah untuk meneran apabila lutut ditarik ke arah dada dan dagu ditempelkan di dada.
- 5) Minta ibu untuk mengangkat bokong saat meneran.
- 6) Tidak dianjurkan melakukan dorongan pada fundus.

g. Asuhan Persalinan Normal

Tabel 2.5 Manuver Tangan dalam Persalinan Normal

No	Manuver tangan	Alasan
1	Letakkan telapak tangan pada bagian verteks yang terlihat, jangan membiarkan jari tangan masuk ke dalam vagina. Lakukan penekanan terkendali dan tidak menghambat kepala janin untuk keluar.	jari tangan didalam vagina dapat membawa organisme masuk dan meningkatkan resiko robekan perineum. Tekanan terhadap kepala pada saat ini akan membantu kepala agar fleksi, sehingga daerah suboksipital menyentuh pinggir bawah simfisis pubis dan proses ekstensi dimulai.
2	Dengan tangan lainnya topang perineum untuk mencegah kepala terdorong keluar terlalu cepat karena bisa merusak perineum. Tutupilah tangan yang menopang perineum dengan duk. Letakkan ibu jari anda dipertengahan dari salah satu sisi perineum dengan jari telunjuk dipertengahan sisi perineum yang	Gerakan ke bawah dan ke dalam ini melibatkan jaringan yang cukup dalam aksi tersebut, dan mendistribusikan jaringan tambahan kearah bagian tengah dari perineum yaitu daerah yang paling besar kemungkinan mengalami

	berlawanan. Secara perlahan tekanlah ibu jari dan jari telunjuk ke arah bawah dan dalam untuk mengendalikan peregangan perineum.	laserasi. Duk akan mencegah tangan terkena kontaminasi secara tidak sengaja.
3	Perhatikan perineum saat kepala janin terus muncul dan lahir. Usap mulut bayi dengan jari yang dibungkus kassa.	Garis putih dan tipis akan tampak sebelum terjadinya robekan pada perineum. Kassa digunakan untuk menghapus lendir yang mungkin terhisap pada saat bayi mulai bernafas untuk pertama kali.
4	Saat kepala lahir, luncurkan jari tangan ke leher guna memeriksa adanya lilitan tali pusat dileher janin.	Meluncurkan jari tangan ke leher hingga puncak punggung bayi akan memungkinkan untuk mengetahui dimana letak tali pusat.
5	a. Jika tali pusat melilit leher bayi dengan longgar, upayakan agar tali pusat tersebut dapat dilepas lewat kepalanya. b. Jika tali pusat tersebut terlalu ketat untuk dilepas lewat kepala bayi, tetapi tidak terlalu ketat melilit leher bayi, lepaskan lewat bahunya saat bayi lahir. c. jika tali pusat tersebut melilit leher bayi dengan ketat, paang dua buah klem pada tali pusat tersebut dengan segera lalu gunting.	Tali pusat yang ketat bisa menyebabkan terjadinya hipoksia pada bayi. Meminta pasien bernafas pendek-pendek akan mencegah lilitannya menjadi lebih ketat.
6	Tunggu sampai terjadi rotasi eksternal dari kepala bayi. Setelah kepala bayi menghadap ke paha pasien, letakkan tangan pada kedua sisi kepala bayi lalu tarik perlahan ke bawah untuk melahirkan bahu anterior, kemudian tarik lagi ke atas untuk melahirkan bahu posterior.	Menunggu dan tidak melakukan manuver tangan hingga restitusi kepala selesai untuk keselamatan kelahiran tersebut. Dalam kelahiran normal, tidak perlu melakukan intervensi agar kepala bayi berputar, sambil menunggu berikan dukungan pada pasien.
7	Setelah bayi lahir, letakkan salah satu tangan dibawah leher bayi untuk menopang kepala, leher, dan bahunya. Sedangkan empat jari	Badan bayi harus meluncur keluar dengan dituntun oleh tangan sepanjang kurve jalan lahir (carus), da

	tangan yang lain menopang lengan dan bahu anterior. Sementara melakukan hal tersebut, bungkukkan badan untuk melihat perineum dan memastikan tidak ada tekanan berlebihan pada perineum.	ditopang dari tekanan yang berlebihan dari perineum.
8	Pada saat bayi dilahirkan, luncurkan tangan atas ke bawah badan bayi dan selipkan jari telunjuk diantara kaki bayi dan terus kebawah hingga menggengam kedua pergelangan kaki bayi	Bagaimana licinnya bayi, cara seperti ini akan menghasilkan pegangan yang aman.
9	Lahirkan tubuh bayi dalam gerak lengkung yang rata agar kepala bayi dapat ditopang oleh tangan yang lain. Tangan yang menopang kepala hendaknya lebih rendah dari kepala bayi.	Hal ini akan membuat posisi bayi berada dalam ketinggian yang sama dengan plasenta dan dapat mencegah bayi terlepas atau terkena tekanan yang berlebihan terhadap jaringan bayi. Merendahkan posisi kepala bayi akan mendorong pengeluaran lendir sementara bayi dikeringkan.
10	Sementara mengevaluasi kondisi bayi, keringkan lalu letakkan bayi diatas abdomen pasien.	Bayi pada saat ini harus sudah mulai bernafas, keringkan bayi dan fasilitasi untuk kontak dengan kulit ibu sedapat mungkin untuk mencegah hipotermia dan mendorong terciptanya ikatan batin serta pemberian ASI.

Sumber : Sulistyawati, 2013

h. Menurut Rohani (2013) Kebutuhan Ibu dalam Kala II meliputi :

- 1) Cahaya yang redup dan privasi. Hindari mengarahkan atau memusatkan cahaya pada perineum ibu saat ibu meneran karena akan memberikan tekanan dan pemusatan pada perineum bukan pada ibu sehingga membuat ibu merasa malu dan tidak menyenangkan terutama kepada wanita yang mengalami pelecehan seksual.

- 2) Pada saat vertex sudah terlihat akan membuat ibu yakin bahwa ibu dapat melakukannya sehingga dapat menghilangkan kecemasan. Terangkan bahwa akan ada sedikit kegaduhan saat membuka set persalinan atau sarung tangan.
- 3) Analgesia. Ibu yang menggunakan etonoks harus terus menggunakannya karena dapat mengurangi kemampuannya untuk meneran.
- 4) Dukungan keluarga atau orang-orang terdekat ibu dapat membantu dalam persalinan sehingga dapat memberikan ibu ketenangan secara psikologis dengan mengetahui ada pendampingnya.
- 5) Memberikan dukungan dan semangat kepada ibu dan keluarganya dengan menjelaskan tahapan dan kemajuan persalinan atau kelairan bayi pada mereka.
- 6) Bidan menganjurkan dan membantu ibu dalam memperoleh posisi yang nyaman dan aman untuk persalinan serta meneran sehingga dapat mempermudah proses persalinan.
- 7) Bimbingan dalam roses meneran merupakan salah satu kebutuhan ibu pada kala II persalinan.
- 8) Anjurkan ibu untuk minum selama kala II persalinan.
- 9) Kebutuhan rasa aman dan ketentraman merupakan hal yang dapat meningkatkan ketenangan ibu dalam proses persalinan.

2.1.9 Persalinan Kala III

a. Fisiologi Kala III

Kala III merupakan periode penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat 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 bawah bagian bawah uterus atau kedalam vagina.

b. Macam-macam Pelepasan Plasenta menurut Rohani (2013) :

1) Mekanisme Schultz

Pelepasan plasenta yang dimulai dari bagian tengah sehingga terjadi bekuan retroplasenta.

2) Mekanisme Duncan

Terjadi pelepasan plasenta dari pinggir atau bersamaan dari pinggir dan tengah plasenta. Hal ini mengakibatkan terjadi semburan darah sebelum plasenta lahir.

c. Tanda-tanda Pelepasan Plasenta

1) Perubahan bentuk uterus dari diskoid menjadi globuler akibat dari kontraksi uterus.

2) Semburan darah tiba-tiba.

3) Tali pusat memanjang.

- 4) Perubahan posisi uterus, setelah plasenta lepas dan menempati segmen bawah rahim, maka uterus muncul pada rongga abdomen.

d. Pengeluaran Plasenta

Plasenta yang sudah lepas dan menempati segmen bawah rahim, kemudian melalui serviks, vagina dan dikeluarkan ke intruitus vagina (Sumarah, 2011).

e. Pemeriksaan Pelepasan Plasenta menurut Sulistywati (2013) :

1) Perasat Kustner

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 kembali ke dalam vagina berarti plasenta belum lepas.

2) 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 diimbulkan dari gerakan tangan kiri. Jika terasa ada getaran, maka plasenta belum lepas dari dinding uterus, jika tidak terasa getaran berarti plasenta sudah lepas.

3) 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.

f. Manajemen Aktif kala III menurut Sulistyawati (2013) adalah :

1) Definisi

Manajemen aktif kala III adalah mengupayakan kala III selesai secepat mungkin dengan melakukan langkah-langkah yang memungkinkan plasenta lepas dan lahir lebih cepat.

2) Tujuan

- a) Mengurangi kejadian perdarahan pasca melahirkan.
- b) Mengurangi lamanya kala III.
- c) Mengurangi penggunaan tranfusi darah.
- d) Mengurangi penggunaan oksitosin.

3) Komponen Manajemen Aktif Kala III

- a) Pemberian oksitosin IM (Intramuskular) segera setelah bayi lahir maksimal 2 menit.
- b) Tali pusat diklem.
- c) Plasenta dilahirkan melalui peregangan tali pusat terkendali dengan menahan fundus uterus secara dorsokranial (arah ke atas dan ke belakang).
- d) Setelah plasenta dilahirkan, lakukan masase pada fundus uterus secara sirkular agar uterus tetap berkontraksi dengan baik serta

untuk mendorong ke luar setiap gumpalan darah yang ada dalam uterus.

- 4) Langkah Manajemen Aktif Kala III menurut Rohani (2013) :
 - a) Pemberian suntikan oksitosin 10 IU secara IM dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir.
 - b) Penegangan tali pusat terkendali.
 - c) Rangsangan taktil (masase) fundus uteri.
 - d) Memeriksa plasenta, selaput ketuban, dan tali pusat.
- 5) Pemeriksaan Plasenta menurut Sumarah (2011) :
 - a) Selaput ketuban utuh atau tidak.
 - b) Plasenta : ukuran plasenta
 - (1) Bagian maternal : jumlah kotiledon, keutuhan pinggir kotiledon.
 - (2) Bagian fetal : utuh atau tidak.
 - c) Pengawasan perdarahan
 - (1) Selama hamil aliran darah ke uterus 500 ml sampai 800 ml per menit.
 - (2) Uterus tidak berkontraksi dapat menyebabkan kehilangan darah sebanyak 350 ml sampai 500 ml.
 - (3) Kontraksi uterus akan menekan pembuluh darah uterus di antara anyaman miometrium.
- g. Kebutuhan Ibu Bersalin Kala III menurut Sulistyawati (2013) :
 - 1) Dukungan mental dari bidan dan keluarga atau pendamping.

- 2) Penghargaan terhadap proses kelahiran janin yang telah dilalui.
- 3) Informasi yang jelas mengenai keadaan pasien sekarang atau tindakan yang akan dilakukan.
- 4) Penjelasan mengenai tindakan yang harus dilakukan ibu untuk membantu mempercepat kelahiran plasenta, yaitu kapan saat meneran dan posisi yang mendukung untuk pelepasan dan kelahiran plasenta.
- 5) Bebas dari rasa tidak nyaman akibat bagian bawah yang basah oleh darah dan air ketuban.
- 6) Hidrasi.

2.1.10 Persalinan Kala IV

- a. Fisiologi Kala IV menurut Sulistyawati (2013) yaitu :

- 1) Tanda Vital

Dalam dua jam pertama setelah persalinan, tekanan darah, nadi, dan pernapasan akan berangsur kembali normal.

- 2) Gemetar

Gemetar terjadi akibat hilangnya ketegangan dan sejumlah energi selama melahirkan dan merupakan respon fisiologis terhadap penurunan volume intraabdominal serta pergeseran hematologi.

- 3) Sistem Gastrointestinal

Selama dua jam pascapersalinan kadang pasien merasa mual dan muntah, atasi hal ini dengan posisi tubuh yang memungkinkan

dapat mencegah terjadinya aspirasi corpus aleanum ke saluran pernapasan dengan setengah duduk atau duduk di tempat tidur.

4) Sistem Renal

Selama 2-4 jam pascapersalinan kandung kemih masih dalam keadaan hipotonik akibat adanya alostaktis, sehingga sering dijumpai kandung kemih dalam keadaan penuh dan mengalami pembesaran. Hal ini disebabkan adanya tekanan pada kandung kemih dan uretra selama persalinan.

5) Sistem Kardiovaskular

Selama kehamilan, volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat yang diperlukan oleh plasenta dan pembuluh darah uterus. Pada persalinan per vagina kehilangan darah sekitar 200 ml – 500 ml, sedangkan pada persalinan SC pengeluaran dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah dan kadar Hematokrit.

6) Serviks

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

7) Perineum

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

8) 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. Selama 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil.

9) Pengeluaran ASI

Dengan menurunnya hormon esterogen, progesteron, dan *Human Placenta Lactogen Hormon* setelah plasenta lahir, prolaktin dapat berfungsi membentuk Air Susu Ibu (ASI) dan mengeluarkannya ke dalam alveoli bahkan sampai duktus kelenjar ASI.

b. Evaluasi Uterus

1) Konsistensi

Setelah plasenta lahir, dilakukan evaluasi konsistensi uterus sambil melakukan masase untuk mempertahankan kontraksinya.

2) Atonia

a) Konsistensi uterus.

- b) Hal yang perlu diperhatikan terhadap kemungkinan relaksasi uterus
 - (1) Riwayat atonia pada persalinan sebelumnya.
 - (2) Status pasien sebagai grande multipara.
 - (3) Distensi berlebihan pada uterus misalnya pada kehamilan kembar, polihidramnion, atau makrosomia.
 - (4) Induksi persalinan.
 - (5) Persalinan memanjang.
 - c) Kelengkapan plasenta dan membran.
 - d) Status kandung kemih.
- c. Pemeriksaan Kala IV menurut Rohani (2013) yaitu :
- 1) Serviks
 - a) Aliran menetap atau sedikit aliran perdarahan per vaginam berwarna merah terang, dari bagian atas tiap laserasi yang diamati, setelah kontraksi uterus dipastikan.
 - b) Persalinan cepat atau presipitatus.
 - c) Manipulasi serviks selama persalinan.
 - d) Dorongan maternal (meneran) sebelum dilatasi serviks lengkap.
 - e) Kelahiran per vaginam dengan tindakan.
 - f) Persalinan traumatik.

2) Vagina

Pengkajian kemungkinan robekan atau laserasi pada vagina dilakukan setelah pemeriksaan robekan pada serviks (Sulistyawati, 2013 : 181).

3) Perineum

Menurut Rohani (2013) berat ringannya robekan perineum terbagi dalam empat derajat, yaitu :

- a) Derajat satu : mukosa vagina, komisura posterior, dan kulit.
- b) Derajat dua : derajat satu dan otot perineum.
- c) Derajat tiga : derajat dua dan otot sfingter ani.
- d) Derajat empat : derajat tiga dan dinding depan perineum.

d. Pemantuan Kala IV

Menurut Sulistyawati (2013) pemantauan kala IV meliputi :

1) Tanda vital

a) Tekanan darah dan nadi

Selama satu jam pertama pemantauan tekanan darah dan nadi setiap 15 menit dan pada pada satu jam kedua setiap 30 menit.

b) Respirasi dan suhu

Pemantauan respirasi dan suhu setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan.

2) Tinggi fundus uterus (TFU).

3) Lokia dipantau bersamaan dengan masase uterus.

4) Kandung kemih dipantau setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan 30 menit dalam satu jam kedua.

e. Penjahitan Episiotomi dan Laserasi

Menurut Rohani (2013), penjahitan episiotomi dan laserasi memerlukan pengetahuan anatomi perineum, tipe jahitan, hemostasis, pembedahan aseptis, dan penyembuhan luka.

1) Penjahitan Perineum

- a) Ibu dalam posisi litotomi.
- b) Penggunaan cahaya yang cukup terang.
- c) Anatomi dapat dilihat dengan jelas.
- d) Tindakan cepat.
- e) Teknik yang steril.
- f) Bekerja hati-hati.
- g) Jangan meninggalkan kasa atau kapas dalam vagina.
- h) Penjelasan dan pendekatan yang peka terhadap perasaan ibu selama tindakan.
- i) Tindak lanjut jangka panjang untuk menilai teknik dan pemilihan bahan untuk penjahitan.

f. Memperkirakan Kehilangan Darah

Satu cara untuk menilai kehilangan darah adalah dengan melihat volume darah yang terkumpul dan memperkirakan berapa banyak botol 500 ml yang dapat menampung semua darah tersebut. Jika darah dapat mengisi dua botol, maka dikatakan ibu telah kehilangan 1 liter

darah. Apabila perdarahan menyebabkan ibu lemas, pusing, kesadaran menurun, serta tekanan darah sistolik turun lebih dari 10 mmHg dari kondisi sebelumnya, maka telah terjadi perdarahan lebih dari 500 ml (Sondakh, 2013).

2.1.11 Standar Pelayanan Kebidanan pada Persalinan

a. Standar 8 Persiapan Persalinan

1) Tujuan

Tujuan dari standar 8 tentang persiapan persalinan adalah Untuk memastikan bahwa persalinan direncanakan dalam lingkungan yang aman dan memadai dengan pertolongan bidan terampil.

2) Pernyataan Standar

Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami/ keluarganya pada trimester III memastikan bahwa persiapan persalinan bersih dan aman dan suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik, disamping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila tiba-tiba terjadi keadaan gawat darurat. Bidan mengusahakan untuk melakukan kunjungan ke setiap rumah ibu hamil untuk hal ini.

3) Prasyarat

- a) Semua ibu hamil harus melakukan 2 kali kunjungan antenatal pada trimester terakhir kehamilannya

- b) Adanya kebijaksanaan dan protocol nasional/ setempat tentang indikasi persalinan yang harus dirujuk dan berlangsung di rumah sakit
- c) Bidan terlatih dan terampil dalam melakukan pertolongan persalinan yang aman dan bersih
- d) Peralatan penting untuk melakukan pemeriksaan antenatal tersedia dan dalam keadaan berfungsi, termasuk : air mengalir, sabun, handuk bersih untuk mengeringkan tangan, beberapa pasang sarung tangan bersih dan DTT/ steril, fetoskop/ Doppler, pita pengukur yang bersih, stetoskop dan tensimeter
- e) Perlengkapan penting yang dibutuhkan untuk pertolongan persalinan yang bersih dan aman tersedia dalam keadaan desinfeksi tingkat tinggi (termasuk partus set DTT/ steril, sarung tangan DTT/ Steril, peralatan yang memadai untuk merawat bayi baru lahir, lihat standar 9, 10, dan 13)
- f) Adanya persiapan transportasi untuk merujuk ibu hamil dengan cepat jika terjadi kegawatdaruratan ibu dan janin
- g) Menggunakan KMS Ibu Hamil/buku KIA, Kartu Ibu, dan partograf
- h) Sistem rujukan yang efektif untuk ibu hamil yang mengalami komplikasi selama kehamilan

4) Hasil

- a) Ibu hamil, suami dan keluarga tergerak untuk merencanakan persalinan yang bersih dan aman
- b) Persalinan direncanakan di tempat yang aman dan memadai dengan pertolongan bidan terampil
- c) Adanya persiapan sarana transportasi untuk merujuk ibu bersalin, jika perlu
- d) Rujukan tepat waktu telah dipersiapkan bila diperlukan

b. Standar 9 Asuhan Persalinan Kala I

1) Tujuan

Memberikan pelayanan kebidanan yang memadai dalam mendukung pertolongan persalinan yang bersih dan aman untuk ibu dan bayi

2) Pernyataan Standar

- a) Bidan menilai secara tepat bahwa persalinan sudah mulai, memberikan asuhan dan pemantauan yang memadai, memperhatikan kebutuhan ibu, melakukan pertolongan proses persalinan dan kelahiran yang bersih dan aman, bersikap sopan, dan penghargaan terhadap hak pribadi ibu, serta memperhatikan tradisi setempat.
- b) Ibu diijinkan memilih orang yang akan mendampingi selama proses persalinan

3) Prasyarat

- a) Mengijinkan ibu memilih orang yang akan mendampingi selama proses persalinan dan kelahiran.
- b) Bidan dipanggil jika ibu sudah mulai mules/ ketuban pecah.
- c) Bidan telah terlatih dan terampil
- d) Ada alat untuk pertolongan persalinan termasuk beberapa sarung tangan DTT/ steril.
- e) Adanya perlengkapan untuk pertolongan persalinan yang bersih dan aman.
- f) Tersedia ruangan yg hangat, bersih dan sehat untuk persalinan.
- g) Menggunakan KMS ibu hamil/ buku KIA, partograf dan kartu ibu.
- h) Sistem rujukan untuk perawatan kegawat daruratan obstetri yang efektif.

4) Hasil

- a) Ibu bersalin mendapat pertolongan darurat yang memadai dan tepat waktu, bila diperlukan.
- b) Meningkatnya cakupan persalinan dan komplikasi persalinan dan komplikasi lainnya yang ditolong tenaga kesehatan terlatih.
- c) Berkurangnya kematian/ kesakitan ibu/ bayi akibat partus lama.

c. Standar 10 Asuhan Persalinan Kala II yang Aman

1) Tujuan

Memastikan persalinan yang bersih dan aman bagi ibu dan bayi

2) Pernyataan Standar

Bidan melakukan pertolongan persalinan bayi dan plasenta yang bersih dan aman, dengan sikap sopan dan penghargaan terhadap hak pribadi ibu serta memperhatikan tradisi setempat. Disamping itu, ibu diijinkan memilih orang yang akan mendampingi selama proses persalinan

3) Prasyarat

- a) Bidan dipanggil jika ibu sudah mulai mules/ketuban pecah.
- b) Bidan sudah terlatih dan terampil dalam menolong persalinan secara bersih dan aman.
- c) Tersedianya alat untuk pertolongan persalinan termasuk sarung tangan dalam keadaan DTT dan atau steril.
- d) Tersedianya perlengkapan untuk pertolongan persalinan yang bersih dan aman. Bidan sedapat mungkin menggunakan sarung tangan yang bersih.
- e) Tersedia ruangan yang hangat, bersih, dan sehat untuk persalinan.
- f) Menggunakan KMS ibu hamil/buku KIA, kartu ibu, partograf.
- g) Sistem rujukan untuk perawatan kegawatdaruratan obstetrik yang efektif.

4) Hasil

- a) Persalinan yang bersih dan aman.
- b) Meningkatnya kepercayaan terhadap bidan.

- c) Meningkatnya jumlah persalinan yang ditolong oleh bidan.
 - d) Menurunnya komplikasi seperti perdarahan postpartum, asfiksia neonatorum, trauma kelahiran.
 - e) Menurunnya angka sepsis puerpuralis.
- d. Standar 11 Penatalaksanaan Aktif Kala III

1) Tujuan

Membantu secara aktif pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap untuk mengurangi kejadian perdarahan pasca persalinan, mempendek waktu persalinan kala III, mencegah terjadinya atonia uteri dan retensio plasenta

2) Pernyataan Standar

Bidan melakukan penegangan tali pusat dengan benar untuk membantu pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap

3) Prasyarat

- a) Bidan sudah terlatih dan terampil dalam melahirkan plasenta secara lengkap dengan melakukan penatalaksanaan aktif persalinan kala III secara benar.
- b) Tersedianya peralatan dan perlengkapan untuk melahirkan plasenta, termasuk air bersih, larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi, sabun dan handuk yang bersih untuk cuci tangan, juga tempat untuk plasenta. Bidan seharusnya menggunakan sarung tangan DTT/steril.
- c) Tersedia obat-obat oksitosika dan metode yang efektif untuk penyimpanan dan pengirimannya yang dijalankan dengan baik.

- d) Sistem rujukan untuk perawatan kegawatdaruratan obstetric yang efektif.
- 4) Hasil
- a) Menurunkan terjadinya perdarahan yang terjadi pada persalinan kala III.
 - b) Menurunkan terjadinya atonia uteri.
 - c) Menurunkan terjadinya retensio plasenta.
 - d) Memperpendek waktu persalinan kala III.
 - e) Menurunkan terjadinya perdarahan post partum akibat salah penanganan kala III.

2.2 Konsep Manajemen Kebidanan Persalinan

2.2.1 Asuhan Kebidanan Kala I

a. Pengkajian

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

1). Data Subjektif

a) Biodata

Nama Suami/istri : sebagai identitas agar kita lebih mudah dalam memanggil dengan nama panggilan sehingga hubungan komunikasi antara bidan dan pasien menjadi lebih akrab (Sulistiyawati, 2013).

Usia/tanggal lahir : digunakan untuk menentukan apakah ibu dalam persalinan berisiko karena usia reproduktif atau tidak (Sulistyawati, 2013).

Agama : sebagai dasar dalam memberikan dukungan mental spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Sulistyawati, 2013).

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

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

Suku / bangsa : berhubungan dengan social budaya yang dianut oleh pasien dan keluarga yang berkaitan dengan pasien (Sulistyawati, 2013).

Alamat : selain sebagai data mengenai distribusi lokasi pasien, data ini juga memberi gambaran

mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan. Berkaitan dengan keluhan terakhir atau tanda persalinan yang disampaikan dengan patokan saat terakhir sebelum berangkat ke lokasi persalinan (Sulistyawati, 2013).

b) Alasan Datang

Mengetahui alasan ibu datang ke tempat pelayanan kesehatan.

c) Keluhan Utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas kesehatan. Pada persalinan, informasi yang harus didapat dari pasien adalah kapan mulai terasa ada kencangkencang di perut, bagaimana intensitas dan frekuensinya, apakah ada pengeluaran cairan dari vagina yang berbeda dari air kemih, apakah sudah ada pengeluaran lendir yang disertai darah serta pergerakan janin untuk memastikan kesejahteraannya (Sulistyawati, 2013).

d) Riwayat Menstruasi

Data dapat digunakan untuk memperoleh gambaran tentang keadaan dasar dari organ reproduksinya. Data yang harus diperoleh dari riwayat menstruasi adalah menarche (usia pertama kali menstruasi), siklus menstruasi, volume (banyaknya menstruasi), keluhan disaat mengalami menstruasi (Sulistyawati,

2013). Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) merupakan data dasar yang diperlukan untuk menentukan usia kehamilan, apakah cukup bulan atau premature tetapi apabila HPHT tidak dapat diingat oleh ibu maka perlu dilakukan pemeriksaan penunjang yaitu Ultra Sonografi (USG) (Rohani dkk, 2013).

Hari Perkiraan Lahir (HPL) merupakan data dasar yang digunakan untuk menentukan perkiraan bayi akan dilahirkan dimana akan dihitung dari HPHT (Rohani, 2013).

e) Riwayat Kesehatan

Dapat digunakan untuk peringatan akan adanya penyulit saat persalinan. Data yang perlu dikaji adalah pernah atau sedang menderita keputihan, infeksi, gatal karena jamur, tumor, penyakit jantung, diabetes mellitus, ginjal, hipertensi, hipotensi, hepatitis atau anemia (Sulistyawati, 2013).

f) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat keluarga memberi informasi tentang keluarga dekat pasien, termasuk orangtua, saudara kandung, dan anak-anak. Hal ini membantu mengidentifikasi gangguan genetik atau familial dan kondisi-kondisi yang dapat mempengaruhi status kesehatan wanita atau janin. Data yang perlu dikaji adalah pernah atau sedang menderita kanker, penyakit jantung, diabetes mellitus, TBC, penyakit jiwa, kelainan bawaan, kehamilan ganda dan kelainan genetik.

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

(1) Kehamilan

Pengkajian mengenai berapa jumlah kehamilan pada ibu, apakah ibu mengkonsumsi tablet Fe, apakah ibu mengalami masalah/gangguan saat kehamilan seperti anemia, hyperemesis, abortus, perdarahan pervaginam, pusing hebat, pandangan kabur, dan bengkak-bengkak ditangan dan wajah.

(2) Persalinan

Cara kelahiran spontan atau buatan, aterm atau prematur, perdarahan dan ditolong oleh siapa. Jika wanita pada kelahiran terdahulu melahirkan secara bedah sesar, untuk kehamilan saat ini mungkin melahirkan pervaginam. Keputusan ini tergantung pada lokasi insisi di uterus, jika insisi uterus berada dibagian bawah melintang, bukan vertikal maka bayi diupayakan untuk dikeluarkan pervaginam.

(3) Nifas

Pengkajian dilakukan apakah ibu mengalami keluhan secara emosional (*baby blues*) terhadap bayinya dan keluhan fisik seperti demam, perdarahan, kejang – kejang, dan gangguan laktasi.

h) Riwayat Pernikahan

Sebagai gambaran mengenal suasana rumah tangga pasangan serta kepastian mengenai siapa yang akan mendampingi

persalinan. Data yang dikaji adalah: usia menikah pertama kali, status pernikahan sah/tidak, lama pernikahan dan perkawinan yang sekarang dengan suami yang keberapa (Sulistyawati, 2013).

i) Riwayat Kehamilan Sekarang

- Trimester I : berisi tentang bagaimana awal mula terjadinya kehamilan, ANC dimana dan berapa kali, keluhan selama hamil muda, obat yang dikonsumsi, serta KIE yang didapat.
- Trimester II : berisi tentang ANC dimana dan berapa kali, keluhan selama hamil muda, obat yang dikonsumsi, serta KIE yang didapat. Sudah atau belum merasakan gerakan janin, usia berapa merasakan gerakan janin(gerakan pertama fetus pada primigravida dirasakan pada usia 18 minggu dan pada multigravida 16 minggu), serta imunisasi yang didapat.
- Trimester III : berisi tentang ANC dimana dan berapa kali, keluhan selama hamil muda, obat yang dikonsumsi, serta KIE yang didapat.

j) Riwayat KB

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

k) Pola Kebiasaan Sehari-hari

(1) Pola Makan

Digunakan untuk mendapatkan gambaran bagaimana pasien mencukupi asupan gizinya selama hamil sampai awal persalinan. Data fokusnya dikaji kapan atau jam berapa terakhir makan, makanan yang dimakan, jumlah yang dimakan.

(2) Pola Minum

Digunakan untuk mengetahui intake cairan yang akan menentukan kecenderungan terjadinya dehidrasi. Data fokusnya kapan terakhir kali minum, jumlah yang diminum, dan apa yang diminum.

(3) Pola Istirahat

Diperlukan untuk mempersiapkan energy menghadapi proses persalinan. Data fokusnya adalah: kapan terakhir tidur, berapa lama dan aktivitas sehari-hari

(4) Aktifitas Seksual

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

1) Riwayat Psikososial dan Budaya

Hal ini penting untuk kenyamanan psikologis ibu. Adanya respon yang positif dari keluarga terhadap persalinan akan mempercepat proses adaptasi pasien dalam menerima kondisi dan perannya. Untuk mendapatkan data tentang adat istiadat yang dilakukan ketika menghadapi persalinan.

2) Data Objektif

a) Keadaan Umum

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

(1) Baik

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

(2) Lemah

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

b) Tanda Vital

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

(1) Tekanan Darah

Kenaikan atau penurunan tekanan darah merupakan indikasi adanya gangguan hipertensi dalam kehamilan atau syok. Peningkatan tekanan darah sistol dan diastole dalam batas normal dapat mengindikasikan ansietas atau nyeri (Rohani dkk, 2013).

(2) Nadi

Peningkatan denyut nadi dapat menunjukkan adanya infeksi, syok, ansietas atau dehidrasi. Nadi yang normal adalah tidak lebih dari 100 kali per menit (Rohani dkk, 2013).

(3) Pernafasan

Peningkatan frekuensi pernafasan dapat menunjukkan ansietas atau syok (Rohani dkk, 2013).

(4) Suhu

Peningkatan suhu menunjukkan adanya proses infeksi atau dehidrasi (Rohani dkk, 2013).

c) Kepala

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

(1) Rambut

Dikaji tentang warna, kebersihan dan mudah rontok atau tidak (Sulistyawati, 2013).

(2) Telinga

Dikaji tentang kebersihan dan adanya gangguan pendengaran (Sulistyawati, 2013).

(3) Mata

Dikaji apakah konjungtiva pucat (apabila terjadi pucat pada konjungtiva maka mengindikasikan terjadinya anemia pada pasien yang mungkin dapat menjadi komplikasi pada persalinannya), dikaji sklera, kebersihan, kelainan pada mata dan gangguan penglihatan (rabun jauh/dekat) (Rohani, 2013).

(4) Hidung

Dikaji tentang kebersihan dan adanya polip (Sulistyawati, 2013).

(5) Mulut

(a) Bibir

Dikaji apakah ada keputihan pada bibir (apabila terjadi keputihan pada bibir maka mengindikasikan terjadinya anemia pada pasien yang mungkin dapat menjadi

komplikasi pada persalinannya), integritas jaringan (lembab, kering atau pecah-pecah) (Rohani, 2013).

(b) Lidah

Dikaji apakah ada keputihan pada lidah (apabila terjadi keputihan pada lidah maka mengindikasikan terjadinya anemia pada pasien yang mungkin dapat menjadi komplikasi pada persalinannya), kebersihannya (Rohani, 2013).

(c) Gigi

Dikaji tentang kebersihan, adanya karies gigi (Sulistyawati, 2013).

(d) Gangguan pada mulut (bau mulut) (Sulistyawati, 2013).

d) Leher

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

e) Dada

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

(1) Bentuk

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

(2) Payudara

Dikaji apakah ada kelainan bentuk pada payudara, apakah ada perbedaan besar pada masing-masing payudara, adakah hiperpigmentasi pada areola, adakah teraba nyeri dan masa pada payudara, apakah kolostrum sudah keluar, keadaan puting (menonjol, datar atau masuk ke dalam) dan kebersihan.

(3) Denyut Jantung

Dikaji apakah ada bunyi tambahan pada jantung dan adanya disritmia jantung

(4) Gangguan Pernafasan

Dikaji adanya retraksi intercosta, adanya bunyi tambahan pada paru-paru (wheezing, ronchi)

f) Perut

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

(1) Bentuk

(2) Bekas operasi SC

Digunakan untuk melihat apakah ibu pernah mengalami operasi SC, sehingga dapat ditentukan tindakan selanjutnya (Rohani dkk, 2013).

(3) Striae

(4) Linea

(5) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

TFU berkaitan dengan usia kehamilan (dalam minggu). Berat janin dan tinggi fundus yang lebih kecil daripada perkiraan kemungkinan menunjukkan kesalahan dalam menentukan tanggal HPHT, kecil masa kehamilan (KMK) atau oligohidramnion. Sedangkan berat janin dan tinggi fundus yang lebih besar menunjukkan ibu salah dalam menentukan tanggal HPHT, bayi besar (mengindikasikan diabetes), kehamilan atau polihidramnion. Bayi yang besar memberi peringatan terjadinya atonia uteri pascapartum, yang menyebabkan perdarahan atau kemungkinan distosia bahu (Rohani dkk, 2013).

(6) Pemeriksaan Leopold

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

(7) Kontraksi Uterus

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

(8) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Untuk menentukan TBJ dapat menggunakan rumus dari Jhonson Thusak yang didasarkan pada TFU yang dapat dibuat variasi berdasarkan turunnya bagian terendah pada panggul (Ummi Hani, dkk, 2010)

Table 2.6 Pengukuran Berat Janin Sesuai Penurunan Kepala

Bagian Terendah	Pengukuran
Hodge I	(TFU-13) x 155 gram
Hodge II	(TFU-12) x 155 gram
Hodge III	(TFU-11) x 155 gram

Sumber : Ummi Hani, 2011

(9) Denyut Jantung Janin (DJJ)

Normal apabila DJJ terdengar 120-160 kali per menit (Rohani dkk, 2013).

(10) Palpasi Kandung Kemih

g) Genital

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

(1) Kebersihan

(2) Pengeluaran pervaginam

Adanya pengeluaran lendir darah (bloody show)

(3) Tanda-tanda infeksi vagina

(4) Pemeriksaan dalam

Pembukaan : 1-10 cm

Penipisan : 25-100 %

Bagian terdahulu kepala, bagian terendah UUK, tidak ada bagian kecil/berdenyut di sekitar bagian terdahulu

Molase : 0/+1/+2/+3/+4

h) Anus

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

i) Data Penunjang

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

(1) USG

(2) Laboratorium meliputi: kadar Hemoglobin (Hb) , Golongan Darah.

b. Identifikasi Diagnosa dan Masalah

Diagnosa : G_P_ _ _ Ab_ _ _ UK_ _ minggu T/H/I Letak Kepala Punggung kanan/kiri, Kala I fase laten/aktif persalinan dengan keadaan ibu dan janin baik.

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

Data Objektif : Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis
Tekanan Darah : 90/60 – 140/90 mmHg
Nadi : 60-96 kali/menit
Pernafasan : 16-24 kali/menit
Suhu : 36,5 – 37,5°C
LILA : ≥ 23 cm
Tinggi Badan : ≥ 145 cm
BB hamil : ...kg
Tafsiran Persalinan : ...

Palpasi Abdomen

Leopold I : TFU sesuai usia kehamilannya, teraba lunak, kurang bundar, kurang melenting (bokong).
Leopold II : Teraba datar, keras memanjang kanan/kiri (punggung) dan bagian kecil janin pada bagian kanan/kiri.
Leopold III : Teraba keras, undar, melenting (kepala).
Leopold IV : Untuk mengetahui seberapa jauh kepala janin masuk PAP (konvergen/sejajar/devergen).
Auskultasi : DJJ : 120-160 kali/menit

c. Merumuskan Diagnosis/Masalah Potensial

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

Berikut adalah diagnosa potensial yang mungkin terjadi pada pasien bersalin menurut Ari Sulistyawati (2013) :

- 1) Eklampsia
- 2) Partus lama
- 3) Infeksi intrapartum
- 4) Gawat janin (*Fetal Distress*)
- 5) CPD

d. Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

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

e. Intervensi

Diagnosa : G_P_ _ _ Ab_ _ UK_ _ minggu T/H/I Letak Kepala, punggung kanan/kiri Kala I fase laten/aktif persalinan dengan keadaan ibu dan janin baik.

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

Kriteria Hasil : Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Tekanan darah : 90/60 – 140/90 mmHg

Nadi	: 60-96 kali/menit
Suhu	: 36,5-37,5°C
Pernafasan	: 16-24 kali/menit
Kontraksi	:3 kali dalam 10 menit durasi 30-40 detik
Pemeriksaan dalam	: Pembukaan pada primigravida 1cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam , partograf tidak melewati garis waspada
Cairan amnion	: Jernih
Janin	:Terjadi penurunan bagian terbawah janin
DJJ	: 120-160 kali/menit (reguler)

Intervensi :

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

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

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

Rasional : Pendidikan antepartal dapat memudahkan persalinan dan proses kelahiran, membantu meningkatkan sikap positif dan atau rasa kontrol dan dapat menurunkan ketergantungan pada medikasi (Doenges, 2001).

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

Rasional : Stres, rasa takut dan ansietas mempunyai efek yang dalam pada proses persalinan, sering memperlama persalinan karena ketidakseimbangan epinefrin dan norepinefrin dapat meningkatkan disfungsi pola persalinan (Doenges, 2001) .

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

Rasional : Mempertahankan kandung kemih bebas distensi yang dapat meningkatkan ketidaknyamanan, mengakibatkan kemungkinan trauma, mempengaruhi penurunan janin dan memperlama persalinan (Doenges, 2001).

- 5) Pemberian cairan dan nutrisi pada klien

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

- 6) Dukung klien selama kontraksi dengan teknik pernafasan dan relaksasi.

Rasional : Menurunkan ansietas dan memberikan distraksi, yang dapat memblok persepsi impuls nyeri dalam korteks serebral. (Doenges, 2001)

- 7) Lakukan maneuver leopard untuk menentukan posisi janin.

Rasional : Apabila ditemukan presentasi bokong, maka memerlukan kelahiran e cara section caesarea. Abnormalitas lain seperti presentasi wajah, dagu dan posterior juga dapat memerlukan intervensi khusus untuk mencegah persalinan yang lama (Doenges, 2001).

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

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

- 9) Posisikan klien miring ke kiri

Rasional : Meningkatkan perfusi plasental, mencegah sindrom hipotensif telentang (Doenges, 2001)

- 10) Catat kemajuan persalinan

Rasional : 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, 2001)

f. Implementasi

- 1) Memberikan konseling, informasi dan edukasi (KIE) kepada ibu mengenai hasil pemeriksaannya, bahwa ibu dan janin dalam keadaan baik.
- 2) Memberikan KIE tentang prosedur seperti pemantauan janin dan kemajuan persalinan normal.
- 3) Menganjurkan klien untuk mengungkapkan perasaan, masalah dan rasa takut.
- 4) Menganjurkan klien untuk berkemih setiap 1-2 jam
- 5) Memberikan cairan dan nutrisi pada klien
- 6) Mendukung klien selama kontraksi dengan teknik pernafasan dan relaksasi.
- 7) Melakukan maneuver leopard untuk menentukan posisi janin
- 8) Melakukan penilaian kemajuan persalinan yang meliputi pemeriksaan DJJ, his, nadi tiap 30 menit, suhu tiap 2 jam sekali, tekanan darah tiap 4 jam sekali, dan pemeriksaan dalam tiap 4 jam sekali atau sewaktu-waktu apabila ada indikasi
- 9) Memposisikan klien miring ke kiri
- 10) Mencatat kemajuan persalinan

g. Evaluasi

S : ibu mengatakan kenceng-kenceng semakin kuat dan sering

O : keadaan umum : baik

TTV : dalam batas normal

DJJ : 120-160 kali/menit

Hasil VT : pembukaan 0-10 cm, penipisan 25-100%, bagian terdahulu ubun-ubun kecil (UUK), tidak teraba bagian kecil atau berdenyut disekitar bagian terdahulu

A : Ny X G_P _ _ _ Ab _ _ _ UK _ _ minggu letak kepala, punggung kanan/kiri kala I fase laten/aktif persalinan dengna keadaan ibu dan janin baik

P : 1) Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap

2) Mempersiapkan tempat, alat dan bahan

3) Memberitahu pasien tindakan yang akan dilakukan

4) Memberitahu keluarga untuk mendukung ibu baik secara fisik maupun psikologis serta menyiapkan rujukan bila sewaktu-waktu terjadi kegawatdaruratan

2.2.2 Asuhan Kebidanan Kala II

a. Data Subjektif

Ibu mengatakan merasa mulas seperti ingin buang air besar

b. Data Objektif

1) Ada dorongan ingin meneran

- 2) Terlihat tekanan pada anus
- 3) Vulva membuka
- 4) Perineum menonjol
- 5) Kontraksi lebih dari 3 kali dalam 10 menit durasi lebih dari 40 detik
- 6) Pemeriksaan dalam:
 - a) Cairan vagina : ada lendir bercampur darah
 - b) Ketuban : sudah pecah
 - c) Pembukaan : 10 cm
 - d) Penipisan : 100%
 - e) Bagian terdahulu kepala, bagian terendah UUK jam ...
 - f) Tidak ada bagian kecil atau berdenyut disekitar kepala bayi
 - g) Molage 0
 - h) Hodge IV

c. Analisa

Ny X G_P_ _ _ Ab_ _UK_ _ minggu presentasi belakang kepala kala II persalinan dengan keadaan ibu dan janin baik

d. Penatalaksanaan

- 1) Memastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk asfiksia: tempat tidur datar dan keras, 2 kain dan 1 handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.

- a) Menggelar kain di atas perut ibu, tempat resusitasi dan ganjal bahu bayi
- b) Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
- 2) Mengenakan atau pakai celemek plastik.
- 3) Melepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, mencuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian mengeringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 4) Memakai sarung tangan DTT untuk melakukan pemeriksaan dalam.
- 5) Memasukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (menggunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT dan steril. Memastikan tidak terkontaminasi pada alat suntik)
- 6) Membersihkan vulva dan perineum, menyeka dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT
 - a) Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang
 - b) Buang kapas atau pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia
 - c) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi
- 7) Melakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.

- 8) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% kemudian melepaskan dan merendam dalam keadaan terbalik dalam larutan 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
- 9) Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi/ saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120 – 160 x/ menit).
- 10) Memberitahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
- 11) Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran (Bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).
- 12) Melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasakan ada dorongan kuat untuk meneran.
 - a) Memimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif
 - b) Mendukung dan memberi semangat pada saat meneran dan memperbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai
 - c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama)
 - d) Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi

- e) Menganjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu
 - f) Memberikan cukup asupan cairan per-oral (minum)
 - g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai
 - h) Segera merujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (primigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (multigravida).
- 13) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
 - 14) Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
 - 15) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu
 - 16) Membuka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
 - 17) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
 - 18) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan sambil bernapas cepat dan dangkal.

- 19) Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi.
 - a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi
 - b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara klem tersebut.
- 20) Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 21) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, memegang secara biparental. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut menggerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian menggerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- 22) Setelah kedua bahu lahir, menggeser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- 23) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong dan kaki. Memegang kedua mata kaki (memasukkan telunjuk diantara kaki dan memegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).
- 24) Melakukan penilaian (selintas): Apakah bayi menangis kuat dan/ atau bernapas tanpa kesulitan? Apakah bayi bergerak dengan aktif?

Jika bayi tidak bernapas atau megap-megap segera melakukan tindakan resusitasi.

- 25) Meringankan dan posisikan tubuh bayi di atas perut ibu.
 - a) Meringankan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya (tanpa membersihkan verniks) kecuali bagian tangan
 - b) Mengganti handuk basah dengan handuk kering
 - c) Memastikan bayi dalam kondisi mantap di atas perut ibu.
- 26) Memeriksa kembali perut ibu untuk memastikan tak ada bayi lain dalam uterus (hamil tunggal).
- 27) Memberitahukan pada ibu bahwa penolong akan menyuntikkan oksitosin (agar uterus berkontraksi baik).
- 28) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, menyuntikkan oksitosin 10 unit (intramuskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (melakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
- 29) Dengan menggunakan klem, menjepit tali pusat (dua menit setelah bayi lahir pada sekitar 3 cm dari pusar (umbilikus) bayi. Dari sisi luar klem penjepit, mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan melakukan penjepitan kedua pada 2 cm distal dari klem pertama.
- 30) Memotong dan mengikat tali pusat.
 - a) Dengan satu tangan, mengangkat tali pusat yang telah dijepit kemudian melakukan penggantungan tali pusat (lindungi perut bayi) di antara 2 klem tersebut

- b) Mengikat tali pusat dengan benang DTT/ steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang ke sisi berlawanan dan melakukan ikatan kedua menggunakan benang dengan simpul kunci
- c) Melepaskan klem dan memasukkan dalam wadah yang telah disediakan.

31) Menempatkan bayi untuk melakukan kontak kulit ibu ke kulit bayi. Meletakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu. Meluruskan bahu bayi sehingga bayi menempel dengan baik di dinding dada-perut ibu. Mengusahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.

32) Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

2.2.3 Asuhan Kebidanan Kala III

a. Data Subjektif

Ibu mengatakan bahwa bagian bawah perut masih terasa mulas

b. Data Objektif

- 1) Terlihat semburan darah
- 2) Tali pusat memanjang
- 3) Uterus menjadi bulat (globuler)
- 4) TFU setinggi pusat

c. Analisa

Ny X P_ _ _ _ Ab_ _ _ _ kala III persalinan dengan keadaan ibu baik.

d. Penatalaksanaan

- 1) Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 – 10 cm dari vulva.
- 2) Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
- 3) Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang – atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas. Jika uterus tidak segera berkontraksi, meminta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
- 4) Melakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, meminta ibu meneran sambil menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial)
 - a) Jika tali pusat bertambah panjang, memindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta
 - b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat: memberi dosis ulangan oksitosin 10 unit IM, melakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh, meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan, mengulangi penegangan tali

pusat 15 menit berikutnya. Segera merujuk jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir, bila terjadi perdarahan, mlakukan plasenta manual.

- 5) Saat plasenta muncul di introitus vagina, melahirkan plasenta dengan kedua tangan. Memegang dan memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan menempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.
- 6) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar secara lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Melakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik melakukan rangsangan taktil/ masase.
- 7) Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Memasukkan plasenta ke dalam kantung plastik atau tempat khusus.
- 8) Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

2.2.4 Asuhan Kebidanan Kala IV

a. Data Subjektif

Ibu mengatakan perutnya masih mulas.

b. Data Objektif

- 1) TFU dua jari dibawah pusat.
- 2) Kontraksi Uterus Baik.
- 3) Perdarahan kurang dari 500 ml.

c. Analisa

Ny X P_ _ _ _ Ab_ _ _ kala IV persalinan dengan keadaan ibu baik.

d. Penatalaksanaan

- 1) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 2) Memberi cukup waktu untuk melakukan kontak kulit ibu – bayi (di dada ibu paling sedikit 1 jam).
 - a) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusui pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara.
 - b) Membiarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui. Melakukan penimbangan/ pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1mg intramuskular di paha kiri anterolateral setelah satu jam kontak kulit ibu – bayi.

- 3) Melakukan penimbangan/ pengukuran bayi, memberi tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1mg intramuskular di paha kiri anterolateral setelah satu jam kontak kulit ibu – bayi.
- 4) Memberikan suntikan imunisasi Hepatitis B (setelah satu jam pemberian Vitamin K1) di paha kanan anterolateral.
 - a) Meletakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan
 - b) Meletakkan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusui di dalam satu jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusui.
- 5) Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan per vaginam 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan, setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan, setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.
- 6) Mengajarkan ibu/ keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- 7) Mengevaluasi dan estimasi jumlah kehilangann darah.
- 8) Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama 2 jam pertama persalinan.

- a) Memeriksa temperatur ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan
 - b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal
- 9) Memeriksa kembali kondisi bayi untuk memastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/ menit) serta suhu tubuh normal (36,5 – 37,5).
- 10) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
- 11) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 12) Membersihkan badan ibu menggunakan air DTT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 13) Memastikan ibu merasa nyaman, membantu ibu memerah ASI. Mengajukan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
- 14) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
- 15) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam 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 bersih mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk yang kering dan bersih.
- 17) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV.