

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Persalinan

2.1.1 Pengertian

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir (Sarwono dalam Buku Sondakh, 2013:2).

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) (Prawirohardjo, 2014:334).

Persalinan adalah proses pengeluaran atau kelahiran hasil konsepsi yang dapat hidup diluar uterus melalui vagina atau jalan lain (caesar) ke dunia luar.

2.1.2 Etiologi

Menurut Manuaba (2010:168), sebab-sebab mulainya persalinan meliputi :

a. Teori keregangan

Otot Rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat mulai terjadi.

b. Teori penurunan progesteron

Proses penebaran plasenta terjadi saat usia kehamilan 28 minggu, karena terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot Rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya, otot Rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu.

c. Teori oksitosin internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot Rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Dengan menurunnya konsentrasi progesterone akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dapat mulai.

d. Teori prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot Rahim sehingga hasil konsespsi dikeluarkan. Prostaglandin dianggap dapat merupakan pemicu terjadinya persalinan.

e. Teori hipotalamus-hipofisis dan glandula suprarenalis

Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan anensefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus. Teori ini dikemukakan oleh Linggin 1973. Pemberian kortikosteroid dapat

menyebabkan maturitas janin, induksi (mulainya) persalinan. Dari percobaan tersebut disimpulkan ada hubungan antara hipotalamus-hipofisis dengan mulainya persalinan. Glandula suprarenal merupakan pemicu terjadinya persalinan.

2.1.3 Tanda-Tanda Persalinan

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

a. Terjadinya his persalinan mempunyai sifat sebagai berikut:

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

b. Pengeluaran lendir dengan darah.

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

- 1) Pendataran dan pembukaan.
- 2) Pembukaan menyebabkan lendir yang berada di kanalis servikalis lepas.
- 3) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

c. Pengeluaran cairan

Pada beberapa kasus persalinan akan terjadi pecah ketuban. Sebagian besar, keadaan ini terjadi menjelang pembukaan lengkap. Setelah adanya

pecah ketuban, diharapkan proses persalinan akan berlangsung kurang dari 24 jam.

d. Hasil-hasil yang didapatkan pada pemeriksaan dalam.

- 1) Perlunakan serviks
- 2) Pendataran serviks
- 3) Pembukaan serviks

2.1.4 Faktor yang Mempengaruhi Proses Persalinan

a. *Power* (Tenaga atau Kekuatan)

Menurut Asrinah dalam Buku Ai Nurasih (2010:28), Power adalah kekuatan atau tenaga yang mendorong janin keluar. Kekuatan tersebut meliputi :

1) His (kontraksi uterus)

Kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominan terkoordinasi dan relaksasi. Tiap his dimulai sebagai gelombang dari salah satu sudut dimana tuba masuk kedalam dinding uterus, kontraksi bersifat involunter karena berada dibawah pengaruh saraf instrinsik, ini berarti wanita tidak memiliki kendali fisiologis terhadap frekuensi dan durasi kontraksi. Kontraksi uterus juga bersifat intermiten sehingga ada

periode relaksi diantara kontraksi, dimana fungsi relaksasi mengistirahatkan otot uterus, memberi istirahat pada ibu, mempertahankan

kesejahteraan janin karena kontraksi uterus menyebabkan konstriksi pembuluh darah plasenta.

a) Hal yang harus diperhatikan pada his saat melakukan observasi

(1) Frekuensi his : jumlah his dalam waktu tertentu, biasanya per 10 menit.

(2) Intensitas his : kekuatan his (adekuat atau lemah)

(3) Durasi (lama his) : lamanya setiap his berlangsung dan ditentukan dalam detik, misalnya 50 detik.

(4) Interval his : jarak antara his yang satu dengan his berikutnya, his datang tiap 2-3 menit.

b) Perubahan akibat his

(1) Uterus teraba keras/padat karena kontraksi. Sejak kehamilan lanjut dengan jelas terdiri dari 2 segmen, yaitu segmen atas dan bawah. Segmen atas dibentuk oleh korpus uteri dan segmen bawah yang terjadi di isthmus uteri. Pada saat kontraksi segmen atas memegang peran aktif dan dindingnya menjadi tebal, dan mendorong janin keluar. Sedangkan segmen bawah memegang peran pasif yaitu mengadakan relaksasi dan dilatasi sehingga menjadi saluran tipis dan teregang karena akan dilalui janin.

(2) Serviks menjadi menipis dan memendek yang disebut effacement.

(3) Pada ibu menyebabkan rasa sakit bersamaan dengan setiap kontraksi. Kandung kemih, rectum, tulang belakang, dan tulang pubis menerima tekanan kuat dari Rahim. Berat dari kepala bayi ketika bergerak ke bawah saluran lahir juga menyebabkan tekanan.

2) Tenaga mendedan

Setelah pembukaan lengkap dan setelah ketuban pecah atau dipecahkan serta sebagian persentasi sudah berada didasar panggul, sifat kontraksi berubah, yakni bersifat mendorong keluar dibantu dengan keinginan ibu untuk mendedan atau usaha volunter. Keinginan mendedan ini disebabkan karena :

- a) Kontraksi otot dinding perut yang mengakibatkan peninggian tekanan intra abdominal dan tekanan ini menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan untuk mendorong keluar.
- b) Tenaga ini serupa dengan tenaga mendedan sewaktu buang air besar (BAB), tapi jauh lebih kuat.
- c) Saat kepala sampai kedasar panggul, timbul refleks yang mengakibatkan ibu menutup glotisnya, mengkontraksikan otot-otot perut dan menekan diafragmanya ke bawah.
- d) Tenaga mendedan ini hanya dapat berhasil bila pembukaan sudah lengkap dan paling efektif sewaktu ada his.
- e) Tanpa tenaga mendedan bayi tidak akan lahir

b. *Passage* (Jalan Lahir)

Menurut Harry Oxorn dalam buku Sulistyawati (2013:13), Tulang-tulang panggul terdiri atas tiga buah tulang yaitu Os Coxae (pangkal paha) yang terdiri dari dua buah kiri dan kanan, Os Sakrum, dan Os Koksigis.

1) Dua *Os coxae* (pangkal paha)

Os Coxae terdiri dari dua buah kiri dan kanan, Os Coxae merupakan fusi dari Os Ilium, Os Ischium dan Os Pubis :

a) *Os Ilium* (tulang usus)

Pada *Os Ilium* terdapat *krista illiaca* (pinggir tulang yang tebal), Spina Illiaca Anterior Superior , Spina Illiaca Anterior Inferior, Spina Illiaca Posterior Superior, Spina Illiaca Posterior Inferior.

b) *Os Ischium* (tulang duduk)

Pada *Os Ischium* terdapat *Tuber Ischi* (tulang tebal yang menyangga saat duduk) dan *Spina Ischiadica* (tonjolan pada Ischium).

c) *Os Pubis* (tulang kemaluan)

Pada Os Pubis terdapat *Simfisis Pubis*, *Ramus inferior* yang akan membentuk *Arkus Pubis* yang bersudut 90° , jika kurang dari sudut tersebut akan mengalami kesempitan dan mempersulit persalinan.

2) Os Sacrum (tulang kelangkang)

Tulang ini berbentuk segitiga dengan lebar dibagian atas dan megecil dibagian bawah. Tulang kelangkang terletak di antara kedua tulang pangkal paha.

- a) Terdiri dari 5 ruas tulang yang berhubungan erat.
- b) Permukaan depan licin dengan lengkungan dari atas ke bawah dan dari kanan ke kiri.
- c) Pada sisi kanan dan kiri, digaris tengah terdapat lubang yang dilalui oleh saraf yang disebut *foramen sakralia anterior*.
- d) Tulang selangkang berhubungan dengan tulang pinggang ruas ke-5.
- e) Tulang kelangkang yang paling atas memiliki tonjolan besar kedepan yang disebut promontorium.
- f) Bagian samping tulang kelangkang berhubungan dengan tulang pangkal paha melalui artikulasi *sacro-illiaca*.
- g) Ke bawah tulang kelangkang berhubungan dengan tulang tungging (tulang koksigis).

3) Os Coccygis

- a) Berbentuk segitiga dengan ruas 3-5 buah yang menyatu.
- b) Terdapat hubungan antara tulang sacrum dengan tulang koksigis yang disebut artikulasi *sacro-koksigis*.
- c) Di luar kehamilan, artikulasi hanya memungkinkan mengalami sedikit pergeseran, tetapi pada kehamilan dan persalinan dapat mengalami

pergeseran yang cukup longgar bahkan ujung tulang koksigis dapat bergerak ke belakang sampai sejauh 2,5 cm pada proses persalinan

Menurut Prawirohardjo dalam Buku Ari Sulistyawati & Esti Nugraheny (2013: 15), secara fungsional terdapat 2 besar bagian panggul:

- 1) Pelvis mayor (*false pelvis*): bagian pelvis yang terletak di atas linea terminalis.
- 2) Pelvis minor (*true pelvis*): bagian pelvis yang terletak disebelah bawah linea terminalis. Bentuk pelvis minor menyerupai suatu saluran yang mempunyai sumbu melengkung kedepan (sumbu rakus). Pelvis minor terdiri dari:

- a) Pintu atas panggul (PAP)

- (1) terbentuk dari promontorium, tulang sakrii, linea terminalis, dan pinggir atas simfisis.
- (2) Jarak antara simfisis ke promontorium kurang lebih 11 cm yang disebut *konjugata vera*.
- (3) Jarak terjauh garis melintang PAP adalah 12,5-13 cm yang disebut diameter transversa.
- (4) Bila ditarik garis dari artikulasi sakro-iliaka ke titik pertemuan antara diameter transversa dan konjugata vera kemudian diteruskan ke linea inominata maka akan ditemukan sebuah diameter *obliq* dengan ukuran 13 cm.

b) Bidang terluas panggul

(1) Merupakan bagian yang terluas dan bentuknya hampir seperti lingkaran.

(2) Batas-batas:

(a) Anterior: titik tengah permukaan belakang tulang pubis.

(b) Lateral: sepertiga bagian atas dan tengah foramen obturatorium.

(c) Posterior: hubungan antara vertebra sakralis kedua dan ketiga.

(3) Diameter-diameter penting.

(a) Diameter anteroposterior adalah jarak antara titik tengah permukaan belakang tulang pubis dengan hubungan antara vertebra sakralis kedua dan ketiga, panjangnya adalah 12,75 cm.

(b) Diameter transversa adalah jarak terbesar tepi lateral kanan dan kiri bidang tersebut, panjangnya 12,5 cm.

c) Bidang tersempit panggul

(1) Bidang terpenting dalam panggul, memiliki ruang yang paling sempit dan ditempat ini paling sering terjadi macetnya persalinan. Bidang ini terbentang dari apeks sampai arkus subpubis melalui spina ischiadica ke sacrum, biasanya dekat dengan perhubungan antara vertebra sakralis ke-4 dan ke-5.

(2) Batas-batas.

(a) Tepi bawah simfisis pubis.

(b) Garis putih pada fasia yang menutupi foramen obturatorium.

- (c) Spina ischiadica.
 - (d) Ligamentum sacrospinosum.
 - (e) Tulang sacrum.
- (3) Diameter-diameter penting.
- (a) Diameter anteroposterior.
 - (b) Dari tepi bawah simfisis pubis ke perhubungan antara vertebra sakralis ke-4 dan ke-5, memiliki ukuran 12 cm.
 - (c) Diameter transversa.
 - (d) Antara spina ischiadica kanan dan kiri, memiliki ukuran 10,5 cm.
 - (e) Diameter sagitalis.
 - (f) Dari distansia interspinarum ke perhubungan antara vertebra sakralis ke-4 dan ke-5, memiliki ukuran 4,5 sampai 5 cm.
- d) Pintu bawah panggul (PBP)

Pintu bawah panggul bukan merupakan suatu bidang datar, tetapi tersusun atas dua bidang yang masing-masing berbentuk segitiga. Bidang pertama dibentuk oleh garis antara kedua buah tubera os. ischi dengan ujung tulang sacrum, dan bidang kedua dibentuk oleh garis antara kedua buah tuber os. ischia dengan bagian bawah simfisis. Pinggir bawah simfisis berbentuk lengkung kebawah dan merupakan sudut (arcus pubis), dalam keadaan normal sudutnya 90 derajat, bila kurang dari itu maka kepala bayi akan sulit untuk dilahirkan.

e) Bidang Hodge

Bidang- bidang hodge ini dipelajari untuk menentukan sampai dimana bagian terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan. Antara lain:

- (1) Hodge I : bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis promontorium.
- (2) Hodge II : bidang yang sejajar hodge I setinggi bagian bawah simfisis.
- (3) Hodge III : bidang yang sejajar hodge I setinggi spina ischiadica.
- (4) Hodge IV : bidang yang sejajar hodge I setinggi tulang koksigis.

c. *Passanger* (Isi Kehamilan)

Menurut Manuaba dalam Buku Ari Sulistyawati (2010:28), *Passanger* yang dapat mempenaruhi proses persalinan adalah :

1) Janin

Sebagian besar adalah mengenai ukuran kepala janin, karena kepala adalah bagian terbesar dari janin dan paling sulit untuk dilahirkan. Penolong persalinan berkeyakinan jika kepala janin sudah dapat lahir, maka bagian tubuh yang lain akan dengan mudah menyusul. Tulang-tulang penyusun kepala janin terdiri dari :

- a) Dua buah Os. Parietalis
- b) Satu buah Os. Oksipitalis
- c) Dua buah Os. Frontalis

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

Pada tulang tengkorak janin dikenal beberapa sutura, antara lain:

a) Sutura sagitalis superior

Menghubungkan kedua Os. Parietalis kanan dan kiri.

b) Sutura koronaria

Menghubungkan Os. Parietalis dengan Os frontalis.

c) Sutura lambdoidea

Menghubungkan Os. Parietalis dengan Os. Oksipitalis.

d) Sutura frontalis

Menghubungkan kedua Os. Frontalis kanan dan kiri.

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

a) Fontanel minor (ubun-ubun kecil)

(1) Berbentuk segitiga

(2) Terdapat disutura sagitalis superior bersilang dengan sutura lambdoidea

(3) Sebagai penyebut (penunjuk presentasi kepala) dalam persalinan, yang diketahui melalui pemeriksaan dalam (vaginal touche). Pada

saat tangan pemeriksa meraba kepala janin, ketika terasa adanya cekungan yang berbentuk segitiga, itulah ubun-ubun kecil.

- b) Fontanel mayor (ubun-ubun besar)
- (1) Berbentuk segi empat panjang
 - (2) Terdapat di sutura sagitalis superior dan sutura frontalis bersilang dengan sutura koronaria.

Penyusupan (molase) tulang kepala

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

Lambang yang digunakan:

- 0 : Tulang–tulang kepala janin terpisah, sutura mudah dipalpsi.
- 1 : Tulang-tulang kepala janin sudah saling bersentuhan.
- 2 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih bisa dipisahkan.
- 3 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

Ukuran ukuran penting kepala janin (Manuaba dalam Buku Sulistyawati. 2013: 29):

a) Diameter suboccipito bregmatika (10 cm)

Jika kepala janin dilahirkan dalam presentasi belakang kepala. Presentasi belakang kepala merupakan presentasi yang paling menguntungkan.

b) Diameter suboksipito frontalis (11 cm)

Ukuran presentasi puncak kepala.

c) Diameter oksipito mentovertikalis (13 cm)

Ukuran pada persalinan dengan presentasi puncak dahi.

d) Diameter submento bregmatika (10 cm)

Ukuran pada presentasi muka, sama dengan diameter submento bregmatika tetapi pada persalinan letak muka kepala tidak dapat mengadakan molase seperti pada presentasi belakang kepala.

e) Diameter biparietalis (9,5 cm)

Ukuran antara tuber Os parietalis kiri dan kanan.

f) Diameter bitemporalis (8 cm)

Ukuran antara Os temporalis kanan dan kiri.

d. Psikologi

Banyak wanita normal yang bisa merasakan kegairahan dan kegembiraan saat merasakan kesakitan diawal menjelang kelahiran bayinya. Perasaan positif ini berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas “kewanitaan sejati”, yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan atau memproduksi anak. Khususnya, rasa lega itu berlangsung

bila kehamilannya mengalami perpanjangan waktu, mereka seolah-olah mendapat kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu “keadaan yang belum pasti”, sekarang menjadi hal yang nyata. Faktor psikologis meliputi hal-hal sebagai berikut.

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

e. Penolong

Peran dari penolong persalinan 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.

f. Posisi

Ibu dapat mengubah posisi secara teratur karena hal ini dapat membantu kemajuan persalinan, mencari posisi meneran yang paling efektif dan menjaga sirkulasi utero-plasenter tetap baik. Posisi duduk atau setengah duduk dapat memberikan rasa nyaman bagi ibu dan memberi kemudahan baginya untuk beristirahat diantara kontraksi. Keuntungan dari kedua posisi ini adalah gaya grafitasi untuk membantu ibu melahirkan bayinya (JNPK-KR, 2008).

g. Pendamping

Peran pendamping dalam memberikan dukungan fisik dan dukungan emosional, dukungan fisik berupa dukungan langsung berupa pertolongan langsung dari suami atau keluarga, sedangkan dukungan emosional mengacu pada asuhan sayang ibu berupa kehangatan, kepedulian maupun ungkapan empati yang akan menimbulkan keyakinan bahwa ibu merasa dicintai dan diperhatikan oleh suami, yang pada akhirnya dapat berpengaruh kepada keberhasilan.

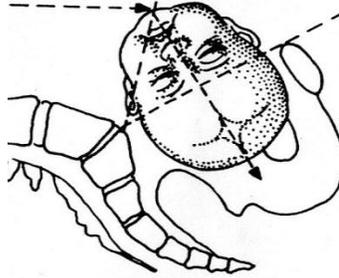
2.1.5 Mekanisme Persalinan Normal

Menurut Harry Oxorn dalam buku Sulistyawati (2013: 106), gerakan utama dalam persalinan yaitu sebagai berikut:

a. Penurunan kepala

Pada primigravida, masuknya kepala telah melewati PAP biasanya terjadi pada 2-3 minggu sebelum cukup bulan, tetapi pada multigravida biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan. Terjadinya engagement normal sangat dipengaruhi oleh tonus otot uterus dan otot dasar panggul. Masuknya kepala ke dalam PAP dalam keadaan asinklitismus yaitu bila sutura sagitalis terdapat ditengah-tengah jalan lahir tepat diantara simfisis dan promontorium.

Sinklitismus

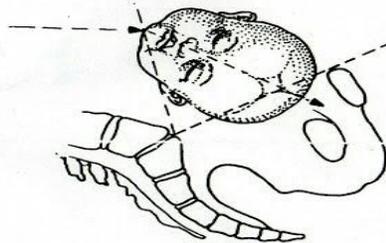


Gambar 2.1

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

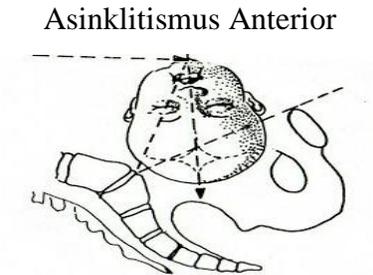
- 1) Asinklitismus posterior: bila sutura sagitalis mendekati simfisis dan *os Parietal* belakang lebih rendah dari *os. Parietal* depan.

Asinklitismus Posterior



Gambar 2.2

- 2) Asinklitismus anterior: bila sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga *os. Parietal* depan lebih rendah dari *os. Parietal* belakang.



Gambar 2.3

Penurunan kepala lebih lanjut terjadi pada kala I dan kala II persalinan. Hal ini disebabkan karena adanya kontraksi dan retraksi dari segmen atas Rahim yang menyebabkan tekanan langsung fundus pada bokong janin. Dalam waktu bersamaan terjadi relaksasi dari segmen bawah Rahim sehingga terjadi penipisan dan dilatasi serviks.

b. Fleksi

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

suboccipito frontalis (11 cm). sampai didasar panggul, biasanya kepala janin berada dalam keadaan fleksi maksimal.

Fleksi

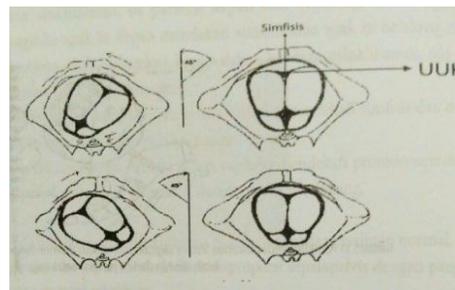


Gambar 2.4

c. Rotasi dalam (putaran paksi dalam)

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

Rotasi Dalam



Gambar 2.5

d. Ekstensi

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

Ekstensi



Gambar 2.6

e. Rotasi luar (putaran paksi luar)

Kepala yang sudah lahir selanjutnya mengalami restitusi yaitu kepala bayi memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Bahu melintasi pintu dalam keadaan miring, di dalam rongga panggul, bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya, bahu mengalami putaran

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

Putar Paksi Luar



Gambar 2.7

f. Ekspulsi

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

Ekspulsi



Gambar 2.8

2.1.6 Tahapan Persalinan

a. Persalinan Kala I

1) Pengertian Kala I

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan His, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga parturient masih dapat berjalan jalan. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan kurva Friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam (Manuaba, 173:2010).

Proses ini terbagi menjadi 2 fase:

- a) Fase laten (8 jam) dimana serviks membuka sampai 3 cm
- b) Fase aktif (7 jam) dimana serviks membuka mulai 3-10 cm. kontraksi lebih kuat dan sering terjadi pada fase aktif. Menurut Friedmann dalam Buku Jenny J.S Sondakh (2013:114) kala aktif pada Nulipara rata-rata 4,9 jam dan 2,2 jam pada Multipara.

2) Asuhan Pada Kala I

Menurut Sarwono (2014:335) Terdapat 5 aspek dasar atau Lima benang merah, yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman, yaitu :

a) Membuat keputusan klinik

Proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien, keputusan itu harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan.

b) Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

c) Pencegahan infeksi

Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong dan tenaga kesehatan lainnya dengan mengurangi infeksi karena bakteri, virus dan jamur dan untuk menurunkan resiko penularan penyakit berbahaya yang belum ditemukan obatnya seperti Hepatitis dan HIV/AIDS. Tindakan yang dilakukan yaitu, cuci tangan, memakai sarung tangan, menggunakan teknik aseptik, APD dll.

d) Pencatatan (rekam medik) asuhan persalinan

Catat semua asuhan yang diberikan kepada ibu dan bayinya. Jika asuhan tidak dicatat, dapat dianggap bahwa hal tersebut tidak

dilakukan. Partograf adalah bagian terpenting dari proses pencatatan selama persalinan.

e) Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa ibu. Hal penting dalam merujuk yaitu BAKSOKUDA (Bidan, Alat, Keluarga, Surat, Obat, Kendaraan, Uang dan Darah).

b. Persalinan Kala II

Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi (JNPK-KR, 2008). Proses ini biasanya berlangsung selama 2 jam pada primipara dan 1 jam pada multipara (Yeyeh, 2009:6).

1) Kebutuhan dasar ibu kala II

Pada kebutuhan dasar ibu kala II menurut Wiknjastro dalam buku Sulistyawati (2013: 103), dilakukan sesuai asuhan sayang ibu, yakni:

a) Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang aman, berdasarkan temuan (*evidence based*), dan meningkatkan angka kelangsungan hidup.

b) Asuhan sayang ibu membantu pasien merasa nyaman dan aman selama proses persalinan yaitu dengan menghargai kebudayaan, praktik keagamaan (apabila kebiasaan tersebut aman); serta melibatkan pasien pasien dan keluarga sebagai pembuat keputusan,

secara emosional sifatnya mendukung. Asuhan sayang ibu melindungi hak-hak pasien untuk mendapatkan privasi dan menggunakan sentuhan hanya seperlunya.

- c) Asuhan sayang ibu berpusat pada pasien dan bukan pada petugas kesehatan.
- d) Asuhan sayang ibu menjamin bahwa pasien dan keluarganya diberitahu tentang apa yang sedang terjadi dan apa yang bisa diharapkan.

2) Asuhan kala II

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

a) Pemantauan ibu

(1) Kontraksi

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

(2) Tanda-tanda kala II

(a) Merasa ingin meneran dan biasanya sudah tidak bisa menahannya

(b) Perineum menonjol

(c) Merasa seperti ingin buang air besar

(d) Lubang vagina dan sfingter ani membuka

(e) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat (jika ketuban sudah pecah).

(3) Tanda vital

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

(4) Kandung kemih

Pemasangan kateter dengan melakukan pertimbangan, yaitu :

- (a) Ketidaknyamanan bagi pasien.
- (b) Apakah kandung kemih memang perlu dikosongkan (kandung kemih distensi, pasien sudah berkemih 2 jam terakhir, kapan dan jenis intake cairan sejak terakhir berkemih)
- (c) Peningkatan risiko infeksi kandung kemih disebabkan kateter.
- (d) Apakah bidan mengantisipasi komplikasi yang mungkin terjadi, seperti perdarahan, partus lama, dan distosia bahu.

(5) Hidrasi

Cairan keringat yang diakibatkan peningkatan suhu sehingga akan mengeluarkan lebih banyak keringat.

(6) Kemajuan persalinan dan upaya meneran

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

(a) Penonjolan perineum

(b) Pembukaan anus

(c) Mekanisme persalinan

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

(7) Integritas perineum

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

(8) Kebutuhan dan jenis episiotomy

Indikasi utama untuk melakukan episiotomy adalah adanya gawat janin. Beberapa pertimbangan mengenai keputusan untuk melakukan episiotomy adalah:

(a) Keyakinan bidan apakah lebih baik dilakukan episiotomy atau membiarkan perineum robek jika kelahiran dengan perineum utuh tidak memungkinkan.

- (b) Ukuran bayi dipertimbangkan untuk dilakukan episiotomy, biasanya dilakukan pada bayi premature, TBJ kecil, atau pada TBJ > 4000 gram.
- (c) Pengendalian diri pasien, jika pasien dapat melaksanakan instruksi bidan dengan baik maka bidan mempertimbangkan untuk tidak episiotomy.

b) Pemantauan janin

(1) Saat bayi belum lahir

(a) Frekuensi DJJ

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

(b) Bagian terendah janin

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

(c) Penurunan bagian terendah janin

Pemantauan ini berkaitan dengan proses kemajuan persalinan mulai dari penurunan sampai lahirnya kepala. Penurunan

kepala yang lambat disertai dengan DJJ abnormal mengindikasikan lilitan tali pusat.

(2) Saat bayi sudah lahir

Penilaian sesaat setelah bayi lahir bidan melakukan penilaian sekilas untuk menilai kesejahteraan bayi secara umum. Aspek yang di nilai adalah warna kulit dan tangis bayi.

c) Melakukan amniotomi dan episiotomi

Menurut Wiknjosastro dalam Buku Sulistyawati dan Nugraheny (2013: 123), amniotomi dan episiotomi yaitu:

(1) Amniotomi adalah tindakan untuk membuka selaput ketuban atau amnion dengan cara membuat robekan kecil yang kemudian akan melebar secara spontan akibat gaya berat cairan dan adanya tekanan dalam rongga amnion. Tindakan ini hanya dilakukan saat pembukaan lengkap atau hampir lengkap agar penyelesaian proses persalinan berlangsung sebagaimana mestinya. Apabila pemeriksaan dalam teraba bagian-bagian kecil janin, maka jangan sekali-kali memecahkan ketuban karena akan menyebabkan penyulit persalinan. Saat memecahkan selaput ketuban, satu tangan berada di atas fundus untuk memfiksasi kepala agar tetap berada didalam PAP dengan baik dan terkunci sementara satu tangan berada dalam vagina bertugas memecahkan selaput ketuban.

- (2) Episiotomi adalah insisi dari perineum untuk memudahkan persalinan dan mencegah ruptur perineum totalis. Indikasi episiotomi mempercepat persalinan jika terdapat hal berikut:
- (a) Gawat janin dan janin akan segera dilahirkan dengan tindakan.
 - (b) Penyulit kelahiran pervaginam misalnya karena bayi sungsang, distosia bahu, ekstraksi vakum, atau forsep.
 - (c) Jaringan pada perineum atau vagina yang memperlambat kemajuan persalinan.

c. Persalinan Kala III

Kala III persalinan disebut juga sebagai kala uri atau kala pengeluaran plasenta, batasan persalinan kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (JNPK-KR, 2008).

1) Fisiologi Kala III

Pada kala III persalinan, otot uterus (miometrium) berkontraksi mengikuti 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 sehingga plasenta menjadi berlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus.

2) Mekanisme Pelepasan Plasenta

Pemisahan plasenta ditimbulkan dari kontraksi dan retraksi miometrium sehingga mempertebal dinding uterus dan mengurangi ukuran area plasenta. Area plasenta menjadi lebih kecil sehingga plasenta mulai memisahkan diri dari dinding uterus karena plasenta tidak elastis seperti uterus dan tidak dapat berkontraksi atau beretraksi. Pada area pemisahan, bekuan darah retroplasenta terbentuk. Berat bekuan darah ini menambah tekanan pada plasenta dan selanjutnya membantu pemisahan. Kontraksi uterus yang selanjutnya akan melepaskan keseluruhan plasenta dari uterus dan mendorongnya keluar vagina disertai dengan pengeluaran selaput ketuban dan bekuan darah retroplasenta. Ada dua metode untuk pelepasan plasenta, yaitu sebagai berikut :

a) Metode *Schultze*

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

b) Metode *Matthews Duncan*

Plasenta turun melalui bagian samping dan masuk ke vulva dengan pembatas lateral terlebih dahulu seperti kancing yang memasuki lubang baju, bagian plasenta tidak berada dalam kantong. Pada metode ini kemungkinan terjadinya bagian selaput ketuban yang tertinggal

lebih besar karena selaput ketuban tersebut tidak terkelupas semua selengkap metode Schultze.

Fase pengeluaran plasenta adalah sebagai berikut :

a) *Kustner*

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

b) *Klein*

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

c) *Strassman*

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

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

Perubahan fisiologi dan tanda pelepasan plasenta pada kala III (Sondakh, 2013:136):

- a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus.
- b) Tali pusat memanjang.
- c) Semburan darah mendadak dan singkat.

3) Manajemen Aktif Kala III

a) Tujuan

Tujuan manajemen aktif kala III adalah untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu , mencegah perdarahan, dan mengurangi kehilangan darah kala III persalinan jika dibandingkan kala III fisiologis. Karena sebagian besar kasus kesakitan dan kematian ibu disebabkan oleh perdarahan pasca persalinan dimana sebagian besar disebabkan oleh atonia uteri dan retensio plasenta dan hal ini dapat dicegah dengan melakukan manajemen aktif kala III (JNPK-KR, 2008).

b) Keuntungan

Keuntungan–keuntungan manajemen aktif kala III :

- (1) Persalinan kala III yang lebih singkat
- (2) Mengurangi jumlah kehilangan darah
- (3) Mengurangi kejadian retensio plasenta

c) Langkah – Langkah Utama Manajemen Aktif Kala III

Manajemen aktif kala III terdiri atas tiga langkah utama, yaitu sebagai berikut :

(1) Pemberian suntikan oksitosin

Oksitosin 10 IU secara IM pada $\frac{1}{3}$ bawah paha kanan bagian luar dapat diberikan dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, dan dapat diulangi setelah 15 menit jika plasenta belum lahir.

(2) Melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT)

Tempatkan klem pada ujung tali pusat ± 5 cm dari vulva, memegang tali pusat dari jarak dekat untuk mencegah avulsi pada tali pusat. Saat terjadi kontraksi yang kuat, plasenta dilahirkan dengan penegangan tali pusat terkendali kemudian tangan pada dinding abdomen menekan korpus uteri ke bawah dan atas (dorso kranial) korpus.

(3) Masase fundus uteri

Segera setelah plasenta dan selaput dilahirkan, dengan perlahan tapi kukuh lakukan masase uterus dengan cara menggosok uterus pada abdomen dengan gerakan melingkar untuk menjaga agar uterus tetap keras dan berkontraksi dengan baik serta untuk mendorong setiap gumpalan darah agar keluar.

4) Kebutuhan Ibu Kala III

Ibu pada kala ini secara fisik mengalami suatu keadaan yang lelah setelah proses persalinan, Terlebih lagi pada primipara di mana kala I persalinannya cukup memakan waktu yang lama. Ibu membutuhkan rasa nyaman dan tenang untuk istirahat. Selain itu, nutrisi dan cairan penting untuk mengembalikan energi dan kondisi ibu setelah proses persalinan.

Secara psikologis ibu pada saat ini merasakan kebahagiaan dan perasaan senang karena bayinya telah lahir. Ibu membutuhkan kedekatan dengan bayinya dan perhatian dari orang yang ada di dekatnya untuk membantu agar ia dapat memeluk ataupun dapat mendekap bayi.

d. Persalin Kala IV

Kala IV adalah masa 2 jam setelah plasenta lahir.

1) Pemantauan Kala IV (JNPK-KR, 2017)

- a) Lakukan rangsangan taktil (masase) uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat.
- b) Evaluasi tinggi fundus uteri dengan meletakkan jari tangan anda secara melintang dengan pusat sebagai patokan. Umumnya fundus uteri setinggi atau beberapa jari dibawah pusat. Sebagai contoh, hasil pemeriksaan ditulis (dua jari dibawah pusat).
- c) Memperkirakan kehilangan darah secara keseluruhan. Sangat sulit untuk menentukan jumlah darah dengan tepat dikarenakan

bercampur dengan cairan ketuban, urin dan terserap handuk kain dan lainnya. Satu cara untuk menilai yaitu dengan melihat volume darah yang terkumpul dan memperkirakan berapa banyak botol 500 ml dapat menampung semua darah tersebut. Cara tak langsung yaitu apabila perdarahan menyebabkan ibu lemas, pusing dan kesadaran menurun serta tekanan darah sistolik turun lebih dari 10 mmHg dari kondisi sebelumnya maka perdarahan lebih dari 500 ml. bila ibu mengalami syok hipovolemik ibu telah kehilangan 50% dari total jumlah darah ibu (2000-2500 ml).

- d) Periksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomi) perineum.
- e) Evaluasi keadaan umum ibu.

Selama dua jam pertama pasca persalinan :

- (1) Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih dan darah yang keluar setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua.
- (2) Masase uterus setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua.
- (3) Pantau temperature tubuh setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan.

- (4) Nilai perdarahan, periksa perineum dan vagina setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua.
 - (5) Ajarkan ibu dan keluarga cara menilai kontraksi uterus dan jumlah darah yang keluar dan bagaimana melakukan masase jika uterus menjadi lembek.
 - f) Dokumentasi semua asuhan dan temuan selama persalinan kala IV dibagian belakang partograf, segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan.
- 2) Penjahitan luka episiotomi atau laserasi
- Tujuan menjahit laserasi atau episiotomy adalah untuk menyatukan kembali jaringan tubuh (mendekatkan) dan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu (JNPK-KR, 2008:177). Menyiapkan penjahitan yaitu :
- a) Ibu dalam posisi litotomi
 - b) Tempatkan handuk atau kain bersih dibawah bokong ibu.
 - c) Tempatkan lampu sedemikian rupa sehingga perineum terlihat jelas.
 - d) Gunakan teknik aseptik pada memeriksa robekan atau episiotomy, memberikan anestesi local dan menjahit luka.
 - e) Cuci tangan menggunakan air bersih dan mengalir.
 - f) Pakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril.
 - g) Persiapan peralatan dan bahan desinfeksi tingkat tinggi untuk penjahitan.

- h) Duduk dengan posisi nyaman dan santai sehingga luka bisa dengan mudah dilihat dan tanpa kesulitan.
- i) Gunakan kain atau kassa desinfeksi tingkat tinggi atau bersih untuk menyeka vulva, vagina dan perineum ibu dengan lembut, bersihkan darah atau bekuan darah yang ada sambil menilai dalam dan luasnya luka.
- j) Periksa vagina, serviks dan perineum secara lengkap, pastikan robekan perineum hanya merupakan derajat satu atau dua.
- k) Ganti sarung tangan dengan sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril yang baru setelah melakukan pemeriksaan rectum.
- l) Berikan anestesi local.
- m) Siapkan jarum (pilih jarum yang batangnya bulat, tidak pipih) dan benang (gunakan benang kromik 2-0 atau 3-0).
- n) Tempatkan jarum pada pemegang jarum dengan sudut 90 derajat, jepit dan jepit jarum tersebut.

2.1.7 Mendeteksi Persalinan

a. Partograf

Menurut Sarwono (2014:315), partograf adalah alat bantu yang digunakan selama persalinan. Tujuan utama penggunaan partograf yaitu alat untuk mencatat hasil observasi anamnesis, pemeriksaan fisik ibu dalam persalinan dan menilai kemajuan persalinan dan mendeteksi apakah

persalinan berjalan normal atau terdapat penyimpangan, dengan demikian dapat melakukan deteksi dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama.

Pencatatan partograf pada fase aktif persalinan, yaitu:

- 1) Informasi tentang ibu
- 2) Kesehatan dan kenyamanan janin

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

- a) Detak jantung janin

Menilai dan mencatat detak jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus. Kisaran normal DJJ 120-160 x/menit.

- b) Warna dan adanya air ketuban

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

U : Selaput ketuban utuh (belum pecah)

J : Selaput ketuban telah pecah dan air ketuban jernih

M : Selaput ketuban telah pecah dan air ketuban bercampur mekonium

D : Selaput ketuban telah pecah dan air ketuban bercampur darah

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

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

c) Penyusupan (molase) tulang kepala.

3) Kemajuan persalinan

a) Pembukaan serviks

Nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam sekali (lebih sering dilakukan jika ada tanda-tanda penyulit), catat pada partograf hasil temuan dari setiap pemeriksaan. Tanda X harus ditulis di garis waktu yang sesuai dengan jalur besarnya pembukaan serviks. Beri tanda X pada titik silang antara angka yang sesuai dengan temuan pertama pembukaan serviks pada fase aktif dengan garis waspada. Hubungan tanda X dengan garis lurus tidak terputus.

b) Penurunan bagian terbawah atau presentasi Janin

Kata-kata “turunnya kepala” dan garis tidak terputus dari 0-5 pada sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda “O”

di nomor 4, hubungkan O dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

c) Garis waspada dan garis bertindak

Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada, maka waspadai kemungkinan adanya penyulit persalinaan. Jika persalinaan telah berada di sebelah kanan garis bertindak yang sejajar dengan garis waspada maka perlu segera dilakukan tindakan penyelesaian persalinaan.

4) Jam dan waktu

Waktu berada dibagian bawah kolom terdiri atas waktu mulainya fase aktif persalinaan dan waktu aktual saat pemeriksaan. Waktu mulainya fase aktif persalinaan diberi angka 1-16, setiap kotak 1 jam, yang digunakan untuk menentukan lamanya proses persalinaan telah berlangsung.

5) Kontraksi uterus

Terdapat lima jalur kotak dengan tulisan “kontraksi per 10 menit” disebelah luar kolom paling kiri. Pemeriksaan dilakukan setiap 30 menit, raba dan catat jumlah dan durasi kontraksi dalam 10 menit.

6) Obat-obatan dan cairan yang diberikan

Catat obat dan cairan yang diberikan di kolom yang sesuai. Untuk oksitosin dicantumkan jumlah tetesan dan unit yang diberikan dokumentasi setiap 30 menit.

7) Kesehatan dan kenyamanan ibu

- a) Catat nadi ibu setiap 30 menit dan beri tanda titik (.) pada kolom yang sesuai.
- b) Ukur tekanan darah ibu tiap 10 menit dan beri tanda \updownarrow pada kolom yang sesuai.
- c) Temperatur dinilai setiap dua jam dan catat di tempat yang sesuai.
- d) Volume urine, protein dan aseton Lakukan minimal tiap 2 jam jika memungkinkan.

8) Asuhan, pengamatan, keputusan klinik lainnya

Catat semua asuhan lain, hasil pengamatan, dan keputusan klinik disisi luar kolom partograf atau buat catatan terpisah tentang kemajuan persalinan, Cantumkan tanggal dan waktu saat membuat catatan persalinan. Selain itu juga mencantumkan hal sebagai berikut:

- a) Jumlah cairan per oral.
- b) Keluhan sakit kepala dan penglihatan kabur.
- c) Konsultasi dengan penolong persalinan.
- d) Persiapan sebelum melakukan rujukan.
- e) Upaya rujukan.

9) Pencatatan pada lembar belakang partograf

Data atau informasi umum nilai dan catat asuhan yang diberikan pada kala I hingga kala IV dan penatalaksanaan pada bayi baru lahir.

Diisi dengan tanda centang (✓) dan diisi titik yang disediakan sesuai dengan asuhan.

b. Penapisan pada saat persalinan

Rujuk ibu jika didapati salah satu atau lebih penyulit berikut (JNPK-KR,2017) :

- 1) Riwayat bedah SC
- 2) Perdarahan per vaginam
- 3) Persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
- 4) Ketuban pecah dengan meconium yang kental
- 5) Ketuban pecah lama (lebih dari 24 jam)
- 6) Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (kurang dari 37 minggu)
- 7) Icterus
- 8) Anemia berat
- 9) Tanda/gejala infeksi
- 10) Preeclampsia atau hipertensi dalam kehamilan
- 11) Tinggi fundus uteri 40 cm atau lebih
- 12) Gawat janin
- 13) Primipara dalam fase aktif persalinan dengan palpasi kepala janin masih 5/5.
- 14) Presentasi bukan belakang kepala
- 15) Presentasi majemuk
- 16) Kehamilan gemelli

17) Tali pusat menubung

18) Syok.

2.2 Konsep Manajemen Kebidanan Persalinan

2.2.1 Manajemen Kebidanan Kala I

Masuk hari/tanggal :

Pukul :

Tempat pengkajian :

Nama pengkaji :

a. Pengkajian

1) Data Subjektif

a) Biodata

Nama : Sebagai identitas, dan agar mempermudah komunikasi antara bidan dan pasien.

Usia : Untuk mengetahui apakah usia ibu termasuk dalam usia yang beresiko dalam persalinan.

Agama : Sebagai dasar dalam bidan memberikan dukungan mental spiritual.

Pendidikan : Sebagai dasar cara bidan untuk menyampaikan informasi kepada klien.

Pekerjaan : Mengetahui tingkat sosial ekonomi dan pola sosialisasi. Memberikan konsultasi sesuai keadaan ekonomi klien.

Suku/bangsa : Mengetahui hubungan sosial budaya yang dianut oleh klien dan keluarga yang berkaitan dengan keadaan dan kesehatan klien.

Alamat : Selain sebagai data mengenai distribusi lokasi pasien, memberi gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan.

Nomor HP : Mempermudah dalam penyampaian informasi dan komunikasi.

b) Keluhan Utama

Untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas kesehatan. Informasi yang harus didapat dari pasien adalah kapan mulai terasa ada kencang-kencang di perut, bagaimana intensitas dan frekuensinya.

c) Riwayat Pernikahan

Data yang dikaji adalah usia pertama kali menikah, status pernikahan sah/tidak, lama pernikahan dan perkawinan yang sekarang dengan suami yang keberapa.

d) Riwayat Menstruasi

Data riwayat menstruasi adalah *menarche* (usia pertama kali menstruasi), siklus menstruasi (jarak antara menstruasi yang dialami

dengan menstruasi berikutnya), lama menstruasi (berapa hari), volume (banyaknya menstruasi), keluhan disaat mengalami menstruasi dan Hari Pertama Haid Terakhir.

e) Riwayat Kehamilan, persalinan, nifas dan KB yang lalu

(1) Kehamilan : berapa jumlah kehamilan sebelumnya, lama kehamilan serta apakah ada penyulit.

(2) Persalinan : jarak persalinan yang lalu dengan sekarang, penolong dan tempat saat bersalin, BBL serta penyulit.

(3) Nifas : apakah terdapat penyulit seperti perdarahan dll, pemberian Vit A serta tablet Fe.

(4) KB : alat kontrasepsi yang digunakan dan berapa lama penggunaan.

f) Riwayat Kehamilan Sekarang

Trimester I : periksa berapa kali dan dimana, apakah mengalami keluhan yang dapat membahayakan ibu dan janin (abortus, kehamilan ektopik, mola hidatosa serta hyperemesis gravidarum) dan apakah sudah suntik TT, tindakan yang dilakukan pemeriksa serta KIE yang diberikan.

Trimester II : periksa berapa kali dan dimana, apakah mengalami keluhan yang dapat membahayakan (tanda pre-eklampsia dan eklampsia, tanda KPD serta tanda anemia), serta tindakan yang dilakukan pemeriksa serta KIE yang

diberikan. Apakah sudah merasakan gerakan janin dan pada umur berapa gerakan janin terasa.

Trimester III : periksa berapa kali dan dimana, apakah mengalami keluhan yang dapat mengarah pada komplikasi seperti adanya tanda preeklampsia/eklampsia , gerakan janin tidak terasa. Tindakan yang dilakukan pemeriksa serta KIE yang diberikan.

g) Riwayat Kesehatan

Mengetahui akan adanya penyulit saat persalinan. Data yang dikaji adalah pernah atau sedang menderita penyakit jantung, diabetes mellitus, ginjal, hipertensi, hipotensi, hepatitis atau anemia.

h) Riwayat Kesehatan Keluarga

Data yang dikaji adalah pernah atau sedang menderita penyakit jantung, diabetes mellitus, ginjal, hipertensi, hipotensi, hepatitis atau anemia.

i) Pola aktifitas terakhir

(1) Pola Makan

Data fokusnya adalah kapan atau jam berapa terakhir kali makan, serta jenis dan jumlah makanan yang dimakan.

(2) Pola Minum

Pada masa persalinan, data penting untuk menentukan kecenderungan terjadinya dehidrasi. Data fokusnya adalah kapan terakhir kali minum, jumlah dan jenis minuman.

(3) Pola Istirahat

Istirahat untuk mempersiapkan energy menghadapi proses persalinannya. Data fokusnya adalah kapan terakhir tidur dan berapa lama.

(4) Pola Eliminasi

Berkaitan dengan kapan terakhir kali BAB dan BAK, karna jika kandung kemih penuh dapat mempengaruhi kontraksi uterus.

(5) Data Psiko-sosial-budaya

Sangat penting untuk kenyamanan psikologis pasien, adanya respon yang positif dari keluarga terhadap persalinan akan mempercepat proses adaptasi dalam menerima kondisi dan perannya. Kebiasaan adat istiadat yang dianut dalam menghadapi persalinan, selama tidak membahayakan pasien, sebaiknya tetap di fasilitasi karena ada efek psikologis yang positif untuk pasien dan keluarganya.

2) Data Objektif

Data ini dikumpulkan guna melengkapi data untuk menegakkan diagnosis. Bidan melakukan pengkajian data objektif melalui

pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi dan pemeriksaan penunjang yang dilakukan secara berurutan.

a) Pemeriksaan Umum

(1) Keadaan Umum

(a) Baik

Jika pasien memperlihatkan respon yang baik dan tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.

(b) Lemah

Pasien kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain dan tidak mampu berjalan sendiri.

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, apakah kesadaran pasien dalam komposmentis sampai dengan koma.

c) Tanda Vital

(1) Tekanan Darah

(2) Nadi

(3) Pernafasan

(4) Suhu

d) Kepala

(1) Muka

Dikaji apakah tampak pucat dan terdapat oedem atau tidak.

(2) Mata

Dikaji konjungtiva, sclera, kelainan pada mata dan gangguan penglihatan (rabun jauh/dekat).

(3) Mulut

(a) Bibir

Dikaji apakah ada keputihan pada bibir yang mengindikasikan adanya anemia pada pasien serta apakah bibir lembab atau kering untuk mengindikasikan pasien kekurangan cairan.

(b) Gigi

Dikaji tentang kebersihan dan adanya karies gigi.

e) Leher

Untuk mengetahui apakah ada kelainan atau pembesaran pada kelenjar limfe.

f) Payudara

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

g) Perut

(1) Tinggi fundus uteri

TFU berkaitan dengan usia kehamilan. Berat janin TFU yang lebih kecil dari pada perkiraan kemungkinan menunjukkan

kesalahan dalam menentukan tanggal HPHT, kecil masa kehamilan (KMK) atau olihidramnion. Sedangkan berat janin dan tinggi fundus yang lebih besar menunjukkan bahwa ibu salah dalam menentukan HPHT, bayi besar (mengindikasikan diabetes) kehamilan kembar, atau polihidramnion. Bayi yang besar memberi peringatan akan kemungkinan terjadinya atonia uterus pasca partum, yang menyebabkan perdarahan atau kemungkinan distosia bahu.

(2) Tanda bekas operasi sesar

Tanda bekas luka operasi digunakan untuk melihat apakah ibu pernah mengalami operasi seksio sesaria.

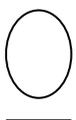
(3) Pemeriksaan Leopold

Pemeriksaan leopold digunakan untuk mengetahui letak, presentasi, posisi, dan variasi janin. Pemeriksaan Leopold digunakan untuk memastikan letak (misalnya lintang), presentasi (misalnya bokong), atau posisi (misalnya dagu, dahi, atau sinsiput).

(4) Penurunan Kepala

Tabel 2.1

Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perlimaan

Periksa luar	Keterangan
 = 5/5	Bagian terbawah janin seluruhnya teraba di atas simfisis pubis
 = 4/5	Sebagian (1/5) bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul
 = 3/5	Sebagian (2/5) bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul
 = 2/5	Sebagian dari bagian terbawah janin masih berada diatas simfisis dan (3/5) bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakkan)
 = 1/5	Hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada diatas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk kedalam rongga panggul.
 = 0/5	Bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari permukaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk kedalam rongga panggul.

Sumber: JNPK-KR. 2017. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta:

Depkes RI.

(5) Pola Kontraksi

Frekuensi, durasi dan intensitas kontraksi digunakan untuk menentukan status persalinan.

(6) Denyut Jantung Janin (DJJ)

Penilaian DJJ dilakukan segera setelah kontraksi, dengarkan DJJ selama minimal 60 detik. Apabila terjadi gangguan kesehatan janin, Bila ditemukan keadaan DJJ diluar batas normal, baringkan ibu miring kiri dan relaksasi dan dilanjutkan pemeriksaan DJJ setelah 5 menit.

(7) Palpasi Kandung Kemih.

Jika kandung kemih penuh akan mengganggu kontraksi dan penurunan kepala janin.

h) Ekstremitas

Untuk mengkaji adanya odema, varises dan gangguan/kelainan.

i) Pemeriksaan Vagina

(1) Genetalia luar

Pemeriksaan adanya luka, cairan, lender darah, perdarahan atau cairan ketuban.

(2) Genetalia dalam/pemeriksaan dalam

Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013:109), pemeriksaan dalam meliputi langkah sebagai berikut :

- (a) Pemeriksaan genetalia eksterna, memperhatikan adanya luka atau masa (benjolan) termasuk kondilomata, varikosis vulva atau rectum, atau luka parut di perineum. Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum .

(b) Penilaian cairan vagina dan menentukan adanya bercak darah, perdarahan pervaginam atau mekonium, jika ada perdarahan pervaginam maka tidak dilakukan pemeriksaan dalam. Jika ketuban sudah pecah, melihat warna dan bau air ketuban. Jika terjadi pewarnaan mekonium, nilai kental atau encer dan periksa detak jantung janin (DJJ):

- Jika meconium encer dan DJJ normal, teruskan memantau DJJ secara seksama menurut petunjuk partograf. Jika ada tanda-tanda akan terjadinya gawat janin, lakukan rujukan segera.
- Jika meconium kental, nilai DJJ dan rujuk segera.
- Jika tercium bau busuk, ada kemungkinan telah terjadi infeksi.

(c) Menilai pembukaan dan penipisan serviks

(d) Memastikan tali pusat dan bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan pemeriksaan dalam. Jika terjadi, maka segera rujuk.

(e) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian tersebut telah masuk ke dalam rongga panggul. Menentukan kemajuan persalinan dengan cara membandingkan tingkat penurunan kepala dari hasil pemeriksaan dalam dengan hasil pemeriksaan melalui dinding abdomen (perlimaan).

(f) Jika bagian terbawah adalah kepala, memastikan penunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar, atau fontanela magna) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau tumpang tindih tulang kepala dan apakah ukuran kepala janin sesuai dengan ukuran jalan lahir.

j) Anus

Digunakan untuk mengetahui kebersihan dan kelainan pada anus seperti hemoroid.

k) Data Penunjang

Untuk mengetahui keadaan ibu dan janin untuk mendukung proses persalinan, seperti :

(1) USG

(2) Laboratorium meliputi: kadar hemoglobin (Hb), Ht (Hematokrit), kadar leukosit dan golongan darah.

b. Identifikasi Diagnosa dan Masalah

Identifikasi terhadap rumusan diagnosis dan masalah berdasarkan interpretasi data yang telah dikumpulkan.

1) Diagnosis kebidanan/nomenklatur

a) Paritas

Format penulisan paritas dalam interpretasi data.

G.P....Ab...

Keterangan :

G = jumlah kehamilan

P = Jumlah kehamilan yang diakhiri dengan kelahiran janin yang memenuhi syarat untuk melangsungkan kehidupan.

P1 = berisi jumlah kelahiran aterm (>36 mg/ >2500 gr)

P2 = berisi jumlah kelahiran premature (28-36 mg/1000-2499gr)

P3 = berisi jumlah kelahiran premature (28-36 mg/500-1000gr)

P4 = berisi jumlah anak hidup

Ab = jumlah kelahiran yang diakhiri dengan aborsi spontan atau terinduksi UK sebelum 20 mg/500gr

Ab 1 = jumlah abortus yang dialami

Ab 2 = jumlah kehamilan mola yang dialami

Ab 3 = jumlah kehamilan ektopik yang dialami

b) Usia kehamilan (dalam minggu)

c) Kala dan fase persalinan

d) Keadaan janin normal atau tidak normal.

Data Subjektif : Ibu merasa kenceng-kenceng sejak pukul ...

Data Objektif :

Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Komposmentis

TD : 90/60-120/80 mmHg

Nadi : 80-100x/menit

RR : 16-24x/menit

Suhu : 36,5 – 37,5 C

TB : ... cm

BB hamil : ... kg

TP : ...

LILA : ... cm

Palpasi Abdomen

Leopold I : Untuk mengetahui bagian janin yang berada pada fundus dan tinggi fundus uteri.

Leopold II : Untuk mengetahui bagian janin yang berada pada sisi kanan dan kiri ibu.

Leopold III : Untuk mengetahui apakah bagian terendah sudah masuk PAP atau belum.

Leopold IV : Untuk mengetahui seberapa jauh kepala masuk PAP (Konvergen/ sejajar/ divergen).

Auskultasi : DJJ 120 – 160 x/menit.

Hasil pemeriksaan dalam :

- 1) Genetalia eksterna : Perineum pada primipara utuh dan elastis, pada multipara tidak utuh, longgar dan lembek. Terdapat oedema atau tidak, terdapat penyakit menular seksual seperti condiloma acuminata dan condiloma talala atau tidak.
- 2) Cairan vagina : Terdapat lendir darah atau tidak, terdapat cairan ketuban atau tidak, cairan ketuban berwarna jernih.

- 3) Pembukaan : Pada fase laten mulai pembukaan 1-3 cm, pada fase aktif mulai pembukaan 4-10 cm.
- 4) Penipisan : 25%, 50%, 75% atau 100%.
- 5) Ketuban : + / - , jika - warna ketuban jernih.
- 6) Hodge : Hodge I – IV.
- 7) Bagian terdahulu : Kepala.
- 8) Bagian terendah : UUK.
- 9) Molage : 0.
- 10) Disekitar bagian terdahulu teraba bagian kecil janin/tidak.

Masalah:

Masalah yang dapat timbul seperti:

- 1) Ibu merasa takut dengan proses persalinan

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

Objektif : ibu terlihat cemas

- 2) Ketidaktahuan ibu tentang proses persalinan

Subjektif : ibu mengeluh takut terjadi apa-apa dengan persalinannya.

Objektif : ibu terlihat cemas.

- 3) Tidak tahan dengan nyeri akibat kontraksi

Subjektif : ibu mengatakan tidak tahan dengan nyeri yang dirasakannya.

Objektif : ibu tampak kesakitan dan kontraksi teraba semakin kuat.

c. Merumuskan Diagnosis/Masalah Potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah yang ada. berikut adalah diagnosa potensial yang mungkin terjadi berdasarkan rangkaian masalah yang ada :

Tabel 2.2

Contoh perumusan Diagnosis Potensial pada Persalinan kala I berdasarkan

Intepretasi Data

No	Hasil Interpretasi data	Diagnosis potensial
1	Anemia berat	Perdarahan intrapartum
2	Tekanan darah 160/100 mmHg, protein urine (++)	Eklampsia
3	Keletihan dan dehidrasi	Partus lama
4	Ketuban pecah dini	Infeksi intrapartum
5	Tinggi badan 140cm, kepala belum masuk panggul.	Persalinan tidak maju karena DKP.
6	Kala 1 fase aktif melewati garis waspada partograf	Partus lama
7	DJJ lebih dari normal	Asfiksia intrauterus

Sumber: Ari Sulistyawati & Esti Nugraheny, 2013. Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin, Salemba Medika, Jakarta, halaman 230

d. Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Jika Bidan menemukan adanya tanda bahaya pasien, maka tindakan yang harus dilakukan adalah merujuk pasien dengan melakukan tindakan stabilisasi pra rujukan terlebih dahulu.

e. Intervensi

Diagnosa : G_P _ _ _ AB _ _ _ UK Minggu, janin T/H/I , letak kepala, punggung kanan/kiri kala I fase laten/aktif persalinan dengan keadaan ibu dan janin baik.

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

Kriteria Hasil (KH) :

TD : 100-130/ 70-90 mmHg

Nadi : 80-100x/ menit

Suhu : 36,5-37,5⁰C

DJJ : 120-160x/menit

Kontraksi semakin adekuat secara teratur, yaitu minimal 2x dalam 10 menit lamanya > 45 detik. Semakin lama semakin sering menjadi 3-5 x dalam 10 menit lamanya > 45 detik.

Warna dan adanya air ketuban normal yaitu utuh/ jernih.

Penyusupan (molase) tulang kepala janin normal yaitu 0/ 1/ 2.

Pembukaan serviks tidak melewati garis waspada.

Penurunan kepala normal yaitu setiap kemajuan serviks selalu diikuti dengan turunnya bagian terbawah janin.

Kandung kemih kosong.

Intervensi:

1. Berikan konseling, informasi, dan edukasi (KIE) kepada ibu mengenai hasil pemeriksaannya.

Rasional : Hak ibu untuk mengetahui kondisinya sehingga ibu menjadi lebih kooperatif dalam pemberian asuhan terhadapnya.

2. Motivasi suami dan keluarga untuk mendampingi dan memberikan dukungan selama persalinan.

Rasional : Hasil persalinan yang baik erat hubungannya dengan dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu selama proses persalinan.

3. Berikan KIE kepada keluarga atau yang mendampingi persalinan agar sesering mungkin menawarkan air minum dan makanan kepada ibu selama proses persalinan.

Rasional : Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama proses persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi dapat memperlambat kontraksi membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif.

4. Berikan KIE kepada pasien untuk berkemih setiap 1-2 jam.

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

5. Berikan KIE kepada ibu untuk mengatur posisi yang nyaman, mobilisasi seperti berjalan, berdiri, atau jongkok, berbaring miring atau merangkak.

Rasional : Berjalan, berdiri, atau jongkok dapat membantu proses turunnya bagian terendah janin, berbaring miring dapat memberi rasa santai, memberi oksigenasi yang baik ke janin, dan mencegah laserasi, merangkak dapat mempercepat rotasi kepala janin, peregangan minimal pada perineum serta bersikap baik pada ibu yang mengeluh sakit pinggang.

6. Menjelaskan kepada ibu untuk istirahat sewaktu His mereda.

Rasional : Istirahat yang cukup dapat menambah tenaga ibu saat meneran.

7. Observasi his, DJJ, nadi setiap 30 menit dan TD, kemajuan persalinan setiap 4 jam, urin dan suhu setiap 2 jam. Lalu catat hasil observasi pada lembar observasi atau partograf.

Rasional : lembar observasi dan partograf adalah alat bantu untuk membantu mengobservasi kemajuan persalinan dan memberikan informasi untuk membuat keputusan klinik.

f. Implementasi

Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti pada Intervensi dilaksanakan secara efisien dan aman.

g. Evaluasi

Evaluasi untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan asuhan yang diberikan kepada pasien yang mengacu pada tujuan asuhan kebidanan, dan hasil asuhan.

2.2.2 Manajemen Kebidanan Kala II

a. Data Subjektif

Data subjektif yang mendukung bahwa pasien dalam persalinan kala II adalah Pasien mengatakan ingin meneran .

b. Data Objektif

- 1) Ekspresi wajah pasien serta bahasa tubuh (body language) yang menggambarkan suasana fisik dan psikologis pasien menghadapi kala II persalinan
- 2) Perineum menonjol.
- 3) Vulva dan anus membuka.
- 4) Frekuensi his semakin sering (> 3x/ menit).

- 5) Intensitas his semakin kuat.
- 6) Durasi his >40 detik
- 7) Hasil pemeriksaan dalam menunjukkan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap.

c. Analisa

Kala II dengan keadaan ibu dan janin baik.

Identifikasi diagnosa/ masalah potensial

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013: 234-235), diagnosa potensial yang dapat muncul pada kala II yaitu:

Table 2.3

Contoh Rumusan Diagnosis Potensial Berdasarkan Interpretasi Data

No	Interpretasi data dasar	Diagnosis potensial
1	Persalinan kala II dengan anemia berat	Kala II lama
2	Persalinan kala II dengan induksi	Asfiksia intrauterus
3	Persalinan kala II dengan ketuban pecah dini	Infeksi inrauterus Kala II lama
4	Persalinan kala II dengan presentasi sungsang	Asfiksi pada bayi

Sumber: Ari Sulistyawati & Esti Nugraheny, 2013. Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin,

Salemba Medika, Jakarta, halaman 234.

d. Penatalaksanaan

Menurut JNPK-KR (2017), penatalaksanaan kala II persalinan normal sebagai berikut :

1. Memberitahukan kepada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap 10 cm dan keadaan janin baik, sehingga tindakan selanjutnya adalah pertolongan persalinan.
2. Melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran :
 - a. Membimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
 - b. Mendukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai pilihannya.
 - c. Membantu ibu mengambil posisi nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring telentang dalam waktu yang lama).
 - d. Memfasilitasi ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.
 - e. Memberitahu keluarga untuk memberi dukungan dan semangat kepada ibu.
 - f. Memberikan cukup asupan cairan per oral (minum).
 - g. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
 - h. Segera merujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir setelah 60 menit meneran (multi gravida).
3. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
4. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
5. Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.

6. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
7. Setelah Nampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka melindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi bayi tetap fleksi agar tidak defleksi dan membantu lahirnya kepala. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal saat 1/3 bagian kepala bayi telah keluar dari vagina.
8. Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera melanjutkan proses kelahiran bayi.
9. Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
10. Setelah kepala melakukan putar paksi luar, memegang secara biparietal, menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi, dengan lembut menggerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arcus pubis dan kemudian menggerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
11. Setelah kedua bahu lahir, menggeser tangan atas ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan, dan siku sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
12. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Memegang kedua mata kaki

(memasukkan telunjuk diantara kaki dan memegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari lainnya).

13. Melakukan penilaian (selintas):

- a. Menilai tangis kuat bayi dan/ atau bernapas tanpa kesulitan.
- b. Menilai gerak aktif bayi, jika bayi tidak menangis, tidak bernapas atau megap-megap, melakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi bayi baru lahir).

14. Mengeringkan tubuh bayi dimulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Mengganti handuk basah dengan handuk/ kain yang kering. Membiarkan bayi di atas perut ibu.

2.2.3 Manajemen Kebidanan Kala III

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

a. Data Subjektif

Pasien mengatakan perut bagian bawahnya terasa mulas.

b. Data Objektif

Fundus setinggi pusat

Uterus teraba keras dan globuler

Tali pusat memanjang

Semburan darah mendadak dan singkat

c. Analisa

P_____ Ab _____ dalam persalinan Kala III.

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013: 238), diagnosis potensial yang mungkin muncul pada kala III yaitu:

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

Kebutuhan Segera

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013: 238), kebutuhan segera yang dapat dilakukan pada kala III yaitu:

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

d. Penatalaksanaan

Menurut JNPK-KR (2017) , penatalaksanaan kala III persalinan normal sebagai berikut :

1. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
2. Memberitahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi kuat.
3. Menyuntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (melakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin), dalam waktu 1 menit setelah bayi baru lahir.

4. Setelah 2 menit pasca persalinan, menjepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong tali pusat ke arah distal (ibu) dan menjepit kembali tali pusat pada 2 cm dari klem pertama.
5. Memotong dan mengikat tali pusat
 - a) Menggunakan satu tangan, memegang tali pusat yang telah dijepit (melindungi perut bayi) dan melakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.
 - b) Mengikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
 - c) Melepaskan klem dan memasukkan dalam wadah yang telah disediakan.
6. Meletakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi, meletakkan bayi tengkurap di dada ibu. Meluruskan bahu bayi sehingga bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari payudara ibu.
7. Menjaga suhu tubuh bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.
8. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
9. Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, pada tepi atas simpisis untuk mendeteksi adanya kontraksi, tangan lain memegang tali pusat.
10. 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 inversion uteri). Mempertahankan posisi tangan dorso kranial selama 30-40 detik. Plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur di atas.

11. Melakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, meminta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap melakukan dorso kranial). Tali pusat bertambah panjang sehingga tindakan selanjutnya yaitu memindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan melahirkan plasenta.
12. Saat plasenta muncul di introitus vagina, melahirkan plasenta dengan kedua tangan, terlihat plasenta lepas seperti payung terbalik dengan tali pusat terlihat di tengah. Memegang dan memutar plasenta (searah jarum jam) hingga selaput ketuban terpinl kemudian melahirkan plasenta.
13. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Melakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase.
14. Memeriksa kedua sisi plasenta, dan memastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Memasukkan plasenta ke kantung plastik dan tempat khusus.

2.2.4 Manajemen Kebidanan Kala IV

a. Data Subjektif

- 1) Pasien mengatakan bahwa ari-arinya telah lahir.
- 2) Pasien mengatakan perutnya mulas.

b. Data Objektif

- 1) Plasenta telah lahir spontan lengkap pada tanggal...jam....
- 2) TFU 2 jari di bawah pusat.
- 3) Kontraksi uterus: baik/ tidak.
- 4) Kandung kemih kosong

c. Analisa

P____Ab____ dalam persalinan kala IV.

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013: 239), diagnosis potensial yang mungkin muncul pada kala IV yaitu:

- 1) Hipotonia sampai dengan atonia uteri.
- 2) Perdarahan karena robekan serviks.
- 3) Syok hipovolemik.

Kebutuhan segera

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013: 240), kebutuhan segera yang diberikan yaitu:

- 1) eksplorasi sisa plasenta.
- 2) Kompresi bimanual eksterna sampai interna.

3) Pemberian infus dan uterotonika.

d. Penatalaksanaan

Menurut JNPK-KR (2018) , penatalaksanaan kala IV persalinan normal sebagai berikut :

1. Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum, tidak melakukan penjahitan karena tidak ada laserasi.
2. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
3. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan per vaginam.
 - a. 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
 - b. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
 - c. Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.
4. Mengajarkan ibu atau keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
5. Mengevaluasi dan mengestimasi jumlah kehilangan darah.
6. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
 - a. Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan.
 - b. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan tidak normal.

7. Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5⁰C).
8. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
9. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
10. Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT, membersihkan sisa cairan ketuban, lendir, dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
11. Memastikan ibu merasa nyaman, menganjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya, mengingatkan ibu untuk masase fundus, menganjurkan ibu untuk makan dan minum untuk memulihkan tenaga serta tidak menahan BAB atau BAK dan selalu menjaga kebersihan genetaliannya.
12. Melakukan pemeriksaan tekanan darah, nadi, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan setiap 15 menit sekali pada 1 jam pertama post partum dan 30 menit sekali pada 1 jam kedua post partum, serta memeriksa suhu tubuh ibu setiap 1 jam sekali.
13. Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
14. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

15. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang).