BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

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. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir, spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2009: 100).

Menurut Sondakh (2013) proses persalinan dapat dikatakan normal atau spontan jika bayi yang dilahirkan berada pada posisi letak belakang kepala dan berlangsung tanpa bantuan alat-alat atau pertolongan, serta tidak melukai ibu dan bayi. Pada umumnya proses ini berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam.

2.1.2 Etiologi

Persalinan belum dapat diketahui dengan pasti penyebab terjadinya, namun beberapa teori menyebutkan terjadinya persalinan yaitu sebagai berikut:

a. Teori penurunan hormon

Saat 1-2 minggu sebelum proses melahirkan dimulai, terjadi penurunan kadar esterogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim, jika kadar progesteron turun akan menyebabkan tegangnya pembuluh darah dan menimbulkan his (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 5).

b. Teori keregangan

Ukuran uterus yang makin membesar dan mengalami peregangan akan mengakibatkan otot-otot uterus mengalami iskemia sehingga mungkin dapat menjadi faktor yang mengganggu sirkulasi utero plasenta yang pada akhirnya membuat plasenta mengalami degenerasi. Ketika uterus berkontraksi dan menimbulkan tekanan pada selaput ketuban, tekanan hidrostatik kantong amnion akan melebarkan saluran serviks (Sondakh, 2013:3).

c. Teori oksitosin interna

Hipofisis posterior menghasilkan hormon oksitosin. Adanya perubahan keseimbangan antara estrogen dan progesteron dapat mengubah tingkat sensivitas otot rahim, mengakibatkan terjadinya kontraksi uterus yang disebut *Baxton Hicks.* (Sondakh, 2013 : 3).

2.1.3 Tanda- Tanda Persalinan

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

a. Terjadinya his persalinan mempunyai sifat sebagai berikut:

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

b. Pengeluaran lendir dengan darah.

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 Jenny J.S. Sondakh (2013: 76-77), *power* merupakan tenaga yang dikeluarkan untuk melahirkan janin, yaitu kontraksi uterus atau his dari tenaga mengejan ibu. Menurut fisiologisnya his persalinan dapat dibagi menjadi his pembukaan, his pengeluaran, his pelepasan plasenta dan his pengiring.

1) His pembukaan: his menimbulkan pembukaan dari serviks sampai terjadi pembukaan lengkap 10 cm. Sifat spesifik dari kontraksi otot rahim kala pertama adalah:
   a) Intervalnya makin lama makin pendek.
   b) Kekuatannya makin besar dan kala kelahiran diikuti dengan refleks mengejan.
   c) Diikuti dengan retraksi, artinya panjang otot rahim yang telah berkontraksi tidak akan kembali ke bentuk semula.
2) His pengeluaran : his yang mendorong bayi keluar, disertai dengan keinginan mengejan, sangat kuat, teratur, dan terkoordinasi bersama antara his kontraksi atau perut, kontraksi diafragma, serta ligamen.
3) His pelepasan plasenta: his dengan kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
4) His pengiring : kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, pengecilan rahim akan terjadi dalam beberapa jam atau hari.

b. *Passage* (Jalan Lahir)

Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013: 4), jalan lahir terbagi atas dua, yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak. Jalan lahir keras yaitu sebagai berikut :

1) Dua *os coxae* (disebut juga tulang innominata)
    a) Tulang usus (*os ilium*)
    b) Tulang duduk (*os ischium*)
    c) Tulang kemaluan (*os pubis*)
2) *Os Sacrum*

    Berbentuk segitiga dengan lebar di bagian atas dan mengecil di bagian bawahnya.
3) *Os Coccygis*

    Berbentuk segitiga dengan ruas 3-5 buah dan bersatu, pada saat persalinan, tulang tungging dapat didorong ke belakang sehingga memperluas jalan lahir.

    Menurut Nurasiah, Rukmawati, & Badriah (2014: 33), ruang panggul terdiri dari:

1) Pelvis mayor (*false pelvis*): bagian diatas pintu atas panggul tidak berkaitan dengan persalinan
2) Pelvis minor (*true pelvis*) terdiri dari :
    a) Pintu atas panggul (PAP) atau disebut *pelvic inlet*

(1) Batasan PAP adalah *promontorium*, sayap *sacrum, linea innominata, ramus superior os pubis*, dan pinggir atas *symphysis pubis*.

(2) Ukuran PAP

(a) Ukuran muka belakang (*conjugata vera*)

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

(b) Ukuran melintang (*diameter oblique)*

Merupakan ukuran terbesar antara *linea innominata* diambil tegak lurus pada *conjugata vera*, ukurannya 12,5 – 13,5 cm.

(c) Ukuran serong (*diameter oblique*)

Articulatio sacroiliaca ke *tuberculum pubicum* dari belahan panggul yang bertentangan. Ukurannya 13 cm.

b) Bidang tengah panggul terdiri atas bidang luas panggul dan bidang sempit panggul

Bidang luas panggul terbentang antara *symphysis*, pertengahan *acetabulum*, dan pertemuan antara ruas *sacral* II dan III Bidang sempit panggul terdapat setinggi pinggir bawah

symphisis, kedua *spina ischiadika* dan memotong *sacrum* ± 1-2 cm diatas ujung *sacrum*.

c) Pintu bawah panggul atau disebut *pelvic outlet*

Pintu bawah panggul buka suatu bidang, tetapi terdiri dari dua segitiga dengan dasar yang sama, ialah garis yang menghubungkan kedua *tuber ischiadikum* kiri dan kanan. Puncak dari segitiga yang belakang adalah ujung *os sacrum*, sisinya ialah *ligamentum sacro tuberosum* kiri dan kanan. Segitiga depan dibatasi oleh *arcus pubis*.

d) Bidang *Hodge*

Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013: 66), bidang *hodge* dipelajari untuk menentukan sampai dimana bagian terendah janin turun dalam panggul dalam persalinan, yaitu:

(1) Bidang *Hodge* I: bidang datar yang melalui bagian atas *symphysis* dan *promontorium*. Bidang ini dibentuk pada lingkaran pintu atas panggul.

(2) Bidang *Hodge* II : bidang yang sejajar dengan bidang *Hodge* I terletak setinggi bagian bawah *symphysis*.

(3) Bidang *Hodge* III : bidang yang sejajar dengan bidang *Hodge* I dan II, terletak setinggi *spina ischiadica* kanan dan kiri.

(4) Bidang *Hodge* IV : bidang yang sejajar dengan *Hodge* I, II, III, terletak setinggi *os coccygis*.

e) Ukuran panggul luar

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013: 21-22), ukuran panggul luar yang biasa diukur antara lain:

(1) *Distansia spinarum*

Jarak antara kedua *spina iliaca anterior superior sinistra* dan *dextra*, jaraknya 24-26 cm.

(2) *Distansia cristarum*

Jarak terpanjang antara dua tempat yang simetris pada *crista iliaca* kanan dan kiri, jaraknya 28-30cm.

(3) *Conjugata eksterna* atau *Boudelouqe*

Merupakan jarak antara bagian atas *symphysis* dan *processus spinosus lumbal* 5, jaraknya 18-20 cm.

(4) Lingkar panggul

Diukur mulai pinggir atas *symphysis*, *trochanter mayor*, dan *processus spinosus lumbal* ke-5, ukuran normal 80-90 cm.

c. *Passenger* (Janin dan Plasenta)

Cara Penumpang (*Passenger*) atau janin bergerak sepanjang jalan lahir dipengaruhi ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. plasenta juga harus melalui jalan lahir sehingga dapat juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin. Kepala janin dapat mengalami cedera pada persalinan yang dapat membahayakan janin, oleh karena tulang-tulang masih dibatasi fontanel dan sutura yang belum keras,

maka pinggir tulang dapat menyisip antara tulang satu dengan tulang yang lain disebut moulage atau molase sehingga kepala bayi bertambah kecil (Rohani, Saswita, & Marisah, 2013: 28).

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013: 28), Pada tulang tengkorak janin dikenal beberapa sutura, antara lain:

1) *Sutura sagitalis superior* : menghubungkan kedua *os. Parietalis* kanan dan kiri
2) *Sutura coronaria* : menghubungkan *os. Parietalis* dengan *os. Frontalis*
3) *Sutura lambdoidea* menghubungkan *os. Parietalis* dengan *os. Oksipitalis*
4) *Sutura frontalis* : menghubungkan kedua *os. Frontalis* kanan dan kiri

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

1) *Fontanel minor* (ubun-ubun kecil)
    a) Berbentuk segitiga
    b) Terdapat di *sutura sagitalis* superior bersilang dengan sutura *lambdoidea*
    c) Sebagai penyebut (penunjuk presentasi kepala) dalam persalinan, yang diketahui melalui pemeriksanan dalam (*vaginal touché*). Pada saat tangan pemeriksa meraba kepala janin, ketika terasa adanya cekungan yang berbentuk segitiga itulah ubun-ubun kecil.

2) *Fontanel mayor* (ubun-ubun besar)
   a) Berbentuk segi empat panjang
   b) Terdapat *sutura sagitalis superior* dan *sutura frontalis* bersilang dengan *sutura coronaria*

Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013: 36), plasenta berfungsi sebagai jalur penghubung antara ibu dan anaknya, mengadakan sekresi endokrin, serta pertukaran selektif substansi yang dapat larut dan terbawa darah melalui lapisan rahim dan bagian *trofoblas* yang mengandung pembuluh-pembuluh darah, termasuk makanan untuk janin.

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013: 35), fungsi plasenta yaitu menyalurkan berbagai antibodi dari ibu dan sebagai *barier* (penghalang) terhadap janin dari kemungkinan masuknya mikroorganisme atau kuman.

Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013: 36), struktur-struktur yang menyusun bagian dari plasenta yaitu:

1) Bentuk dan ukuran

   Umumnya plasenta berbentuk bundar/ oval yang memiliki diameter 15-20 cm, tebal 2-3 cm, dan berat 500-600 gram. Sementara itu, tali pusat yang menghubungkan plasenta memiliki panjang 25-60 cm.

2) Letak plasenta dalam rahim

Letak plasenta berada didepan atau dibelakang dinding uterus, agak ke atas ke arah fundus uteri. Hal ini adalah fisiologis karena pembukaan bagian atas korpus uteri lebih luas sehingga lebih banyak
tempat untuk berimplantasi.

3) Pembagian plasenta
   a) Bagian janin (*fetal portion*) terdiri atas *korion frondosum* dan *vili*.
   b) Bagian maternal (*maternal portion*), terdiri dari beberapa *lobus* dan kotiledon sebanyak 15-20 buah.
   c) Tali pusat. Tali pusat merentang dari pusat janin ke plasenta bagian permukaan janin. Panjang rata-rata tali pusat tersebut adalah 50-55 cm dan diameter sebesar jari (1-2,5 cm).

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013: 39), pada kehamilan amnion memiliki beberapa fungsi, yaitu antara lainnya:

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

d. Respon Psikologi (*Psychology Response*)

Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013: 90), pada ibu bersalin terjadi beberapa perubahan psikologis yaitu rasa cemas pada bayinya yang akan lahir, kesakitan saat kontraksi dan nyeri, serta ketakutan melihat darah.

Rasa takut dan cemas yang dialami ibu akan berpengaruh pada lamanya persalinan, his kurang baik dan pembukaan kurang lancar. Beberapa hal yang dapat mempengaruhi psikologi ibu seperti pengalaman bayi sebelumnya, kebiasaan adat, dan hubungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu sangatlah berpengaruh. Asuhan sayang ibu yang dapat diberikan yaitu dukungan psikologis dengan cara meyakinkan ibu bahwa persalinan merupakan proses yang normal, dan yakinkan ibu dapat melaluinya. Penolong persalinan dapat mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan. Perasaan nyaman dan tenang ibu pada masa persalinan dapat diperoleh dari dukunagn suami, keluarga, penolong persalinan, dan lingkungan. Perasaan ini dapat membatu ibu untuk mempermudah proses persalinan.

e. Penolong

Penolong persalinan adalah seseorang yang memiliki pengetahuan dan keterampilan tertentu untuk membantu ibu dalam menjalankan proses persalinan. Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin (Rohani, Saswita, & Marisah, 2013: 36).

f. Pendamping

Dalam suatu penelitian, didapatkan bahwa jalannya persalinan akan lebih efektif bila ibu bersalin didampingi oleh seseorang yang dianggap dapat mendukung selama proses persalinan. Pendamping yang

dapat dikatakan sebagai pendamping ideal adalah seseorang yang mampu mendukung dan memotivasi ibu, serta kehadirannya dikendaki oleh ibu.

1) Suami

Suami merupakan seorang pendamping yang sangat penting dalam proses persalinan. Seorang suami yang berperan sebagai pendamping persalinan dapat membatu jalannya persalinan dengan melakukan hal-hal sebagai berikut:

a) Memberikan dorongan semangat kepada ibu terutama saat kelelahan atas kesakitan
b) Memijat (*massase)* bagian tubuh terutama bagian tubuh belakang, yang bertujuan merelakskan ibu dan mengalihkan ibu terhadap rasa nyeri.
c) Memastikan istri merasa nyaman dengan menyediakan bantal, air minum, makanan saat ibu membutuhkannya.
d) Membantu untuk menopang ibu saat mengejan agar memiliki pegangan mengejan.

2) Pendukung Persalinan Lainnya

Apabila suami berhalangan sehingga tidak dapat menemani istri, bukan berarti faktor pendamping kemudian diabaikan. Ibu berhak untuk memilih orang terdekat yang mendampinginya saat bersalin seperti orangtua (ibu), saudara kandung, ataupun sahabat terdekat. (Sondakh, 2013 : 102-103)

g. Posisi

Menurut Jenny J.S Sondakh (2013 : 85-88) Pada proses persalinan, terdapat beberapa posisi meneran/mengejan yang dapat dianjurkan dan lazim digunakan, yaitu:

1) Posisi Telentang *(supine)*
2) Posisi duduk/setengah duduk
3) Posisi jongkok/berdiri
4) Posisi berbaring miring kekiri
5) Posisi merangkak

2.1.5 Mekanisme Persalinan Normal

Menurut Rohani, Reni Saswita & Marisah (2013: 145–150), gerakan utama dalam persalinan normal yaitu sebagai berikut:

a. Penurunan kepala

Masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul (PAP), dengan *sutura sagitalis* melintang dan dengan fleksi yang ringan, keadaan sinklitismus yaitu bila *sutura sagitalis* terdapat ditengah jalan lahir tepat diantara *symphysis* dan *promontorium*. Pada *sinklitismus*, *os. parietal* depan dan belakang sama tingginya.

Jika *sutura sagitalis* agak kedepan mendekati *symphysis* atau agak kebelakang mendekati *promontorium*, maka dikatakan kepala dalam keadaan asinklitismus. Ada 2 jenis asinklitismus:

1) *Asinklistismus posterior* : *sutura sagitalis* mendekati *symphysis* dan *os. Parietal* belakang lebih rendah dari *os. Parietal* depan.

2) *Asinkistismus anterior* *: sutura sagitalis* mendekati promotorium sehingga *os. Parietal* depan lebih rendah daripada *os. Parietal* belakang

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 kearah 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.

c. Rotasi dalam

Pemutaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan hingga bagian terendahnya memutar ke bawah *symphysis*. Pada presentasi belakang kepala, bagian terendah adalah ubun–ubun kecil dan akan memutar ke depan ke arah *symphysis*. Rotasi ini sangat penting karena

untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bidang tengah dan pintu bawah panggul.

d. Ekstensi

Saat kepala janin sampai didasar panggul dan ubun-ubun kecil berada dibawah *symphysis*, terjadilah ekstensi dari kepala janin. Hal ini desebabkan 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 *symphysis* akan menjadi pusat pemutaran (*hypomochion*), maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum : ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut, dan dagu bayi dengan gerakan ekstensi.

e. Rotasi luar

Kepala yang sudah lahir selanjutnya mengalami *restitusi* yaitu kepala bayi memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Bahu melintasi pintu dalam keadaan miring, di dalam rongga panggul, bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya, bahu mengalami putaran dalam dimana ukuran bahu (diameter bisa kromial) menempatkan diri dalam diameter *anteroposterior* dari pintu bawah panggul. Bersamaan dengan itu kepala bayi juga melanjutkan putaran hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber iskiadikum sepihak.

f. Ekspulsi

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

2.1.6 Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

Kebutuhan dasar ibu bersalin menurut Sulistyawati (2013: 41-61).

a. Dukungan Fisik dan Psikologis

Dukungan fisik dan psikologis tidak hanya diberikan oleh bidan, melainkan suami, keluarga, teman, maupun tenaga kesehatan yang lain. Dukungan fisik dan emosional harus sesuai dengan asuhan sayang ibu.

b. Kebutuhan Cairan dan Nutrisi

Pemberian makan dan minum selama persalinan merupakan hal yang tepat karena memberikan lebih banyak energy dan mencegah dehidrasi (dehidrasi dapat menghambat kontraksi/ tidak teratur dan kurang efektif).

c. Kebutuhan Eliminasi

Selama persalinan terjadi penekanan pada pleksus sacrum oleh bagian terendah janin sehingga menyebabkan retensio urin maupun sering berkemih oleh karena itu anjurkan ibu untuk bereliminasi secara spontan minimal 2 jam sekali selama persalinan, apabila tidak mungkin dapat

dilakukan katerisasi. Hal ini dapat menunjang kemajuan persalinan dan pasien merasa nyaman.

d. Posisi dan Ambulasi

Selama persalinan pemilihan posisi dapat membantu ibu tetap tenang dan rileks. Adapun posisi persalinan dapat dilakukan dengan duduk/ setengah duduk, merangkak, berjongkok/berdiri dan berbaring miring kiri.

e. Pengurangan Rasa Sakit

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

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

2.1.7 Tahapan Persalinan

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

a. Persalinan Kala I

1) Pengertian Kala I

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

a) Fase laten berlangsung selama 8 jam, serviks membuka sampai 3 cm.

b) Fase aktif berlangsung selama 7 jam, serviks membuka dari 4 cm sampai 10 cm. Kontraksi lebih kuat dan sering dibagi dalam 3 fase:

(1) Fase akselerasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4cm.

(2) Fase dilatasi maksimal, dengan durasi waktu 2 jam pembukaan yang berlangsung sangat cepat mulai dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm.

(3) Fase deselerasi, pembukaan menjadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap.

Proses kala I terjadi pada primigravida berlangsung dalam jangka waktu lebih panjang ± 12 jam, sedangkan pada multigravida ± 8 jam.

2) Perubahan Fisiologis Kala I

a) Uterus

Pada tiap kontraksi, sumbu panjang rahim bertambah panjang sedangkan ukuran melintang berkurang. Hal ini mengakibatkan tulang punggung janin menjadi lebih lurus sehingga bagian atas janin tertekan pada fundus dan bagian bawah janin masuk PAP. Otot-otot memanjang diregang dan menarik pada SBR dan serviks (Rohani, Saswita, & Marisah, 2013: 63).

b) Serviks

Serviks mengalami perubahan bentuk menjadi lebih tipis (penipisan/ *efficement*) seiring dengan kontraksi dan retraksi. Serviks membuka disebabkan daya tarikan otot uterus ke atas akibat kontraksi. Proses *efficement* dan dilatasi serviks dapat melonggarkan membran os internal menyebabkan lendir darah (*show/ bloody show*) dari sumbatan (*operculum*) (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 64-65). Pembukaan serviks selama fase aktif sedikitnya 1 cm/ jam (JNPK-KR, 2014: 64).

c) Ketuban

Ketuban akan pecah dengan sendirinya ketika pembukaan hampir lengkap atau sudah lengkap. Tidak jarang ketuban harus dipecahkan ketika pembukaan sudah lengkap. Bila ketuban belum pecah sebelum pembukaan 5 cm disebut ketuban pecah dini (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 66).

d) Tekanan Darah

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013: 66-67), terdapat perubahan fisisologis pada tekanan darah ibu bersalin seperti tekanan darah akan meningkat selama kontraksi, disertai peningkatan sistol rata-rata 15-20 mmHg dan diastol rata-rata 5-10 mmHg.

e) Suhu Tubuh

Suhu tubuh meningkat tidak lebih dari 0,5-1^{0}C, suhu tertinggi selama dan setelah melahirkan dianggap normal sebagai peningkatan metabolisme, namun apabila persalinan berlangsung lebih lama peningkatan suhu tubuh dapat mengindikasikan dehidrasi (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 67).

f) Detak Jantung

Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan diakibatkan peningkatan metabolisme. Perubahan peningkatan denyut nadi setiap adanya kontraksi maupun tidak adanya kontraksi lazim terjadi. Penurunan denyut nadi drastis selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi dengan ibu berbaring posisi miring kiri (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 67).

g) Perubahan Renal

Menurut Sulistyawati & Nugraheny (2013: 68), perubahan renal dalam persalinan kala I yaitu kandung kemih harus sering

dievaluasi (setiap 2 jam) untuk mengetahui adanya distensi, juga harus dikosongkan untuk mencegah obtruksi persalinan, hipotonia kandung kemih akibat penekanan yang lama, dan retensi urin selama periode pasca persalinan.

h) Gastrointestinal

Motilitas dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang, penurunan sekresi asam lambung selama persalinan sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Mual dan muntah terjadi selama fase transisi akhir fase pertama persalinan sebagai respon terhadap faktor-faktor sperti kontraksi uterus, nyeri, rasa takut, khawatir, obat, atau komplikasi (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 68-69).

Lambung yang penuh menghambat obstruksi persalinan sehingga dianjurkan untuk tidak makan dalam porsi besar atau minum berlebihan, tetapi makan dan minum ketika keinginan timbul dan mempertahankan energi dan hidrasi. Makanan yang dimakan selama periode menjelang persalinan atau fase laten cenderung tetap akan berada selama persalinan (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 68-69).

3) Perubahan Psikologis Kala I

a) Perubahan psikologis pada kala 1 fase laten

Pada fase ini biasanya ibu merasa lega dan bahagia karena masa kehamilannya akan segera berakhir. Namun pada awal persalinan, wanita biasanya gelisah, gugup, cemas dan khawatir berhubungan dengan rasa tidak nyaman karena kontraksi. Pada wanita yang dapat menyadari bahwa proses ini wajar dan alami, maka ia akan mudah beradaptasi dengan keadaan tersebut.

b) Perubahan psikologis pada kala 1 fase aktif

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

4) Kebutuhan Dasar Ibu Kala I

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013: 91-96), kebutuhan dasar pada persalianan kala I, yaitu:

a) Memberikan dukungan persalinan

(1) Asuhan tubuh yang baik.

(2) Kehadiran seorang pendamping secara terus-menerus.

(3) Keringanan dari rasa sakit.

(4) Penerimaan atas sikap dan perilakunya.

(5) Informasi dan kepastian tentang hasil yang aman.

b) Pengurangan rasa sakit

(1) Kehadiran terus-menerus, sentuhan penghiburan, dan dorongan mental dari pendamping.

(2) Perubahan posisi dan pergerakan.

(3) Latihan peranapasan relaksasi

(4) Sentuhan dan pijatan.

(5) Mandi atau berendam di air

(6) Pengeluaran suara yang menyamnkan pasien

(7) Visualisasi dan pemustan perhatian

(8) Pemutaran musik yang lembut dan disukai pasien

(9) Aroma ruangan yang harum dan segar

c) Pemenuhan kebutuhan cairan dan energi dipertimbangkan untuk diberikan konsistensi dan jumlah yang logis dan sesuai dengan kondisi pasien. Mencegah keletihan dan mengupayakan istirahat.

d) Eliminasi selama persalinan, yaitu untuk tidak menahan BAB dan BAK.

e) Pemenuhan kebutuhan psikologis pasien dan keluarga

(1) Aman, sesuai dengan *evidanced based* dan memberikan sumbangan pada keselamatan jiwa pasien.

(2) Menghormati praktik-praktik budaya, keyakinan agama, serta hak pasien atau keluarganya sebagai pengambil keputusan

(3) Menggunakan cara pengobatan yang sederhana sebelum memakai teknologi canggih.

(4) Memastikan bahwa informasi yang diberikan adekuat serta dapat dipahami oleh pasien.

5) Cara pengisian partograf

Menurut Rohani, Reni Saswita & Marisah (2013: 100), tujuan utama penggunaan partograf yaitu mencatat hasil observasi dan menilai kemajuan persalinan dan mendeteksi apakah persalinan berjalan normal atau terdapat penyimpangan, dengan demikian dapat melakukan deteksi dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama.

Menurut Jenny J.S Sondakh (2013: 121) jika digunakan dengan tepat dan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk:

a) Mencatat kemajuan persalinan
b) Mencatat kondisi ibu dan janinnya
c) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran
d) Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan.
e) Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu.

Menurut Rohani, Saswita, & Nugraheny (2013: 102-112), pencatatan partograf pada fase aktif persalinan, yaitu:

a) Informasi tentang ibu
b) Keselamatan dan kenyamanan janin

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

(1) Detak jantung janin

Menilai dan mencatat detak jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Tiap 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.

(2) 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.

(3) 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 dipalpasi.

1 :Tulang-tulang kepa 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.

c) Kemajuan persalinan

Kolom kedua untuk mengawasi kemajuan persalinan yang meliputi: pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah janin, garis waspada dan garis bertindak dan waktu, yaitu:

(1) Pembukaan serviks

Angka pada kolom kiri 0-10 menggambarkan pembukaan serviks. Menggunakan 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.

(2) Penurunan bagian terbawah Janin

Tulisan “turunnya kepala” dan garis tidak terputus dari 0-5 pada sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda “o” pada waktu yang sesuai dan hubungkan dengan garis lurus.

(3) Garis waspada

Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada, maka waspadai kemungkinan adanya penyulit persalianan. Jika persalinan telah berada di sebelah kanan garis

bertindak yang sejajar dengan garis waspada maka perlu segera dilakukan tindakan penyelesaian persalinan.

d) Jam dan waktu

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

e) Kontraksi uterus

Terdapat lima kotak mendatar untuk kontraksi. Pemeriksaan dilakukan setiap 30 menit, raba dan catat jumlah dan durasi kontaksi dalam 10 menit.

f) 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.

g) Kesehatan dan kenyamanan ibu

(1) Catat nadi ibu setiap 30 menit dan beri tanda titik (**.**) pada kolom yang sesuai.

(2) Ukur tekanan darah ibu tiap 10 menit dan beri tanda ↕ pada kolom yang sesuai.

(3) Temperatur dinilai setiap dua jam dan catat di tempat yang sesuai.

(4) Volume urine, protein dan aseton Lakukan tiap 2 jam jika memungkinkan.

h) 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 peroral.

(b) Keluhan sakit kepala dan penglihatan kabur.

(c) Konsultasi dengan penolong persalinan.

(d) Persiapan sebelum melakukan rujukan.

(e) Upaya rujukan.

i) 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.

6) Penapisan pada saat persalinan

Menurut Rohani, Saswita, & Marisah (2013: 95-96), bidan harus merujuk apabila didapati salah satu atau lebih penyulit seperti yang ada pada lembar penapisan.

b. Persalinan Kala II

1) Pengertian Persalinan Kala II

Menurut Sarwono (2009 : 101), kala II dimulai dari pembukaan lengkap 10 cm sampai bayi lahir, proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi. Tanda-tanda kala 2 menurut Sondakh (2013) adalah ibu merasakan ingin meneran bersamaaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rectum dan atau vagina, perineum terlihat menonjol vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka, peningkatan pengeluaran cairan.

2) Perubahan fisiologis kala II

a) Uterus

Kontraksi menjadi lebih kuat dan lebih cepat yaitu setiap 2 menit sekali dengan durasi >40 detik, intensitas semakin lama dan semakin kuat. Saat ada his uterus teraba keras menyebabkan pembukaan serviks dan penurunan janin ke bawah secara alami (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 101).

b) Serviks

Pada kala II, serviks menipis dan dilatasi maksimal. Saat dilakukan pemeriksaan dalam, porsio tidak teraba dengan pembukaan 10 cm (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 101).

c) Pergeseran organ dasar panggul

Tekanan pada otot dasar panggul (*fleksus frankenhauser*) oleh kepala janin menyebabkan keinginan pasien mengejan (Sondakh, 2013: 5).Tekanan pada otot dasar panggul menyebabkan perineum menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka, labia mulai membuka dan tak lama kemudian kepala janin tampak pada vulva saat ada his (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 101).

3) Kebutuhan dasar ibu kala II

Pada kebutuhan dasar ibu kala II menurut Sulistyawati & Nugraheny (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 menjamin bahwa pasien dan keluarganya diberitahu tentang apa yang sedang terjadi dan apa yang bisa diharapkan.

4) 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) Mersa 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 pemeriksaaan 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 pasen.

(b) Kandung kemih memang perlu dikosongkan dikarenakan distensi, tidak berkemih selama 2 jam terakhir, dan jenis intake cairan terakhir kali.

(c) Peningkatan risiko infeksi kandung kemih disebabkan kateter.

(d) Sebagai antisipasi komplikasi yang mungkin terjadi, seperti perdarahan, partus lama, dan distosia bahu.

(5) Hidrasi

Cairan keringat yang diakibatkan peningkatan suhu dan metabolisme, mengakibatkan perlunya suplai energi.

(6) Kemajuan persalinan

Kriteria kemajuan persalinan hasil dari upaya mendorong paisen 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 elastisistas perineum dan kondisis pasien serta taksiran berat janin (TBJ) untuk membuat keputusan dilakukannya episiotomi.

b) Pemantauan janin

(1) Saat bayi belum lahir

(a) DJJ

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

(b) Bagian terendah janin

Hal ini berkaitan dengan posisi ubun-ubun kecil jika janin dengan presentasi kepala, letak muka, atau ubun-ubun besar yang mengindikaiskan kesulitan dalam proses

kelahiran kepala. Pemantauan molase menilai apakah proses penyesuaian kepala janin dengan jalan lahir.

(c) Penurunan bagian terendah janin

Hal ini berkaitan dengan prose kemajuan persalinan. Penurunan kepala yang lambat disertai dengan DJJ abnormal mengindikasikan lilitan tali pusat.

(2) Saat bayi sudah lahir

Penilaian awal yaitu tangisannya, nafasnya tanpa kesulitan atau tidak, dan bergerak aktif atau lemas (JNPK-KR, 2014 : 96).

c) Melakukan amniotomi dan episiotomi

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013: 123-125), amniotomi dan episiotomi yaitu:

(1) Amniotomi adalah tindakan untuk membuka selaput ketuban atau amnion dengan cara membuat robekan kecil yang kemudian akan melebar secara spontan akibat gaya berat cairan dan adanya tekanan dalam rongga amnion. Tindakan dilakukan saat pembukaan lengkap atau hampir lengkap agar penyelesaian proses persalinan berlangsung sebagaimana mestinya. Apabila pemeriksaan dalam teraba bagian-bagian kecil janin, maka jangan sekali-kali memecahkan ketuban karena akan menyebabkan penyulit persalinan.

(2) Episiotomi adalah insisi dari perineum untuk memudahkan persalinan dan mencegah ruptur perineum totalis. Indikasi episiotomi mempercepat persalinan jika terdapat hal berikut:

(a) Gawat janin dan janin akan segera dilahirkan dengan tindakan.

(b) Penyulit kelahiran pervaginam misalnya karena bayi sungsang, distosia bahu, ekstraksi vakum, atau forsep.

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

Menurut Fraser & Cooper (2009: 489), tipe insisi pada perineum meliputi :

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

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

c. Persalinan Kala III

1) Pengertian Persalinan Kala III

Kala III merupakan periode waktu di mana penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Oleh karena perlekatan menjadi kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak

berubah, maka plasenta menjadi berlipat, menebal, dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina (Rohani, 2013 : 204). Kala III dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta.

2) Mekanisme Pelepasan Plasenta

Menurut Rohani, Swatika, & Marisah (2013: 205-208), 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*

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.

Fase pengeluaran plasenta adalah sebagai berikut :

(1) *Kustner*

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

(2) Klien

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

(3) 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 ¼ - ½ 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.

Tanda – tanda pelepasan plasenta adalah sebagai berikut:

(a) Bentuk uterus berubah menjadi globular dan terjadinya perubahan tinggi fundus.

(b) Tali pusat memanjang.

(c) Semburan darah tiba – tiba.

3) Manajemen Aktif Kala III

a) Tujuan

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

b) Keuntungan

Keuntungan–keuntungan manajemen aktif kala III adalah sebagai berikut :

(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

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

(1) Pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir
(2) Melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT)
(3) Masase fundus uteri

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

(a) Derajat satu : mukosa vagina, komisura posterior, dan kulit

(b) Derajat dua : derajat satu + otot perineum

(c) Derajat tiga : derajat dua + otot sfingter ani

(d) Derajat empat : derajat tiga + dinding depan *rectum*

Catatan: jika plasenta belum lahir dalam waktu 15 menit, berikan oksitosin 10 IU secara IM dosis kedua. Periksa kandung kemih, jika penuh, gunakan kateter, ulangi kembali PTT dan tekanan dorsokranial. Nasehati keluarga jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit mungkin diperlukan rujukan. Pada menit ke-30, coba lagi melahirkan plasenta dengan melakukan PTT untuk terakhir kalinya. Jika plasenta tidak lahir, rujuk segera.

4) Kebutuhan Ibu pada kala III

Ibu pada kala ini secara fisik mengalami suatu keadaan yang lelah setelah proses persalinan. Ibu membutuhkan rasa nyaman dan tenang untuk istirahat. Selain itu, nutrisi dan cairan 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. Persalinan Kala IV

1) Pengertian Kala IV

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

2) Perubahan Fisiologis pada Kala IV

Menurut Jenny J.S. Sondakh (2013: 144-145), perubahan fisiologis pada kala IV meliputi:

a) Uterus

Uterus terletak di tengah abdomen kurang lebih 2/3 sampai ¾ , antara simfisis pubis sampai umbilikus. Jika uterus ditemukan di bagian tengah, di atas umbilikus, maka hal tersebut menandakan adanya darah dan bekuan di dalam uterus yang perlu ditekan dan dikeluarkan. Uterus yang berada di atas umbilikus dan bergeser, paling umum ke kanan, cenderung menandakan kandung kemih penuh. Uterus berkontraksi normal harus keras ketika disentuh.

b) Serviks, Vagina, dan Perineum

Keadaan serviks, vagina, dan perineum diinspeksi untuk melihat adanya laserasi, memar, dan pembentukan hematoma

awal. Oleh karena inspeksi serviks dapat menyakitkan bagi ibu, maka hanya dilakukan jika ada indikasi. Segera setelah kelahiran,serviks akan berubah menjadi bersifat patulous, terkulai, dan tebal. Tonus vagina dan tampilan jaringan vagina dipengaruhi oleh peregangan yang telah terjadi selama kala II persalinan. Adanya edema atau memar pada introitus atau area perineum sebaiknya dicatat.

c) Plasenta, Membran dan Tali Pusat

Inspeksi unit plasenta mebutuhkan kemampuan bidan untuk mengidentifikasi tipe-tipe plasenta dan insersi tali pusat. Bidan harus waspada apakah plasenta dan membrane lengkap, serta apakah terdapat abnormalitas, seperti ada simpul sejati pada tali pusat.

3) Pemantauan dan Evaluasi Lanjut

Menurut (Sondakh,2013:147-148) pemantauan dan evaluasi lanjut kala IV diantaranya :

a) Memperkirakan Kehilangan Darah

Sangat sulit untuk memperkirakan kehilangan darah ibu bersalin secara tepat. Penilaian kehilangan darah sukar dilakukan karena darah seringkali bercampur dengan cairan atau urin dan mungkin terserap handuk, kain atau sarung. Satu cara untuk menilai kehilangan darah adalah dengan melihat volume darah

yang terkumpul dan memperkirakan berapa banyak botol 500 ml dapat menampung semua darah tersebut. Jika darah bisa mengisi dua botol ibu kehilangan 250 ml darah. Cara tidak langsung untuk mengukur jumlah kehilangan darah melalui pemeriksaan tekanan darah.

b) Memeriksa perdarahan dari perineum

Perlu diperhatikan dan ditemukan penyebab perdarahan dari laserasi atau robekan perineum dan vagina, kemudian menilai perluasan laserasi. Laserasi diklasifikasi berdasarkan luasnya robekan.

c) Pencegahan Infeksi

Setelah persalinan, dilakukan dekontaminasi plastic, tempat tidur, dan matras dengan larutan klorin 0,5% kemudian dicuci dengan detergen dan dibilas dengan air bersih. Jika sudah bersih, dikeringkan dengan kain bersih supaya ibu tidak berbaring di atas matras yang basah. Linen yang digunakan selama persalinan didekontaminasi dalam larutan klorin 0,5% kemudian segera cuci dengan air dan detergen.

d) Pemantauan Keadaan Umum Ibu

Sebagian besar kejadian kesakitan dan kematian ibu yang disebabkan oleh perdarahan pascapersalinan terjadi selama empat jam pertama setelah kelahiran bayi. Oleh karena itu, sangatlah

penting untuk memantau ibu secara ketat setelah persalinan. Jika tanda-tanda vital dan kontraksi uterus menunjukkan akan mengalami perdarahan pascapersalian, maka penting untuk berada disamping ibu dan bayinya selama 2 jam pertama pascapersalian.

4) Penjahitan luka episiotomi atau laserasi

Menurut Rohani, Swatika, & Marisah (2013: 238), prinsip dasar penjahitan perineum adalah sebagai berikut:

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

2.1.8 Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi baru Lahir

Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta

harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin.

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

1) Berat badan lahir bayi antara 2500-4000 gram.
2) Panjang badan bayi 48-50 cm.
3) Lingkar dada bayi 32-34 cm.
4) Lingkar kepala bayi 33-35 cm.
5) Bunyi jantung dalam menit pertama ± 180 kali/menit, kemudian turun sampai 120-140 kali/menit pada saat bayi berumur 30 menit.
6) Pernapasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80 kali/menit disertai pernapasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit.
7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan dilapisi verniks kaseosa.
8) Rambut lanugo telah hilang, rambut kepala tumbuh baik.
9) Kuku agak panjang dan lemas.
10) Genetalia : testis sudah turun (pada bayi laki-laki) dan labia mayora telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan).
11) Refleks isap, menelan, dan moro telah terbentuk.

12) Eliminasi, urin, dan mekonium normalnya keluar pada 24 jam pertama. Mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket.

b. Adaptasi fisiologis BBL

Adaptasi yang terjadi pada bayi baru lahir adalah :

1) Sistem Pernapasan

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

(1) Faktor-faktor fisik meliputi usaha yang diperlukan untuk mengembangkan paru-paru dan mengisi alveolus yang kolaps.

(2) Faktor-faktor sensorik, meliputi suhu, bunyi, cahaya, suara.

(3) Faktor-faktor kimia, meliputi perubahan dalam darah (misalnya penurunan kadar oksigen, peningkatan kadar karbon dioksida, dan penurunan pH) sebagai akibat asfiksia sementara selama kelahiran.

b) Frekuensi pernapasan bayi baru lahir berkisar 30-60 kali/menit.

c) Sekresi lendir mulut dapat menyebabkan bayi batuk dan muntah, terutama selama 12-18 jam pertama.

2) Sistem Termoregulasi dan Metabolik

a) Suhu bayi baru lahir dapat turun berapa derajat karena lingkungan eksternal lebih dingin daripada lingkungan pada uterus.

b) Suplai lemak subkutan yang terbatas dan area permukaan yang besar dibandingkan dengan berat badan menyebabkan bayi mudah menghantarkan panas pada lingkungan.

c) Kehilangan panas yang cepat dalam lingkungan yang dingin terjadi melalui konduksi, konveksi, radiasi, dan evaporasi.

d) Trauma dingin (hipotermi) pada bayi baru lahir dalam hubungannya dengan asidosis metabolik dapat bersifat mematikan, bahkan pada bayi cukup bulan yang sehat.

3) Adaptasi *Neurologis*

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

4) Adaptasi *Gastrointestinal*

a) Perkembangan otot dan refleks yang penting untuk menghantarkan makanan sudah terbentuk saat lahir.

b) Pencernaan protein dan karbohidrat telah tercapai, pencernaan dan absorbsi lemak kurang baik karena tidak adekuatnya enzim-enzim pankreas dan lipase.

c) Pengeluaran mekonium. Yaitu feses berwarna hitam kehijauan, lengket, dan mengandung darah samar, diekskresikan dalam 24 jam pada 90% bayi baru lahir yang normal.

d) Beberapa bayi baru lahir menyusui segera bila diletakkan pada payudara, sebagian lainnya memerlukan 48 jam untuk menyusu secara efektif.

5) Adaptasi Ginjal
   a) Laju filtrasi glomerulus relatif rendah pada saat lahir disebabkan oleh tidak adekuatnya area permukaan kapiler glomerulus.
   b) Sebagian besar bayi baru lahir berkemih dalam 24 jam pertama setelah lahir dan 2-6 kali sehari pada 1-2 hari pertama, setelah itu mereka berkemih 5-20 kali dalam 24 jam.
6) Adaptasi Hati
   a) Selama periode neonatus, hati memproduksi zat yang esensial untuk pembekuan darah.
   b) Hati juga mengontrol jumlah bilirubin tak terkonjugasi yang bersirkulasi, pigmen berasal dari hemoglobin dan dilepaskan bersamaan dengan pemecahan sel-sel darah merah.
   c) Bilirubin tak terkonjugasi dapat meninggalkan sistem vaskular dan menembus jaringan ekstravaskuler lainnya (misalnya: kulit, sklera dan membran mukosa oral) mengakibatkan warna kuning yang disebut ikterus.
7) Adaptasi Imun
   a) Bayi baru lahir tidak dapat membatasi organisme penyerang di pintu masuk.

b) Imaturitas jumlah sistem pelindung secara signifikan meningkatkan risiko infeksi pada periode bayi baru lahir.

c. Penilaian

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

1) Penilaian APGAR

Tabel 2.1 Penilaian keadaan umum bayi berdasarkan nilai APGAR

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

Sumber: Sondakh, 2013

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

Nilai 7 – 10 :bayi dalam kondisi baik

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

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

Prosedur penilaian APGAR

a) Pastikan bahwa pencahayaan baik, sehingga visualisasi warna dapat dilakukan dengan baik, dan pastikan adanya akses yang baik ke bayi.
b) Catat waktu kelahiran, tunggu 1 menit, kemudian lakukan pengkajian yang pertama. Kaji kelima variabel dengan cepat dan simultan. Kemudian jumlahkan hasilnya.
c) Lakukan tindakan dengan cepat dan tepat sesuai dengan hasilnya.
d) Ulangi pada menit kelima. Skor harus naik bila nilai sebelumnya 8 atau kurang.
e) Ulangi lagi pada menit ke sepuluh.
f) Dokumentasikan hasilnya dan lakukan tindakan yang sesuai.

d. Konsep inisiasi menyusu dini (IMD)

1) Pengertian

Menurut Sondakh (2013 : 170) inisiasi menyusu dini adalah bayi mulai menyusu sendiri segera setelah lahir.

2) Manfaat

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

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

3) Langkah IMD

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

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

e. Masalah Potensial pada Janin dan BBL Masa Persalinan

1) Asfiksia

a) Defini

Asfiksia neonatorum adalah suatu keadaan bayi baru lahir yang gagal bernapasan secara spontan dan teratur segera setelah lahir (FKUI RSCM, 2000: 1072).

Asfiksia adalah kegagalan untuk memulai dan melanjutkan pernapasan pada BBL (APN, 2008: 4-11).

b) Tanda dan Gejala

Beberapa tanda dan gejala yang dapat muncul pada asfiksia neonatorum adalah:

(1) Tidak ada pernapasan (apneu)/ pernapasan lambat (kurang dari 30 kali per menit).
(2) Pernapasan tidak teratur, dengkuran, atau retraksi (perlekukan dada).
(3) Tangisan lemah.
(4) Warna kulit pucat dan biru
(5) Tonus otot lemas atau terkulai.
(6) Denyut jantung tidak ada atau perlahan (kurang dari 100 kali per menit)

c) Etiologi

Banyak hal yang dapat menyebabkan bayi tidak bernapas saat lahir. Sering kali hal ini terjadi ketika bayi sebelumnya mengalami gawat janin. Gawat janin adalah reaksi janin pada

kondisi di mana terjadi ketidakcukupan oksigen. Gawat janin dapat diketahui dengan hal-hal berikut:

(1) Frekuensi DJJ kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali per menit.

(2) Berkurangnya gerakan janin (janin normal bergerak lebih dari 10 kali per hari).

(3) Adanya air ketuban yang bercampur dengan meconium atau berwarna kehijauan (pada presentasi kepala). (Sondak, 2013: 176)

d) Penatalaksanaan

(1) Prinsip

Prinsip penatalaksanaan asfiksia adalah pengaturan suhu dan Tindakan A-B-C-D.

(2) Resusitasi

Prinsip dasar resusitasi adalah meberikan lingkungan yang baik dan mengusahakan saluran pernapasan, memberikan bantuan pernapasan secara aktif, melakukan koreksi terhadap asidosis yang terjadi, dan menjaga agar sirkulasi darah tetap baik. Adapun perlengkapan dan peralatan resusitasi, yaitu:

(a) Perlengkapan pengisap

(b) Peralatan kantong dan masker

(c) Peralatan intubasi

(d) Obat-obatan

(e) Lain-lain

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

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

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

2.2.1 Pengkajian

a. Data Subjektif

1) Biodata

a) Nama

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

b) Umur

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

c) Agama

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

d) Suku/bangsa

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

e) Pendidikan terakhir

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

f) Pekerjaan

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

g) Penghasilan

Data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi.

h) Alamat

Selain sebagai data mengenai pendistribusian lokasi ibu, data ini juga memberikan gamabaran mengenai jarak dan waktu

yang ditempuh ibu menuju lokasi persalinan (Sulistyawati,2013:221).

2) Riwayat pasien

a) Keluhan utama

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

b) Riwayat menstruasi

(1) Menarche

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

(2) Siklus

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

(3) Volume

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

(4) Keluhan

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

(5) HPHT

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

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

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

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

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

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

4) Riwayat Kehamilan Sekarang

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

5) Riwayat kesehatan

Data dari riwayat kesehatan ini dapat kita gunakan sebagai *"warning"* akan adanya penyulit dalam persalinan. Beberapa data penting tentang riwayat kesehatan yang perlu kita ketahui adalah apakah ibu pernah atau sedang menderita penyakit seperti jantung, diabetes mellitus, ginjal, hipertensi, hepatitis, atau anemia (Sulistyawati, 2013 : 223).

6) Status pernikahan

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

7) Pola Aktivitas Sehari-hari

a) Pola nutrisi

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

b) Pola Eliminasi

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

c) Pola istirahat

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

d) Personal hygiene

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

8) Riwayat psikologi, sosial dan budaya

Hal ini penting untuk kenyamanan psikologis ibu. Adanya respon yang positif terhadap persalinan akan mempercepat proses adaptasi dalam menerima kondisi dan perannya untuk mendapatkan data tentang adat istiadat yang dilakukan ketika menghadapi persalinan seperti adanya kebiasaan meminum air dari rumput fatimah, persalinan yang ditolong oleh dukun bayi kebiasaan ibu selama masa kehamilan seperti meminum jamu-jamuan yang berpengaruh pada cairan ketuban.

b. Data objektif

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

Langkah – langkah pemeriksaan :

1) Keadaan umum

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

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

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

2) Kesadaran

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

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

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

5) Tanda vital

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

6) Pemeriksaan fisik

a) Muka

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

b) Mata

Hal yang perlu dikaji adalah konjungtiva (kepucatan pada konjungtiva mengindikasikan terjadinya anemia yang mungkin dapat berpengaruh pada persalinannya), dikaji sklera, kebersihan, kelainan pada mata dan gangguan penglihatan (Rohani,2013).

c) Mulut

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

d) Leher

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

e) Dada

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

f) Perut

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

(1) Bekas operasi SC

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

(2) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

TFU bekaitan dengan usia kehamilan (dalam minggu). Berat dan tinggi fundus yang kebih kecil daripada perkiraan kemungkinan menunjukkan kesalahan dalam menentukan tanggal HPHT, kecil masa kehamilan (KMK) atau oligohidramnion. Sedangkan berat janin dan tinggi fundus yang kebih 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, 2013 : 84).

(3) Pemeriksaan Leopold

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

(4) Kontraksi Uterus

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

(5) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

(6) Denyut Jantung Janin (DJJ)

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

g) Genital

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

h) Anus

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

i) Ekstremitas

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

j) Data penunjang

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

2.2.2 Interpretasi Data Dasar

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

a. Diagnosis kebidanan/nomenklatur

1) Paritas

Paritas adalah riwayat reproduksi seorang wanita yag berkaitan dengan kehamilannya (jumlah kehamilan). 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 .

Ab : Jumlah kelahiran yang diakhiri dengan aborsi spontan atau terinduksi UK sebelum 20 mg/500gr.

2) Usia kehamilan (dalam minggu)

3) Kala dan fase persalinan.

4) Keadaan janin.

5) Normal atau tidak normal.

b. Masalah

Dalam asuhan kebidanan istilah “masalah” dan “diagnosis” dipakai keduanya karena beberapa masalah tidak dapat didefinisikan sebagai diagnosis, tetapi perlu dipertimbangkan untuk membuat rencana yang menyeluruh. Masalah sering berhubungan dengan bagaimana wanita itu mengalami kenyataan terhadap diagnosisnya.

2.2.3 Identifikasi Diagnosa Potensial

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

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

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

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

2.2.4 Identifikasi Kebutuhan Segera

Dalam pelaksanaannya bidan kadang dihadapkan pada beberapa situasi darurat dimana harus segera melakukan tindakan untuk menyelamatkan pasien sehingga bidan sangat dituntut kemampuannya untuk selalu melakukan evaluasi keadaan pasien agar asuhan yang diberikan tepat

dan aman. Jika hasil pemeriksaan menunjukkan adanya tanda bahaya pada pasien, maka tindakan yang harus dilakukan adalah merujuk pasien dengan melakukan tindakan stabilisasi pra rujukan terlebih dahulu. Jika pertolongan persalinan dilaukan di rumah sakit maka sesegera mungkin bidan melaporkan kondisi pasien kepada dokter.

2.2.5 Intervensi

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

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

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

Kriteria hasil :

a. Keadaan umum ibu baik
b. TTV dalam batas normal
   - TD : 100/60 – 130/90 mmHg
   - Nadi : 60-90x/ menit
   - RR : 16-24x/ menit
   - Suhu : 36,5-37,5º C
c. DJJ (120-160x/ menit)
d. Kala I :

1) Pada Multigravida kala 1 berlangsung ± 8 jam
2) Ada kemajuan persalinan (his makin sering dan durasinya makin lama, ø dan efficement bertambah, penurunan kepala bertambah, tidak ada moulage)

e. Kala II :
   1) Lama kala II tidak lebih dari 1 jam.
   2) Ibu meneran dengan efektif.
   3) Bayi lahir spontan menangis kuat dan gerak aktif dan kulit kemerahan.

f. Kala III :
   1) Plasenta lahir lengkap tidak lebih dari 30 menit.
   2) Kontraksi uterus baik, keras (globuler).
   3) Jumlah perdarahan < 500 cc.

g. Kala IV
   a) TTV ibu dalam batas normal.
   b) TFU umumnya setinggi atau beberapa jari di bawah pusat.
   c) Uterus berkontraksi dengan baik.
   d) Kandung kemih dalam keadaan kosong.
   e) Perdarahan < 500 cc.

2.2.6 Implementasi

Melaksanakan asuhan menyeluruh yang telah direncanakan mulai dari kala I fase laten sampai berakhirnya kala IV dan janin serta BBL yang berpedoman pada panduan persalinan normal 58 langkah dan asuhan sayang ibu secara efektif dan aman. Bila perlu dapat berkolaborasi dengan dokter jika terdapat komplikasi.

2.2.7 Evaluasi

Pada langkah ini dievaluasi tujuan asuhan kebidanan, keefektifan asuhan yang telah diberikan, apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnosis maupun masalah, serta hasil asuhan yang berupa bentuk nyata dari perubahan kondisi serta respon dari keluarga. Hasil evaluasi tindakan nantinya dituliskan dalam bentuk SOAP.

2.2.8 Catatan Perkembangan

Manajemen Kebidanan Pada Kala I :

S : Bertujuan untuk mengumpulkan informasi mengenai riwayat kesehatan, kehamilan dan persalinan yang akan digunakan untuk membuat keputusan klinik untuk menentukan diagnosis dan perencanaan asuhan yang sesuai (JNPK-KR : 2014).

O : Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik, laboratorium dan lain sebagainya yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan.

A : G P…. Ab…UK… minggu T/H/I presentasi…, puki/puka, inpartu kala I fase …. keadaan ibu dan janin baik.

P :

a. Beritahu ibu tentang hasil pemeriksaannya bahwa ibu dan bayi dalam keadaan sehat.
b. Menjelaskan tentang persalinan, proses persalinan, dan penyebab dari nyeri saat kontraksi.
c. Berikan asuhan sayang ibu yang meliputi pengurangan rasa sakit, pengaturan pasisi ibu, pemenuhan cairan dan nutrisi, pemberian keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur, dan pencegahan infeksi.
d. Lakukan observasi TTV, kontraksi, DJJ, kemajuan persalinan, dan catat dalam lembar observasi.
e. Pantau masukan / pengeluaran cairan. Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih minimal setiap 2 jam sekali.
f. Dukung ibu selama kontraksi dengan teknik pernapasan dan relaksasi.
g. Hadirkan orang terdekat.
h. Siapkan partus set.

Manajemen Kebidanan Kala II

Tanggal… pukul ..

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

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

A : G..P….Ab... UK…minggu, T/H/I presentasi…inpartu kala II, keadaan ibu dan janin baik.

P :

a. Mengenali gejala dan tanda kala II
b. Pastikan kelengkapan persalinan, bahan, dan obat, untuk menolong persalinan dan tata laksana komplikasi ibu dan bayi bayi baru lahir.
c. Pakai celemek plastik.
d. Lepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir, kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk yang bersih dan kering.
e. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.

f. Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik.

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

h. Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.

i. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan dengan air mengalir setelah sarung tangan dilepaskan.

j. Periksa DJJ setelah kontraksi / saat uterus relaksasi untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal.

k. Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, serta bantu ibu dalam menentukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

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

2) Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.

l. Minta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran.

m. Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.

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

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

p. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.

q. Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.

r. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

s. 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 kepala bayi tetap fleksi agar tidak defleksi dan membantu lahirnya kepala .

Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal saat 1/3 bagian kepala bayi telah keluar dari vagina.

t. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi.

u. Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

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

w. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan atas kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan, dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

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

y. Lakukan penilaian sepintas (apakah bayi menangis kuat/bernapas tanpa kesulitan, dan apakah bayi bergerak dengan aktif).

z. Keringkan tubuh bayi.

Manajemen Kebidanan Kala III

tanggal..pukul…

S : Mengetahui apa yang dirasakan ibu pada kala III, perasaan ibu terhadap kelahiran bayi, apakah senang/sedih/khawatir dan mengetahui apa yang dirasakan ibu dengan adanya uterus yang berkontraksi kembali untuk mengeluarkan plasenta.

O : Tampak tali pusat didepan vulva serta adanya tanda pelepasan plasenta (perubahan bentuk dan tinggi uterus, tali pusat memanjang, semburan darah mendadak dan singkat.

A : P….Ab… Inpartu kala III kondisi ibu dan bayi baik

P :

a. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.
b. Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.
c. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir. Suntikkan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral.
d. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari tali pusat bayi. Mendorong isi tali pusat

kearah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

e. Pemotongan dan pengikatan tali pusat.
f. Letakkan bayi agar ada kontak kulit bayi, letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu . Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.
g. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.
h. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
i. Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, pada tepi atas simfisis, untuk mendeteksi adanya kontraksi. Tangan yang lain memegang tali pusat.
j. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah dorso kranial secara hati-hati. Pertahankan dorso kranial selama 30-40 detik. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan PTT dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas.

k. Lakukan PTT saat ada kontraksi, minta ibu meneran sambil menolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir.

l. Saat plasenta muncul diintroitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta (searah jarum jam) hingga selaput ketuban terpilin dan kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

m. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi.

Manajemen kebidanan kala IV

Tanggal …pukul …

S : Mengetahui apa yang dirasakan ibu pada kala IV, perasaan ibu terhadap kelahiran bayi dan ari-ari apakah senang/sedih/atau khawatir.

O : kontraksi uterus keras/lembek, kandung kemih penuh/kosong, TFU umumnya setinggi atau beberapa jari di bawah pusat, perdarahan sedikit/banyak, TTV dalam batas normal/tidak, laserasi.

A : P….Ab… Inpartu kala IV kondisi ibu dan bayi baik.

P :

a. Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi, dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta kedalam kantung plastik atau tempat khusus.
b. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.
c. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
d. Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu minimal 1 jam.
e. Setelah 1 jam lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K_1 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral.
f. Setelah 1 jam pemberian vitamin K_1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.
g. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan per vaginam.
h. Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
i. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
j. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua pasca persalinan.

k. Periksa kembali bayi untuk pastikan bahwa bayi bernapas baik (40-60x/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5ºC).
l. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi.
m. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai.
n. Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
o. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI, anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
p. Dekontaminasi tempat bersalian dengan larutan klorin 0,5%.
q. Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
r. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
s. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV.