

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Persalinan**

##### **2.1.1 Pengertian**

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar (Prawirohardjo, 2007). Persalinan 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 ada komplikasi pada ibu ataupun pada janin. Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologis yang normal. Kelahiran seorang bayi juga merupakan peristiwa social yang ibu dan keluarga nantikan selama 9 bulan. Peran petugas kesehatan adalah memantau persalinan untuk mendeteksi dini adanya komplikasi disamping itu bersama keluarga memberikan bantuan dan dukungan pada ibu (Rukiyah, 2009).

##### **2.1.2 Etiologi**

Terjadinya partus sampai kini merupakan teori-teori yang kompleks. Faktor-faktor humoral, struktur uterus, sirkulasi uterus, pengaruh syaraf dan nutrisi disebut sebagai faktor-faktor yang mengakibatkan partus mulai. Perubahan-perubahan dalam biokimia dan biofisika telah banyak mengungkapkan mulai dan berlangsungnya partus, antara lain penurunan kadar hormone esterogen dan progesterone. Seperti diketahui progesterone

merupakan penenang bagi otot-otot uterus. Menurunnya kadar kedua hormone ini terjadi kira-kira 1 – 2 minggu sebelum partus dimulai (Prawirohardjo, 2007).

a. Teori penurunan progesteron

Progesteron menimbulkan relaksasi otot rahim, sebaliknya esterogen meningkatkan kontraksi otot rahim. Selama kehamilan, terdapat keseimbangan antara progesteron dan esterogen didalam darah tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his (Rukiyah, 2009).

b. Teori plasenta menjadi tua

Seiring matangnya usia kehamilan, *villi chorialis* dalam plasenta mengalami beberapa perubahan yang menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesterone yang mengakibatkan his (Sulistiyawati, 2013)

c. Teori keregangan

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

d. Teori oksitosin interna

Hipofisis posterior menghasilkan hormone oksitosin. Adanya perubahan keseimbangan antara estrogen dan progesterone dapat mengubah tingkat sensitivitas otot Rahim dan akan mengakibatkan terjadinya kontraksi uterus yang disebut *Braxton Hicks*. Penurunan kadar progesteron karena usia kehamilan yang sudah tua akan mengakibatkan aktivitas oksitosin meningkat (Sondakh, 2013).

### 2.1.3 Faktor yang mempengaruhi persalinan

Faktor – faktor yang dapat mempengaruhi jalannya proses persalinan adalah kekuatan (*power*), penumpang (*passenger*), jalan lahir (*passage*), posisi ibu (*positioning*), dan respon psikologi (*psychology response*). Berikut adalah penjelasan dari masing – masing faktor yang mempengaruhi persalinan, yaitu:

a. Kekuatan (*power*)

Menurut Jannah (2014), *power* kekuatan yang mendorong janin disebut his, kontraksi otot perut, kontraksi diafragma dan aksi ligament. Kekuatan yang diperlukan dalam persalinan adalah his, sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah tenaga meneran ibu.

His adalah kontraksi otot rahim pada persalinan, pada bulan terakhir kehamilan sebelum persalinan, kontraksi rahim telah terjadi yang disebut dengan his pendahuluan atau his palsu. His pendahuluan ini tidak teratur dan menyebabkan nyeri diperut bagian bawah dan lipatan paha serta tidak menyebabkan nyeri yang menyebar dari

pinggang ke perut bagian bawah. Kontraksi his pendahuluan berdurasi pendek dan tidak bertambah kuat atau sering berkurang jika ibu sedang berjalan. His pendahuluan tidak bertambah kuat seiring perjalanan waktu, hal yang terpenting adalah bahwa his pendahuluan tidak mempunyai pengaruh terhadap serviks. Sedangkan ciri- ciri dari his persalinan adalah menurut Sondakh (2013), sifat his persalinan yaitu pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar, makin beraktivitas (jalan), kekuatan akan makin bertambah.

Menurut Rohani (2013), Perubahan – perubahan yang ditimbulkan akibat his antara lain :

- 1) Pada uterus dan serviks, uterus teraba keras dan padat karena kontraksi, menyebabkan serviks mendatar dan membuka.
- 2) Peningkatan nadi dan tekanan darah dikarenakan iskemia rahim dan kontraksi rahim
- 3) Pada janin, pertukaran oksigen pada sirkulasi uteroplasenta berkurang, sehingga timbul hipoksia janin. Pada kontraksi tetanik terjadi gawat janin, asfiksia dengan denyut jantung janin diatas 160 kali per menit.

b. Penumpang (*passenger*)

Menurut Janah (2014), penumpang yang dapat mempengaruhi proses persalinan adalah janin dan plasenta. Cara penumpang (*passenger*) atau janin bergerak di sepanjang jalan lahir merupakan

akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, presentasi letak, sikap, dan posisi janin. Karena harus melalui jalan lahir, plasenta juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin. Akan tetapi, plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kelahiran normal. Berikut adalah penjelasan dari masing – masing *passenger* yang dapat mempengaruhi proses persalinan:

1) Janin

Ukuran kepala janin dan sifatnya yang relative kaku, kepala janin sangat mempengaruhi proses persalinan. Tengkorak janin terdiri atas dua tulang parietal dan tulang temporal, satu tulang frontal dan satu tulang oksipital. Penyusupan tulang kepala merupakan indikasi penting seberapa jauh janin dapat menyesuaikan dengan tulang panggul ibu. Semakin besar penyusupan semakin besar kemungkinan disporposisi

Presentasi kepala janin yang pertama kali memasuki pintu atas panggul dan terus melalui jalan lahir saat persalinan mencapai *aterm*. Bagian presentasi adalah bagian janin yang pertama kali teraba oleh jari pemeriksa saat melakukan periksa dalam.

Letak janin terdiri atas dua macam, yaitu memanjang atau vertika (sumbu panjang janin paralel dengan sumbu panjang ibu) dan melintang atau horizontal (sumbu panjang janin membentuk sudut terhadap sumbu panjang ibu). Letak memanjang dapat berupa presentasi kepala atau sacrum tergantung pada struktur janin yang pertama memasuki panggul ibu.

Sikap janin mempunyai postur yang khas atau sikap saat berada didalam rahim. Hal ini disebabkan oleh pola pertumbuhan janin dan penyesuaian janin terhadap bentuk rongga rahim

Posisi janin menunjukkan bagian janin yang menempati pintu atas panggul. Bagian yang menjadi presentasi kepala biasanya adalah oksiput pada presentasi kepala.

## 2) Plasenta

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

### a) 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.

### b) 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.

### c) Pembagian plasenta

(1) Bagian janin (*fetal portion*) terdiri atas korion frondosum dan vili.

(2) Bagian maternal (maternal portion), terdiri dari beberapa lobus dan kotiledon sebanyak 15-20 buah

(3) 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).

c. Jalan lahir (*passage*)

*Passage* atau jalan lahir dibagi menjadi dua, yaitu bagian keras: tulang panggul dan bagian lunak: otot-otot dan ligament-ligament

1) Jalan lahir keras: tulang panggul

Menurut Sondakh (2013) tulang panggul terdiri atas 3 buah yaitu:

a) Dua *os Coxae*

(1) Tulang usus (os ilium)

(2) Tulang duduk (os ishium)

(3) Tulang kemaluan (os pubis)

b) *Os Sacrum* (tulang belakang) berbentuk segitiga dengan lebar dibagian atas dan mengecil dibagian bawahnya.

c) *Os Coccygis* (tulang tungging) berbentuk segitiga dengan ruas 3-5 buah dan bersatu, pada saat persalinan, tulang tungging dapat didorong ke belakang sehingga memperluas jalan lahir.

Menurut Sondakh jalan lahir terdiri dari empat bidang, yaitu :

(1) Pintu Atas Panggul berbentuk seperti bulatan oval dengan panjang kesamping dan dibatasi oleh promotorium, sayap sacrum, linea inominta, ramus superior osis pubis, dan pinggir

atas symphysis pubis. Menurut Ai Nurasih (2014) ukuran PAP adalah

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

Jaraknya dari promontorium ke pinggir atas symphysis, ukuran normalnya 11 cm. ukuran ini adalah ukuran yang terpenting dalam panggul. Conjungata vera tidak dapat diukur langsung, tapi dapat diperhitungkan dengan mengurangi conjungata diagonalis (dari promontorium ke pinggir bawah symphysis) sejumlah 1,5 – 2 cm.

(b) Ukuran melintang (*diameter transversa*)

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

(c) Ukuran serong (*diameter obliqua*)

Dari artituberositas sakroiliaka ketuberculum pubicum dari belahan panggul yang bertentangan. Ukuran 13 cm.

(2) Bidang terluas panggul

Menurut Sondakh (2013), ukuran muka belakangnya 12,75 cm dan ukuran melintang 12,5 cm

(3) Bidang tersempit panggul

Menurut Sondakh (2013), ukuran muka belakangnya 11,5 cm ukuran melintangnya 10 cm

#### (4) Pintu bawah panggul

Pintu bawah panggul bukan suatu bidang, tetapi terdiri dari dua segitiga dengan dasar yang sama, ialah garis yang menghubungkan kedua tuber ischiadicum kiri dan kanan. Puncak dari segitiga yang belakang adalah ujung os sacrum, sisinya adalah ligamentum sacro tuberosum kiri dan kanan . segitiga di depan dibatasi oleh arcus pubis (Ai Nurasiah dkk, 2014).

#### 2) Bagian lunak

Menurut Sondakh (2013), jalan lahir lunak terdiri atas serviks, vagina dan otot rahim.

#### 3) Bidang hodge

Menurut Sondakh (2013), Bidang-bidang Hodge ini dipelajari untuk menentukan sampai mana bagian terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan. Bidang Hodge tersebut antara lain:

- a) Hodge I : bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promontorium.
- b) Hodge II : bidang yang sejajar hodge I setinggi bagian bawah simfisis.
- c) Hodge III : bidang yang sejajar hodge I setinggi spina ischiadika.
- d) Hodge IV : bidang yang sejajar hodge I setinggi tulang koksigis.

d. Posisi ibu (*positioning*)

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

e. Respon psikologi (*psychology response*)

Pada ibu bersalin terjadi beberapa perubahan psikologis yaitu rasa takut dan cemas yang dialami ibu akan berpengaruh pada lamanya persalinan, his kurang baik dan pembukaan kurang lancar. 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. Hal tersebut dapat menunjukkan bahwa ibu mendapat perhatian lebih dan diberi dukungan selama persalinan dan kelahiran bayi oleh suami dan keluarga (Sondakh, 2013).

#### **2.1.4 Tanda – tanda persalinan**

##### **a) Tanda – tanda permulaan persalinan**

Menurut Rukiyah (2009), sebelum terjadinya persalinan sebenarnya beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki bulanannya atau minggunya atau harinya yang disebut kala pendahuluan. Ini memberikan tanda tanda sebagai berikut :

- 1) Lighting atau settling yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul
- 2) Perut kelihatan lebih melebar
- 3) Fundus uteri menurun
- 4) Perasaan sering kencing atau susah kencing karena kandung kemih tertekan oleh bagian bawah janin
- 5) Perasaan sakit di pinggang dan perut karena adanya kontraksi-kontraksi lemah dari uterus (*fase labor pains*).

**b) Tanda – tanda Inpartu**

Untuk rasa sakit yang dirasakan oleh wanita pada saat menghadapi persalinan berbeda-beda tergantung dari ambang rasa sakitnya, akan tetapi secara umum wanita yang akan mendekati persalinan akan merasakan :

- 1) Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur
- 2) Keluar lendir bercampur darah yang lebih banyak karena robekan – robekan kecil pada serviks karena adanya his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas, terjadi perdarahan kapiler pembuluh darah pecah ( Sondakh, 2013).
- 3) Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian ketuban baru pecah menjelang

pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan berlangsung dalam 24 jam.

### 2.1.5 Tahapan persalinan

Menurut Prawirohardjo (2007) dikatakan bahwa partus dibagi menjadi 4 kala. Pada kala I serviks membuka sampai terjadi pembukaan 10 cm. kala I dinamakan pula kala pembukaan. Kala II disebut pula kala pengeluaran, oleh karena berkat kekuatan his dan kekuatan mengedan janin didorong ke luar sampai lahir. Dalam kala III atau kala uri plasenta terlepas dari dinding uterus dan dilahirkan. Kala IV mulai dari lahirnya plasenta dan lamanya 1 jam. Dalam kala itu diamat-amati, apakah tidak terjadi perdarahan postpartum. Berikut adalah penjelasan dari tahapan persalinan:

#### a. Persalinan kala I

##### 1) Pengertian kala I

Kala I dimulai dari saat persalinan mulai (pembukaan nol) sampai pembukaan lengkap (10 cm). proses ini terbagi dalam 2 fase, yaitu:

- a) Fase laten, berlangsung selama 8 jam, serviks membuka sampai pembukaan 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 yaitu:

- (1) *Fase akselerasi*: dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

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

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

Bedasarkan kurve Friedman, diperhitungkan pembukaan pada primigravida 1 cm/ jam dan pembukaan pada multigravida 2 cm / jam. Dengan demikian waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan (Sulistyawati, 2014)

## 2) Perubahan fisiologis kala I

Sejumlah perubahan fisiologis yang normal akan terjadi selama persalinan, hal ini bertujuan untuk mengetahui perubahan-perubahan yang dapat dilihat secara klinis bertujuan untuk dapat secara tepat dan cepat menginterpretasikan tanda-tanda, gejala tertentu dan penemuan perubahan fisik dan laboratorium apakah normal atau tidak pada persalinan kala I.

### a) Perubahan pada serviks

Serviks mengalami perubahan bentuk menjadi lebih tipis (*penipisan/effacement*) seiring dengan kontraksi dan retraksi. Serviks membuka disebabkan daya tarikan otot uterus ke atas akibat kontraksi. Proses *effacement* dan dilatasi serviks dapat melonggarkan membran os internal menyebabkan lendir darah (*show/bloody show*) dari sumbatan (*operculum*) (Sulistyawati, 2013).

b) Perubahan system kardiovaskuler

(1) Tekanan darah

Terdapat perubahan fisiologis 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 (Sulistyawati, 2013).

(2) Denyut 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, 2013).

c) Perubahan metabolisme

Selama persalinan baik metabolisme karbohidrat aerobik maupun anaerobik akan naik secara perlahan. Kenaikan ini sebagian besar disebabkan karena oleh kecemasan serta kegiatan otot kerangka tubuh. Kegiatan metabolisme yang meningkat tercermin dengan kenaikan suhu badan, denyut nadi, pernafasan, kardiak output dan kehilangan cairan (Widyastuti, 2011).

d) Pernapasan

Peningkatan laju pernafasan adalah normal. Hal ini mencerminkan adanya kenaikan metabolisme. Hiperventilasi yang lama adalah tidak normal dan dapat menyebabkan alkalosis. Sulit untuk mendapatkan penemuan angka yang akurat mengenai pernafasan karena angka dan iramanya dipengaruhi oleh rasa tegang, nyeri, kekhawatiran, serta penggunaan teknik-teknik pernafasan (Lailiyana, 2011).

e) Uterus

Kontraksi uterus terjadi karena adanya rangsangan pada otot polos uterus dan penurunan hormone progesterone yang menyebabkan kelpuarnya hormone oksitosin. Kontraksi uterus dimulai dari fundus uteri dan terus menyebar kedepan dan kebawah abdomen.

f) Perubahan renal

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 (Sulistyawati, 2013).

g) Gastrointestinal

Kemampuan pergerakan gastrik serta penyerapan makanan padat berkurang, menyebabkan pencernaan hampir terhenti

selama persalinan dan menyebabkan konstipasi. Makan yang masuk ke lambung selama fase pendahuluan atau fase kemungkinan besar akan tetap berada dalam perut selama persalinan. Lambung yang penuh bisa menimbulkan ketidaknyamanan, oleh karena itu ibu dianjurkan tidak makan terlalu banyak atau minum berlebihan tetapi secukupnya untuk mempertahankan energy dan hidrasi (Rukiyah, 2009).

h) Suhu tubuh

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

i) 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, 2013).

j) Serviks

serviks mengalami perubahan bentuk menjadi lebih tipis (penipisan/*effacement*) 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/ bloodyshow*).

### 3) Perubahan psikologis pada kala I

Menurut Widyastuti (2011) perubahan psikologis pada kala I yaitu:

- a) Perasaan tidak enak
- b) Takut dan ragu-ragu akan persalinan
- c) yang akan dihadapi
- d) Ibu dalam menghadapi persalinan sering memikirkan antara lain apakah persalinan akan berjalan normal
- e) Menganggap persalinan sebagai cobaan
- f) Apakah penolong persalinan dapat sabar dan bijaksana dalam menolongnya.

### 4) Diagnosis kala I

Menurut Sondakh (2013), jika pada hasil pemeriksaan di dapatkan pembukaan serviks kurang dari 4 cm dan kontraksi terjadi teratur minimal 2 kali dalam 10 menit selama 40 detik, maka ibu sudah dalam persalinan kala I jika pembukaan serviks kurang dari 4 cm.

**Tabel 2.1**  
**Kala dan Fase Persalinan**

<b>Gejala dan Tanda</b>	<b>Kala</b>	<b>Fase</b>
Serviks belum berdilatasi	Persalinan palsu/ belum inpartu	
Serviks berdilatasi kurang dari 4 cm	I	Laten

Serviks berdilatasi 4-9 cm kecepatan pembukaan 1 cm atau lebih per jam penurunan kepala dimulai	I	Aktif
Serviks membuka lengkap (10 cm) Penurunan kepala berlanjut Belum ada keinginan untuk meneran	II	Awal
Serviks membuka lengkap (10 cm) Bagian terbawah telah mencapai dasar panggul Ibu meneran	II	Akhir

Sumber : Jenny, J.S Sondakh,2013

#### 5) Kebutuhan dasar kala I

Menurut Sulistyawati (2013), kebutuhan dasar pada persalinaan 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 pernapasan relaksasi
  - (4) Sentuhan dan pijatan.
  - (5) Mandi atau berendam di air

- (6) Pengeluaran suara yang menyamknkan 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.
- 6) Partograf

Menurut Rohani (2013), 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 Sondakh (2013), partograf adalah alat bantu untuk mengobservasi kemajuan kala I persalinan dan memberikan informasi untuk membuat keputusan klinik. Tujuan utama penggunaan partograf adalah sebagai berikut:

- a. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks dengan pemeriksaan dalam
- b. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan normal. Dengan demikian, juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.
- c. Data lengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi grafik kemajuan proses persalinan.

Halaman depan partograf menginstruksikan observasi dimulai pada fase aktif persalinan dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan, yaitu

- a) Informasi tentang ibu

Meliputi nama, umur, gravida, para, abortus, nomor catatan medis/nomor puskesmas, tanggal dan waktu mulai dirawat, serta waktu pecahnya selaput ketuban.

- b) Kondisi janin

DJJ, warna dan adanya air ketuban, penyusupan kepala janin.

c) Kemajuan persalinan

Pembukaan serviks, penurunan bagian terendah atau presentasi janin, garis waspada, dan garis bertindak.

d) Jam dan waktu

Waktu mulainya fase aktif persalinan, waktu actual saat pemeriksaan atau penilaian.

e) Kontraksi uterus

Frekuensi kontraksi dalam waktu 10 menit, lama kontraksi dalam detik.

f) Obat dan cairan yang diberikan

Oksitosin, obat, dan cairan IV yang diberikan.

g) Kondisi ibu

Nadi, tekanan darah, temperature tubuh, dan urin (volume, aseton, protein).

Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Itulah sebabnya bagian ini disebut catatan persalinan. Catatan persalinan ini terdiri dari data atau informasi umum kala I, kala II, kala III, bayi baru lahir, dan kala IV.

7) Penapisan pada saat persalinan

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

## b. Kala II

### 1) Pengertian

kala II dimulai dari pembukaan lengkap 10 cm sampai bayi lahir, proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi (Prawirohardjo, 2009).

### 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, 2013).

#### b) Serviks

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

#### c) Pergeseran organ dasar panggul

Tekanan pada otot dasar panggul (*fleksus frankenhauser*) oleh kepala janin menyebabkan keinginan pasien mengejan (Sondakh, 2013). 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, 2013).

d) Ekspulsi janin

Bila dasar panggul sudah lebih berelaksasi kepala janin sudah tidak masuk lagi di luar his. Dengan his serta kekuatan meneran maksimal, kepala janin dilahirkan dengan suboksiput dibawah simfisis, kemudian dahi, muka, dan dagu melewati perineum. Setelah istirahat sebentar, his mulai lagi untuk mengeluarkan badan dan anggota tubuh bayi (sulistyawati, 2013).

3) Kemajuan persalinan

Durasi waktu untuk kala II rata-rata adalah 1 jam untuk primigravida dan 15 menit untuk multigravida. Pada kala II yang berlangsung lebih dari 2 jam bagi primigravida atau 1 jam bagi multipara, dianggap sudah abnormal, tetapi saat ini hal tersebut tidak mengindikasikan perlunya melahirkan bayi dengan forcep atau vakum ekstraksi. Karakteristik kontraksi selama kala II adalah sering, kuat, dan sedikit lebih lama, yaitu kira-kira 2 menit, yang berlangsung 60-90 detik dengan interaksi tinggi dan sifatnya semakin ekspulsif (Sondakh, 2013).

4) Kebutuhan dasar kala II

Pada kebutuhan dasar ibu kala II menurut Sulistyawati (2013), dilakukan sesuai asuhan sayang ibu, yaitu :

- 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. Asuhan sayang ibu menjamin bahwa pasien dan keluarganya diberitahu tentang yang sedang terjadi dan yang bisa diharapkan.

c. Kala III

(1) Pengertian

Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta (Sulistyawati, 2013). Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit.

(2) Mekanisme pelepasan plasenta

Menurut Sulistyawati (2012) Segera setelah bayi dan air ketuban sudah tidak berada di dalam uterus, kontraksi uterus akan terus berlangsung dan ukuran rongganya akan mengecil. Pengurangan dalam ukuran ini akan menyebabkan pengurangan dalam ukuran situs penyambungan plasenta. Oleh karna itu situs sambungan

tersebut menjadi lebih kecil, plasenta menjadi lebih tebal dan mengkerut serta memisahkan diri dari dinding uterus. Permulaan proses pemisahan diri dari dinding uterus atau pelepasan plasenta.

Menurut Sondakh (2013) mekanisme pelepasan plasenta yaitu:

a) Schutze

Proses lepasnya plasenta seperti menutup payung. Cara ini merupakan cara yang paling sering terjadi (80%). Bagian yang lepas terlebih dulu adalah bagian tengah, lalu terjadi retroplasental hematoma yang menolak plasenta mula-mula bagian tengah, kemudian seluruhnya. Menurut cara ini, perdarahan biasanya tidak ada sebelum plasenta lahir dan berjumlah banyak setelah plasenta lahir.

b) Duncan

Berbeda dengan sebelumnya, pada cara ini lepasnya plasenta mulai dari pinggir 20%. Darah akan mengalir keluar antara selaput ketuban. Pengeluaran juga serempak dari tengah dan pinggir plasenta.

Plasenta lepas mulai dari bagian tengah (sentral) dengan tanda adanya pemanjangan tali pusat yang terlihat di vagina

Tanda-tanda klinis pelepasan plasenta

a) Semburan darah

Semburan darah ini disebabkan karena penyumbat retroplasental pecah saat plasenta lepas

## b) Pemanjangan tali pusat

Hal ini disebabkan karena plasenta turun ke segmen uterus yang lebih bawah atau rongga vagina

## c) Perubahan bentuk uterus dari discoid menjadi globular (bulat)

Perubahan bentuk ini disebabkan oleh kontraksi uterus

## d) Perubahan dalam posisi uterus, yaitu uterus naik di dalam abdomen

Hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa sesaat setelah plasenta lepas TFU akan naik, hal ini disebabkan oleh adanya pergerakan plasenta ke segmen uterus yang lebih bawah.

**Tabel 2.2**  
**Jenis perasat untuk memeriksa lepasnya plasenta**

<b>Jenis prasat</b>	<b>Keterangan</b>
Perasat Klein	Pasien diminta untuk mengejan sehingga tali pusat ikut turun atau memanjang. Pada saat mengejan dihentikan dapat terjadi : Tali pusat tertarik kembali, berarti plasenta belum lepas Tali pusat tetap ditempat, berarti plasenta sudah masuk.
Perasat Strassman	Tali pusat dikencangkan dan rahim di ketok – ketok, bila getarannya sudah sampai pada tali pusat berarti plasentanya belum lepas
Perasat Manuaba	Tangan kiri memegang uterus pada segmen bawah rahi, sedangkan tangan kanan memegang dan mengencangkan tali pusat. Saat kedua tangan ditarik berlawanan, dapat terjadi : Tarikan terasa berat dan tali pusat tidak memanjang berarti plasenta belum lepas Tarikan terasa ringan (mudah) dan tali pusat memanjang, berarti tali pusat telah lepas.
Perasat Crede	Perasat ini dilakukan dengan cara memijat uterus seperti memeras jeruk agar plasenta lepas dari

	dinding uterus. Tindakan ini hanya dapat digunakan bila terpaksa karena dapat mengakibatkan kecelakaan post partum, misalnya perdarahan. Perasat Crede sukar atau tidak dapat dikerjakan pada orang gemuk.
--	--

Sumber : Jenny, J.S Sondakh,2013

(3) Manajemen aktif kala III

Menurut Sulistyawati (2013), Manajemen aktif kala III adalah mengupayakan kala III slesai secepat mungkin dengan melakukan langkah-langkah yang memungkinkan plasenta lepas dan lahir lebih cepat.

Tujuan:

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

Komponen Manajemen Aktif Kala II

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

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

(4) Kebutuhan dasar ibu bersalin kala III

Menurut Sondakh (2013), kala III merupakan kala setelah keluarnya bayi sampai plasenta lahir. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu antara lain:

- a) Memberikan kesempatan kepada ibu untuk segera memeluk bayinya dan menyusuinya.
- b) Memberitahu ibu setiap tindakan yang akan dilakukan.
- c) Pencegahan infeksi kala III.
- d) Memantau keadaan ibu (tanda vital, kontraksi, perdarahan).
- e) Melakukan kolaborasi/rujukan bila terjadi kegawat daruratan.
- f) Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi.
- g) Memberikan motivasi dan pendampingan selama kala III.

(5) Perubahan Fisiologis Pada Kala III

Menurut Sondakh (2013), perubahan bentuk dan tinggi fundus (setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh, dan tinggi fundus biasanya terletak di bawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau berbentuk menyerupai buah pir atau alpukat, dan fundus berada di atas pusat serta sering kali mengarah ke sisi kanan), tali pusat memanjang (tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva), dan

semburan darah mendadak dan singkat (darah yang terkumpul di belakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dan dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (*retroplacental pooling*) dalam ruang di antara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungnya, maka darah akan tersembur keluar dari tepi plasenta yang terlepas).

#### d. Kala IV

##### 1) Pengertian

Dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama postpartum. Tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadahi selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi.

Menurut Widyastuti (2011), observasi harus dilakukan pada kala IV adalah:

- a) Tingkat kesadaran penderita.
- b) Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, dan pernafasan.
- c) Kontraksi uterus.
- d) Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc.

##### 2) Perubahan Fisiologi

Menurut Sondakh (2013), perubahan fisiologi pada kala IV meliputi:

### (1) Uterus

Uterus terletak di tengah abdomen kurang lebih  $\frac{2}{3}$  sampai  $\frac{3}{4}$ , 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.

#### a) 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.

#### b) Pengeluaran ASI

Dengan menurunnya hormone estrogen progesteron dan human plasenta lactogen hormone setelah plasenta lahir, prolaktin dapat berfungsi membentuk ASI dan mengeluarkan kedalam alveoli bahkan sampai duktus kelenjar ASI. Isapan langsung pada puting susu ibu menyebabkan reflex yang dapat mengeluarkan oksitosin dari hipofisis sehingga mioepitel yang terdapat disekitar alveoli dan duktus kelenjar ASI berkontraksi dan mengeluarkan ASI ke dalam sinus yang disebut let down reflex.

### 3) Pemantauan dan Evaluasi Lanjut

#### a) Tanda vital

Selama satu jam pertama dilakukan pemantauan tekanan darah dan nadi setiap 15 menit dan setiap 30 menit pada dua jam kedua. Melakukan pengecekan suhu dan pernafasan setiap satu jam pertama dan satu jam kedua postpartum.

#### b) Kontraksi uterus

Pemantauan adanya kontraksi uterus sangatlah penting dalam asuhan persalinan kala IV dan perlu evaluasi lanjut setelah plasenta lahir yang berguna untuk memantau terjadinya perdarahan. Kalau kontraksi uterus baik dan kuat kemungkinan terjadi perdarahan sangat kecil (Widyastuti, 2011).

#### c) Lokhea

Selama beberapa hari pertama setelah kelahiran secret rahim (lokhea) tampak merah (lokhea rubra) karena adanya eritrosit. Setelah 3 sampai 4 hari, lokhea menjadi lebih pucat (lokhea rubra), dan di hari ke-10 lokhea tampak putih atau kekuningan (lokhea alba) (Widyastuti, 2011).

#### d) Perineum

Terjadinya laserasi atau robekan perineum dan vagina dapat diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan. Robekan perineum hampir terjadi pada semua persalinan pertama dan tidak jarang juga terjadi pada persalinan berikutnya (Widyastuti, 2011).

e) Kandung kemih

Pada saat setelah plasenta keluar kandung kencing harus diusahakan kosong agar uterus dapat berkontraksi dengan baik yang dapat mencegah terjadinya perdarahan post partum.

f) Perkiraan darah yang hilang

Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc.

4) Penjahitan Luka Episiotomi/ Laserasi

Penjahitan episiotomi dan laserasi memerlukan pengetahuan anatomi perineum, tipe jahitan, hemostatis, pembedahan aseptis, dan penyembuhan luka. Bidan juga harus mengetahui tipe benang dan jarum, instrument standar, dan peralatan yang tersedia di lingkungan praktis (Sondakh, 2013).

### 2.1.6 Mekanisme persalinan

Menurut Rukiyah (2009), Mekanisme persalinan sebenarnya mengacu pada bagaimana janin menyesuaikan dan meloloskan diri dari panggul ibu yang meliputi gerakan :

a. Penurunan Kepala

Sebetulnya janin mengalami penurunan terus menerus dalam jalan lahir sejak kehamilan trimester III, antara lain masuknya bagian terbesar janin kedalam PAP yang pada primigravida 38 minggu atau selambat lambatnya awal kala II.

b. Fleksi

Pada permulaan persalinan kepala janin biasanya berada dalam sikap fleksi. Dengan adanya his dan tahanan dari dasar panggul yang makin besar, maka kepala janin menekan pada dada dan belakang kepala menjadi bagian bawah. Keadaan ini dinamakan fleksi maksimal. Dengan fleksi maksimal kepala janin dapat menyesuaikan diri dengan ukuran panggul ibu terutama bidang sempit yang ukurannya 10 cm. untuk dapat melewatinya, maka kepala janin yang awalnya masuk dengan ukuran diameter Oksipito Frontalis (11,5 cm) harus fleksi secara maksimal menjadi diameter Oksipito Bregmatik (9,5 cm).

c. Rotasi Dalam

Makin turunnya kepala janin dalam jalan lahir, kepala janin akan berputar sedemikian rupa sehingga diameter terpanjang rongga panggul atau diameter anterior posterior kepala janin akan bersesuaian dengan diameter terkecil anterior posterior pintu bawah panggul. Hal ini mungkin karena kepala janin bergerak spiral atau seperti sekrup sewaktu turun dalam jalan lahir. Bahu tidak berputar bersama – sama kepala, bahu akan membentuk sudut 45. Keadaan ini disebut putaran paksi dalam dan ubun-ubun kecil berada dibawah simfisis.

d. Ekstensi

Sesudah kepala janin sampai didasar panggul dan ubun-ubun kecil berada dibawah simpisis, maka 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 simfisis akan menjadi pusat pemutarannya, maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum : ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut, dan dagu bayi dengan gerakan ekstensi

e. Rotasi Luar

Setelah ekstensi kemudian diikuti dengan putaran paksi luar yang pada hakikatnya kepala janin menyesuaikan dengan sumbu panjang bahu, sehingga sumbu panjang kepala janin berada pada satu garis lurus.

f. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai dibawah simfisis dan menjadi hipomoclon untuk kelahiran bahu belakang, kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh tubuh bayi lahir searah dengan paksi jalan lahir.

## 2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

### 2.2.1 Manajemen Kebidanan Kala I

#### a. Pengkajian

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

1) Data Subjektif

a) Biodata

Nama : Nama ibu dan suami digunakan untuk mengenal dan memanggil klien agar tidak keliru dengan yang lainnya.

- Usia : Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko dan komplikasi saat persalinan. Pasien dengan usia dibawah 16 tahun meningkatkan insiden preeklamsia. Pasien dengan usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes tipe II yang mengakibatkan penyulit persalinan berupa distosia bahu dan bayi besar, menyebabkan meningkatnya insiden preeklamsia dan abrupsio plasenta serta menyebabkan meningkatnya insiden persalinan yang lama pada nulipara sehingga menyebabkan IUGR, anomali kromosom dan kematian janin ( Varney, 2007).
- Agama : Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdo'a (Ambarwati, 2008).
- Pendidikan : Sebagai dasar untuk menentukan metode yang paling tepat dalam penyampaian informasi. Diskusi terbuka dalam perencanaan awitan persalinan akan memungkinkan wanita dan keluarganya untuk menanyakan alternative bagi mereka dan membuat pilihan bijaksana untuk mereka sendiri (Varney, 2007).

Pekerjaan : Perlu dikaji untuk mengetahui gambaran aktifitas dan tingkat kesejahteraan ekonomi yang didapatkan yang dikaitkan dengan status gizi.

Alamat : Memberi gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan. Berkaitan dengan keluhan terakhir atau tanda persalinan yang disampaikan dengan patokan saat terakhir sebelum berangkat ke lokasi persalinan.

#### b) Keluhan Utama

Dikaji waktu awitan kontraksi dan frekuensi serta durasi kontraksi sejak awal hingga sampai saat ini, informasi ini dapat digunakan untuk menetapkan awal persalinan, biasanya dimulai sejak kontraksi menjadi teratur data ini dapat digunakan untuk membedakan kontraksi persalinan palsu dan kontraksi persalinan sejati (Varney,2007). Menurut Sondakh (2013), tanda-tanda ibu bersalin yakni adanya pengeluaran cairan, pengeluaran lendir dengan darah, terjadinya his persalinan (pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar, dan makin beraktivitas kekuatan his akan makin bertambah).

#### c) Riwayat pernikahan

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

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

d) Riwayat Menstruasi

Data yang harus diperoleh dari riwayat menstruasi adalah *menarche* (usia pertama kali menstruasi), siklus menstruasi, volume (banyaknya menstruasi), keluhan disaat mengalami menstruasi. Riwayat menstruasi berpengaruh pada tafsiran persalinan apakah maju lebih awal atau mundur dari tafsiran persalinan tersebut. Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) diperlukan untuk menentukan usia kehamilan, cukup bulan/ prematur. Hari Perkiraan Lahir (HPL) digunakan untuk menentukan perkiraan bayi dilahirkan, dimana dihitung dari HPHT (Rohani, Saswita R., & Marisah, 2013).

e) Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu

(1) Kehamilan

Pengkajian mengenai berapa jumlah kehamilan ibu, paritas mempengaruhi durasi persalinan dan insiden komplikasi. Kalau pada persalinan sebelumnya serviks mengalami pembukaan lengkap, pada kali ini tidak akan sulit sehingga memperpendek lama persalinan. Selain itu, pada multipara dominasi fundus uteri lebih besar dengan kontraksi lebih kuat dan dasar panggul yang relaks sehingga bayi lebih mudah

melalui jalan lahir dengan demikian mengurangi lama persalinan. Namun pada gran multipara, semakin banyak jumlah janin, persalinan secara progresif menjadi semakin lama. Hal ini diduga akibat perubahan otot-otot uterus. Semakin tinggi paritas, insiden abrupsio plasenta, plasenta previa, perdarahan uterus, mortalitas ibu, mortalitas perinatal juga akan meningkat (Varney,20007). Jika ibu bersalin pernah mengalami anemia pada kehamilan sebelumnya maka berpotensi terjadi anemia pada kehamilan ini yang menyebabkan perdarahan pada saat persalinan dan solusio plasenta (Sukarni, 2013). Jika ibu pernah mengalami KPD ditanyakan pada usia kehamilan berapa jika < 37 minggu maka berpotensi hipoksia dan asfiksi hubungannya adalah terjadinya gawat janin dan derajat air ketuban semakin sedikit maka janin semakin gawat (Prawirohardjo, 2009). Apabila ibu pernah mengalami preeklamsi/ eklamsi maka akan berpotensi terjadiya *Intra Uteri Growth Restriction* (IUGR), solusio plasenta, dan *premature* (Prawirohardjo, 2009).

## (2) Persalinan

Jarak persalinan sangat mempengaruhi kesehatan ibu maupun janin karena dapat menimbulkan komplikasi serius pada proses persalinan seperti perdarahan bahkan kematian, apabila jarak persalinan terlalu jauh >10 tahun maka akan

seperti hamil awal (Jonhson,2010). Jika ibu pernah melahirkan <37 minggu maka dapat berpotensi Riwayat persalinan sungsang dapat menyebabkan asfiksia pada bayi dikarenakan kemacetan saat melahirkan kepala bayi sehingga terjadi aspirasi antara air ketuban dan lendir (Krisnadi, dkk, 2009).Apabila ibu memiliki riwayat *cephalopelvic disproportion* (CPD) maka pada persalinan selanjutnya ibu tidak bisa melahirkan secara spontan karena dapat beresiko terjadinya distosia bahu (Sukarni, 2013). Ditanyakan BBL jika >3500 gram maka ibu berpotensi untuk melahirkan bayi besar dan dapat beresiko distosia bahu pada persalinan selanjutnya sehingga mengalami asfiksia (Sukarni, 2013). Dan ukuran bayi terbesar yang dilahirkan pervaginam untuk memastikan keadekuatan panggul wanita untuk ukuran bayi saat ini, informasi ini dapat digunakan untuk mengantisipasi kemungkinan komplikasi jika disbanding dengan perkiraan berat janin (Varney, 2007). Ditanyakan lama persalinan sebelumnya digunakan untuk memperkirakan lama persalinan kali ini sehingga memungkinkan untuk membedakan antara persalinan primi gravid dan gravid kedua serta persalinan dengan paritas yang semakin tinggi.

## (3) Nifas

Jika ibu mengalami keluhan fisik seperti panas tinggi dan nyeri pada bagian tubuh tertentu seperti tungkai dan perut bagian bawah (infeksi), mengeluarkan darah segar mengalir pada hari ke 1-2 minggu post partum, kejang – kejang (preeklamsia/eklamsia) maka dapat beresiko pada nifas selanjutnya. Jika ibu pernah mengalami masalah laktasi (pembengkakan payudara/ mastitis/ abses) maka dapat menimbulkan keluhan secara emosional (*baby blues*) di masa nifas selanjutnya (Johnson, 2010).

**Tabel 2.3**  
**Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu**

Hamil	Persalinan							Nifas		
	Tgl Lahir	Umur Kehamilan	Jenis Persalinan	Penolong	Komplikasi		JK	BB Lahir	Laktasi	Komplikasi
					Ibu	Bayi				

Sumber: Wafi Nur Muslihatun, Mufdlilah, & Nanik Setiyawati, 2013. Dokumentasi Kebidanan.

## f) Riwayat KB

Apakah ibu menggunakan KB, jika iya ibu menggunakan KB jenis apa, sudah berhenti berapa lama, keluhan selama ikut KB dan rencana penggunaan KB setelah melahirkan. Hal ini untuk mengetahui apakah kehamilan ini karena faktor gagal KB atau tidak, jika diketahui kehamilan ini adalah faktor gagal KB maka pada saat persalinan tidak akan maksimal karena psikologis ibu yang belum

siap akan kehadiran anak lagi sehingga dapat menyebabkan penyulit dalam persalinan dan syndrome baby blues pada post partum (Romauli, 2011).

**Tabel 2.4**  
**Riwayat Kontrasepsi yang Digunakan**

No	Jenis Kontrasepsi	Mulai Memakai				Berhenti/ Ganti Cara			
		Tgl	Oleh	Tempat	Keluhan	Tgl	Oleh	Tempat	Alasan

Sumber: Wafi Nur Muslihatun, Mufdlilah, & Nanik Setiyawati, 2013. Dokumentasi Kebidanan

g) Riwayat Kehamilan Sekarang

Ditanyakan mengenai jumlah kehamilan ibu saat ini, jika ibu pernah hamil lebih dari 4 (*grandemulti*) maka akan berpotensi terjadinya *malpresentation*, *rupture uteri*, dan *atonia uteri* yang menyebabkan perdarahan pada saat persalinan. Jika ibu mengalami *hyperemesis gravidarum* hingga menimbulkan gangguan aktivitas dan lebih dari 10 kali sehari dalam masa kehamilan maka janin yang dikandung ini dapat beresiko terhambatnya pertumbuhan janin dan kemungkinan lahir prematur (Krisnadi, dkk, 2009). Ditanyakan memeriksakan kehamilannya, pemeriksaan kehamilan secara rutin dapat mengidentifikasi komplikasi lebih dini. Ditanyakan pada ibu apakah selama kehamilan mendapatkan tablet tambah darah, tablet tambah darah dapat mencegah terjadinya

anemia yang menyebabkan perdarahan pada saat persalinan dan solusio plasenta (Sukarni,2013). Apabila ibu mengalami preeklamsi/ eklamsi dalam kehamilan maka akan berpotensi terjadiya *Intra Uteri Growth Restriction* (IUGR), solusio plasenta, *premature* dan mengalami preeklamsi atau eklamsi dalam persalinan. Apabila ibu mengalami preeklamsi atau eklamsi maka akan berpotensi terjadiya *Intra Uteri Growth Restriction* (IUGR), solusio plasenta, dan *premature*. Jika ibu mengalami Ketuban Pecah Dini (KPD) diusia kehamilan <37 minggu maka akan beresiko terjadinya kelahiran *premature* dan membahayakan perkembangan janin (Prawirohardjo, 2009).

**Tabel 2.5**  
**Riwayat Kehamilan Sekarang**

Kunjungan Ke-	Usia Kehamilan	Keluhan	TT	Tindakan/ Terapi	KIE	Tempat ANC	Keterangan (Kunjungan ulang)

Sumber: Ari Sulistyawati & Esti Nugraheny, 2012. Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin.

#### h) Riwayat Kesehatan

Data dari riwayat kesehatan dapat digunakan sebagai peringatan akan adanya penyulit saat persalinan. Jika Ibu dengan pengidap penyakit penyerta seperti anemia, darah tinggi, gagal jantung, diabetes mellitus, penyakit HIV/AIDS, penyakit ginjal, tyroid, infeksi terutama penyakit kelamin amat perlu diawasi. Penyakit

penyerta ini dapat menyebabkan kecacatan bahkan kematian bagi ibu dan janin bila tidak dikontrol atau diobati. Ibu hamil dengan penyakit diabetes mellitus beresiko melahirkan bayi besar (makrosomia). Ibu hamil dengan penyakit ginjal akan menyebabkan protein urine meningkat sehingga dapat terjadi resiko preeklamsi/eklamsi (Prawirohardjo, 2009). Ibu dengan penyakit hepatitis akan beresiko menularkan penyakitnya pada janin sehingga janin akan mengalami ikterus. Ibu dengan penyakit HIV/AIDS sangat besar kemungkinan menularkan penyakit tersebut pada janinnya dan penolong proses persalinan

i) Riwayat Kesehatan Keluarga

Data dari riwayat kesehatan keluarga digunakan untuk menentukan adanya keturunan kembar. Jika dalam keluarga ibu ada yang memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus maka dapat melahirkan bayi besar, jika hipertensi maka ibu juga akan beresiko preeklamsi atau eklamsi dalam persalinan sehingga menyebabkan penyulit serta komplikasi saat persalinan, jika penyakit jantung maka akan menyebabkan penyulit dalam persalinan karena ibu tidak dapat mengejan secara maksimal.

j) Pola kebiasaan Sehari – hari

(1) Pola Makan

Mengetahui gambaran gizinya, data fokusnya adalah kapan terakhir kali makan, serta jenis dan jumlah makanan yang dimakan. Hindari pemberian makanan padat karena sekresi asam lambung menurun selama persalinan sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Lambung yang penuh menghambat persalinan sehingga dianjurkan untuk tidak makan dalam porsi besar tetapi makan ketika keinginan timbul dan mempertahankan energi dan hidrasi (Prawirohardjo, 2008). Dikaji kapan terakhir ibu makan informasi ini diperlukan oleh ahli anastesi jika pembedahan dibutuhkan. Selain itu, juga bermanfaat untuk mengkaji cadangan energi dan status cairan (Varney, 2007).

(2) Pola minum

Mengetahui *intake* cairan untuk menentukan kecenderungan terjadinya dehidrasi. Data fokusnya adalah kapan terakhir kali minum, jumlah dan jenis minuman dianjurkan untuk tidak minum berlebihan sehingga tidak menyebabkan lambung penuh sehingga menghambat persalinan. Minuman yang dianjurkan pada saat persalinan adalah minuman yang manis karena glukosa yang terkandung digunakan untuk membentuk energi, kontraksi hebat otot

uterus selama persalinan membutuhkan suplai glukosa yang kontinu (Prawirohardjo, 2008).

(3) Pola istirahat

Kebutuhan istirahat/tidur normal dalam sehari  $\pm$  8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari (Depkes RI, 2008).

(4) Personal Hygiene

Menjaga kebersihan dan kondisi kering meningkatkan kenyamanan dan relaksasi serta menurunkan resiko infeksi. Kombinasi *bloody show*, berkeringat, cairan amnion, larutan untuk pemeriksaan vagina, dan feses dapat membuat wanita sangat merasa kotor, tidak nyaman, dan sangat tidak karuan. Mandi dengan *shower* dapat mengubah seluruh tampilan wanita dan membantunya merasa sejahtera, tentunya jika tidak ada kotraindikasi untuk berambulasi dan tersedia fasilitas. Apabila mandi *shower* atau mandi berendam tidak mampu dilakukan, mandi *sponge* atau mengelap badan dengan wanita tetap ditempat tidur juga akan menyegarkan (Varney, 2007).

(5) Pola eliminasi

Kebutuhan eliminasi BAK dan BAB ibu dalam masa persalinan harus terpenuhi, hal ini berkaitan dengan kemajuan persalinan. Kandung kemih yang penuh akan mengurangi kekuatan kontraksi dan menghambat penurunan kepala. Begitu juga dengan tidak terpenuhinya kebutuhan eliminasi yang

misalnya bisa disebabkan karena ibu kurang serat sayuran sehingga feses mengeras dan sulit dikeluarkan, hal ini juga dapat menghambat penurunan kepala dan nantinya dapat menyebabkan *haemoroid* karena persalinan (Eniyati, 2012).

k) Respon keluarga terhadap persalinan

Respon yang positif dari keluarga terhadap persalinan akan mempercepat proses adaptasi dalam menerima kondisi dan perannya (Sulistyawati, 2013)

1) Adat Istiadat Setempat

Mendapatkan data tentang adat istiadat yang dilakukan ketika menghadapi persalinan, apakah adat tersebut dapat membahayakan kelangsungan proses persalinan jika adat tersebut membahayakan maka peran bidan harus memberikan KIE pada pasien dan keluarga menyinggung adat setempat dan dikaji digunakan untuk memberikan asuhan kepada ibu.

2) Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

(a) Keadaan Umum

(1) Baik

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

(2) Lemah

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

(b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien dari keadaan komposmentis (GCS 14–15) yaitu kesadaran pasien sadar penuh, baik terhadap lingkungan maupun dirinya sendiri, keadaan apatis (GCS 12-13) yaitu kesadaran pasien yang tampak acuh (kurangnya respon) baik terhadap lingkungan maupun dirinya sendiri ditandai dengan tidak adanya kontak mata atau mata tampak tidak fokus, keadaan delirium (GCS 10–11) yaitu suatu keadaan dimana terjadinya kekacauan motorik dan siklus tidur bangun, pasien tampak gelisah, disorientasi (orang, tempat, waktu), kadang berkhayal/berhalusinasi, keadaan samnolen (GCS 7-9) yaitu keadaan pasien mengantuk yang dapat pulih jika dirangsang, tapi jika rangsangan itu berhenti pasien akan tidur kembali (pasien tidak dalam keadaan sadar), keadaan stupor (GCS 5-6) yaitu kondisi pasien tertidur lelap dan berkepanjangan tetapi masih ada respon terhadap nyeri, keadaan semi koma (GCS 4) yaitu keadaan pasien yang mengalami penurunan kesadaran yang tidak memberikan respon rangsang terhadap verbal, tidak dapat

dibangunkan tetapi respon terhadap nyeri tidak adekuat dan reflek pupil dan kornea masih baik, keadaan koma (GCS 3) yaitu keadaan dimana pasien mengalami penurunan kesadaran yang sangat dalam, tidak terdapat respon setelah dirangsang oleh nyeri serta tidak ada gerakan secara spontan (Khoirul Latifin, 2014).

(c) Tanda – tanda Vital

(1) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 5 – 10 mmHg. Pada waktu diantara kontraksi, tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari. Nyeri, rasa takut dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah ( Varney, 2007).

Nilai tekanan darah merupakan indikator untuk menilai system kardiovaskuler, nilai tekanan darah normal (WHO 2005).

- (a) Optimal : sistolik (mmhg) < 120 diastolik (mmhg) <80.
- (b) Normal : sistolik (mmhg) < 130 diastolik (mmhg) <85.
- (c) Normal tinggi : sistolik (mmhg) < 130-139 diastolik (mmhg) <85-89.
- (d) Hipertensi derajat 1 (ringan) : sistolik (mmhg) < 140-159 diastolik (mmhg) <90-99.

(e) Hipertensi derajat 2 (sedang) : sistolik (mmhg) < 160-179  
diastolik (mmhg) <100-109.

(f) Hipertensi derajat 3 (berat) : sistolik (mmhg) >180  
diastolik (mmhg) >110.

Hipertensi sistolik : sistolik (mmhg) < 140-149 diastolik  
(mmhg) <90.

(2) Nadi

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

(3) Pernafasan

Peningkatan frekuensi pernafasan dapat menunjukkan ansietas atau syok (Rohani, Saswita, & Marisah, 2013).

Pernafasan normal wanita dewasa yaitu 16-24x/ menit.

(4) Suhu

Peningkatan suhu menunjukkan adanya proses infeksi atau dehidrasi (Rohani, Saswita, & Marisah, 2013).Nilai suhu normal.

(a) Hipotermi : < 36° C.

(b) Normal : 36 ,5° C – 37,5 ° C.

(c) Febris : > 37,5 ° C – 40 ° C.

(d) Hipertermi : > 40 ° C.

(5) Berat badan

Pemeriksaan berat badan ibu dikaji untuk mengetahui perolehan kenaikan berat badan total selama kehamilan (Varney,2007).

(6) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Pemeriksaan LILA pada ibu dikaji untuk mengetahui ibu dalam kategori Kekurangan Energi Kronik (KEK) atau tidak. LILA normal pada ibu adalah >23,5 cm.

2) Pemeriksaan Fisik

(1) Mata

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

(2) Mulut

(a) Bibir

Wanita bersalin biasanya mengeluarkan bau yang tidak sedap, mulut kering, bibir kering atau pecah-pecah. Berbagai masalah ini membuatnya tidak nyaman dan tidak menyenangkan bagi mereka yang memimpin persalinannya. Beberapa masalah tersebut muncul karena

pernapasan mulut, dehidrasi ringan dan kelembapan yang kurang pada mulut atau waktu berlalu tanpa perawatan mulut ( Varney, 2007).

(b) Lidah

Dikaji apakah ada keputihan pada lidah yang mengindikasikan terjadinya anemia pada pasien yang mungkin dapat menjadi komplikasi pada persalinannya (Rohani, Saswita, & Marisah, 2013).

(3) Leher

Digunakan untuk mengetahui apakah ada kelainan atau pembesaran pada kelenjar getah bening serta adanya parotitis.

(4) Payudara

Pengkajian pada payudara meliputi apakah ada kelainan bentuk pada payudara, apakah ada perbedaan besar pada masing-masing payudara, adakah hiperpigmentasi pada areola, adakah teraba nyeri dan masa pada payudara, kolostrum, keadaan puting (menonjol, datar atau masuk ke dalam), kebersihan, bentuk *Breast Holder* (BH) (Sulistyawati, 2013).

(5) Abdomen

Digunakan untuk menilai adanya kelainan pada abdomen serta memantau kesejahteraan janin, kontraksi uterus dan menentukan kemajuan proses persalinan, seperti:

## (a) Jaringan parut pada abdomen

Dikaji untuk memastikan integritas uterus (Varney, 2007).

## (b) Tinggi Fundus Uteri

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

**Tabel 2.6**  
**Ukuran Tinggi Fundus Uteri Berdasarkan Usia Kehamilan**

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uterus
Prematur	
22-28 minggu	21-25 cm di atas simfisis
28 minggu	26,7 di atas simfisis
30 minggu	29,5 - 30 cm di atas simfisis
32 minggu	29,5 – 30 cm di atas simfisis
34 minggu	31 cm di atas simfisis
Aterm	
36 minggu	32 cm di atas simfisis
38 minggu	33 cm di atas simfisis
40 minggu	37,7 cm di atas simfisis

Sumber: Mochtar, 1998.

(c) Pemeriksaan Leopold

Untuk memastikan letak (misalnya lintang), presentasi (misalnya, bokong) atau posisi (misalnya dagu dahi, sinciput) yang abnormal. Juga untuk menentukan variasi karena variasi posterior dapat memperpanjang ketidaknyamanan pada kala I persalinan. Wanita yang janinnya pada letak lintang harus dirawat di rumah sakit, bahkan jika memasuki awal persalinan. Primigravida dengan presentasi bokong beresiko dan juga harus dibawa ke rumah sakit (Varney, 2007).

(d) Tafsiran Berat Janin

Berat janin dan tinggi fundus yang lebih besar menunjukkan bahwa ibu salah dalam menentukan tanggal HPHT, bayi besar mengindikasikan diabetes, kehamilan kembar atau polihidramnion. Bayi yang besar member anda peringatan kemungkinan atonia uteri pasca partum yang menyebabkan perdarahan atau kemungkinan distosia bahu. Perkiraan berat janin 1 pon atau lebih daripada bayi sebelumnya, walaupun tidak menunjukkan berat badan yang berlebihan juga merupakan peringatan terhadap kemungkinan sulitnya kelahiran bahu (Varney, 2007).

Rumus Tafsiran Berat Janin

Rumus:  $TFU \text{ (cm)} - N \times 155$

Hodge I: N = 13 bila kepala belum masuk.

Hodge II: N = 12 bila kepala berada di atas spina isciadika.

Hodge III : N = 11 bila kepala berada di bawah spina isciadika.

Jika kepala belum masuk PAP maka rumusnya.

Berat janin = (tinggi fundus uteri – 12) x 155 gram

Jika kepala sudah masuk PAP maka rumusnya.

Berat janin = (tinggi fundus uteri – 11) x 155 gram

Menurut Depkes RI (2005), bayi baru lahir normal adalah

bayi yang lahir dengan umur kehamilan aterm dan berat

lahir 2500–4000 gram.

(e) Denyut Jantung Janin

Untuk mengkaji status bayi. Frekuensi jantung bayi kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali per menit menunjukkan gawat janin dan perlu dievaluasi segera (Varney,2007).

(f) Kontraksi Uterus

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

(g) Kandung kemih

Pengecekan kandung kemih, kandung kemih yang penuh dapat mempengaruhi pembukaan dan penurunan kepala (Eniyati,2013).

(6) Ekstremitas

Dikaji apakah ada edema pada ekstremitas, edema merupakan tanda klasik preeklamsia. Bidan harus mengecek dan mengevaluasi edema pada pergelangan kaki, jari atau wajah. Edema pada kaki dan pergelangan kaki saja biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat penekanan uterus yang membesar. Reflek dan klonus dikaji jika hiperefleksia (3+ dan 4+) merupakan salah satu tanda preeklamsia berat. Klonus biasanya terlihat menjelang eklamsia atau pada eklamsia actual (Varney, 2007).

(7) Genetalia

Mengkaji tanda-tanda inpartu, kemajuan persalinan, Pengeluaran pervaginam. Adanya pengeluaran *blood show* merupakan tanda menjelang kala dua persalinan (Varney 2007).

(8) Anus

Pengkajian pada anus untuk mengetahui kelainan pada anus seperti hemoroid (Sulistyawati, 2013)

### 3) Pemeriksaan dalam

Menurut Sondakh (2013), 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 atau tindakan *episiotomy* sebelumnya, hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi.
- 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) dan nilai apakah perlu dirujuk segera.
- c) Penilaian pembukaan dan penipisan serviks
- d) Pemeriksaan 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.

#### 4) Data penunjang

Menurut Sulistyawati (2013), data penunjang digunakan untuk mengetahui keadaan ibu dan janin untuk mendukung proses persalinan, seperti :

- (1) *Ultrasonography* (USG) untuk mengetahui kondisi janin dalam rahim yang meliputi: denyut jantung janin (DJJ), perkembangan struktur janin, usia kehamilan, berat badan bayi, kelainan pada janin, kadar cairan ketuban, dan letak plasenta.
- (2) Laboratorium meliputi:
  - (a) Tes golongan darah untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan.
  - (b) Tes hemoglobin untuk mengetahui kadar hemoglobin ibu yang mengindikasikan kekurangan darah (anemia).
  - (c) Tes pemeriksaan urin untuk mengetahui kadar protein dan glukosa dalam urine.

- (d) Tes pemeriksaan lainnya sesuai indikasi seperti hepatitis, HIV, dan lain-lain.

#### **b. Identifikasi Diagnosa dan Masalah**

Diagnosa : G\_P\_ \_ \_ \_ Ab \_ \_ \_ UK \_ \_ minggu T/H/I Letak Kepala Punggung kiri kala I fase laten persalinan dengan keadaan ibu dan janin baik (Sulistyawati, 2013).

Data Subjektif : Ibu mengatakan merasa ingin melahirkan 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 : > 145 cm

BB hamil : untuk IMT normal kenaikan berat badan tidak lebih 11.5 sampai 16 kg selama masa kehamilan.

TP : ...

LILA : > 23,5 cm

Palpasi Abdomen

- Leopold I : TFU sesuai dengan usia kehamilan, bagian fundus teraba bulat kurang melenting (kesan bokong) atau pada bagian fundus teraba bulat melenting (kesan kepala).
- Leopold II : Teraba punggung kanan/kiri.
- Leopold III : Teraba kepala pada bagian terendah, sudah masuk PAP.
- Leopold IV : Sebagian besar/ sebagian kecil yang sudah masuk PAP.
- TBJ : < 4000 gram
- His : setiap 2 menit durasi lebih dari 40 detik
- Auskultasi : DJJ 120 – 160 x/menit.

Hasil pemeriksaan dalam

- 1) Genetalia eksterna : tidak ada luka/ masa (benjolan), kondilomata, varikosis vulva/ rectum, dan luka parut di perineum.
- 2) Cairan vagina : ada lendir darah.
- 3) Pembukaan : 1/ 2/ 3 cm
- 4) Penipisan : 25 atau 50 atau 75 %
- 5) Ketuban : utuh atau sudah pecah
- 6) Tidak teraba bagian kecil atau berdenyut di sekitar kepala bayi.
- 7) Hodge II
- 8) Bagian terdahulu dan bagian terendah belum teraba.

9) Molage : 0 (tidak ada)

Masalah:

Menurut Sulistyawati (2013), 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) 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**

Menurut Sulistyawati (2012), diagnosa potensial yang mungkin terjadi berdasarkan rangkaian masalah yang ada.

Misalnya

(1) Perdarahan intrapartum

(2) Partus lama

#### **d. Identifikasi Kebutuhan Segera**

Tahapan identifikasi dan penetapan kebutuhan segera digunakan apabila terjadi situasi darurat yang memerlukan tindakan segera untuk menyelamatkan pasien (Sulistyawati 2012).

**e. Intervensi**

Tujuan : Ibu dan janin dalam keadaan baik persalinan kala I  
berslangsung  $\pm$  7-8 jam

Kriteria Hasil (KH) :

TD : 130-100/ 90-70 mmHg

Nadi : 80-100x/ menit

Suhu : 36,5-37,50C

DJJ : 120-160x/menit

Kala I :

- a) Kala I berslangsung  $\pm$  7-8 jam
- b) Terdapat kemajuan persalinan setiap evaluasi 4 jam his makin adekuat secara teratur dengan ciri – ciri setiap 2 menit sekali berdurasi  $>$  40 detik. Pembukaan setiap 1 jam 2 cm, penipisan bertambah, penurunan kepala bertambah mulai dari hodge 1-3, moulage 0.

Kala II :

- a) Kala II lamanya tidak lebih dari 1 jam
- b) Ibu di pimpin meneran dengan efektif
- c) Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif, dan kulit kemerahan

Kala III :

- a) Plasenta lahir lengkap tidak lebih dari 30 menit

- b) Kontraksi uterus baik
- c) Jumlah perdarahan < 500 cc

Kala IV :

- a) TTV ibu normal
- b) TFU setinggi pusat atau beberapa jari di bawah pusat
- c) Kontraksi uterus teraba keras
- d) Kandung kemih kosong
- e) Perdarahan < 500 cc
- f) Bayi bernapas baik (40-60 x / menit) suhu tubuh normal (36.5 – 37.5° C).

Intervensi:

1. Jelaskan pada ibu dan suami mengenai hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan

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

2. Berikan KIE pada pasien untuk berkemih setiap 1-2 jam.

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

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 (Sondakh,2013)

4. Ajarkan ibu teknik relaksasi dengan pernafasan selama kontraksi dan ajarkan keluarga untuk menggosok punggung ibu saat kontraksi

Rasional : Menurunkan ansietas dan memberikan distraksi, yang dapat memblok persepsi impuls nyeri dalam korteks serebral. Massase punggung dapat berfungsi analgesic epidural yang dapat mengurangi nyeri dan stress, serta dapat memberikan kenyamanan terhadap ibu bersalin (Doenges,2001).

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

Rasional : Berjalan, berdiri, atau jongkok dapat membantu proses turunnya bagian terendah janin, berbaring miring kiri 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 (Sondakh,2013).

6. Pantau terus-menerus kemajuan persalinan yang meliputi his (frekuensi, lama, dan kekuatan his) 30 menit sekali, pemeriksaan vagina (pembukaan serviks, penipisan serviks, penurunan kepala, dan molase) dikontrol setiap 4 jam sekali, tekanan darah setiap 4 jam sekali, suhu setiap 2-4 jam sekali pada kala I fase Laten dan 2 jam sekali pada kala I fase aktif, nadi setiap 30 menit sekali, DJJ setiap 30 menit sekali, urin setiap 2 jam sekali, dengan menggunakan lembar observasi pada kala I fase laten dan partograf pada kala I fase aktif.

Rasional : Lembar observasi dan partograf dapat mendeteksi apakah proses persalinan berjalan baik atau tidak karena tiap persalinan memiliki kemungkinan terjadinya partus lama (JNPK-KR 2014).

#### **f. Implementasi**

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan harus bertindak sesuai dengan rencana yang sudah ditentukan.

#### **g. Evaluasi**

Menurut Sulistyawati (2013), evaluasi dilakukan untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan asuhan yang diberikan kepada pasien yang mengacu pada tujuan asuhan kebidanan, efektivitas tindakan untuk mengatasi masalah, dan hasil asuhan.

### 2.2.2 Manajemen Kebidanan Kala II

#### a. Data subjektif

Pasien mengatakan ingin meneran seperti buang air besar.

#### b. Data objektif

Menurut Sulistyawati (2013), data objektif antara lain:

- 1) Perineum menonjol.
- 2) Vulva dan anus membuka.
- 3) Frekuensi his semakin sering (> 3x/ menit).
- 4) Intensitas his semakin kuat.
- 5) Durasi his >40 detik

Pemeriksaan dalam :

- 1) Cairan vagina : ada lendir bercampur darah.
- 2) Ketuban : sudah pecah (negatif).
- 3) Pembukaan : 10 cm
- 4) Penipisan : 100%
- 5) Bagian terdahulu kepala dan bagian terendah ubun-ubun kecil (UUK).
- 6) Tidak ada bagian kecil atau berdenyut di sekitar kepala bayi.
- 7) Molage 0 (no)
- 8) Hodge IV

#### c. Analisa

G\_P...Ab.... UK ---- minggu T/H/I presentasi belakang kepala dengan denominator UUK inpartu kala II dengan keadaan ibu dan janin baik.

### Identifikasi diagnosa/ masalah potensial

Menurut Sulistyawati (2012) diagnosa potensial yang dapat muncul pada kala II yaitu:

- 1) Kala II lama
- 2) Asfiksia neonatorum

#### d. Penatalaksanaan

Tujuan : Kala II berjalan normal dengan keadaan ibu dan janin baik.

KH : DJJ : 120-160x/menit

Ibu meneran dengan efektif

Bayi lahir spontan normal

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

- 1) Mengenali tanda kala II persalinan
  - a) Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran
  - b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina
  - c) Perineum tampak menonjol
  - d) Vulva dan sfinger ani membuka
- 2) Patikan kelengkapan persalinan, bahan dan obat untuk menolong persalinan dan tata laksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir
- 3) Memakai celemek plastik

- 4) Melepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 5) Memakai sarung tangan DTT pada tangan saya akan digunakan untuk periksa dalam.
- 6) Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).
- 7) Membersihkan vulva dan perineum dengan hati hati (jari tidak boleh menyentuh vulva dan perinium) dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi air DTT.
  - a) Jika introitus vagina, perineum, atau anus terkontaminasi feses, membersihkan dengan seksama dari arah depan kebelakang.
  - b) Membuang kapas atau kasa pembersih yang telah digunakan.
- 8) Melakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap, bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan lengkap, maka melakukan amniotomi.
- 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 % kemudian melepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan 0,5 % selama 10 menit. Mencuci kedua tangan dengan air mengalir setelah sarung tangan dilepaskan.

- 10) Memeriksa detak jantung janin (DJJ) setelah kontraksi/ saat uterus relaksasi untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 kali/menit).
  - a) Melakukan tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
  - b) Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil penilaian, serta asuhan lainnya pada patograf.
- 11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (pada saat ada his bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan merasa nyaman).
- 13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan kuat untuk meneran :
  - a) Bimbingan ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif,
  - b) Dukung dan beri beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring telentang dalam waktu yang lama).
  - c) Bantu ibu mengambil posisi nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring telentang dalam waktu yang lama).
  - d) Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.
  - e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
  - f) Berikan cukup asupan makan dan cairan per oral (minum).

- g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai .
  - h) Segera rujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 Jam) meneran (primigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (multi gravida).
- 14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok dan mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
  - 15) Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
  - 16) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
  - 17) Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
  - 18) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
  - 19) Setelah kepala bayi terlihat 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.
  - 20) Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera melanjutkan proses kelahiran bayi.

- a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, melepaskan melalui bagian atas bayi.
  - b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan memotong di antara dua klem tersebut.
- 21) Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 22) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, memegang secara biparietal . menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi, dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arcus pubis dan kemudian gerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- 23) Setelah kedua bahu lahir, geser 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.
- 24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (memasukkan telunjuk diantara kaki dan memegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari lainnya).
- 25) Melakukan penilaian (selintas) :
- a) Apakah bayi cukup bulan
  - b) Menilai tangis kuat bayi dan/ atau bernapas tanpa kesulitan.

- c) Menilai gerak aktif bayi, jika bayi tidak menangis, tidak bernapas atau megap-megap, melakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi bayi baru lahir).
- 26) Meringkan 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.
- 27) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
- 28) Beritahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik
- 29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit UM di 1/3 paha atas bagian distal lateral.
- 30) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan menjepit kembali tali pusat pada 2 cm dari klem pertama.
- 31) Pemotongan dan pengikatan 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.
- 32) Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu-bayi.  
Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya.  
Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau aerola mammae ibu
- a) Selimuti ibu-bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi.
  - b) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
  - c) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara.
  - d) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.

### **2.2.3 Manajemen Kebidanan Kala III**

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

Menurut Sulistyawati (2013), manajemen kebidanan kala III meliputi:

- a. Data subjektif
  - Pasien mengatakan bahwa perut bagian bawahnya terasa mulas.
- b. Data objektif
  - 1) Perubahan bentuk dan tinggi fundus.
  - 2) Tali pusat memanjang.

3) Semburan darah mendadak dan singkat.

c. Analisa

P\_\_\_\_\_ Ab\_\_\_\_\_ Inpartu Kala III, keadaan ibu dan bayi baik.

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

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

Kebutuhan Segera

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

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

d. Penatalaksanaan

Tujuan : kala III berjalan normal tanpa komplikasi.

Kriteria Hasil : plasenta lahir lengkap tidak lebih dari 30 menit.

Jumlah perdarahan < 500 cc.

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

- 1) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- 2) Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, pada tepi atas simpisis untuk mendeteksi adanya kontraksi. Tangan lain memegang tali pusat.

- 3) Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversion uteri). Mempertahankan posisi tangan dorso kranial selama 30-40 detik. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur di atas. Jika uterus tidak segera berkontraksi, meminta ibu, suami, atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
- 4) Melakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, meminta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap melakukan dorso kranial).
- 5) Saat plasenta muncul di introitus vagina, melahirkan plasenta dengan kedua tangan. Memegang dan memutar plasenta (searah jarum jam) hingga selaput ketuban terpinl kemudian melahirkan dan menempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian menggunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.
- 6) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan 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.

- 7) Memeriksa kedua sisi plasenta, memastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Memasukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.
- 8) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi derajat 1 dan 2 yang menimbulkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarah aktif, segera lakukan penjahitan.

#### **2.2.4 Manajemen Kebidanan Kala IV**

Menurut Sulistyawati (2013), manajemen kebidanan kala IV meliputi:

- a. Data subjektif
 

Pasien mengatakan perutnya mulas.
- b. Data objektif
  - 1) TFU 2 jari di bawah pusat.
  - 2) Kontraksi uterus: baik/ tidak.
- c. Analisa

P\_\_\_\_Ab\_\_\_\_ Inpartu kala IV dengan keadaan ibu dan bayi baik

Menurut Sulistyawati (2013), 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 (2013), kebutuhan segera yang diberikan yaitu eksplorasi sisa plasenta.

d. Penatalaksanaan

Tujuan : Setelah 2 jam post partum tidak terjadi komplikasi.

Kriteria Hasil: Perdarahan < 500 cc.

Kontraksi uterus baik

TFU 2 jari di bawah pusat

TTV : Nadi : normal 80-100 kali/menit

Suhu : 36,5-37,5 °C

RR : 16-24 kali/menit

TD : 90/60 – 140/90 mmHg

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

- 1) memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 2) Memastikan kandung kemih kosong. Jika penuh lakukan kateterisasi.
- 3) Mencilupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%.
- 4) Ajarkan ibu/ keluarga cara melakukan massase uterus dan menilai kontraksi uterus.

- 5) Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.
- 6) Evaluasi dan estimasi jumlah perdarahan ibu.
- 7) Pantau keadaan bayi dan pastikan bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/menit)
- 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, lender, dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 11) Memastikan ibu merasa nyaman, membantu ibu memberikan ASI, menganjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
- 12) Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5 %.
- 13) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 %, membalikkan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
- 14) Mencucui kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 15) Memakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi.

- 16) Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir. Pastikan kondisi bayi baik. Pernafasan normal (40-60 kali/menit) dan temperature tubuh normal (36,5-37,5°C) setiap 15 menit.
- 17) Setiap 1 jam pemberian vitamin K, berikan suntikan Hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
- 18) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 19) Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 20) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), memeriksa tanda vital dan asuhan kala IV.

## **2.3 Pemeriksaan Bayi Baru Lahir**

### **2.3.1 Pengertian**

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 intrauterine ke kehidupan ekstrauterin.

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

- 1) Berat badan lahir bayi antara 2500-4000 gram
- 2) Panjang badan bayi 48-50 cm
- 3) Lingkar dada bayi 32-34 cm

- 4) Lingkar kepala bayi 33-35 cm
- 5) Bunyi jantung dalam menit pertama  $\pm$  180 kali per menit, kemudian turun sampai 120- 140 kali per menit pada saat bayi berumur 30 menit
- 6) Pernapasan cepat pada menit – menit pertama kira- kira 80 kali per menit disertai pernapasan cuping hidung, reaksi suprasternal dan interkostal, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit.
- 7) Kulit kemerahan 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 ditutupi labia minora (pada bayi perempuan)
- 11) Reflek isap, menelan dan moro telah terbentuk
- 12) Eliminasi, urine dan mekonium normalnya keluar pada 24 jam pertama, mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket.

### **2.3.2 Adaptasi Fisiologis**

#### **1) Sistem Pernapasan**

- a) Pernapasan awal dipacu oleh faktor fisik, sensorik dan kimia
- b) Frekuensi pernapasan bayi baru lahir berkisar 30-60 kali per menit
- c) Sekresi lendir mulut dapat menyebabkan bayi batuk dan muntah terutama selama 12- 18 jam pertama

#### **2) System Termogulasi dan Metabolik**

- a) Suhu bayi baru lahir dapat turun berapa derajat karena lingkungan eksternal lebih dingin daripada lingkungan pada uterus
- b) Trauma dingin (hipotermi) pada bayi baru lahir dalam hubungannya dengan asidosis metabolic dapat bersifat mematikan bahkan pada bayi cukup bulan yang sehat
- c) Kehilangan panas yang cepat dalam lingkungan yang dingin terjadi melalui konduksi, konveksi, radiasi dan evaporasi

### **3) Adaptasi Gastrointestinal**

- a) Beberapa bayi baru lahir menyusui segera bila diletakan pada payudara, sebagian lainnya memerlukan 48 jam untuk menyusui secara efektif
- b) Perkembangan otot dan reflex yang penting untuk menghantarkan makanan sudah terbentuk saat lahir
- c) Pengeluaran mekonium, yaitu feses berwarna hitam kehijauan, lengket dan mengandung darah samar, disekresikan dalam 24 jam pada 90 % bayi baru lahir yang normal.

### **4) 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.

### **5) Adaptasi Imun**

- a) Imaturitas jumlah sistem pelindung secara signifikan meningkatkan resiko infeksi pada periode bayi baru lahir
  - b) Bayi baru lahir tidak dapat membatasi organism penyerang di pintu masuk
  - c) Penilaian menurut JNPKR (2014), 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 2.7**  
**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	Batuk / bersin
Activity (Tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas dalam sedikit fleksi	Gerakan aktif
Respiration (pernapasan)	Tidak ada	Lemah / tidak teratur	Baik / menangis

Menurut Mead dalam buku Sondakh (2013) mengemukakan :

Nilai 7-10 : bayi dalam kondisi baik

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

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

## 2) Penilaian Fisik bayi baru lahir

Pemeriksaan fisik merupakan salah satu hal yang harus dikerjakan dalam rangkaian pengumpulan data dasar (pengkajian data) pada bayi baru lahir sebagai dasar dalam menentukan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir. Dalam melakukan pemeriksaan ini sebaiknya bayi dalam keadaan telanjang di bawah lampu terang, sehingga bayi tidak mudah kehilangan panas. Tujuan pemeriksaan fisik secara umum pada bayi adalah menilai keadaan umum bayi, menentukan status adaptasi atau penyesuaian kehidupan intrauteri ke dalam kehidupan ektrauteri, dan mencari adanya kelainan/ketidaknormalan pada bayi.

**Tabel 2.8**  
**Pemeriksaan Bayi Baru Lahir**

No.	Langkah
1.	Melakukan inform consent: memberi tahu dan menjelaskan pada ibu atau keluarga tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan.
2.	Melakukan inform consent: memberi tahu dan menjelaskan pada ibu atau keluarga tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan.
3.	Menyiapkan alat dan bahan secara ergonomis (memastikan kelengkapan alat).
4.	Mencuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir, keringkan dengan handuk bersih, lalu menggunakan sarung tangan bersih.

5.	Menjaga suhu bayi dan lingkungan dalam keadaan sehat - Gunakan lampu sorot untuk menghangatkan bayi (jarak lampu sorot dengan bayi + 60 cm - AC dan kipas angin tidak boleh dihidupkan.
6.	Meletakkan bayi pada tempat yang rata/tempat tidur (upayakan tempat untuk pemeriksaan aman, menghindari bayi terjatuh), dan atur posisi bayi dalam keadaan telentang.
7.	Mengkaji keadaan umum bayi secara keseluruhan - Bayi cukup bulan biasanya ditutupi oleh vernik kaseosa - Bibir dan kulit bayi apakah berwarna merah muda/biru - Apakah Ekstremitas bayi dapat bergerak bebas/fleksi - Bayi bernafas/menangis tanpa dengkur atau tarikan dada.
8.	Melakukan penimbangan (berat badan): - Letakan kain atau kertas pelindung dan atur skala timbangan ke titik nol sebelum penimbangan - Hasil timbangan dikurangi dengan berat alas dan pembungkus bayi - Normal: 2500-4000 gram.
9..	Melakukan pengukuran panjang badan: - Letakan bayi di tempat yang datar - Ukur panjang bayi menggunakan alat pengukur panjang badan dari kepala sampai tumit dengan kaki/badan bayi diluruskan - Normal: 49-50 cm.
10.	Mengukur lingkar kepala - Cara: mengukur kepala pada diameter terbesar yaitu frontali- oksipitalis - Jika terdapat caput suksedanium, dapat dilakukan hari ke-2 atau ke-3 - Normal: 33-35 cm.
11.	Mengukur lingkar dada - Pengukuran dilakukan dari daerah dada ke punggung kembali ke dada (pengukuran dilakukan melalui kedua puting susu) - Normal: 30-38 cm.
12.	Pemeriksaan suhu bayi - Dilakukan di aksila, 5-10 menit - Suhu normal bayi 36,5-37,2 °C.
13.	Pemantauan denyut jantung bayi - Memperhatikan keteraturan denyut jantung bayi, hitung frekuensinya selama 1 menit penuh - Denyut jantung normal 120-160 x/mt.
14.	Pemantauan pernafasan bayi - Menghitung pernafasan bayi selama 1 menit penuh - Memantau adanya apnu dan dengarkan suara nafas - Memperhatikan tarikan dada bayi - Pernafas normal = 40-60 x/mt.
15.	Melakukan pemeriksaan kepala - Raba sepanjang garis sutura dan fontanel, apakah ukuran dan tampilannya normal - Fontanel anterior harus diraba, fontanel yang besar dapat terjadi akibat prematuritas atau hidrosefalus, sedangkan yang terlalu kecil terjadi pada mikrosefali - Periksa adanya trauma kelahiran misalnya; caput suksedaneum, cephal hematoma, perdarahan subaponeurotik/fraktur tulang tengkorak - Perhatikan adanya kelainan kongenital seperti: anensefali, mikrosefali.
16.	Melakukan pemeriksaan mata - Periksa jumlah, posisi atau letak mata - Periksa adanya strabismus yaitu koordinasi mata yang

	<p>belum sempurna - Periksa adanya glaukoma kongenital, mulanya akan tampak sebagai pembesaran kemudian sebagai kekeruhan pada kornea - Periksa adanya trauma seperti palpebra, perdarahan konjungtiva atau retina - Periksa adanya sekret pada mata, konjungtivitis oleh kuman gonokokus dapat menjadi panoftalmia dan menyebabkan kebutaan - Periksa keadaan sclera, apakah nampak gejala icterus atau tidak - Kaji eyeblink reflex: refleks gerakan seperti menutup dan mengejapkan mata, jika bayi terkena sinar atau hembusan angin, matanya akan menutup atau dia akan mengerjapkan matanya.</p>
17.	<p>Memeriksa telinga - Periksa dan pastikan jumlah, bentuk dan posisinya (simetris atau tidak) - Pada bayi cukup bulan, tulang rawan sudah matang - Daun telinga harus berbentuk sempurna dengan lekungan yang jelas di bagian atas - Perhatikan letak daun telinga, daun telinga yang letaknya rendah (low set ears) terdapat pada bayi yang mengalami sindrom tertentu (Pierrobin).</p>
18.	<p>Periksa hidung - Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm - Bayi harus bernapas dengan hidung, jika melalui mulut harus diperhatikan kemungkinan ada obstruksi jalan napas karena atresia koana bilateral, fraktur tulang hidung atau ensefalokel yang menonjol ke nasofaring - Periksa adanya sekret mukopurulen yang terkadang berdarah, hal ini kemungkinan adanya sifilis kongenital - Periksa adanya pernapasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernapasan.</p>
19.	<p>Melakukan pemeriksaan bibir dan mulut - Kaji bentuk bibir apakah simetris atau tidak - Perhatikan daerah langit-langit mulut dan bibir jika ada bibir sumbing - Perhatikan jika ada bercak putih pada gusi maupun palatum - Kaji reflex rooting (mencari puting susu), reflex sucking/menghisap dan reflex swallowing /menelan.</p>
20.	<p>Melakukan pemeriksaan leher - Leher bayi biasanya pendek dan harus diperiksa kesimetrisannya - Pergerakannya harus baik, jika terdapat keterbatasan pergerakan kemungkinan ada kelainan tulang leher - Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brachialis - Lakukan perabaan untuk mengidentifikasi adanya pembengkakan/pembesaran kelenjar tyroid dan vena jugularis.</p>
21.	<p>Melakukan pemeriksaan dada - Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernapas, pernapasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan, tarikan sternum atau interkostal pada saat bernapas perlu diperhatikan - Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk dengan baik dan tampak simetris, cek pengeluarannya - Payudara dapat tampak membesar tetapi ini normal.</p>
22.	<p>Memeriksa bahu, lengan, tangan - Kedua lengan harus sama panjang, periksa dengan cara meluruskan kedua lengan ke bawah -</p>

	Periksa jumlah jari, perhatikan adanya polidaktili atau sidaktili - Telapak tangan harus dapat terbuka, garis tangan yang hanya satu buah berkaitan dengan abnormalitas kromosom, seperti trisomi 21 - Periksa adanya paronisia pada kuku yang dapat terinfeksi atau tercabut sehingga menimbulkan luka dan perdarahan Kaji refleks moro dan kemungkinan adanya fraktur: bayi akan mengembangkan tanganya ke samping dan melebarkan jari-jarinya kemudian menarik tangannya kembali dengan cepat seperti ingin memeluk seseorang - Kaji refleks palmar grasping/menggenggam: timbul bila kita menggosokkan jari melalui bagian dalam atau meletakkan jari kita pada telapak tangan bayi, jari-jari bayi akan melingkar ke dalam seolah memegangi suatu benda dengan kuat.
23.	Memeriksa abdomen - Amati tali pusat: pada tali pusat, terdapat 2 arteri dan 1 vena - Observasi pergerakan abdomen, abdomen tampak bulat dan bergerak serentak dengan pergerakan dada saat bernafas - Raba abdomen untuk memeriksa adanya massa - Melihat dan meraba bentuk abdomen: raba apakah ada massa abnormal, bentuk perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika, bentuk abdomen yang membuncit kemungkinan karena hepato-splenomegali atau tumor lainnya.
24.	Memeriksa genitalia Bayi laki-laki: - Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm - Periksa posisi lubang uretra (normal berada pada ujung penis), prepusium tidak boleh ditarik karena akan menyebabkan fimosis - Skrotum harus dipalpasi untuk memastikan jumlah testis ada dua (bayi cukup bulan testis sudah turun di skrotum) Bayi perempuan: - Pada bayi cukup bulan labia mayora telah menutupi labia minora - Pastikan lubang uretra terpisah dengan lubang vagina - Terkadang tampak adanya sekret berwarna putih atau berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormon ibu (withdrawl bedding).
25.	Memeriksa tungkai dan kaki - Periksa kesimetrisan tungkai dan kaki - Periksa panjang kedua kaki dengan meluruskan keduanya dan bandingkan, juga hitung jumlah jari-jari kaki - Kedua tungkai harus dapat bergerak bebas, kuraknya gerakan berkaitan dengan adanya trauma, misalnya fraktur, kerusakan neurologis - Mengkaji refleks Babinski: dengan mengusap/menekan bagian menonjol dari dasar jari di telapak kaki bayi ke atas dan jari-jari membuka.
26.	Memeriksa tungkai dan kaki - Periksa kesimetrisan tungkai dan kaki - Periksa panjang kedua kaki dengan meluruskan keduanya dan bandingkan, juga hitung jumlah jari-jari kaki - Kedua tungkai harus dapat bergerak bebas, kuraknya gerakan berkaitan dengan adanya trauma, misalnya fraktur, kerusakan neurologis - Mengkaji refleks Babinski: dengan mengusap/menekan bagian menonjol dari dasar jari di telapak kaki bayi ke atas dan jari-jari membuka.
27.	Periksa anus dan rectum - Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji

	posisinya - Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya mekonium plug syndrom, megakolon atau obstruksi saluran pencernaan.
28.	Memeriksa kulit - Perhatikan kondisi kulit bayi: warna, ruam, pembengkakan, tanda-tanda infeksi - Periksa adanya bercak atau tanda lahir - Perhatikan adanya vernik kaseosa - Perhatikan adanya lanugo, jumlah yang banyak terdapat pada bayi kurang bulan.
29.	Menjelaskan pada orang tua hasil pemeriksaan dan memberinya konseling.
30.	Merapikan bayi dan memberikan pada keluarganya kembali.
31.	Membersihkan alat dan bahan yang telah digunakan.
32.	Melepas sarung tangan, lalu mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih.
33.	Melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan.

Sumber : Bobak. *Keperawatan Maternitas* 2005.