

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Persalinan

2.1.1 Pengertian

Persalinan merupakan suatu proses terjadinya pembukaan dan penipisan pada serviks, dan penurunan janin yang cukup bulan (37-42 minggu) ke dalam jalan lahir, sedangkan kelahiran merupakan proses keluarnya janin dan ketuban melalui jalan lahir (Astuti 2011 dalam Marie 2013). Proses ini dimulai dengan adanya his persalinan sesungguhnya, yang ditandai dengan perubahan pada serviks dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Sulistyawati, 2013).

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi melalui vagina. Persalinan normal atau persalinan spontan adalah jika bayi lahir dengan letak belakang kepala tanpa melalui bantuan alat dan tidak melukai ibu dan bayi, berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam (Wiknjosastro, 2002).

2.1.2 Etiologi

Menurut Marie (2013), belum diketahui dengan pasti penyebab terjadinya persalinan, namun beberapa teori menyebutkan penyebab terjadinya persalinan adalah sebagai berikut:

a. Teori Keregangan.

Otot rahim memiliki kemampuan meregang dalam batas tertentu, dan akan timbul kontraksi setelah melewati batas waktu tersebut, sehingga persalinan dapat dimulai, uterus yang terus membesar mengakibatkan otot-otot uterus mengalami iskemia sehingga peredaran uteroplasenta terganggu dan pada akhirnya mengakibatkan plasenta mengalami degenerasi. (Marie, 2013)

b. Teori Penurunan Progesteron

Mulai usia kehamilan 28 minggu terjadi proses penuaan pada plasenta, yang mengakibatkan terjadinya penimbunan jaringan ikat, sehingga pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. *Villi chorialis* mengalami beberapa perubahan, dan produksi progesteron mengalami penurunan, karena fungsi dari progesteron sendiri adalah untuk menenangkan otot polos, sehingga ketika mengalami penurunan akan mengakibatkan otot rahim lebih sensitif terhadap Oksitoksin. (Marie, 2013)

c. Teori Oksitosin Internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofise posterior. Karena terjadi perubahan keseimbangan antara estrogen dan progesteron mengakibatkan timbulnya kontraksi Braxton-hicks yang semakin sering. Estrogen berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim serta memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan juga mekanis. Sedangkan progesteron berfungsi untuk menenangkan otot polos. Sehingga jika kedua hormon

tersebut mengalami perubahan keseimbangan akan mengakibatkan meningkatnya aktivitas oksitosin.

d. Teori prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu, hormon ini dikeluarkan oleh desidua (endometrium, yang hanya timbul pada saat kehamilan, dan saat setelah persalinan akan lepas dengan sendirinya). Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim, prostaglandin dianggap dapat memicu terjadinya persalinan.

2.1.3 Tanda- Tanda Persalinan

Menurut Sondakh (2013), beberapa tanda dimulainya proses persalinan adalah sebagai berikut:

- a. Terjadinya his persalinan :
 - 1) Terasa sakit pada pinggang yang menjalar ke depan.
 - 2) Sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar.
 - 3) Kekuatan akan semakin bertambah jika digunakan mobilisasi (jalan).
- b. Keluarnya lendir darah.

Terjadinya perubahan pada serviks karena adanya his persalinan yang dapat menimbulkan:

- 1) Pendataran dan pembukaan.
- 2) Lepasnya lendir yang berada di kanalis servikalis karena adanya pembukaan.

3) Terjadinya perdarahan karena pecahnya kapiler pembuluh darah.

c. Pengeluaran cairan

Pengeluaran cairan ketuban merupakan tanda tambahan atau bonus dimulainya proses persalinan. Ketuban pecah terjadi pada beberapa kasus persalinan. Keadaan ini sebagian besar terjadi menjelang pembukaan lengkap. Namun ketika pada pembukaan lengkap (10 cm) dan penipisan 100%, ketuban masih utuh, dapat dilakukan amniotomi. Diharapkan proses persalinan akan berlangsung kurang dari 24 jam setelah pecahnya ketuban.

d. Pada pemeriksaan dalam hasil yang didapatkan meliputi:

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

Tabel 2.1 Perbedaan karakteristik persalinan sesungguhnya dan persalinan semu

Karakteristik	Persalinan semu	Persalinan sesungguhnya
His	Nyeri tidak teratur	Nyeri teratur
Interval	Tidak ada perubahan interval rasa nyeri yang satu dengan yang lainnya	Interval rasa nyeri yang secara bertahap semakin pendek
Durasi	Tidak terdapat perubahan waktu dan kekuatan kontraksi	Waktu dan kekuatan kontraksi bertambah
Penyebaran Nyeri	Kebanyakan rasa nyeri di bagian depan	Rasa nyeri terasa di bagian belakang (pinggang) dan menjalar ke depan
Intensitas	Tidak terdapat perubahan	Dengan berjalan atau beraktivitas, intensitas kontraksi bertambah
Hubungan Kontraksi dan Nyeri	Tidak terdapat hubungan	Terdapat hubungan antara tingkat kekuatan kontraksi dengan intensitas nyeri
Pengeluaran Pervaginam	Tidak terdapat lendir darah	Sering tampak lendir darah
Penurunan	Tidak terjadi kemajuan penurunan pada bagian terendah janin	Terjadi penurunan pada bagian terendah janin
Posisi Kepala	Kepala belum masuk ke PAP walaupun ada kontraksi	Kepala janin sudah terfiksasi di PAP diantara kontraksi
Pemberian Obat Penenang	Menghentikan rasa nyeri	Tidak menghentikan rasa nyeri pada proses persalinan sesungguhnya

Sumber : Marie, 2013

2.1.4 Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Terdapat 5 Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi jalannya persalinan, yaitu:

a. Power (Kekuatan)

Menurut Sondakh (2013), power merupakan tenaga yang dikeluarkan ibu untuk melahirkan janin, tenaga meneran ibu akan

semakin menambah kekuatan kontraksi uterus. Pada saat meneran dinding diafragma akan berkontraksi, kombinasi tersebutlah yang mendorong keluarnya janin karena terjadi tekanan pada intrauterus. Menurut fisiologisnya his persalinan dapat dibagi menjadi 4, yaitu:

- 1) His pembukaan: his yang menimbulkan pembukaan pada serviks hingga pembukaan lengkap 10 cm.
- 2) His pengeluaran: his yang mendorong bayi keluar, disertai dengan keinginan mengejan yang sangat kuat, teratur, dan terkoordinasi bersama antara his kontraksi atau perut, kontraksi diafragma, serta ligamen.
- 3) His pelepasan plasenta: kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
- 4) His pengiring: kontraksi lemah, sedikit nyeri, dalam beberapa jam atau hari akan terjadi pengecilan rahim.

b. Passage (Jalan Lahir)

Menurut Marie (2013), Passage dibagi atas:

1) Bagian jalan lahir lunak

Bagian jalan lahir lunak yang berperan dalam persalinan adalah segmen bawah rahim, serviks dan juga vagina. Selain itu, terdapat otot-otot jaringan ikat dan ligamen yang menyokong alat-alat urogenital yang juga sangat berperan dalam proses persalinan.

2) Bagian jalan lahir keras

Yang dibentuk oleh 4 tulang yaitu:

a) 2 tulang os coxae (tulang pangkal paha)

(1) Os ilium

(2) Os ischium

(3) Os pubis

b) 1 tulang os sacrum (tulang kelangkang)

c) 1 tulang os coccygis (tulang ekor).

3) Bidang Hodge terbagi atas:

a) Bidang Hodge I

Bidang yang setinggi pintu atas panggul (PAP) yang dibentuk oleh promontorium, artikulasio sacro-iliaca, sayap sacrum, linea inominata, ramus superior os pubis, dan tepi atas simpisis pubis.

b) Bidang Hodge II

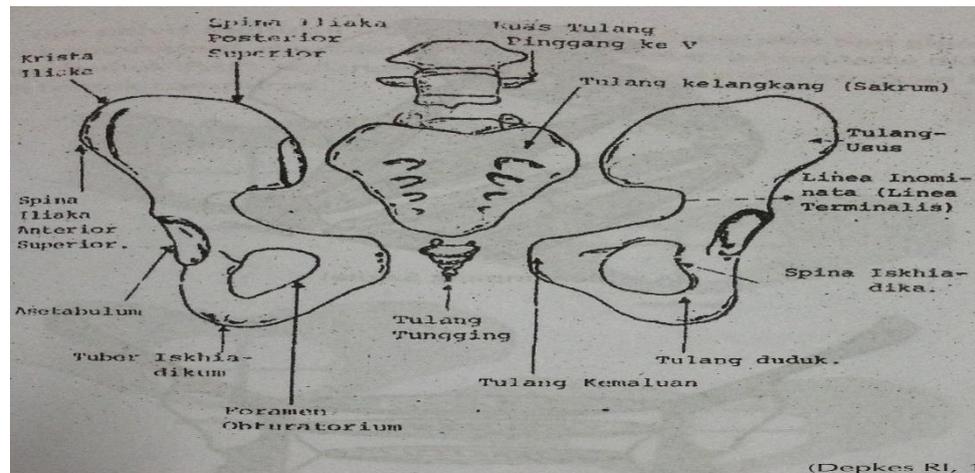
Bidang yang setinggi pinggir bawah simpisis pubis sejajar dengan PAP (Hodge I).

c) Bidang Hodge III

Bidang yang setinggi spina ischiadica sejajar dengan PAP (Hodge I).

d) Bidang Hodge IV

Bidang yang setingginn os coccyges sejajar dengan PAP.



Gambar 2.1 Tulang panggul

4) Ukuran Pintu Atas Panggul (PAP)

Menurut Sondakh (2013), terdapat tiga ukuran pintu atas panggul yang penting, yaitu:

a) Conjugata vera (Konjugata Sejati)

Ukuran normalnya 11 cm, jaraknya dihitung dari promontorium ke pinggir atas symphysis. Conjugata vera tidak dapat diukur secara langsung, tapi diukur dengan cara mengurangi conjugata diagonalis (dari promontorium ke tepi bawah symphysis) sebesar 1,5 cm.

b) Ukuran melintang (diameter transversa)

Jarak antara kedua linea innominata, ukurannya 12,5 cm.

c) Ukuran serong (diameter oblique)

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

5) Ukuran Pintu Bawah Panggul (PBP)

Menurut Sondakh (2013), terdapat tiga ukuran pintu bawah panggul yang penting, yaitu:

- a) Ukuran muka belakang dari tepi bawah simpisis ke ujung tulang belakang 11,5 cm.
- b) Ukuran melintang yaitu jarak antara tuber ischiadikum kanan dan kiri sebesar 10,5 cm.
- c) Diameter sagitalis posterior dari ujung tulang kelangkang ke pertengahan ukuran melintang sebesar 7,5 cm.

c. Passanger (Penumpang)

1) Janin

Janin merupakan *passenger* utama serta dapat mempengaruhi jalannya persalinan. Janin dapat bergerak disepanjang jalan lahir akibat interaksi beberapa faktor yaitu ukuran kepala janin, postur janin, posisi janin, dan kelainan janin. (Marie, 2013).

- a) Menurut Nuraisah (2014), istilah letak anak dalam ilmu kebidanan mengandung 4 pengertian, yakni:

(1) Presentasi

Presentasi digunakan untuk menentukan bagian terendah janin, yang ditemukan ketika palpasi pada kehamilan atau pemeriksaan dalam pada persalinan.

Misalnya :

- (a) Presentasi pada palpasi kehamilan : kepala, bokong.
- (b) Presentasi pada pemeriksaan dalam : belakang kepala.

(2) Posisi

Posisi adalah letak tertentu salah satu bagian janin terhadap dinding perut atau jalan lahir. Misalnya :

- (a) Pada palpasi kehamilan : punggung kiri.
- (b) Posisi pada pemeriksaan dalam presentasi belakang kepala : ubun – ubun kecil kiri depan.

(3) Letak / situs

Letak adalah sumbu panjang anak terhadap sumbu panjang ibu. Misalnya pada palpasi dapat menentukan letak memanjang atau membujur yaitu sumbu janin sejajar dengan sumbu ibu, ini bisa letak kepala, atau letak sungsang. Letak lintang yaitu sumbu janin tegak lurus pada sumbu ibu.

(4) Sikap

Sikap menunjukkan letak bagian-bagian janin satu terhadap yang lain. Umumnya janin berada dalam sikap fleksi, dimana kepala, tulang punggung, dan kaki dalam keadaan fleksi, lengan bersilang di dada.

Tabel 2.2 Tulang Tengkorak (Kranium)

Bagian	Tulang	Bagian – bagiannya
Dasar Tengkorak		
Sutura		<ul style="list-style-type: none"> • Sutura Frontalis : batas antara kedua os frontalis • Sutura Sagitalis Superior : batas antara parientalis kanan dan kiri • Sutura Koronaria : batas antara os parientalis dan os frontalis • Sutura Lamboidea : batas antara os parientalis dan os occipitalis
Ubun-ubun (Fontanel)		<ul style="list-style-type: none"> • Fontanel mayor/bregma • Fontanel minor

Sumber : Sondakh, 2013

2) Plasenta

- a. Plasenta merupakan bagian dari *passenger* yang menyerupai janin dan dilahirkan melalui jalan lahir.

(1) Struktur Plasenta

- (a) Plasenta berbentuk lingkaran atau hampir bundar memiliki diameter 15 cm-20 cm dan tebal 2,5 cm sampai 3 cm. Menurut Sulistyawati (2013) Plasenta terdiri dari dua bagian, antara lain. Pars maternal: bagian dari plasenta yang menempel pada desidua, terdapat kotiledon yang rata-rata 20 berjumlah kotiledon. Di bagian ini merupakan tempat untuk pertukaran darah ibu dan janin.
- (b) Pars fetal: tali pusat terdiri dari dua arteri umbikalis dan satu vena umbikalis. Bagian luar tali pusat berasal dari amnion. Terdapat jaringan

lembek dalam tali pusat yang disebut selai *Warthon*, yang memiliki fungsi untuk melindungi dua arteri dan satu vena umbikalis. Panjang rata-rata tali pusat mencapai 50 cm. Tali pusat berfungsi untuk, memberikan nutrisi dan oksigen dari plasenta ke tubuh janin, pengeluaran sisa metabolisme dari janin ke tubuh ibu, serta memberikan zat antibodi dari ibu ke janin.

(2) Fungsi Plasenta

- (a) Memberi makan pada janin
- (b) Sebagai respirasi
- (c) Sebagai ekskresi hormon
- (d) Menyalurkan antibodi dari ibu
- (e) Sebagai barrier dari kemungkinan masuknya mikroorganisme.

3) Air Ketuban

Saat persalinan, air ketuban berfungsi untuk membuka serviks dengan cara mendorong selaput janin ke dalam ostium uteri, bagian selaput janin di atas ostium uteri yang menonjol saat terjadi his disebut ketuban. (Rohani, 2011).

d. Psikologis

Kelancaran persalinan bergantung pada kondisi fisik ibu yang dapat pula dipengaruhi oleh kondisi psikis ibu. Pada persalinan terjadi

peningkatan kecemasan, dengan meningkatnya kecemasan akan meningkatkan intensitas nyeri. Rasa takut dan cemas yang dialami ibu akan berpengaruh pada lamanya persalinan, his kurang baik, dan pembukaan yang kurang lancar. (Sondakh, 2013).

Urutan dari pemeriksaan dalam atau *Vaginal Toucher* (VT) yaitu:

- 1) Vulva vagina
- 2) Pembukaan
- 3) Penipisan
- 4) Ketuban
- 5) Bagian terdahulu
- 6) Bagian terendah
- 7) Molase
- 8) Hodge
- 9) Ada atau tidak bagian berdenyut atau kecil disekitar bagian terdahulu

e. Penolong

Peran penolong persalinan adalah untuk mengantisipasi dan menangani terjadinya komplikasi yang mungkin akan terjadi pada ibu dan janin. Dalam hal ini kemampuan dan kesiapan penolong menjadi hal yang penting karena dapat mempengaruhi proses persalinan.

2.1.5 Kebutuhan Dasar Selama Persalinan

Menurut Rohani (2011) asuhan intrapartum merupakan asuhan yang diberikan kepada ibu yang sangat mempengaruhi angka kesakitan dan

kematian ibu dan bayi baru lahir. Tindakan yang diberikan mempunyai efek positif baik secara fisiologis ataupun emosional, sehingga persalinan dapat berlangsung secara aman. Kebutuhan dasar ibu bersalin adalah sebagai berikut:

a. Dukungan Fisik dan Psikologis

Dukungan fisik dan psikologis tidak hanya diberikan oleh bidan, melainkan suami, keluarga, serta teman. Dukungan fisik dan psikologis harus sesuai dengan asuhan sayang ibu. Dukungan fisik dan psikologis meliputi:

1) Mengatur sirkulasi udara dalam ruangan

Atur ruangan agar terdapat sirkulasi udara yang baik, hangat dan bersih, serta terhindar dari tiupan angin. (Marie, 2013).

2) Berikan kebebasan ibu untuk mobilisasi, karena mobilisasi membantu turunnya kepala bayi dan sering memperpendek waktu persalinan.

3) Personal Hygiene

Setelah BAK (Buang Air Kecil) membilas kemaluan dengan air bersih, dan setelah BAB (Buang Air Besar) menggunakan sabun. Sangat penting menjaga vagina dalam kondisi tetap bersih karena pengeluaran lendir darah, dan ketuban menimbulkan perasaan yang tidak nyaman bagi ibu. Sehingga Ibu dianjurkan untuk mandi agar lebih segar dan bertenaga. Nuraisah (2014)

4) Kebutuhan Cairan dan Nutrisi

Pemberian makan dan minum selama persalinan merupakan hal yang tepat, karena memberikan lebih banyak energi dan mencegah terjadinya dehidrasi (dehidrasi dapat menghambat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif). Nuraisah (2014)

5) Kebutuhan Eliminasi

Selama persalinan terjadi penekanan pada pleksus sacrum oleh bagian terendah janin sehingga menyebabkan retensio urin, oleh karena itu anjurkan ibu untuk bereliminasi secara spontan minimal 2 jam sekali selama persalinan, apabila ibu tidak ingin berkemih namun blader penuh, dapat dilakukan katerisasi. Hal ini dapat membantu kemajuan persalinan sehingga pasien merasa nyaman.

6) Mengupayakan komunikasi yang baik antara klien dan pendampingnya

Berbicara kepada ibu bersalin dan pendamping dengan nada dan bahasa yang baik dan dapat dimengerti. Nuraisah (2014)

7) Memberikan informasi dan penjelasan

Informasi dan penjelasan dapat mengurangi kecemasan karena ketidaktahuan, kedua hal tersebut dapat menurunkan rasa cemas sehingga nyeri menjadi berkurang. Nuraisah (2014)

- 8) Memberikan dukungan empati selama persalinan dan kelahiran.

Setiap ibu bersalin merespon dengan cara yang berbeda-beda dan mempunyai kebutuhan yang berbeda pula. Tanyakan pada ibu jika ada tindakan yang diharapkannya. Menurut Hodnett (2002) dalam Nuraisah (2014) Bidan menyadari bahwa memberikan dukungan yang berkualitas merupakan suatu bentuk analgesi dan sedikit kemungkinannya ibu membutuhkan pereda nyeri farmakologis atau epidural.

- 9) Memberikan asuhan dalam persalinan dan kelahiran.

Pemberian asuhan membuat ibu merasa aman dan lebih percaya diri. Pemberian asuhan secara berkualitas baik dari aspek tindakan, komunikasi, tempat dan lingkungan tempat bersalin, merupakan tindakan yang diharapkan oleh semua ibu bersalin, sehingga mereka merasa percaya dan bisa mengurangi kecemasan.

- b. Kehadiran Seorang Pendamping Secara Terus-menerus

Riset yang dilakukan oleh Ball (1987) dan Hidnett serta Osborn (1989) dalam Nuraisah (2014), menyatakan bahwa kehadiran support pada ibu selama persalinan menimbulkan kekuatan dan perasaan aman serta nyaman bagi ibu. Hal ini diasumsikan dengan menurunnya lama waktu persalinan, penurunan komplikasi perinatal

dan menurunkan kebutuhan pemberian oksitosin.

c. Pengurangan Rasa Sakit

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

- 1) Adanya seseorang yang dapat mendukung dalam persalinan

Menurut Hodnet (2002) dalam Nuraisah (2014) mengemukakan bahwa ibu yang mendapat dukungan dalam persalinan mendapat manfaat berupa penurunan morbiditas ibu dan janin.

- 2) Pengaturan posisi

Pemilihan posisi dapat membantu ibu tetap tenang dan rileks saat persalinan, hal ini juga dapat mempercepat masuknya janin kedalam jalan lahir. Posisi persalinan yang dapat dilakukan dengan cara duduk/setengah duduk, merangkak, berjongkok/berdiri dan berbaring miring kiri.

- 3) Relaksasi dan latihan pernapasan

Latihan pernapasan:

Lebih baik jika dipelajari sebelum dimulai persalinan, tetapi selama persalinan juga dapat diajarkan, bidan perlu mengajarkan hal ini secara terus menerus pada ibu.

4) Istirahat dan Privasi

- a) Kontrol lingkungan agar ibu dapat beristirahat, misalnya pencahayaan dan musik.
- b) Kontrol orang-orang yang berada dalam ruangan.
- c) Hargai privasi ibu, tutup pintu atau tirai setiap kali keluar masuk ruangan.

5) Penjelasan mengenai proses/kemajuan/prosedur yang akan dilakukan.

6) Asuhan Diri

- a) Menjaga tubuh ibu agar tetap bersih dan kering
- b) Pengosongan kandung kemih

7) Sentuhan

Kebanyakan ibu mendapat kenyamanan melalui sentuhan (masase), tetapi ada juga yang merasa hipersensitif dan beberapa ibu bahkan menolak. Masase dapat dilakukan dengan *effleurage* (usapan ringan) pada abdomen (mengurangi nyeri menurut teori *gate control*).

d. Pengurangan Rasa Nyeri Non Farmakologis

Menurut Costance Sinclair (2004) dalam Nuraisah (2014), terdapat beberapa upaya peredaan rasa nyeri yang memberikan kenyamanan bagi klien, yakni:

1) Kompres panas

Cara menggunakan kompres panas yaitu dengan handuk panas atau silica gel yang telah dipanaskan atau botol yang telah diisi air panas. Dapat juga menggunakan shower air panas secara langsung pada bahu, perut, atau punggung, jika ibu merasa nyaman. Kompres panas dapat meningkatkan suhu lokal pada kulit sehingga meningkatkan sirkulasi jaringan untuk proses metabolisme tubuh. Hal tersebut dapat mengurangi spasme otot, membuat otot rileks dan juga mengurangi nyeri. Waktu pemberian kompres panas yaitu pada saat ibu mengeluh sakit ataupun nyeri pada bagian tubuh tertentu. Kompres panas tidak boleh digunakan saat ibu menyatakan tidak nyaman dengan panas, dan jika petugas takut dengan kemungkinan terjadinya demam akibat kompres panas.

2) Kompres dingin

Cara menggunakan kompres dingin yaitu dengan menggunakan handuk basah dan dingin, sarung tangan karet yang diisi dengan butiran es, atau botol plastik yang diisi air es, yang diletakkan pada punggung atau perineum. Kompres ini berguna untuk mengurangi ketegangan otot dan nyeri dengan menekan spasme otot (lebih lama daripada kompres panas), memperlambat proses penghantaran rasa sakit dari

neuron ke organ, kompres dingin juga dapat mendinginkan kulit dan mengurangi bengkak. Pemberian kompres dingin dilakukan saat klien merasa nyeri punggung, kepanasan saat inpartu. Namun, tidak boleh digunakan saat ibu merasa menggigil, dan jika ibu mengatakan tidak ada perubahan dari rasa nyeri.

3) *Counterpressure*

Dilakukan penekanan pada sacrum dengan menggunakan tumit tangan dan diberikan dengan gerakan lurus atau lingkaran kecil, penekanan ini dapat mengurangi rasa nyeri pada daerah pinggang dan punggung.

4) *Hip Squeeze* (peremasan pada pinggul)

Penekanan dengan kedua tangan pada otot gluteal (daerah bokong), dapat mengurangi ketegangan pada sacro iliaca dan juga ligamen.

5) *Knee Press*

Dilakukan penekanan pada lutut dengan posisi duduk dapat mengurangi rasa nyeri punggung. Ibu duduk tegak di kursi lurus dengan punggung bawah menempel pada senderan kursi, telapak kaki menapak pada tempat yang datar dan lutut terpisah beberapa inci. Pasangan/bidan berlutut di depan ibu, siku pasangan/bidan dikunci dekat batang tubuh dan menekan bagian lutut ibu.

6) *Acupressure*

Masase menggunakan ujung jari diatas titik akupuntur. Yaitu pada titik Ho-ku pada tangan (terletak di belakang telapak tangan tempat tulang metacarpal ibu jari dan telunjuk menyatu); tulang tibia, selebar 4 jari diatas malleolus medialis (tulang tumit sebelah dalam), tekan pada tulang tibia dan diagonal ke depan, titik tersebut akan terasa sangat sakit. (Simkin 1989 dalam Nuraisah 2014) mengutarakan *Acupressure* merangsang produksi endorfin lokal atau dapat juga menutup gerbang terhadap rasa nyeri. Pada persalinan *Acupressure* lebih tepat daripada akupuntur, karena mudah dilakukan sendiri serta bermanfaat bagi pengurangan nyeri punggung.

7) Masase

Hasil penelitian (Field 2004 dalam Nuraisah 2014) diketahui bahwa klien yang mendapatkan masase dan pendampingan persalinan mengalami penurunan kejadian depresi, kecemasan dan nyeri serta menimkan perasaan positif. Masase yaitu pijatan yang dapat menenangkan dan merilekskan ketegangan yang terjadi saat kehamilan dan persalinan. Pijatan yang dilakukan pada leher, bahu, tangan, punggung, dan kaki, dapat membuat klien merasa nyaman.

Usapan pelan pada perut juga akan memberikan rasa nyaman saat kontraksi.

8) *Effleurage*

Effleurage adalah tindakan mengusap abdomen secara perlahan yang seirama dengan pernafasan saat kontraksi, yang digunakan sebagai distraksi agar ibu tidak memusatkan perhatiannya pada nyeri (Maryunani, 2010). Teknik ini dapat dilakukan dengan cara memberikan sentuhan dengan pola seperti kupu-kupu dengan cara kedua telapak tangan bergerak melingkari abdomen, dimulai dari abdomen bagian bawah diatas simphisis pubis, kemudian kearah samping perut sampai ke fundus uteri, ketika sentuhan sampai di fundus, minta ibu ekspirasi pelan-pelan, dan kemudian telapak tangan turun ke umbilicus dan kembali ke abdomen bagian bawah diatas simphisis pubis, secara kontinyu selama kontraksi. Jika dilakukan dengan satu telapak tangan, lakukan dengan cara melingkari abdomen dimulai dari abdomen bagian bawah diatas simphisis pubis, kemudian kearah samping perut sampai ke fundus uteri kemudian turun kembali ke abdomen bagian bawah diatas simphisis pubis.

9) Aromaterapi

Molekul-molekul aromaterapi yang dihirup dapat diserap dengan cepat melalui sistem pernapasan yang kemudian

masuk ke aliran darah. Aroma dari aromaterapi dapat merangsang sistim limbik (himpunan struktur otak yang mendukung berbagai fungsi seperti emosi, perilaku, penciuman, dan motivasi) untuk melepaskan neurokimia (molekul organik yang berperan dalam aktivitas sistem saraf) otak, sehingga dapat membantu mengurangi rasa sakit dan menimbulkan efek tenang. Aromaterapi lavender memberikan efek tenang, karena bersifat antiseptik serta analgetik karena lavender memiliki kandungan yang utama yaitu linalool dan linalyl acetate. Kandungan tersebut yang merangsang parasimpatik dan memiliki efek narkotik dan linalool bertindak sebagai obat penenang. Oleh karena efek tersebut, penggunaan dosis dibatasi dan dipantau kestabilan hemodinamika setelah pemberian aromaterapi lavender. Selain menggunakan lavender, aromaterapi menggunakan Rosa damascena juga dapat menurunkan nyeri karena adanya kandungan 2-feniletil alkohol yang dapat menghambat impuls nyeri dan menghalangi reseptor nyeri sehingga dapat menurunkan nyeri persalinan.

2.1.6 Tahapan Persalinan

Dalam persalinan dibagi menjadi 4 tahapan, pada kala I disebut juga kala pembukaan, kala II disebut juga tahap pengeluaran, kala III disebut

juga kala uri, kala IV adalah mulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam setelah proses tersebut. (Marie, 2013)

a. Kala I (kala pembukaan)

Kala I dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur (3-4 kali dalam 10 menit) dan ibu telah mengeluarkan lendir dan darah (*bloody show*) dari jalan lahir karena serviks membuka dan menipis, serta kekuatan his meningkat hingga serviks membuka lengkap (10 cm). (Marie, 2013)

Kala I terdiri dari dua fase yaitu:

1) Fase laten

- a) Awal kontraksi menimbulkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- b) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm.
- c) Umumnya fase ini berlangsung kurang lebih 8,6 jam pada primipara dan 5,3 jam pada multipara. (Harry, 1990 dalam Mohammad 2010)
- d) Kontraksi mulai teratur (2-3x) tetapi lamanya diantara 20-30 detik dalam 10 menit.

2) Fase aktif

- a) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap dimana terjadi kontraksi 3x atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih.

b) Pembukaan 4 cm sampai pembukaan lengkap atau 10 cm dan akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam pada nulipara atau primipara atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm pada multipara.

c) Terjadi penurunan bagian terbawah janin.

Dalam fase ini masih dibagi menjadi 3 (tiga) fase yaitu:

(1) Fase akselerasi: berlangsung selama 2 jam, pembukaan dari 3 cm menjadi 4 cm.

(2) Fase dilatasi maksimal: berlangsung cepat yaitu selama 2 jam, dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm.

(3) Fase deselerasi : berlangsung dalam kurun waktu 2 jam, dari buka 9 sampai buka 10.

Menurut (Harry 1990, dalam Mohammad 2010) pada primipara fase aktif berlangsung dalam 5,8 jam dan pada multipara 2,5 jam.

3) Perubahan Fisiologis Kala I

a) Perubahan pada Sistem Reproduksi

(1) Serviks

Serviks mengalami perubahan menjadi lebih tipis (penipisan/pendataran/*effacement*). Penipisan ini terjadi karena pemendekan dari kanalis servikalis yang awalnya berupa saluran sepanjang 1-2 cm, menjadi sebuah lubang saja dengan pinggir yang tipis.

Pembukaan (dilatasi) pada serviks disebabkan oleh pembesaran OUE (ostium Uteri Eksternum) karena terjadi peregangan pada otot yang melingkar di sekitar ostium untuk dilewati kepala. Ketika pembukaan mencapai 10 cm, bibir porsio tidak teraba lagi, vagina serta SBR telah menjadi satu saluran. (Nurasiah, 2014).

Proses *effacement* dan dilatasi serviks dapat melonggarkan membran os internal menyebabkan lendir darah (bloody show) dari sumbatan (operculum). Berdasarkan *Kurve Friedman* pembukaan serviks selama fase aktif pada primipara sedikitnya 1 cm/ jam dan pada multipara 2 cm/jam (Sulistiyawati, 2013).

(2) Uterus

Uterus saat hamil terbagi menjadi dua bagian yakni segmen atas rahim (SAR) dan segmen bawah rahim (SBR). Saat persalinan SAR berkontraksi, dindingnya menjadi tebal dan mendorong janin keluar. SBR melakukan relaksasi dan berdilatasi serta menjadi saluran yang tipis dan teregang untuk dilalui janin. (Lailiyana, 2011). Secara fisiologis dapat dijumpai tanda retraksi cincin diantara kedua segmen tersebut. (Manurung, 2011).

b) Perubahan sistem kardiovaskuler

(1) Tekanan Darah

Menurut Sulistyawati (2013), terdapat perubahan pada tekanan darah ibu bersalin yang akan terjadi peningkatan selama kontraksi, disertai peningkatan sistol rata-rata 15-20 mmHg dan diastol rata-rata 5-10 mmHg. Tekanan darah normal 90/60 – 130/90 mmHg. (Romauli, 2011).

(2) Detak Jantung

Frekuensi detak jantung diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan diakibatkan peningkatan metabolisme. Hal ini lazim terjadi. Penurunan detak jantung drastis selama puncak kontraksi tidak terjadi dengan ibu posisi miring kiri (Sulistyawati, 2013).

(3) Hematologi

Terjadi peningkatan hemoglobin mencapai 1,2 gr/100 ml selama persalinan dan akan kembali normal setelah satu hari pasca persalinan, kecuali terdapat perdarahan postpartum. Waktu koagulasi darah akan berkurang dan terjadi peningkatan plasma darah. Sel darah putih secara bertahap akan meningkat selama kala I persalinan

$\pm 5.000-15.000$ WBC pada pembukaan lengkap. Namun hal tersebut normal.

c) Perubahan Metabolisme

(1) Suhu Tubuh

Suhu tubuh meningkat tidak lebih dari 0,5-1,0 C, suhu tinggi selama dan setelah melahirkan dianggap normal sebagai peningkatan metabolisme, namun apabila persalinan berlangsung lebih lama peningkatan suhu tubuh dapat mengindikasikan dehidrasi (Sulistiyawati, 2013). Suhu tubuh normal 36,5-37,5 °C. (Romauli, 2011).

(2) Pernafasan

Jika teknik pernafasan salah akan mengakibatkan ibu mengalami hiperventilasi yang ditandai dengan kesemutan pada ekstremitas dan perasaan pusing (Marie, 2013). Normalnya pernafasan 16-24 kali per menit. (Romauli, 2011).

(3) Sistem Perkemihan

Poliuria sering terjadi selama persalinan, hal ini disebabkan oleh adanya peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ke ginjal. Munculnya proteinuria (+1) selama persalinan merupakan hal wajar, tapi jika timbul proteinuria (+2) merupakan hal

yang tidak wajar, keadaan ini lebih sering muncul pada ibu primipara dengan anemia, persalinan lama, atau pada kasus preeklamsia. (Marie, 2013).

(4) Perubahan Renal

Menurut Sulistyawati (2013), terjadi perubahan pada renal dalam persalinan kala I dan 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.

(5) Gastrointestinal

Kemampuan motilitas dan penyerapan lambung terhadap makanan padat jauh berkurang, penurunan sekresi asam lambung selama persalinan menyebabkan waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Terjadi mual dan muntah selama fase transisi akhir fase laten, karena adanya respon terhadap beberapa faktor seperti kontraksi uterus, nyeri, rasa takut, khawatir, obat, atau komplikasi (Sulistyawati, 2013).

4) Perubahan Psikologis Kala I

Perubahan psikologis yang terjadi selama persalinan menurut Lailiyana (2011) yaitu:

- a) Wanita normal akan merasakan kegembiraan ketika merasakan nyeri menjelang kelahiran bayinya. Perasaan positif ini berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itu terjadi suatu yang disebut dengan “wanita sejati”, yaitu merasa bangga dapat melahirkan buah hatinya. Rasa lega itu muncul khususnya saat proses persalinan dimulai. Klien merasa mendapat kepastian bahwa kehamilan yang semula dinggap sebagai keadaan yang “belum pasti” kini benar-benar akan terealisasi.
- b) Biasanya klien menolak nasehat dari luar saat proses kelahiran bayinya, karena merasa tidak sabar dan ingin mengatur sendiri. Hakekatnya sikap tersebut merupakan ekspresi dari mekanisme melawan rasa takut. Selanjutnya, jika proses kesakitan disertai banyak ketegangan dan rasa cemas yang berlebihan, atau disertai keinginan untuk mengatur sendiri kelahiran bayinya, maka dapat menyebabkan proses kelahiran bayi menyimpang dari normal dan spontan, serta prosesnya akan terganggu dan merupakan kelahiran yang abnormal. Sebaliknya, jika wanita bersangkutan bersikap menyerah atau sangat pasif, keras kepala, dan tidak bersedia berpartisipasi, maka sikap tersebut akan memperlambat proses pembukaan dan pendataran

serviks, juga mengakibatkan his menjadi lemah bahkan berhenti, sehingga proses kelahiran harus diakhiri dengan pembedahan sesar.

- c) Klien mungkin menjadi takut dan khawatir jika berada pada lingkungan baru/asing, lingkungan rumah sakit yang tidak menyenangkan, tidak memiliki otonomi sendiri, kehilangan identitas dan kurang perhatian. Beberapa wanita menganggap persalinan lebih tidak realistis sehingga merasa gagal dan kecewa.
- d) Pada ibu multipara biasanya merasa cemas dengan anak yang di tinggal di rumah. Bidan dapat meminta pasangan untuk memberikan perhatian pada ibu dan meyakinkan bahwa anak yang di tinggal di rumah akan aman. Beberapa wanita dapat menjadi kuat dan mampu melalui proses persalinan dengan dukungan dari pasangan. Perhatian dari pasangan merupakan hal paling dasar yang menjadi kebutuhan wanita untuk melalui proses persalinan ini. Dapat diberikan pendekatan dan motivasi pada pasangan sejak ANC untuk membangun kekuatan mengungkapkan perhatian yang menjadi kebutuhan wanita saat persalinan.

5) Cara Pengisian Partograf

Menurut WHO (1994) partograf merupakan sistem untuk memantau keadaan ibu dan janin selama proses persalinan berlangsung. Tujuan penggunaannya yaitu untuk mencatat hasil observasi dan menilai kemajuan persalinan dan mendeteksi apakah persalinan berjalan dengan normal atau terdapat penyimpangan, dengan demikian dapat melakukan deteksi dini kemungkinan terjadinya partus lama. Semua ibu dalam kala I persalinan baik yang persalinan di institusi pelayanan kesehatan ataupun di rumah, persalinan yang di tolong oleh tenaga kesehatan (bidan, perawat terlatih maupun dokter). Kondisi yang harus dicatat dalam partograf:

a) Halaman depan partograf mengarahkan pencatatan observasi dimulai pada fase aktif persalinan dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan antara lain:

(1) Informasi tentang ibu : nama, umur, gravida, para, abortus (keguguran), usia kehamilan, nomor catatan medik/nomor puskesmas, tanggal dan waktu dimulai dirawat (atau jika dirumah, tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu), waktu pecahnya selaput ketuban, mules sejak kapan, alamat ibu.

(2) Kondisi janin: grafik/bagan pada patograf digunakan untuk pencacatan denyut jantung janin (DJJ), air ketuban dan penyusupan (kepala janin), hal ini akan di jelaskan secara rinci antara lain:

(a) Detak jantung janin

Menilai dan mencatat detak jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Tiap kotak menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus. Normalnya DJJ berada dalam rentang 120-160 x/menit.

(b) Warna dan adanya air ketuban

Penilaian air ketuban dilakukan bersamaan dengan pemeriksaan dalam. Dilakukan penilaian warna air ketuban, jika selaput sudah ketuban pecah. Untuk menggambarkan kondisi ketuban berikan tanda sesuai dengan lambang:

U : Utuh, jika selaput ketuban dalam keadaan belum pecah.

J : Jernih, jika selaput ketuban pecah dan air ketuban jernih.

M : Mekonium, jika selaput ketuban pecah dan air ketuban bercampur meconium.

D : Darah, jika selaput ketuban pecah dan air ketuban bercampur darah.

K : Kering, jika selaput ketuban pecah dan air ketuban tidak mengalir lagi.

(c) Penyusupan (molase) tulang kepala

Menilai penyusupan tulang kepala merupakan hal penting untuk mengetahui seberapa jauh janin dapat menyesuaikan kepala dengan tulang panggul ibu. Semakin besar penyusupan kepala semakin besar kemungkinan ketidakseimbangan antara panggul ibu dan kepala janin. Penyusupan antar kepala janin dapat dinilai tiap kali melakukan pemeriksaan dalam.

Catat temuan dengan lambang yang digunakan:

0 : Sutura janin terpisah dan mudah dipalpasi.

1 : Sutura janin saling bersentuhan.

2 : Sutura janin saling tumpang tindih tapi masih bisa dipisahkan.

3 : Sutura janin saling tumpang tindih dan tidak bisa dipisahkan.

(d) Kemajuan persalinan

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

(1)) Pembukaan serviks

Angka pada kolom kiri 0-10 menggambarkan pembukaan serviks. Menggunakan tanda X pada titik silang sesuai dengan temuan pertama pada pembukaan serviks pada fase aktif dengan garis waspada. Hubungkan tanda X dengan garis tidak terputus.

(2)) Penurunan bagian terbawah janin

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

(3)) Garis waspada dan garis bertindak

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

Jika persalinan telah berada di sebelah kanan garis bertindak yang sejajar dengan garis waspada maka perlu segera dilakukan tindakan penyelesaian persalinan. Sebaiknya pasien sudah berada di fasilitas pelayanan rujukan sebelum garis bertindak terlampaui.

(4) Jam dan waktu

Waktu berada di bagian bawah kolom terdiri dari atas waktu mulainya fase aktif persalinan dan waktu tepat pada saat pemeriksaan. Waktu mulainya fase aktif persalinan diberi angka 1-16, setiap kotak 1 jam, yang digunakan untuk menentukan lamanya proses persalinan telah berlangsung. Kontraksi uterus

(5) Terdapat 5 kotak mendatar untuk kontraksi.

Setiap 30 menit dilakukan pemeriksaan, raba dan catat jumlah dan durasi kontraksi dalam 10 menit.

(6) Obat dan cairan yang diberikan

Catat obat dan cairan yang diberikan di kolom yang telah disediakan. Untuk oksitosin dicantumkan dalam jumlah tetesan dan unit

yang diberikan. Jika ibu mendapatkan obat oksitosin: jika tetesan drip oksitosin sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit, jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan IV dan dalam satuan tetesan per menit.

(7) Kesehatan dan kenyamanan ibu

- (a) Setiap 30 menit catat nadi ibu dan beri tanda titik (.) pada kolom yang sesuai
- (b) Tiap 4 jam ukur tekanan darah ibu dan beri tanda panah pada kolom yang sesuai.
- (c) Setiap 2 jam nilai suhu tubuh serta catat di kolom yang sesuai.
- (d) Jika memungkinkan setiap 2 jam, ukur volume urin, protein dan aseton lakukan setiap ibu berkemih.

b) Pencatatan pada lembar belakang partograf

Untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran, serta asuhan yang di berikan pada kala I hingga kala IV dan penatalaksanaan pada bayi baru lahir. Diisi dengan tanda centang dan diisi titik yang disediakan sesuai dengan asuhan. Dokumentasi ini sangat

penting, terutama untuk membuat keputusan klinik (misalnya : pencegahan perdarahan pada kala IV persalinan). Bagian belakang partograf terdiri dari, data atau informasi umum, kala I, kala II, kala III, bayi baru lahir, kala IV. Cara pengisian sebagai berikut:

(1) Data dasar

Data ini berisi tanggal, nama bidan, tempat persalinan, alamat tempat persalinan, catatan dan alasan merujuk, tempat rujukan dan pendamping pada saat merujuk. Isikan data pada masing-masing tempat yang telah disediakan, atau dengan cara memberi tanda centang pada kotak di samping jawaban yang sesuai. Untuk pertanyaan nomor 5, lingkari jawaban yang sesuai, untuk pertanyaan nomor 8 jawaban bisa lebih dari satu.

(2) Kala I

Kala I berisi pertanyaan-pertanyaan tentang partograf saat melewati garis waspada, masalah-masalah lain yang timbul, penatalaksanaannya, dan hasil penatalaksanaan tersebut. Untuk pertanyaan nomor 9, lingkari jawaban yang sesuai. Pertanyaan lainnya hanya diisi jika terdapat masalah lainnya dalam persalinan.

(3) Kala II

Kala II terdiri dari episiotomi, pendamping persalinan, gawat janin, distosia bahu, masalah lain, penatalaksanaan masalah dan hasilnya. Beri tanda centang pada kotak di samping jawaban yang sesuai. Bila pertanyaan nomor 13, jika jawabannya "Ya". tulis indikasinya. Untuk nomor 15 dan 16 jika jawabannya "Ya", isi jenis tindakan yang dilakukan. Khusus pada nomor 15 tambahkan ruang baru untuk menekankan Upaya deteksi dini terhadap gangguan kondisi kesehatan janin, atau tidak dapat dievaluasi). Bagian ini dapat menjadi pelengkap bagi informasi pada kotak "Ya" maupun "Tidak" untuk pertanyaan nomor 15. Jawaban untuk pertanyaan nomor 14, mungkin lebih dari 1. Untuk masalah lain pada nomor 17 harus dijelaskan jenis dan masalah yang terjadi.

(4) Kala III

Data untuk Kala III terdiri atas lamanya kala III, pemberian oksitosin, penegangan tali pusat terkendali, rangsangan pada fundus, kelengkapan plasenta saat dilahirkan, retensio plasenta yang >30 menit, laserasi, atonia uteri, jumlah perdarahan, masalah lain, penatalaksanaan dan hasilnya. Isi jawaban pada tempat

yang telah disediakan dan beri tanda centang pada kotak di samping jawaban yang sesuai. Untuk nomor 25,26 dan 28 lingkari jawaban yang benar.

(5) Bayi baru lahir

Berisi tentang informasi berat dan panjang badan, jenis kelamin, penilaian bayi baru lahir, pemberian ASI, masalah lain dan hasilnya. Isi jawaban pada tempat yang disediakan serta beri tanda centang pada kotak di samping jawaban yang sesuai untuk pertanyaan nomor 36 dan 37, lingkari jawaban yang sesuai. Untuk nomor 38, jawabannya mungkin lebih dari satu.

(6) Kala IV

Kala IV berisi data tentang tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan. Pemantauan pada kala IV ini sangat penting karena untuk mendeteksi dini resiko atau kesiapan penolong dalam mengantisipasi komplikasi perdarahan pascapersalinan. Setiap 15 menit dalam 1 jam pertama setelah persalinan, serta setiap 30 menit pada satu jam berikutnya dilakukan pemantauan kala IV. Isikan hasil pemeriksaan pada kolom yang sesuai. Jika timbul masalah selama kala IV, tuliskan jenis dan cara menangani masalah tersebut pada bagian masalah kala

IV dan bagian berikutnya. Tidak perlu mengisi bagian yang digelapkan.

b. Kala II (Pengeluaran bayi)

1) Pengertian Kala II

Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Marie (2013) mengemukakan, proses kala II berlangsung dalam batas waktu hingga 2 jam pada primipara dan hingga 1 jam pada multipara. Pada kala ini his menjadi lebih kuat dan cepat, $>3x/10$ menit. Dalam kondisi normal pada kala ini kepala janin sudah masuk kedalam ruang panggul, maka saat timbul his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara refleks menimbulkan rasa ingin meneran. Kemudian perineum mulai menonjol dan menjadi lebar dengan membukanya anus. Labia mulai membuka dan tidak lama lagi kepala janin tampak di vulva pada saat his. Dengan kekuatan his dan mengejan yang maksimal kepala janin dilahirkan dengan suboksiput dibawah simpisis, kemudian dahi, muka dan dagu melewati perineum, dan diikuti dengan pengeluaran keseluruhan anggota badan bayi. (Marie, 2013)

2) Perubahan fisiologis kala II

a) Uterus

Kontraksi menjadi lebih kuat dan cepat yaitu setiap 2 menit sekali dengan durasi >40 detik, intensitas semakin

lama dan semakin kuat. Saat terjadi kontraksi uterus teraba keras sehingga menyebabkan pembukaan serviks serta menimbulkan penurunan janin ke bawah secara alami (Sulistyawati, 2013).

b) Serviks

Pada kala II, serviks menipis dan berdilatasi maksimal. Ketika dilakukan pemeriksaan dalam pada pembukaan 10 cm, porsio sudah tidak teraba. (Sulistyawati, 2013).

c) Pergeseran organ dasar panggul

Adanya tekanan pada otot dasar panggul (*fleksus frankenhauser*) oleh kepala janin, akibatnya timbul keinginan untuk meneran. (Sondakh, 2013). Otot dasar panggul yang tertekan menimbulkan menonjolnya perineum, serta membukanya anus, labia mulai membuka dan tak lama setelah itu kepala janin tampak pada vulva saat ada his (Sulistyawati, 2013).

3) Asuhan kala II

Asuhan yang diberikan pada kala II menurut Sulistyawati (2013), meliputi:

a) Pemantauan ibu

(1) Kontraksi

Kontraksi uterus merupakan kunci dari proses persalinan kala II dengan frekuensi lebih dari 3 kali dalam 10 menit, intensitas kontraksi kuat, durasi lebih dari 40 detik. Proses ini berlangsung 2 jam pada primipara dan 1 jam pada multipara.

(2) Tanda-tanda kala II

- (a) Merasa ingin meneran dan sudah tidak bisa ditahan.
- (b) Perineum menonjol.
- (c) Merasa seperti ingin buang air besar.
- (d) Lubang vagina dan sfingter ani membuka.
- (e) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat (jika air ketuban sudah pecah).

(3) Kemajuan persalinan

Kriteria kemajuan persalinan hasil dari upaya meneran pasien yang efektif, yaitu:

- (a) Perineum menonjol.
- (b) Anus membuka.
- (c) Mekanisme persalinan.
- (d) Pada tahap selanjutnya semakin terlihatnya bagian terbawah janin di jalan lahir.

(4) Integritas perineum

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

b) Pemantauan janin

(1) Saat bayi belum lahir

(a) DJJ

DJJ digunakan sebagai indikator untuk mengetahui kesejahteraan janin, diperiksa setiap 30 menit (normalnya 120-160 kali/ menit) dan dicatat dalam partograf. DJJ abnormal mengindikasikan lilitan tali pusat.

(b) Bagian terendah janin

Berhubungan dengan posisi ubun-ubun kecil, jika janin dengan presentasi kepala, letak muka, atau ubun-ubun besar yang mengindikasikan kesulitan dalam proses kelahiran kepala. Pemantauan molase untuk menilai apakah proses penyesuaian kepala janin dengan jalan lahir sudah sesuai.

(c) Penurunan bagian terendah janin

Berhubungan dengan proses kemajuan persalinan. Penurunan kepala yang lambat disertai dengan DJJ abnormal mengindikasikan lilitan tali pusat.

(2) Saat bayi sudah lahir

Penilaian awal yaitu tangisannya, nafasnya tanpa kesulitan atau tidak, dan bergerak aktif atau lemas.

c) Melakukan amniotomi dan episiotomi

Menurut Sulityawati (2013), pengertian amniotomi dan episiotomi yaitu:

(1) Amniotomi adalah tindakan untuk membuka amnion (selaput ketuban) dengan cara membuat robekan kecil. Tindakan dilakukan saat pembukaan lengkap agar proses persalinan berlangsung semestinya. Apabila pada pemeriksaan dalam teraba bagian-bagian kecil janin, maka jangan memecahkan ketuban karena akan menyebabkan terjadinya penyulit persalinan.

(2) Episiotomi adalah insisi dari perineum untuk memudahkan persalinan dan mencegah ruptur perineum totalis. Indikasi dilakukannya episiotomi

yaitu untuk mempercepat persalinan jika terdapat hal berikut:

- (a) Gawat janin dan janin akan segera dilahirkan dengan tindakan.
- (b) Penyulit kelahiran pervaginam misalnya karena bayi sungsang, distosia bahu, ekstraksi vakum, atau forseps.
- (c) Jaringan pada perineum atau vagina yang memperlambat kemajuan persalinan.

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

- (a) Mediolateral: dimulai dari titik tengah fourchette dan diarahkan 45° dari garis tengah menuju titik tengah antara tuberositas iskia dan anus.
- (b) Median: merupakan insisi yang dimulai dari garis tengah yang mengikuti garis alami insersi otot perineal.

c. Kala III

1) Pengertian Kala III

Dimulai segera setelah bayi baru lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit (Marie, 2013). Proses lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan

mempertahankan tanda-tanda yaitu: uterus menjadi bundar, uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim, bertambah panjangnya tali pusat, terjadi semburan darah tiba-tiba. (Marie, 2013).

Menurut Sondakh (2013), terdapat beberapa cara pelepasan plasenta, yakni:

a) Schultze

Cara ini paling sering terjadi pada ibu bersalin, proses pelepasannya seperti menutup payung. Bagian yang terlepas Terlebih dahulu adalah bagian tengah, kemudian diikuti oleh seluruh bagian. Pelepasan ini tidak menyebabkan perdarahan sebelum plasenta lahir, dan setelah plasenta lahir baru timbul perdarahan.

b) Duncan

Berbeda dengan cara sebelumnya, pada fase ini lepasnya dimulai dari pinggir, dan darah akan keluar diantara selaput ketuban.

c) Tanda-tanda pelepasan plasenta adalah sebagai berikut:

- a) Bentuk uterus berubah menjadi bundar dan terjadi perubahan pada tinggi fundus.
- b) Tali pusat memanjang.
- c) Terjadi semburan darah tiba-tiba.

2) Manajemen Aktif Kala III

a) Tujuan

Tujuan manajemen aktif kala III adalah untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif, mencegah terjadinya perdarahan.

b) Keuntungan

Keuntungan–keuntungan manajemen aktif kala III adalah sebagai berikut :

- (1) Mengurangi jumlah kehilangan darah.
- (2) Mencegah terjadinya retensio plasenta.

c) Langkah – Langkah Utama Manajemen Aktif Kala III

Menurut Rohani (2011), manajemen aktif kala III terdiri atas 4 langkah utama, yaitu sebagai berikut :

- (1) Memberikan suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir.
- (2) Melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT).
- (3) Masase pada fundus uteri.
- (4) Menegakkan diagnosis dari perdarahan postpartum pada manajemen aktif kala III dengan cara memperhatikan tone dan juga tissue.

Catatan: Bila plasenta dalam waktu 15 menit belum lahir, berikan oksitosin 10 IU secara IM dosis kedua.

Periksa kandung kemih, jika penuh lakukan kateter, ulangi kembali PTT dan tekanan dorsokranial. Beritahu keluarga jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit perlu dilakukan rujukan. Pada menit ke-30, coba lagi melahirkan plasenta dengan melakukan PTT untuk terakhir kalinya. Rujuk segera, jika plasenta tidak lahir.

d) Kebutuhan Ibu pada kala III

Secara fisik ibu mengalami kelelahan setelah proses persalinan. Ibu membutuhkan rasa nyaman dan tenang untuk istirahat. Disamping itu, nutrisi dan cairan penting untuk mengembalikan energi dan kondisi ibu setelah proses persalinan.

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

d. Kala IV

1) Pengertian Kala IV

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir pada 2 jam pascapartum (Sondakh, 2013). Kala ini bertujuan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum sering terjadi pada saat 2 jam pertama. Kehilangan darah biasanya

disebabkan oleh luka pada saat robekan pada serviks dan perineum serta pelepasan plasenta. Perdarahan dikatakan normal apabila banyaknya 100-300 cc, dianggap abnormal jika lebih dari 500 cc. Sebelum meninggalkan ibu yang baru bersalin, perlu diperhatikan 7 pokok berikut:

- a) Kontraksi rahim: dapat diketahui dengan melakukan palpasi, jika perlu lakukan masase dan beri uterotonika seperti methergin (tidak boleh diberikan pada ibu yang memiliki tekanan darah tinggi), ermetin, dan oksitosin.
- b) Perdarahan: banyak atau tidak, ada atau tidak. Dengan cara memperhatikan trauma dan juga thrombin.
- c) Kandung kemih: harus kosong, jika penuh anjurkan ibu untuk berkemih.
- d) Luka-luka: jahitannya baik atau tidak, ada perdarahan atau tidak. Dilakukan penjahitan jika terjadi pada laserasi derajat dua. Jenis-jenis laserasi, adalah sebagai berikut:
 - (1) Derajat satu : mukosa vagina, komisura posterior, dan kulit (tidak perlu penjahitan).
 - (2) Derajat dua : derajat satu + otot perineum.
 - (3) Derajat tiga : derajat dua + otot sfingter ani.
 - (4) Derajat empat: derajat tiga + dinding depan rectum.
- e) Plasenta dan selaput ketuban harus lengkap
- f) Keadaan umum ibu, dan juga ttv harus dalam batas normal

g) Bayi dalam keadaan baik.

(Sondakh, 2013)

2) Perubahan Fisiologis pada Kala IV

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

a) Uterus

Uterus berada di tengah abdomen kurang lebih $\frac{2}{3}$ sampai $\frac{3}{4}$, antara simpisis pubis sampai umbilikus. Jika uterus teraba di tengah diatas umbilicus maka itu menandakan adanya bekuan darah di dalam uterus yang perlu ditekan dan dikeluarkan. Menandakan kandung kemih penuh jika uterus yang berada di atas umbilikus dan bergeser, paling umum ke kanan. Kontraksi uterus yang normal harus keras ketika disentuh.

b) Serviks, Vagina, dan Perineum

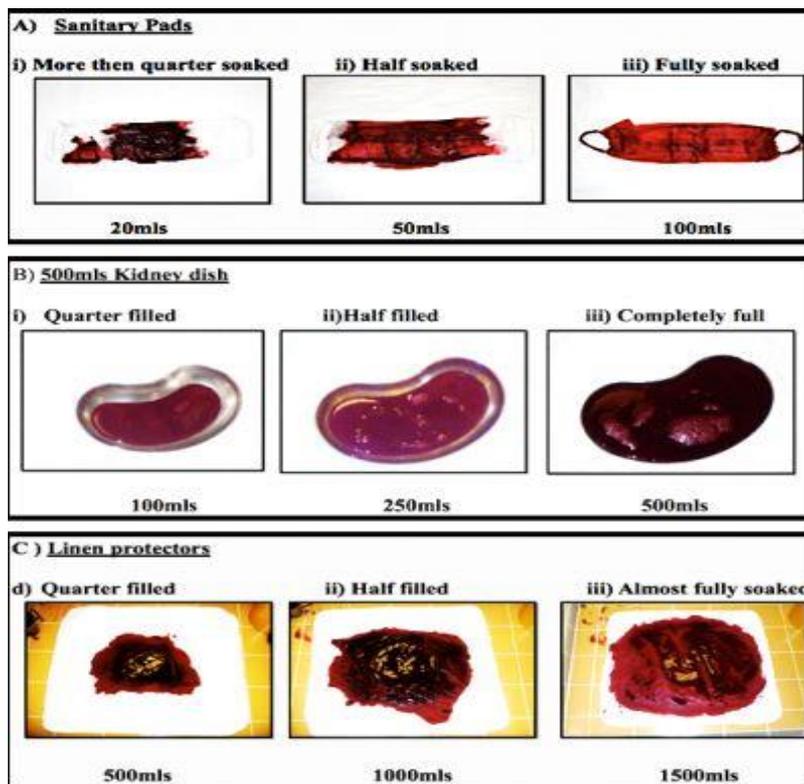
Keadaan serviks, vagina, dan perineum diinspeksi untuk melihat adanya laserasi, memar, dan pembentukan hematoma awal. Inspeksi serviks dilakukan jika ada indikasi karena ini dapat menyakitkan bagi ibu. Segera setelah kelahiran, serviks akan berubah menjadi bersifat patulous, terkulai, dan tebal. Tonus vagina dan tampilan jaringan vagina dipengaruhi oleh peregangan yang telah terjadi selama

kala II persalinan. Adanya edema atau memar pada introitus atau area perineum sebaiknya dicatat.

c) Plasenta, Membran dan Tali Pusat

Dibutuhkan kemampuan bidan untuk melakukan inspeksi unit plasenta untuk mengidentifikasi tipe-tipe plasenta dan insersi tali pusat. Harus diwaspadai apakah plasenta dan membran lengkap, serta apakah terdapat abnormalitas, seperti adanya simpul sejati pada tali pusat. Terdapat 3 insersi tali pusat, yakni:

- (1) Insersi sentralis: penanaman tali pusat di tengah plasenta
 - (2) Insersi marginalis : penanaman tali pusat di pinggir plasenta
 - (3) Insersi velamentosa : penanaman tali pusat di selaput janin/amnion.
- 3) Evaluasi perdarahan pasca persalinan untuk menilai jumlah perdarahan



Gambar 2.3 Evaluasi perdarahan pasca persalinan untuk menilai jumlah perdarahan

2.1.7 Mekanisme Persalinan

Menurut Marie (2013), mekanisme persalinan merupakan gerakan janin dalam menyesuaikan ukuran dirinya dengan ukuran panggul saat kepala melewati panggul. Adapun gerakan-gerakan janin dalam persalinan adalah sebagai berikut atau yang sering disebut dengan *7 cardinal of labor* :

a. Engagement

Engagement pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan, sedangkan pada multigravida dapat terjadi pada awal persalinan. Menurut Aprillia (2011) Pada primigravida jika di awal persalinan belum engaged curigai terjadinya CPD (*Cephalo Pelvic Disproportion*). Engagement merupakan peristiwa ketika diameter

biparietal telah melewati PAP dengan sutura sagitalis melintang/oblik di dalam jalan lahir dan fleksi (sinklismus).

b. Penurunan

Dimulai sebelum proses persalinan, penurunan kepala bersamaan dengan mekanisme lainnya. Kekuatan yang mendukung antara lain:

- a) Tekanan cairan intrauterin
- b) Kekuatan meneran
- c) Kontraksi otot-otot abdomen
- d) Ekstensi dan penurunan badan janin atau tulang belakang.

c. Fleksi

Fleksi terjadi karena anak di dorong maju dan tetapi sebaliknya mendapat tahanan dari serviks, dinding panggul, atau dasar panggul. Dengan adanya fleksi maka diameter oksipito-frontalis berubah menjadi sub oksipito-bregmatika, dan posisi dagu bergeser kearah dada janin. Biasanya kepala bayi berada dalam keadaan fleksi maksimal saat sampai di dasar panggul.

d. Rotasi dalam

Rotasi dalam (putar paksi dalam) adalah pemutaran bagian terendah janin dari posisi sebelumnya kearah depan sampai ke bawah simfisis. Gerakan ini merupakan usaha untuk menyesuaikan kepala janin dengan bentuk jalan lahir yaitu bidang tengah dan pintu bawah panggul. Rotasi ini terjadi setelah kepala melewati bidang hodge III atau setelah di dasar panggul.

e. Ekstensi

Gerakan ini merupakan gerakan dimana oksiput berhimpit langsung pada margo inferior simfisis pubis. Penyebabnya karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan atas, sehingga kepala menyesuaikan dengan cara ekstensi agar dapat melaluinya.

f. Rotasi luar

Merupakan gerakan memutar ubun-ubun kecil ke arah punggung janin, bagian belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadikum.

g. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai di bawah simfisis dan menjadi titik putar untuk kelahiran bahu belakang. Setelah kedua bahu bayi lahir, selanjutnya seluruh badan bayi dilahirkan searah dengan sumbu jalan lahir. Dengan kontraksi yang efektif, fleksi kepala yang adekuat, dan janin dengan ukuran yang rata-rata, sebagian besar oksiput yang posisinya posterior berputar cepat segera setelah mencapai dasar panggul sehingga persalinan tidak bertambah panjang.

2.1.8 Bayi Baru Lahir

a. Pengertian bayi baru Lahir

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

dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin.

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

- 1) Berat badan lahir bayi antara 2500-4000 gram.
- 2) Panjang badan bayi 48-50 cm.
- 3) Lingkar dada bayi 30-33 cm.
- 4) Lingkar kepala bayi 33-35 cm.
- 5) Bunyi jantung dalam menit pertama \pm 180 kali/menit, kemudian turun sampai 120-140 kali/menit pada saat bayi berumur 30 menit.
- 6) Pernapasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80 kali/menit disertai pernapasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit.
- 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan dilapisi verniks kaseosa.
- 8) Rambut lanugo telah hilang, rambut kepala tumbuh baik.
- 9) Kuku agak panjang dan lemas.
- 10) Genetalia : testis sudah turun (pada bayi laki-laki) dan labia mayora telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan).
- 11) Refleks isap, menelan, dan moro telah terbentuk.
- 12) Eliminasi, urin, dan mekonium normalnya keluar pada 24 jam pertama.
Mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket.

b. Adaptasi fisiologis BBL

Adaptasi yang terjadi pada bayi baru lahir adalah :

1) Sistem Pernapasan

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

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

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

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

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

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

2) Sistem Termoregulasi dan Metabolik

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

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

- c) Kehilangan panas yang cepat dalam lingkungan yang dingin terjadi melalui konduksi, konveksi, radiasi, dan evaporasi.
- d) Trauma dingin (hipotermi) pada bayi baru lahir dalam hubungannya dengan asidosis metabolik dapat bersifat mematikan, bahkan pada bayi cukup bulan yang sehat.

3) Adaptasi Neurologis

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

4) Adaptasi Gastrointestinal

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

5) Adaptasi Ginjal

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

6) Adaptasi Hati

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

7) Adaptasi Imun

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

c. Penilaian

Menurut Sumarah (2011), penilaian keadaan umum bayi dinilai satu menit setelah bayi lahir dengan menggunakan nilai APGAR. Penilaian

ini perlu untuk penilaian yang meliputi frekuensi jantung (*heart rate*), usaha napas (*respiratory effort*), tonus otot (*muscle tone*), warna kulit (*colour*), dan reaksi terhadap rangsangan (*respon to stimuli*) yaitu dengan memasukkan kateter ke lubang hidung setelah jalan nafas dibersihkan. Setiap penilaian diberi angka 0, 1 dan 2. Dari hasil penilaian tersebut dapat diketahui apakah bayi normal (*vigorous baby* = nilai Apgar 7-10) asfiksia sedang – ringan (nilai apgar 4-6) atau bayi menderita asfiksia berat (nilai apgar 0-3). Bila nilai apgar dalam 2 menit tidak mencapai 7, maka harus dilakukan tindakan resusitasi lebih lanjut karena jika bayi menderita asfiksia lebih dari 5 menit kemungkinan terjadi gejala – gejala neurologic lanjutan di kemudian hari akan lebih besar, maka penilaian apgar dilakukan selain pada 1 menit juga 5 menit setelah bayi dilahirkan.

Tabel 2.3 Perhitungan Nilai Apgar

Penilaian	Nilai = 0	Nilai = 1	Nilai =2
Appearance (warna kulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Lebih dari 100
Pulse rate (Frekuensi nadi)	Tidak ada	Kurang dari 100	Lebih dari 100
Grimace (Reaksi rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimic (grimace)	Batuk / bersin
Activiy (Tonus Otot)	Tidak ada	Ekstremitas dalam sedikit fleksi	Gerakan aktif
Respiration (Pernapasan)	Tidak ada	Lemah / tidak teratur	Baik / menangis

Sumber : Sumarah, 2011.

2.1.9 Pembagian Tempat Sampah Medis

- a. Kantong sampah medis berwarna merah

Digunakan untuk wadah limbah radioaktif. Limbah radioaktif yakni limbah yang berasal dari penggunaan medis ataupun riset di laboratorium dan berhubungan dengan zat-zat radioaktif.

b. Kantong sampah medis berwarna kuning

Digunakan sebagai wadah untuk limbah infeksius dan patologi.

Limbah infeksius merupakan limbah yang berkaitan dengan pasien, limbah infeksius dapat menjadi penyebab tertularnya penyakit dari tenaga medis, pengunjung, atau pasien lainnya.

c. Kantong sampah medis berwarna ungu

Digunakan sebagai wadah untuk limbah sitotoksis, yakni limbah yang berasal dari aktivitas kemoterapi.

d. Kantong sampah medis berwarna coklat

Digunakan sebagai wadah untuk limbah farmasi, yang dimaksud dengan limbah farmasi yaitu obat-obatan yang telah kadaluarsa.

No	Kategori	Warna kontainer/ kantong plastik	Lambang	Keterangan
1	Radioaktif	Merah		- Kantong boks timbal dengan simbol radioaktif
2	Sangat Infeksius	Kuning		- Kantong plastik kuat, anti bocor, atau kontainer yang dapat disterilisasi dengan otoklaf
3	Limbah infeksius, patologi dan anatomi	Kuning		- Plastik kuat dan anti bocor atau kontainer
4	Sitotoksis	Ungu		- Kontainer plastik kuat dan anti bocor
5	Limbah kimia dan farmasi	Coklat	-	- Kantong plastik atau kontainer

Gambar 2.4 Penggolongan Warna Tempat Sampah Medis

2.2 Konsep Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin

2.2.1 Manajemen Kebidanan Kala I

a. Data Subjektif

1) Biodata

- a) Nama : Nama pasien dan suaminya ditanyakan untuk mengenal dan memanggil, sehingga dapat mencegah kekeliruan dengan pasien lain (Christina 1993 dalam Marmi 2012). Nama yang jelas dan lengkap, bila perlu ditanyakan nama panggilan sehari-hari (Depkes RI 1995 dalam Marmi 2012).
- b) Usia : Untuk mengetahui ibu tergolong primumata atau primimuda, menurut para ahli, kehamilan yang pertama kali yang baik antara usia 19 sampai 35 tahun, dimana otot masih bersifat sangat elastis dan mudah diregang. Tetapi menurut pengalaman, pasien umur 25-35 tahun masih mudah melahirkan, sehingga ada yang mengubah pendapat di atas. Jadi, melahirkan tidak saja umur 19-25 tahun tetapi 19-35 tahun. Primumata dikatakan mulai umur 35 tahun (Christina 1993 dalam Marmi 2012).
- c) Agama : Hal ini berhubungan dengan perawatan pasien yang berkaitan dengan ketentuan agama, kemungkinan pengaruhnya terhadap kebiasaan kesehatan pasien, dengan diketahuinya agama klien, akan memudahkan bidan melakukan pendekatan

di dalam melaksanakan asuhan kebidanan (DepKes RI 1995 dalam Marmi 2012).

- d) Pendidikan terakhir : Ditanyakan untuk mengetahui tingkat intelektualnya. Tingkat pendidikan mempengaruhi sikap perilaku seseorang (DepKes RI 1995 dalam Marmi 2012). Untuk mengetahui tingkat pengetahuan ibu atau taraf kemampuan berfikir ibu, sehingga bidan bisa menyampaikan atau memberikan penyuluhan atau KIE pada pasien dengan lebih mudah.
- e) Pekerjaan : Tanyakan pekerjaan suami dan ibu, untuk mengetahui taraf hidup dan sosial ekonomi pasien agar nasehat yang diberikan sesuai. Serta untuk mengetahui apakah pekerjaan ibu akan mengganggu kehamilan atau tidak (Christina 1993 dalam Marmi 2012). Wanita karier yang hamil mendapat hak cuti hamil selama tiga bulan yang dapat diambil sebelum menjelang kelahiran dan dua bulan setelah persalinan, jika ada keluhan dengan kehamilannya sebaiknya segera memeriksakan diri ke tenaga kesehatan. (Manuaba IBG 1998 dalam Marmi 2012).
- f) Suku/bangsa : Data ini berhubungan dengan sosial budaya yang dianut oleh pasien dan keluarga yang berkaitan dengan persalinan. (Sulistyawati, 2013)

g) Alamat : Data yang menggambarkan mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan. (Sulistyawati, 2013)

2) Anamnesa

a) Keluhan utama

Keluhan utama atau alasan utama wanita datang ke rumah sakit atau bidan ditentukan dalam anamnesa. Keluhan utama dapat berupa ketuban pecah dengan atau tanpa kontraksi. Pemeriksaan obstetri dilakukan pada wanita yang tidak jelas, apakah persalinannya telah dimulai atau belum. Ibu diminta untuk menjelaskan hal-hal berikut (Bobak 1996 dalam Marmi 2012):

(1) Kapan kontraksi mulai terasa

(2) Frekuensi dan lama kontraksi

(3) Lokasi dan karakteristik rasa tidak nyaman akibat kontraksi

(4) Menetapkan kontraksi meskipun perubahan posisi saat ibu berjalan atau berbaring

(5) Karakter rabas atau show dari vagina

(6) Status membran amnion, misalnya terjadi semburan atau rembesan cairan apabila diduga cairan ketuban telah keluar, tanyakan juga warna cairan.

(7) Pada umumnya klien mengeluh nyeri pada daerah pinggang menjalar ke perut, adanya his yang makin sering, dan teratur.

(8) keluarnya lendir dan darah, perasaan selalu ingin buang air kecil (Christina 1993 dalam Marmi 2012).

b) Riwayat menstruasi

Hari pertama haid terakhir (HPHT) merupakan data dasar yang diperlukan untuk menentukan usia kehamilan.

c) Riwayat kesehatan

Data dari riwayat kesehatan ini dapat kita gunakan sebagai peringatan akan adanya penyulit dalam persalinan. Beberapa data penting tentang riwayat kesehatan yang perlu kita ketahui adalah apakah ibu pernah atau sedang menderita penyakit seperti jantung, diabetes mellitus, ginjal, hipertensi, hepatitis, atau anemia.

d) Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

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

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

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

e) Riwayat kehamilan sekarang

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

f) 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 (Sulistyawati, 2013).

g) Pola Aktivitas Sehari-hari

(1) Pola nutrisi

Dikaji untuk mengetahui *intake* cairan selama dalam proses persalinan karena akan menentukan kecenderungan terjadinya dehidrasi yang dapat memperlambat kemajuan persalinan. Data

fokus mengenai asupan makanan pasien yaitu kapan atau jam berapa terakhir makan dan kapan terakhir kali minum, berapa banyak yang diminum, dan apa yang diminum. (Sulistyawati, 2013).

(2) Pola Eliminasi

Hal yang perlu dikaji adalah BAB dan BAK terakhir. Kandung kemih harus dikosongkan secara berkala, minimal setiap 2 jam. Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin. (Sulistyawati, 2013).

(3) Pola istirahat

Diperlukan untuk mempersiapkan energi menghadapi proses persalinan. Data fokusnya adalah: kapan terakhir tidur, berapa lama dan aktivitas sehari-hari (Sulistyawati, 2013). Apakah ibu mengalami keluhan yang mengganggu proses istirahat.

h) Riwayat psikososial dan budaya

(1) Riwayat psikologi

Kesiapan keluarga dalam menerima anggota baru dan kesanggupan ibu menerima dan merawat anggota baru. Hal ini penting untuk kenyamanan psikologis ibu. Adanya respon yang positif dari keluarga terhadap persalinan akan mempercepat proses adaptasi pasien dalam menenima kondisi dan perannya.

(2) Adat istiadat setempat yang berkaitan dengan persalinan

Apakah ibu mengkonsumsi rumput fatimah. Dikarenakan rumput fatimah yang beredar di masyarakat masih dalam bentuk aslinya,

dikhawatirkan kadar senyawa kimia yang terkandung bisa berlebihan, sehingga kontraksi bisa terjadi kontraksi yang berlebih yang tak jarang berujung pada robeknya rahim atau terjadi perdarahan.

2) Data Objektif

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. (Sulistyawati, 2013)

b) Kesadaran

Untuk mengetahui kesadaran pasien, dapat dilakukan pengkajian derajat kesadaran pasien dari keadaan komposmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati, 2013).

c) Tanda Vital

Untuk mengenali dan mendeteksi kelainan dan penyulit atau komplikasi yang berhubungan dengan tanda-tanda vital pasien.

(1) Tekanan Darah

Adanya kenaikan atau penurunan tekanan darah merupakan indikasi adanya syok atau gangguan hipertensi dalam kehamilan. Menigkatnya tekanan darah sistolik rata-rata 10-20 mmHg dan kenaikan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Nurasiah (2014). Tekanan darah normal 90/60 – 130/90 mmmHg. (Romauli, 2011).

(2) Nadi

Peningkatan denyut nadi dapat menunjukkan adanya infeksi, syok, ansietas atau dehidrasi. Nadi normal 80–90 x/menit. (Romauli, 2011).

(3) Pernafasan

Frekuensi pernafasan yang meningkat dapat menunjukkan ansietas atau syok. Pernafan normal 16-24 kali per menit. (Romauli, 2011).

(4) Suhu

Suhu yang meningkat menunjukkan adanya proses infeksi atau dehidrasi. Suhu tubuh meningkat tidak lebih dari 0,5-1,0 C, suhu tinggi selama dan setelah melahirkan dianggap normal sebagai peningkatan metabolisme, namun apabila persalinan berlangsung lebih lama peningkatan suhu tubuh dapat mengindikasikan dehidrasi (Sulistyawati, 2013). Suhu tubuh normal 36,5-37,5 °C. (Romauli, 2011).

d) Pemeriksaan fisik

(1) Muka

Hal yang perlu dikaji adalah oedem/bengkak (tanda preeklampsi), pucat (kemungkinan mengalami anemia), ekspresi ibu (gambaran ketidaknyamanan / kesakitan). (Marmi, 2012).

(2) Mata

Hal yang perlu dikaji adalah konjungtiva (konjungtiva yang pucat mengindikasikan terjadinya anemia yang mungkin dapat berpengaruh pada persalinannya), dikaji sklera, kebersihan, kelainan pada mata dan gangguan penglihatan menurut Roesma (2014) ibu pengguna kaca mata dengan minus ≥ 5 sebaiknya melahirkan perabdominam, karena dikhawatirkan terjadi lepasnya retina atau ablasio retina, retina rentan mengalami penipisan dan mudah terjadi robekan.

(3) Mulut

Bibir kering dapat menjadi indikasi dehidrasi, bibir yang pucat menandakan ibu mengalami anemia. (Sulistyawati, 2013)

(4) Leher

Adakah pembesaran kelenjar limfe untuk menentukan ada tidaknya kelainan pada jantung. Adakah pembesaran kelenjar tiroid untuk menentukan pasien kekurangan yodium atau

tidak. Adakah bendungan vena jugularis yang mengindikasikan kegagalan jantung. (Widiastini, 2018)

(4) Dada

Dikaji apakah kolostrum sudah keluar, keadaan puting (menonjol, datar atau masuk ke dalam) dan kebersihan.

(5) Abdomen

Memantau kesejahteraan janin dan kontraksi uterus:

(a) Denyut Jantung Janin (DJJ)

Digunakan untuk mengetahui kondisi janin dalam kandungan. DJJ normal 120-160 x/menit.

(b) Kontraksi Uterus

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

(c) Cincin retraksi fisiologis

Cincin retraksi fisiologis adalah lingkaran yang dapat ditemui diantara segmen atas uterus dan segmen bawah uterus. Cincin retraksi ini dapat menjadi patologis jika segmen bawah rahim terlalu meregang dan lingkaran mendekati pusat, karena penuhnya kandung kemih, dan disebut dengan lingkaran bandl yang menjadi ancaman robeknya uterus karena persalinan tidak maju dan adanya panggul sempit. (Manurung, 2011).

(6) Genital

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

(a) Kebersihan.

(b) Pengeluaran pervaginam

Adanya pengeluaran lendir darah (*bloody show*).

(c) Tanda-tanda infeksi vagina

Adanya pengeluaran cairan seperti keputihan yang berwarna kuning kehijauan dan berbau, terdapat kondiloma akuminata dan kondiloma talata, terdapat lesi, erosi, discharge, benjolan abnormal dan nyeri sentuh.

(d) Pemeriksaan dalam

Untuk menentukan pembukaan, penipisan serviks, ketuban sudah pecah atau belum, adanya moulase atau tidak, bagian bawah (presentasi apa), turunnya bagian bawah.

(7) Anus

Digunakan untuk menentukan apakah ada kelainan yang dapat mempengaruhi proses persalinan seperti hemoroid, jika terdapat hemoroid dikhawatirkan menyebabkan nyeri akibat thrombosis atau prolaps.

(8) Ekstremitas

Untuk mengetahui adanya kelainan yang mempengaruhi proses persalinan ataupun tanda-tanda yang mempengaruhi persalinan misalnya odema dan varises. Jika terdapat odema dikhawatirkan ibu kemungkinan mengalami pre eklampsia, gangguan ginjal, hipoalbuminemia, gangguan fungsi jantung. Varises terjadi karena terjadi kompresi pada vena. Varises pada ekstremitas di khawatirkan dapat menimbulkan thrombosis yang berakibat pada emboli.

(9) Data penunjang

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

a. Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : G_P____ Ab ____ UK __ minggu T/H/I Punggung kanan/kiri Kala I fase laten/aktif persalinan dengan keadaan ibu dan janin baik

Data Subjektif : Ibu mengatakan merasa kenceng-kenceng ingin melahirkan sejak jam ...

Kehamilan ke...

Persalinan ke...

Pernah abortus atau tidak

HPHT...

Data Objektif : Keadaan Umum: Baik

Kesadaran	: Composmentis
TD	: 90/60-130/90 mmHg
Nadi	: 80-90x/menit
RR	: 16-24x/menit
Suhu	: 36,5 – 37,5 C
TB	: ... cm
BB hamil	: ... kg
TP	: ...
LILA	: ... cm

Palpasi Abdomen

Leopold I : Untuk mengetahui bagian janin yang berada pada fundus serta apakah tinggi fundus apakah sesuai dengan usia kehamilan. Jika pada fundus teraba keras, bundar, dan melenting (kesan kepala), jika teraba lunak, bundar, kurang melenting (kesan bokong).

Leopold II : Untuk mengetahui bagian janin yang berada pada sisi kanan dan kiri ibu. Jika teraba keras, memanjang seperti papan (kesan punggung), jika teraba bagian kecil (kesan ekstremitas).

- Leopold III : Untuk mengetahui apakah bagian terendah sudah masuk PAP apa belum.
- Leopold IV : Untuk mengetahui seberapa jauh kepala masuk PAP (konvergen/ sejajar/ divergen).
- Perlindungan : Penurunan bagian terendah dengan metode 5 jari (perlindungan) yakni:
- 1) 5/5 jika bagian terdahulu janin seluruhnya masih teraba diatas simfisis pubis.
 - 2) 4/5 jika sebagian (1/5) bagian terdahulu janin sudah memasuki pintu atas panggul.
 - 3) 3/5 jika sebagian (2/5) bagian terdahulu janin telah memasuki rongga panggul.
 - 4) 2/5 jika sebagian dari bagian terdahulu janin masih berada diatas simfisis dan bagian telah turun melewati bidang tengah panggul dan tidak dapat digerakkan.

- 5) 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terdahulu janin yang berada diatas simpisis dan 4/5 bagian telah masuk kedalam rongga panggul.
- 6) 0/5 jika bagian terdahulu janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terdahulu janin sudah masuk kedalam rongga panggul.

TFU Mc. Donald : (TFU dalam cm – 11) x 155

Auskultasi : DJJ 120 – 160 x /menit.

b. Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan dari data subjektif dan objektif yang ditemukan. Berikut adalah diagnosa potensial yang mungkin terjadi pada pasien bersalin menurut Sulistyawati (2013):

- 1) Partus lama
- 2) Inersia uteri
- 3) Infeksi intrapartum

c. Identifikasi Kebutuhan Segera

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

d. Intervensi

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

Tujuan : Ibu dan janin dalam keadaan baik, kala I fase laten/aktif berjalan normal tanpa adanya komplikasi

Kriteria Hasil: Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

Nadi : 60-100 x/menit

Suhu : 36,5°C-37,5°C

TD : 90/60 – 130/90 mmHg

RR : 16-24 x/menit

DJJ : Normal (120-160 x/menit),

Kala I :

- 1) Pada Multigravida kala I berlangsung \pm 7,8 jam
- 2) Ada kemajuan persalinan (his makin sering dan durasinya makin lama, ϕ dan *effacement* bertambah, penurunan kepala bertambah, tidak ada moulage).

Kala II :

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

Kala III :

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

Kala IV

- 1) TTV ibu dalam batas normal
- 2) TFU umumnya setinggi atau beberapa jari di bawah pusat.
- 3) Uterus berkontraksi dengan baik.
- 4) Kandung kemih dalam keadaan kosong.
- 5) Perdarahan < 500 cc.

Intervensi

- a. Memastikan ibu sudah masuk inpartu

R : Pendiagnosaan secara dini dapat mengantisipasi terjadinya partus lama

- b. Beritahu ibu tentang hasil pemeriksaannya dan rencana asuhan selanjutnya serta kemajuan persalinan dan meminta persetujuan ibu untuk menjalani rencana asuhan selanjutnya.

R : meningkatkan partisipasi ibu dalam pelaksanaan intervensi dan meningkatkan kepercayaan agar ibu lebih kooperatif terhadap asuhan yang diberikan.

- c. Menjelaskan tentang persalinan, proses persalinan, dan penyebab dari nyeri saat kontraksi mengatur posisi, dan menjaga privasi ibu.

R : penjelasan dapat mengurangi kecemasan dan ketakutan ibu selama proses persalinan.

- d. Pantau masukan/pengeluaran cairan. Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih minimal setiap 2 jam sekali.

R : kandung kemih penuh dapat menahan penurunan kepala janin.

- e. Lakukan observasi TTV, kontraksi, DJJ, kemajuan persalinan, dan catat dalam lembar observasi.

R : sebagai acuan dan deteksi dini adanya kelainan dalam proses persalinan.

- f. Mengajari ibu teknik pernapasan dan relaksasi saat ada kontraksi.

R : teknik relaksasi dan distraksi dapat memecahkan konsentrasi ibu terhadap nyeri , sehingga menurunkan ambang rasa nyeri.

- g. Menganjurkan ibu untuk tidak meneran sebelum pembukaan lengkap

R : mencegah kelelahan dan menghindari pembengkakan jalan lahir.

- h. Menganjurkan suami dan keluarga untuk mendampingi ibu.

R : sebagai bentuk dukungan psikologis ibu dan memberi rasa nyaman.

Intervensi Preventif Masalah Potensial:

- 1) Partus lama

- a) Fase laten memanjang:

- (1) Kaji pembukaan dan penipisan pada serviks

Rasional: jika tidak ada perubahan pada pendataran dan pembukaan serviks dan tidak ada gawat janin, kemungkinan pasien belum inpartu.

(2) Kaji karakteristik persalinan

Rasional: untuk mengetahui apakah terjadi persalinan semu ataukah terjadi persalinan sesungguhnya, sehingga dapat mendiagnosa kondisi pasien sudah masuk pada fase inpartu atau belum. (Marie, 2013)

(3) Nilai psikologis ibu

Rasional: ketakutan, kecemasan, stress ataupun kemarahan yang berlebihan dapat menyebabkan timbulnya katekolamin dan menimbulkan lambatnya persalinan.

b) Fase aktif memanjang:

(1) Nilai sifat dan intensitas kontraksi

Rasional: jika his tidak adekuat (kurang dari 3 kali dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 40 detik) pertimbangkan adanya inersia uteri. Kontraksi tidak teratur (intensitas dan lamanya bervariasi dan tidak dapat diperkirakan), kontraksi berpasangan (dua atau tiga kali berdekatan, diikuti dengan interval yang relative lama), kontraksi jarang atau melambat dalam fase aktif.

(2) Periksa posisi bayi

Rasional: malposisi seperti oksiput posterior, posisi oksiput transversal menetap, atau asinklitisme menetap. Jika bayi berada di posisi oksiput posterior, maka bayi harus berputar lebih jauh untuk dapat mencapai posisi anterior.

Pelebaran dan penurunan tidak berlangsung efisien jika bayi dalam posisi ini.

(3) Cek kandung kemih

Rasional: kandung kemih yang penuh yang dapat meningkatkan ketidaknyamanan, mengakibatkan kemungkinan trauma, mempengaruhi penurunan janin dan memperlama proses persalinan.

(4) Nilai asupan nutrisi ibu

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

(5) Nilai psikologis ibu

Rasional: ketakutan, kecemasan, stress ataupun kemarahan yang berlebihan dapat menyebabkan timbulnya katekolamin dan menimbulkan lambatnya persalinan.

2) Inersia uteri

a) Nilai sifat dan intensitas kontraksi

Rasional :jika his tidak adekuat (kurang dari 3 kali dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 40 detik) pertimbangkan adanya inersia uteri.

b) Nilai asupan nutrisi ibu

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

- c) Hindari penggunaan obat penenang

Rasional: obat penenang dapat memperlambat kinerja otot uterus.

(Mochtar,1998)

3) Infeksi intrapartum

- a) Nilai keadaan ketuban saat pecah

Rasional: air ketuban berwarna hijau keruh dan berbau seperti tinja mengindikasikan terjadinya infeksi.

- b) Hindari melakukan pemeriksaan dalam berulang (> 3x)

Rasional: pemeriksaan dalam yang berulang dapat menyalurkan infeksi dari luar.

- c) Nilai kenaikan suhu

Rasional: suhu tubuh >38C mengindikasikan terjadinya infeksi.

e. Implementasi

Melaksanakan asuhan menyeluruh yang telah direncanakan dan asuhan sayang ibu secara efektif dan aman. Bila perlu dapat berkolaborasi dengan dokter jika terdapat komplikasi.

f. Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi asuhan kebidanan, keefektifan tindakan yang telah diberikan, apakah sudah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnosis maupun masalah, serta hasil asuhan yang berupa bentuk nyata dari perubahan kondisi serta respon dari keluarga.

2.2.2 Manajemen Kebidanan Kala II

Tanggal... pukul ..

S : Ibu merasa ingin buang air besar

O : a. Vulva dan anus membuka, perineum menonjol.

b. Hasil pemeriksaan

1) Pembukaan : 10 cm (lengkap)

2) Penipisan : 100%

3) Ketuban : Masih utuh / pecah spontan

4) Bagian terdahulu : Kepala

5) Presentasi janin : Uzun- uzun kecil pada jam 1/jam 11

A :G...P...Ab.... Dengan inpartu kala II

P : a. Tanggal....Jam....

1) Mengenali tanda dan gejala kala II

Evaluasi: terdapat dorongan meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka

2) Pastikan kelengkapan persalinan, bahan, dan obat, untuk menolong persalinan dan tata laksana komplikasi ibu dan bayi bayi baru lahir.

Evaluasi: kelengkapan persalinan, bahan, dan obat, untuk menolong persalinan dan tata laksana komplikasi ibu dan bayi bayi baru lahir sudah lengkap.

3) Pakai celemek plastik.

Evaluasi: celemek plastik telah dikenakan

- 4) Lepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir, kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk yang bersih dan kering.

Evaluasi: sudah dilakukan pelepasan dan penyimpanan perhiasan, serta mencuci dan mengeringkan tangan.

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

Evaluasi: sarung tangan DTT yang akan digunakan untuk periksa dalam telah dikenakan

- 6) Masukkan oksitosin 10 IU ke dalam tabung suntik 3 cc

Evaluasi: oksitosin 10 IU telah dimasukkan ke dalam tabung suntik 3 cc

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

Evaluasi: vulva dan perineum telah dibersihkan dengan kapas atau kassa yang dibasahi air DTT

- 8) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.

Evaluasi: telah dilakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.

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

keadaan terbalik dalam larutan 0,5% selama 10 menit, serta mencuci tangan dengan air mengalir

10) Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi / saat uterus relaksasi untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 x/ menit).

Evaluasi: telah dilakukan pemeriksaan denyut jantung janin saat uterus relaksasi untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 x/ menit).

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

Evaluasi: ibu telah diberitahu jika pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, dan membantu menentukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya

a) Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti

pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.

Evaluasi: telah dilakukan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (sesuai pedoman penatalaksanaan fase aktif), dan telah dilakukan pendokumentasian sesuai temuan yang ada.

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

Evaluasi: anggota keluarga telah diberi penjelasan tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.

12) Minta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran.

Evaluasi: keluarga bersedia membantu menyiapkan posisi meneran.

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

Evaluasi: telah dilakukan bimbingan meneran saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.

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

Evaluasi: ibu telah melakukan pergantian posisi dan timbul dorongan meneran

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

Evaluasi: telah diletakkan handuk bersih di perut ibu, saat kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.

- 16) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.

Evaluasi: telah diletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.

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

Evaluasi: telah diperiksa ulang kelengkapan alat dan bahan.

- 18) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

Evaluasi: sarung tangan DTT telah dikenakan pada kedua tangan.

- 19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan satu

tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi tetap pada posisi fleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran secara efektif atau bernapas cepat dan dangkal.

Evaluasi: telah dilakukan perlindungan terhadap perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi tetap pada posisi fleksi dan membantu lahirnya kepala. Ibu melakukan nafas cepat dan dangkal.

- 20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat di leher dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi (lilitan longgar, dilonggarkan. Lilitan kuat potong tali pusat diantara dua klem) dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi.

Evaluasi: setelah dilakukan pemeriksaan, tidak terdapat lilitan tali pusat.

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

Evaluasi: kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

- 22) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi.

Dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

Evaluasi: memegang kepala secara biparietal, setelah kepala melakukan putar paksi luar. Ibu meneran saat kontraksi. Menggerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan atas kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan, dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas (jempol berada di dada) untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

Evaluasi: melakukan penggeseran tangan atas kearah 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.

Evaluasi: melakukan penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki. Pegang kedua mata kaki.

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

Evaluasi: dilakukan penilaian sepintas, bayi menagis kuat, bernapas tanpa kesulitan, dan bergerak aktif.

- 26) Letakkan bayi di perut ibu lalu keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Biarkan bayi di atas perut ibu.

Evaluasi: bayi diletakkan di perut ibu lalu tubuh bayi di keringkan mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Mengganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Membiarkan bayi di atas perut ibu.

2.2.3 Manajemen Kebidanan Kala III Lahirnya Plasenta

Tanggal..... Pukul...

S : a. Ibu mengatakan lega bahwa bayinya telah lahir

b. Ibu mengatakan perutnya terasa mulas.

O : a. Bayi lahir secara spontan pervaginam pada tanggal ... jam ... jenis kelamin laki-laki/perempuan, menangis spontan kuat, gerak aktif.

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

P : a. Tanggal...Jam....

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

Evaluasi: tidak ada lagi bayi dalam uterus.

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

Evaluasi: ibu bersedia disuntik oksitosin

29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir. Suntikkan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha antero lateral.

Evaluasi: telah dilakukan penyuntikkan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha antero lateral, 1 menit setelah bayi lahir.

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

Evaluasi: menjepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari tali pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah ibu dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm dari klem pertama.

31) Pemotongan dan pengikatan tali pusat.

Evaluasi: telah dilakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat.

32) Kemudian letakkan bayi di dada ibu agar ada kontak kulit.

Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu . Berikan topi dan selimuti bayi. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu. Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

Evaluasi: Bayi diberi topi dan diselimuti, serta berada di dada ibu agar ada kontak kulit. Kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu. Bayi kontak kulit dengan ibu selama 1 jam.

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

Evaluasi: klem pada tali pusat telah dipindah hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.

34) Letakkan satu tangan di fundus ibu untuk menentukan kontraksi awal, setelah itu jika muncul kontraksi pindah tangan ke tepi atas simfisis. Tangan yang lain memegang tali pusat.

Evaluasi: telah dilakukan penentuan awal kontraksi dengan cara satu tangan berada di fundus ibu, ketika muncul kontraksi tangan dipindah ke tepi atas simfisis. Tangan yang lain memegang tali pusat.

- 35) Saat uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah dorso kranial secara hati-hati untuk mencegah inversio uteri. Pertahankan dorso kranial selama 30-40 detik atau sampai kontraksi berkurang. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat terkendali (PTT) dan tunggu hingga timbul kontraksi.

Evaluasi: telah dilakukan penegangan tali pusat saat timbul kontraksi, ketika dalam 30-40 detik tidak lepas, penegangan dihentikan dan menunggu hingga timbul kontraksi.

- 36) Lakukan PTT dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas (ditandai dengan semburan darah, tali pusat memanjang, dan uterus globuler), minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir.

Evaluasi: ketika plasenta lepas, menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir.

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

Evaluasi: saat plasenta muncul di introitus vagina, plasenta dilahirkan dengan kedua tangan dengan cara memegang dan memutar plasenta hingga selaput terpilin, dan ditempatkan pada wadah yang disediakan.

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

Evaluasi: telah dilakukan masase uterus dengan gerakan melingkar hingga uterus berkontraksi.

2.2.4 Manajemen Kebidanan Kala IV

Tanggal ...pukul ...

S : a. Ibu mengatakan lega bahwa ari-arinya telah lahir.

b. Ibu mengatakan perutnya mulas.

c. Ibu mengatakan merasa lelah tapi senang

O : a. Plasenta telah lahir spontan lengkap pada tanggal.... Jam...

b. Kontraksi uterus: baik/tidak.

- c. TFU berapa jari di bawah pusat.
- d. Kandung kemih kosong/penuh
- e. Perdarahan sedikit/sedang/banyak

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

P : a. Tanggal...Jam...

39) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum.

Lakukan penjahitan bila laserasi 2 (mengenai mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum,otot perineum).

Evaluasi: dilakukan pengevaluasian pada vagina dan perineum.

40) Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu (pars maternal

yaitu, kotiledon) maupun bayi (pars fetal) yaitu, selaput amnion) dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh.

Masukkan plasenta kedalam kantung plastik atau tempat khusus.

Evaluasi: dilakukan pemeriksaan kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi. Selaput ketuban lengkap

dan utuh, dimasukkan kedalam tempat khusus.

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

Evaluasi: uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam

42) Pastikan kandung kemih kosong.

Evaluasi: kandung kemih kosong

43) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh dan bilas di air DTT tanpa melepas sarung tangan, kemudian keringkan dengan handuk.

Evaluasi: mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, membersihkan noda darah dan cairan tubuh dan membilas dengan air DTT tanpa melepas sarung tangan, mengeringkan tangan dengan handuk.

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

Evaluasi: ibu/ keluarga telah diajari cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi

45) Memeriksa nadi ibu (pastikan tidak melebihi 100 kali per menit) dan pastikan keadaan umum ibu baik.

Evaluasi: keadaan umum ibu baik.

46) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

Evaluasi: telah dilakukan evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

47) Pantau kondisi bayi untuk pastikan bahwa bayi bernapas baik (40-60x/menit) serta suhu tubuh normal menggunakan termometer aksila (36,5-37,5°C).

Evaluasi: telah dilakukan pemantauan kondisi bayi, bayi bernapas baik (40-60x/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5°C)

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

Evaluasi: ibu telah dibersihkan dengan menggunakan air DTT, dan membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

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

Evaluasi: ibu merasa nyaman, membantu ibu memberikan ASI, keluarga memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya

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

Evaluasi: peralatan bekas pakai ditempatkan dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit).
Setelah dekontaminasi dicuci dan dibilas.

51) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai.

Evaluasi: bahan-bahan yang terkontaminasi telah dibuang ketempat sampah yang sesuai.

52) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.

Evaluasi: tempat bersalin telah di dekontaminasi dengan larutan klorin 0,5%.

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

Evaluasi: sarung tangan dicelupkan kedalam larutan klorin 0,5%, dibalik bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

54) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

Evaluasi: kedua tangan telah dicuci dan dikeringkan.

55) Pakai sarung tangan bersih/ DTT untuk memberikan vitamin K1 1 mg *intra muscular* (IM) di 1/3 paha kiri anterolateral.
Beri salep/tetes mata pencegahan (eritromisin 0,5% atau

Tetrasiklin 1%), dan lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir.

Evaluasi: telah diberikan vitamin K1 1 mg *intra muscular* (IM) di 1/3 paha kiri anterolateral, serta salep/tetes mata pencegahan (eritromisin 0,5% atau Tetrasiklin 1%), dan dilakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir.

56) Lakukan pemeriksaan fisik lanjutan (1 jam setelah kelahiran bayi), pastikan kondisi bayi baik. Pernafasan normal (40-60 kali/menit) dan temperatur tubuh normal melalui termometer aksila (36,5-37,5°C) setiap 15 menit.

Evaluasi: telah dilakukan pemeriksaan fisik lanjutan, kondisi bayi baik, suhu tubuh normal 36,5-37,5°C.

57) Setelah 1 jam pemberian vitamin K, berikan suntikan Hepatitis B (HB0 Uniject 0,5 ml) di paha kanan antero lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.

Evaluasi: telah diberikan suntikan Hepatitis B (HB0 Uniject 0,5 ml) di paha kanan antero lateral, setelah 1 jam pemberian vitamin K. Bayi diletakkan dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan

58) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

Evaluasi: sarung tangan telah dilepas secara terbalik dan direndam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

59) Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

Evaluasi: telah dilakukan cuci tangan dengan sabun dan air mengalir dan dikeringkan dengan tissue

60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

Evaluasi: partograf telah dilengkapi.

2.2.5 Asuhan Bayi Baru Lahir 0-2 Jam

Tanggal : Pukul :

S : Bayi Ny. X lahir spontan dan segera menangis, bayi bergerak dengan aktif, dan menyusu dengan kuat. Bayi lahir pukul..... dengan jenis kelamin.....

O :

Keadaan umum	: Baik
Pernapasan	: 40- 60 x/ menit
Nadi	: 100- 160 x/ menit
Suhu	: 36,5 ⁰ C- 37,5 ⁰ C
Berat badan	: 2500- 4000 gram

Panjang badan	: 48- 50 cm
Lingkar kepala	: 33- 35 cm
Lingkar dada	: 30- 33 cm
LILA	: 9- 11 cm
APGAR	: 7-10
Pemeriksaan fisik	:
1) Kepala	: untuk mengetahui adanya molase, cephal hematoma dan caput succedenum.
2) Telinga	: mengetahui adanya infeksi.
3) Mata	: mengetahui tanda-tanda infeksi, warna sklera dan konjungtiva.
4) Hidung	: mengetahui adanya pernapasan cuping hidung.
5) Mulut	: mengetahui adanya kelainan bawaan seperti labioskisis atau labiopalatoskisis.
6) Leher	: mengetahui adanya pembengkakan dan gumpalan.
7) Dada	: mengetahui apakah ada retraksi dinding dada, bentuk dada simetris atau tidak.

- 8) Abdomen :mengetahui bentuk, adanya benjolan abnormal, keadaan tali pusat
- 9) Genetalia Laki-laki : penis berlubang, testis sudah berada dalam skrotum baik kiri maupun kanan
Perempuan : vagina ada lubang, keadaan labia mayora menutupi labia minora
- 10) Anus :apakah atresia ani atau tidak
- 11) Kulit :verniks, warna kulit, tanda lahir
- 12) Ekstremitas :gerak aktif, apakah polidaktil atau sindaktil.

A : Bayi baru lahir usia dengan kondisi normal

P :

- 1) Memberitahu ibu dan keluarga bahwa bayi ibu dalam keadaan normal tidak ada kelainan.
- 2) Memberitahu ibu tentang tanda bahaya baru lahir seperti keadaan suhu bayi yang terlalu hangat atau terlalu dingin, bayi mengantuk berlebih, gumoh/ muntah berlebih, tali pusat merah, bengkak, bernanah maupun berbau, tidak berkemih dalam waktu 24 jam.

- 3) Memberikan konseling kepada ibu tentang menjaga kehangatan bayi, pemberian ASI sesering mungkin, perawatan tali pusat yang baik dan benar, serta perencanaan imunisasi yang lengkap.
- 4) Memberikan salep mata untuk mencegah infeksi pada mata, melakukan penyuntikan Vit K 0,5 ml pada paha kiri secara IM dan 1 jam kemudian melakukan penyuntikan imunisasi Hb 0 pada paha kanan, serta memandikan bayi setelah 6 jam.
- 5) Ibu dan keluarga mengerti dengan penjelasan yang telah diberikan dan mampu mengulangnya.

