

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Persalinan

1. Definisi Persalinan

Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang cukup bulan dan dapat hidup di luar uterus melalui vagina secara spontan. Pada akhir kehamilan, uterus secara progresif lebih peka sampai akhirnya timbul kontraksi kuat secara ritmis sehingga bayi dilahirkan (Yulizawati, 2019: 2).

Persalinan merupakan proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum dapat dikategorikan inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan atau pembukaan serviks (JNPK-KR, 2017: 37).

2. Jenis – Jenis Persalinan

- a. Persalinan Spontan, yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut.
- b. Persalinan Buatan, bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar misalnya *ekstraksi forceps*, atau dilakukan operasi *Sectio Caesaria*.
- c. Persalinan Anjuran, persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin (Kurniarum, 2016: 3).

3. Sebab-sebab Terjadinya Persalinan

Ada beberapa teori yang menyatakan kemungkinan menyebabkan terjadinya persalinan, antara lain :

a. Teori keregangan.

Otot uterus mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga terjadi persalinan. Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini mungkin merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenta sehingga plasenta mengalami degenerasi.

b. Teori penurunan progesteron (teori *progesterone-withdrawl*)

Proses kematangan plasenta terjadi sejak usia kehamilan 28 minggu, di mana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. *Villi chorionic* mengalami perubahan-perubahan sehingga produksi progesteron mengalami penurunan. Hal ini menyebabkan otot uterus lebih sensitif terhadap oksitosin sehingga uterus berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

c. Teori oksitosin internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron mengubah sensitivitas otot uterus, sehingga sering terjadinya kontraksi *Braxton Hicks*. Dengan semakin tuanya kehamilan kadar progesteron menurun, dan oksitosin meningkat. Oksitosin menyebabkan uterus berkontraksi, prostaglandin memengaruhi persalinan dengan cara melunakkan serviks dan menstimuli kontraksi uterus. Ketika kehamilan sampai saat melahirkan, oksitosin dan prostaglandin meningkat sehingga

menimbulkan sensitifitas uterus untuk berkontraksi. Jones menyatakan salah satu penyebab terjadinya kontraksi uterus tidak efisien adalah faktor psikologis. Emosi akan memengaruhi aktivitas hipotalamus yang berakibat pada pengeluaran oksitosin dari kelenjar pituitari posterior.

d. Teori prostaglandin

Peningkatan kadar prostaglandin sejak usia kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Apabila terjadi peningkatan berlebihan dari prostaglandin saat hamil dapat menyebabkan kontraksi uterus sehingga menyebabkan hasil konsepsi dikeluarkan, karena prostaglandin dianggap dapat merupakan pemicu terjadinya persalinan.

e. Teori hipotalamus-pituitari-glandula suprarenalis.

Teori hipotalamus-pituitari-glandula suprarenalis ini ditunjukkan pada kasus anensefalus. Pada kehamilan dengan anensefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kortikosteroid yang dapat menyebabkan maturitas janin, induksi (mulainya) persalinan. Dari percobaan tersebut disimpulkan adanya hubungan antara hipothalamus dan pituitari dengan mulainya persalinan, sedangkan glandula suprarenal merupakan pemicu terjadinya persalinan.

f. Teori berkurangnya nutrisi

Teori berkurangnya nutrisi pada janin pertama kali dikemukakan oleh Hipokrates, di mana ia mengemukakan apabila nutrisi pada janin berkurang maka hasil konsepsi akan segera dikeluarkan.

g. Teori plasenta menjadi tua

Semakin tuanya plasenta akan menyebabkan penurunan kadar estrogen dan progesteron yang berakibat pada kontriksi pembuluh darah sehingga menyebabkan uterus berkontraksi.

h. Teori iritasi mekanik

Berdasarkan anatominya, pada bagian belakang serviks terdapat ganglion servikale (*fleksus Frankenhauser*). Penurunan bagian terendah janin akan menekan dan menggeser ganglion sehingga menyebabkan kontraksi (Indrayani, 2016: 42-43).

4. Tanda - Tanda Persalinan

Berikut ini akan dijelaskan mengenai tanda-tanda persalinan, antara lain:

a. Adanya kontraksi Rahim

Secara umum, tanda awal bahwa ibu hamil untuk melahirkan adalah mengejangnya rahim atau dikenal dengan istilah kontraksi. Kontraksi tersebut berirama, teratur, dan *involuter*, umumnya kontraksi bertujuan untuk menyiapkan mulut lahir untuk membesar dan meningkatkan aliran darah di dalam plasenta. Durasi kontraksi uterus yang sangat bervariasi tergantung pada kala persalinan wanita tersebut. kontraksi pada persalinan aktif berlangsung dari 45 sampai 90 detik dengan durasi rata-rata 60. Pada persalinan awal kontraksi mungkin hanya berlangsung 15 sampai 20 detik. Frekuensi kontraksi ditentukan dengan mengukur waktu dari permulaan satu kontraksi ke permulaan kontraksi selanjutnya. Kontraksi biasanya disertai rasa sakit, nyeri, makin mendekati kelahiran (Elisabeth, 2019: 7).

b. Pembukaan Serviks

Penipisan mendahului dilatasi serviks, pertama-pertama aktivitas uterus dimulai untuk mencapai penipisan, setelah penipisan kemudian aktivitas uterus menghasilkan dilatasi servik yang cepat. Membukanya leher rahim sebagai respon terhadap kontraksi yang berkembang. Tanda ini tidak dirasakan oleh pasien tetapi dapat diketahui dengan pemeriksaan dalam. Petugas akan melakukan pemeriksaan untuk menentukan pematangan, penipisan dan pembukaan leher rahim. Servik menjadi matang selama periode yang berbeda beda sebelum persalinan, kematangan servik mengindikasikan kesiapannya untuk persalinan (Elisabeth, 2019: 10).

c. Keluarnya lendir bercampur darah

Lendir disekresi sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir servik pada awal kehamilan. Lendir mulanya menyumbat leher rahim, sumbatan yang tebal pada mulut rahim terlepas, sehingga menyebabkan keluarnya lendir yang berwarna kemerahan bercampur darah dan terdorong keluar oleh kontraksi yang membuka mulut rahim yang menandakan bahwa mulut rahim menjadi lunak dan membuka. Lendir inilah yang dimaksud sebagai *bloody slim*.

Bloody slim paling sering terlihat sebagai lendir bercampur darah yang lengket dan harus dibedakan dengan cermat dari perdarahan murni. Ketika melihat rabas sering, wanita sering kali berpikir bahwa ia melihat tanda persalinan. Bercak darah tersebut biasanya akan terjadi beberapa hari sebelum kelahiran tiba. tetapi tidak perlu khawatir dan tidak perlu tergesa-gesa ke rumah sakit. tunggu sampai rasa sakit di perut atau bagian belakang dan dibarengi oleh kontraksi yang teratur.

Jika keluar pendarahan hebat. dan banyak seperti menstruasi segera ke rumah sakit (Elisabeth, 2019: 8).

d. Keluarnya air-air (ketuban)

Proses penting menjelang persalinan adalah pecahnya air ketuban. Selama sembilan bulan masa gestasi bayi aman melayang dalam cairan amnion. Keluarnya air-air dan jumlahnya cukup banyak, berasal dari ketuban yang pecah akibat kontraksi yang makin sering terjadi. Ketuban mulai pecah sewaktu-waktu sampai pada saat persalinan. Kebocoran cairan amniotik bervariasi dari yang mengalir deras sampai yang menetes sedikit demi sedikit, sehingga dapat ditahan dengan memakai pembalut yang bersih. Tidak ada rasa sakit yang menyertai pemecahan ketuban dan alirannya tergantung pada ukuran, dan kemungkinan kepala bayi telah memasuki rongga panggul ataupun belum.

Jika ketuban yang menjadi tempat perlindungan bayi sudah pecah, maka sudah saatnya bayi harus keluar. Bagi ibu hamil yang sudah merasakan ada cairan yang merembes keluar dari vagina dan tidak dapat ditahan lagi, tapi tidak disertai mulas atau tanpa sakit, merupakan tanda ketuban pecah dini, yakni ketuban pecah sebelum tanda-tanda persalinan, sesudah itu akan terasa sakit karena ada kemungkinan kontraksi. Bila ketuban pecah dini terjadi, terdapat bahaya infeksi pada bayi. Ibu akan dirawat sampai robekannya sembuh dan tidak ada lagi cairan yang keluar atau sampai bayi lahir. Normalnya air ketuban ialah cairan yang bersih, jernih dan tidak berbau (Elisabeth, 2019: 9).

5. Perubahan Fisiologis Pada Persalinan

a. Perubahan uterus

Di uterus terjadi perubahan saat masa persalinan, perubahan yang terjadi sebagai berikut:

- 1) Kontraksi uterus yang dimulai dari fundus uteri dan menyebar ke depan dan ke bawah abdomen
- 2) Segmen Atas Rahim (SAR) dan Segmen Bawah Rahim (SBR)
 - a) SAR dibentuk oleh corpus uteri yang bersifat aktif dan berkontraksi. Dinding akan bertambah tebal dengan majunya persalinan sehingga mendorong bayi keluar
 - b) SBR dibentuk oleh istmus uteri bersifat aktif relokasi dan dilatasi. Dilatasi makin tipis karena terus diregang dengan majunya persalinan (Kurniarum, 2016: 32).

b. Perubahan bentuk rahim

Setiap terjadi kontraksi, sumbu panjang rahim bertambah panjang sedangkan ukuran melintang dan ukuran muka belakang berkurang. Pengaruh perubahan bentuk rahim ini:

- 1) Ukuran melintang menjadi turun, akibatnya lengkungan punggung bayi turun menjadi lurus, bagian atas bayi tertekan fundus, dan bagian tertekan Pintu Atas Panggul.
- 2) Rahim bertambah panjang sehingga otot-otot memanjang diregang dan menarik. Segmen bawah rahim dan serviks akibatnya menimbulkan terjadinya pembukaan serviks sehingga Segmen Atas

Rahim (SAR) dan Segmen Bawah Rahim (SBR) (Kurniarum, 2016: 32).

c. Faal ligamentum rotundum

- 1) Pada kontraksi, fundus yang tadinya bersandar pada tulang punggung berpindah ke depan mendesak dinding perut depan ke arah depan. Perubahan letak uterus pada waktu kontraksi ini penting karena menyebabkan sumbu rahim menjadi searah dengan sumbu jalan lahir.
- 2) Dengan adanya kontraksi dari ligamentum rotundum, fundus uteri tertambat sehingga waktu kontraksi fundus tidak dapat naik ke atas (Kurniarum, 2016: 32).

d. Perubahan serviks

- 1) Pendataran serviks/*Effacement* Pendataran serviks adalah pemendekan kanalis servikalis dari 1-2 cm menjadi satu lubang saja dengan pinggir yang tipis.
- 2) Pembukaan serviks adalah pembesaran dari ostium eksternum yang tadinya berupa suatu lubang dengan diameter beberapa milimeter menjadi lubang dengan diameter kira-kira 10 cm yang dapat dilalui bayi. Saat pembukaan lengkap, bibir portio tidak teraba lagi. SBR, serviks dan vagina telah merupakan satu saluran (Kurniarum, 2016: 33).

e. Perubahan pada sistem urinaria

Pada akhir bulan ke 9, pemeriksaan fundus uteri menjadi lebih rendah, kepala janin mulai masuk Pintu Atas Panggul dan menyebabkan kandung kencing

tertekan sehingga merangsang ibu untuk sering kencing. Pada kala I, adanya kontraksi uterus/his menyebabkan kandung kencing semakin tertekan. Poliuria sering terjadi selama persalinan, hal ini kemungkinan disebabkan karena peningkatan *cardiac output*, peningkatan *filtrasi glomerulus*, dan peningkatan aliran plasma ginjal. Poliuri akan berkurang pada posisi terlentang. Proteinuri sedikit dianggap normal dalam persalinan. Wanita bersalin mungkin tidak menyadari bahwa kandung kemihnya penuh karena intensitas kontraksi uterus dan tekanan bagian presentasi janin atau efek anestesia lokal. Bagaimanapun juga kandung kemih yang penuh dapat menahan penurunan kepala janin dan dapat memicu trauma mukosa kandung kemih selama proses persalinan. Pencegahan (dengan mengingatkan ibu untuk berkemih di sepanjang kala I) adalah penting. Sistem adaptasi ginjal mencakup diaforesis dan peningkatan IWL (*Insensible Water Loss*) melalui respirasi (Kurniarum, 2016: 33).

f. Perubahan pada vagina dan dasar panggul

- 1) Pada kala I ketuban ikut meregangkan bagian atas vagina sehingga dapat dilalui bayi
- 2) Setelah ketuban pecah, segala perubahan terutama pada dasar panggul yang ditimbulkan oleh bagian depan bayi menjadi saluran dengan dinding yang tipis.
- 3) Saat kepala sampai di vulva, lubang vulva menghadap ke depan atas. Dari luar peregangan oleh bagian depan nampak pada perineum yang menonjol dan menjadi tipis sedangkan anus menjadi terbuka.
- 4) Regangan yang kuat ini dimungkinkan karena bertambahnya pembuluh darah pada bagian vagina dan dasar panggul, tetapi kalau

jaringan tersebut robek akan menimbulkan perdarahan banyak (Kurniarum, 2016: 33).

g. Perubahan pada system pernapasan

Dalam persalinan, ibu mengeluarkan lebih banyak CO₂ dalam setiap nafas. Selama kontraksi uterus yang kuat, frekuensi dan kedalaman pernafasan meningkat sebagai responns terhadap peningkatan kebutuhan oksigen akibat pertambahan laju metabolik. Rata rata PaCO₂ menurun dari 32 mm hg pada awal persalinan menjadi 22 mm hg pada akhir kala I. Menahan nafas saat mengejan selama kala II persalinan dapat mengurangi pengeluaran CO₂. Masalah yang umum terjadi adalah hiperventilasi maternal, yang menyebabkan kadar PaCO₂ menurun dibawah 16 sampai 18 mm hg. Kondisi ini dapat dimanifestasikan dengan kesemutan pada tangan dan kaki, kebas dan pusing. Jika pernafasan dangkal dan berlebihan, situasi kebalikan dapat terjadi karena volume rendah. Mengejan yang berlebihan atau berkepanjangan selama Kala II dapat menyebabkan penurunan oksigen sebagai akibat sekunder dari menahan nafas. Pernafasan sedikit meningkat karena adanya kontraksi uterus dan peningkatan metabolisme dan diafragma tertekan oleh janin. Hiperventilasi yang lama dianggap tidak normal dan dapat menyebabkan terjadinya alkalosis (Kurniarum, 2016: 34).

h. Perubahan pada gastrointestinal

Motilitas lambung dan absorpsi makanan padat secara substansial berkurang banyak sekali selama persalinan aktif dan waktu pengosongan lambung. Efek ini dapat memburuk setelah pemberian narkotik. Banyak wanita mengalami mual muntah saat persalinan berlangsung, khususnya selama fase transisi pada kala I persalinan. Selain itu pengeluaran getah lambung yang berkurang menyebabkan

aktifitas pencernaan berhenti dan pengosongan lambung menjadi sangat lamban. Cairan meninggalkan perut dalam tempo yang biasa. Mual atau muntah terjadi sampai ibu mencapai akhir kala I. Ketidaknyamanan lain mencakup dehidrasi dan bibir kering akibat bernafas melalui mulut. Karena resiko mual dan muntah, beberapa fasilitas pelayanan bersalin membatasi asupan oral selama persalinan. Es batu biasanya diberikan untuk mengurangi ketidaknyaman akibat kekeringan mulut dan bibir (Kurniarum, 2016: 35).

i. Nyeri

Nyeri dalam persalinan dan kelahiran adalah bagian dari respon fisiologis yang normal terhadap beberapa faktor. Selama Kala I persalinan, nyeri yang terjadi pada kala I terutama disebabkan oleh dilatasi serviks dan distensi segmen uterus bawah. Pada awal kala I, fase laten kontraksi pendek dan lemah, 5 sampai 10 menit atau lebih dan berangsur selama 20 sampai 30 detik. Wanita mungkin tidak mengalami ketidaknyamanan yang bermakna dan mungkin dapat berjalan ke sekeliling secara nyaman diantara waktu kontraksi. Pada awal kala I, sensasi biasanya berlokasi di punggung bawah, tetapi seiring dengan waktu nyeri menjalar ke sekelilingnya seperti korset/ikat pinggang, sampai ke bagian anterior abdomen. Interval kontraksi makin memendek, setiap 3 sampai 5 menit menjadi lebih kuat dan lebih lama.

Pada Kala II, nyeri yang terjadi disebabkan oleh distensi dan kemungkinan gangguan pada bagian bawah vagina dan perineum. Persepsi nyeri dipengaruhi oleh berbagai faktor. Mekanisme nyeri dan metode penurunan nyeri yang terjadi pada wanita yang bersalin beragam kejadiannya. Saat persalinan berkembang ke fase aktif, wanita seringkali memilih untuk tetap di tempat tidur, ambulasi mungkin

tidak terasa nyaman lagi. Ia menjadi sangat terpengaruh dengan sensasi di dalam tubuhnya dan cenderung menarik diri dari lingkungan sekitar. Lama setiap kontraksi berkisar antara 30 – 90 detik, rata-rata sekitar 1 menit. Saat dilatasi serviks mencapai 8-9 cm, kontraksi mencapai intensitas puncak, dan wanita memasuki fase transisi. Pada fase transisi biasanya pendek, tetapi sering kali merupakan waktu yang paling sulit dan sangat nyeri bagi wanita karena frekuensi (setiap 2 sampai 3 menit) dan lama (seringkali berlangsung sampai 90 detik kontraksi). Wanita menjadi sensitif dan kehilangan kontrol. Biasanya ditandai dengan meningkatnya jumlah show akibat ruptur pembuluh darah kapiler di serviks dan segmen uterus bawah (Kurniarum, 2016: 36-37).

6. Perubahan Psikologis Dalam Persalinan

a. Perubahan psikologis pada ibu bersalin kala I

Pada persalinan Kala I selain pada saat kontraksi uterus, umumnya ibu dalam keadaan santai, tenang dan tidak terlalu pucat. Kondisi psikologis yang sering terjadi pada wanita dalam persalinan kala I adalah :

- 1) Kecemasan dan ketakutan pada dosa-dosa atau kesalahan-kesalahan sendiri. Ketakutan tersebut berupa rasa takut jika bayi yang akan dilahirkan dalam keadaan cacat, serta takhayul lain. Walaupun pada jaman ini kepercayaan pada ketakutan-ketakutan gaib selama proses reproduksi sudah sangat berkurang sebab secara biologis, anatomis, dan fisiologis kesulitan-kesulitan pada peristiwa partus bisa dijelaskan dengan alasan-alasan patologis atau sebab abnormalitas (keluarbiasaan). Tetapi masih ada perempuan yang diliputi rasa ketakutan akan takhayul.

- 2) Timbulnya rasa tegang, takut, kesakitan, kecemasan dan konflik batin. Hal ini disebabkan oleh semakin membesarnya janin dalam kandungan yang dapat mengakibatkan calon ibu mudah capek, tidak nyaman badan, dan tidak bisa tidur nyenyak, sering kesulitan bernafas dan macam-macam beban jasmaniah lainnya diwaktu kehamilannya.
- 3) Sering timbul rasa jengkel, tidak nyaman dan selalu kegerahan serta tidak sabaran sehingga harmoni antara ibu dan janin yang dikandungnya menjadi terganggu. Ini disebabkan karena kepala bayi sudah memasuki panggul dan timbulnya kontraksi-kontraksi pada rahim sehingga bayi yang semula diharapkan dan dicintai secara psikologis selama berbulan-bulan itu kini dirasakan sebagai beban yang amat berat.
- 4) Ketakutan menghadapi kesulitan dan resiko bahaya melahirkan bayi yang merupakan hambatan dalam proses persalinan :
 - a) Adanya rasa takut dan gelisah terjadi dalam waktu singkat dan tanpa sebab sebab yang jelas
 - b) Ada keluhan sesak nafas atau rasa tercekik, jantung berdebar-debar
 - c) Takut mati atau merasa tidak dapat tertolong saat persalinan
 - d) Muka pucat, pandangan liar, pernafasan pendek, cepat dan takikardi
- 5) Adanya harapan harapan mengenai jenis kelamin bayi yang akan dilahirkan. Relasi ibu dengan calon anaknya terpecah, sehingga popularitas AKU-KAMU (aku sebagai pribadi ibu dan kamu sebagai bayi) menjadi semakin jelas. Timbullah dualitas perasaan yaitu:
 - a) Harapan cinta kasih
 - b) Impuls bermusuhan dan kebencian

- 6) Sikap bermusuhan terhadap bayinya
 - a) Keinginan untuk memiliki janin yang unggul
 - b) Cemas kalau bayinya tidak aman di luar rahim
 - c) Belum mampu bertanggung jawab sebagai seorang ibu
- 7) Kegelisahan dan ketakutan menjelang kelahiran bayi:
 - a) Takut mati
 - b) Trauma kelahiran
 - c) Perasaan bersalah
 - d) Ketakutan riil (Kurniarum, 2016: 40-41).

b. Perubahan Psikologis Ibu Bersalin Kala II

Pada masa persalinan seorang wanita ada yang tenang dan bangga akan kelahiran bayinya, tapi ada juga yang merasa takut. Adapun perubahan psikologis yang terjadi adalah sebagai berikut:

- 1) Panik dan terkejut dengan apa yang terjadi pada saat pembukaan lengkap
- 2) Bingung dengan adanya apa yang terjadi pada saat pembukaan lengkap
- 3) Frustrasi dan marah
- 4) Tidak memperdulikan apa saja dan siapa saja yang ada di kamar bersalin
- 5) Rasa lelah dan sulit mengikuti perintah
- 6) Fokus pada dirinya sendiri (Kurniarum, 2016: 41).

c. Perubahan Psikologis Ibu Bersalin Kala III dan Kala IV

Sesaat setelah bayi lahir hingga 2 jam persalinan, perubahan – perubahan psikologis ibu juga masih sangat terlihat karena kehadiran buah hati baru. dalam

hidupnya. Adapun perubahan psikologis ibu bersalin yang tampak pada kala III dan IV ini adalah sebagai berikut.

1) Bahagia

Karena saat – saat yang telah lama di tunggu akhirnya datang juga yaitu kelahiran bayinya dan ia merasa bahagia karena merasa sudah menjadi wanita yang sempurna (bisa melahirkan, memberikan anak untuk suami dan memberikan anggota keluarga yang baru), bahagia karena bisa melihat anaknya.

2) Cemas dan Takut

Cemas dan takut kalau terjadi bahaya atas dirinya saat persalinan karena persalinan di anggap sebagai suatu keadaan antara hidup dan mati

- a) Cemas dan takut karena pengalaman yang lalu.
- b) Takut tidak dapat memenuhi kebutuhan anaknya (Jannatul, Nurul. 2017: 25-26).

7. Tahapan Persalinan

Tahapan Persalinan Dalam proses persalinan ada beberapa tahapan yang harus dilalui oleh ibu, tahapan tersebut dikenal dengan empat kala, yaitu:

a. Kala satu (kala pembukaan)

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus atau dikenal dengan "his" yang teratur dan meningkat (baik frekuensi maupun kekuatannya) hingga serviks berdilatasi hingga 10 cm (pembukaan lengkap) atau kala pembukaan berlangsung dari mulai adanya pembukaan sampai pembukaan lengkap. Kala satu persalinan dibagi menjadi dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif (Indrayani, 2016: 43).

1) Fase laten pada kala satu persalinan

- a) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- b) Dimulai dari adanya pembukaan sampai pembukaan serviks mencapai 4 cm atau serviks membuka kurang dari 4 cm.
- c) Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.

2) Fase aktif pada kala satu persalinan

- a) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).
- b) Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).
- c) Terjadi penurunan bagian terbawah janin.
- d) Pada umumnya, fase aktif berlangsung hampir atau hingga 6 jam.
- e) Fase aktif dibagi lagi menjadi tiga fase, yaitu:
 - (1) Fase akselerasi, pembukáan 3 ke 4, dalam waktu 2 jam.

- (2) Fase kemajuan maksimal/dilatasi maksimal, pembukaan berlangsung sangat cepat, yaitu dari pembukaan 4 ke 9 dalam waktu 2 jam.
- (3) Fase deselerasi, pembukaan 9 ke 10 dalam waktu 2 jam.
- f) Fase-fase tersebut terjadi pada primigravida. Pada multigravida juga demikian, namun fase laten, aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pendek.
- g) Dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan dan dipantau dengan menggunakan lembar partograf. Masalah/komplikasi yang dapat muncul pada kala satu adalah ketuban pecah sebelum waktunya (pada fase laten), gawat janin, inersia uteri (Indrayani, 2016: 43-44).

b. Kala dua (pengeluaran bayi)

Kala dua persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi. Kala dua disebut juga dengan kala pengeluaran bayi. Tanda dan gejala kala dua adalah:

- 1) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- 2) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan/atau vaginanya.
- 3) Perineum menonjol.
- 4) Vulva-vagina dan spingter ani membuka.
- 5) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

Pada kala dua persalinan his/kontraksi yang semakin kuat dan teratur. Umumnya ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan

meneran. Kedua kekuatan, his dan keinginan untuk meneran akan mendorong bayi keluar. Kala dua berlangsung hingga 2 jam pada primipara dan 1 jam pada multipara. Pada kala dua, penurunan bagian terendah janin hingga masuk ke ruang panggul sehingga menekan otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa ingin meneran, karena adanya penekanan pada rektum sehingga ibu merasa seperti mau buang air besar yang ditandai dengan anus membuka. Saat adanya his bagian terendah janin akan semakin terdorong keluar sehingga kepala mulai terlihat, vulva membuka dan perineum menonjol.

Pada keadaan ini, ketika ada his kuat, pimpin ibu untuk meneran hingga lahir seluruh badan bayi. Masalah/komplikasi yang dapat muncul pada kala dua adalah pre-eklamsia/eklamsia, gawat janin, kala dua memanjang/persalinan lama, tali pusat menumbung, partus macet, kelelahan ibu, distosia bahu, inersia uteri, lilitan tali pusat (Indrayani, 2016: 45-46).

c. Kala tiga (pelepasan uri)

Kala tiga persalinan disebut juga dengan kala uri atau kala pengeluaran plasenta. Kala tiga persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Setelah kala dua persalinan, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Dengan lahirnya bayi, sudah mulai pelepasan plasenta pada lapisan Nitabuch, karena sifat retraksi otot rahim. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda di bawah ini:

- 1) Perubahan bentuk uterus dan tinggi fundus uteri.
 - a) Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan umum tinggi fundus uteri di bawah pusat.
 - b) Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berubah bentuk menjadi seperti buah pear/alpukat dan tinggi fundus uteri menjadi di atas pusat.
- 2) Tali pusat bertambah panjang.
- 3) Terjadi semburan darah secara tiba-tiba perdarahan (bila pelepasan plasenta secara dari pinggir).

Masalah/komplikasi yang dapat muncul pada kala tiga adalah retensio plasenta, plasenta lahir tidak lengkap, perlukaan jalan lahir. Pada kasus retensio plasenta, tindakan manual plasenta hanya dapat dilakukan dengan pertimbangan terdapat perdarahan (Indrayani, 2016: 46).

d. Kala empat (pemantauan)

Kala empat persalinan disebut juga dengan kala permantauan. Kala empat dimulai dari setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. Pada kala paling sering terjadi perdarahan postpartum, yaitu pada 2 jam pertama postpartum. Masalah/komplikasi yang dapat muncul pada kala empat adalah perdarahan yang mungkin disebabkan oleh atonia uteri, laserasi jalan lahir dan sisa plasenta. Oleh karena itu harus dilakukan pemantauan, yaitu pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam. Pemantauan pada kala IV dilakukan:

- 1) Setiap 15 menit pada satu jam pertama pascapersalinan.
- 2) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan.

- 3) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan penatalaksanaan atonia uteri yang sesuai (Indrayani, 2016: 47).

8. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

a. Power (Kekuatan).

Power adalah kekuatan atau tenaga yang mendorong janin keluar. Kekuatan tersebut meliputi :

1) His (Kontraksi Uterus)

His adalah kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominan terkoordinasi dan relaksasi (Nurasiah,Ai, dkk. 2012: 28). Pada waktu kontraksi, otot-otot Rahim menguncup sehingga menjadi menebal dan lebih pendek. Kafum uteri menjadi lebih kecil serta mendorong janin dan kantong amnion kearah segmen bawah rahim dan cervik (Elisabeth, 2019: 19).

a) Pembagian his dan sifat-sifatnya

- (1) His pendahuluan : his tidak kuat, datangnya tidak teratur, menyebabkan keluarnya lendir darah atau *bloody show*.
- (2) His pembukaan (Kala I) : menyebabkan pembukaan serviks, semakin kuat, teratur dan sakit.
- (3) His pengeluaran (Kala II) : untuk mengeluarkan janin, sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi.
- (4) His pelepasan plasenta (Kala III) : kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta

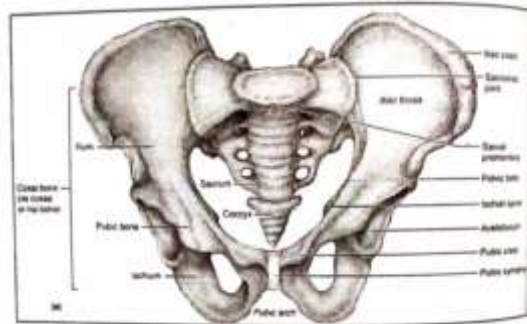
(5) His pengiring (Kala IV) : kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, terjadi pengecilan dalam beberapa jam atau hari (Nurasiah, Ai,dkk. 2012: 28-29).

2) Tenaga Mengejan

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

- a) Kontraksi otot-otot dinding perut yang mengakibatkan peninggian tekanan intra abdominal dan tekanan ini menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan untuk mendorong keluar
- b) Tenaga ini serupa dengan tenaga mengedan sewaktu buang air besar (BAB), tapi jauh lebih kuat
- c) Saat kepala sampai kedasar panggul, timbul refleks yang mengakibatkan ibu menutup glotisnya, mengkontraksikan otot-otot perut dan menekan diafragmanya ke bawah
- d) Tenaga mengejan ini hanya dapat berhasil bila pembukaan sudah lengkap dan paling efektif sewaktu ada his
- e) Tanpa tenaga mengejan bayi tidak akan lahir (Nurasiah,Ai, dkk. 2012: 31-32).

b. Passage (Jalan Lahir)



Gambar 1 Panggul
(Sumber : Nurasih, Ai,dkk. 2012: 32)

3) Bagian keras : panggul

Panggul dibentuk oleh empat buah tulang yaitu: 2 tulang pangkal paha (*os coxae*) terdiri dari *os illium*, *os ischium* dan *os pubis*, 1 tulang kelangkang (*os sacrum*), dan 1 tulang tungging (*os cocygis*).

a) *Os ilium*/tulang usus;

Ukurannya terbesar dibanding tulang lainnya. sebagai batas dinding atas dan belakang panggul/pelvis. Pinggir atas *os ilium* yang tumpul dan menebal disebut *crista iliaca*. Bagian terdepan *crista iliaca spina iliaca anterior posterior* dan beberapa sentimeter dibawahnya menonjol *spina iliaca anterior inferior*. Bagian paling belakang dari *crista iliaca anterior* *os ischium* terletak di bawah *os ilium*, pada bagian posterior superior. Pada sisi dalam *os ilium* merupakan batas antara panggul mayor dan panggul minor dinamakan *incisura ischiadica mayor*. Pada sisi dalam *os ilium* merupakan batas antara panggul mayor dan panggul minor dinamakan *linia innominata/linia terminalis* (Kurniawan, 2016: 56-57).

b) *Os Ischium*/tulang duduk;

Posisi *os ischium* di bawah *os ilium*, pada bagian belakang terdapat cuat duri dinamakan *spina ischiadica*. Lengkung dibawah *spina ischiadica* dinamakan

incisura ischiadica minor, pada bagian bawah menebal, sebagai penopang tubuh saat duduk dinamakan tuber ischiadicum (Kurniawan, 2016: 57).

c) *Os Pubis*/tulang kemaluan:

Membentuk suatu lubang dengan *os ischium* yaitu *foramen obturatorium*, *fungsi* di dalam persalinan belum diketahui secara pasti. Di atas foramen obturatorium dibatasi oleh sebuah tangkai dari *os pubis* yang menghubungkan dengan *os ischium* disebut *ramus superior ossis pubis*. Pada ramus superior ossis pubis kanan dan kiri terdapat tulang yang bersisir, dinamakan *pectin ossis pubis*. Kedua ramus inferior ossis pubis membentuk sudut yang disebut *arkus pubis*. Pada panggul wanita normal sudutnya tidak kurang dari 90o . Pada bagian atas *os pubis* terdapat tonjolan yang dinamakan *tuberkulum pubic* (Kurniawan, 2016: 57).

d) *Os Sacrum*/tulang kelangkang

Bentuknya segitiga, dengan dasar segitiga di atas dan puncak segitiga pada ujung di bawah: terdiri lima ruas yang bersatu, terletak diantara *os coxae* dan merupakan dinding belakang panggul. Permukaan belakang pada bagian tengah terdapat cuat duri dinamakan *crista sakralia*. Permukaan depan membentuk cekungan disebut *arcus sakralia* yang melebar luas panggul kecil/pelvis minor. Dengan lumbal ke – 5 terdapat artikulasio lumbo cakralis. Bagian depan paling atas dari tulang sacrum dinamakan *promontorium*, dimana bagian ini bila dapat teraba pada waktu periksa dalam, berarti ada kesempitan panggul (Kurniawan, 2016: 57).

e) *Os Coccygis*/tulang ekor

Dibentuk oleh 3 – 5 ruas tulang yang saling berhubungan dan berpadu dengan bentuk segitiga. Pada kehamilan tahap akhir koksigeum dapat bergerak (kecuali jika struktur tersebut patah). Perhubungan tulang-tulang panggul: di depan

panggul terdapat hubungan antara kedua *os pubis* kanan dan kiri disebut simpisis pubis. Di belakang terdapat *artikulasio sakro-iliaka* yang menghubungkan *os sacrum* dan *os ilium*. Di bagian bawah panggul terdapat *artikulasio sakro koksigea* yang menghubungkan *os sacrum* dengan *os koksigis*.

Tulang panggul dipisahkan oleh pintu atas panggul menjadi dua bagian:

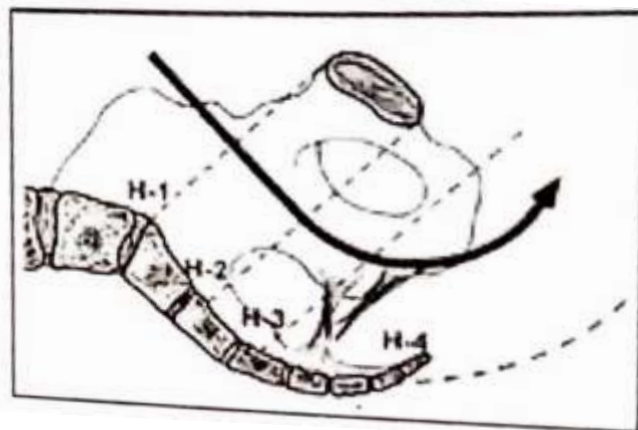
- (1) Panggul palsu/*false pelvis* (pelvis mayor), yaitu bagian pintu atas panggul dan tidak berkaitan dengan persalinan.
- (2) Pintu Atas Panggul (PAP): bagian anterior pintu atas panggul, yaitu batas atas panggul sejati dibentuk oleh tepi atas tulang pubis. Bagian lateral dibentuk oleh *linea iliopektenia*, yaitu sepanjang tulang *inominata*. Bagian posteriornya dibentuk oleh bagian anterior tepi atas *sacrum* dan *promontorium sacrum*.
- (3) Panggul sejati/*true pelvis* (pelvis minor) Bentuk pelvis menyerupai saluran yang menyerupai sumbu melengkung ke depan. Pelvis minor terdiri atas: pintu atas panggul (PAP) disebut *pelvic inlet*. Bidang tengah panggul terdiri dari bidang luas dan bidang sempit panggul.
- (4) Rongga panggul Merupakan saluran lengkung yang memiliki dinding anterior (depan) pendek dan dinding posterior jauh lebih cembung dan panjang. Rongga panggul melekat pada bagian posterior simpisis pubis, *ischium*, sebagian *ilium*, *sacrum* dan *koksigis*.
- (5) Pintu Bawah Panggul Yaitu batas bawah panggul sejati. Struktur ini berbentuk lonjong agak menyerupai intan, di bagian anterior dibatasi oleh lengkung pubis, dibagian lateral oleh *tuberositas ishium*, dan

bagian *posterior* (belakang) oleh ujung *koksigeum* (Kurniawan, 2016: 57-58).

f) Bidang Hodge

Bidang hodge adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam/vagina toucher (VT). Adapun bidang hodge sebagai berikut:

- (1) Hodge I : Bidang yang setinggi Pintu Atas Panggul (PAP) yang dibentuk oleh *promontorium*, *artikulasio sakro iliaca*, sayap *sacrum*, *linia inominata*, *ramus superior os pubis*, dan tepi atas *symfisis pubis*.
- (2) Hodge II : Bidang setinggi pinggir bawah *symfisis pubis* berhimpit dengan PAP (Hodge I).
- (3) Hodge III : Bidang setinggi *spina ischiadika* berhimpit dengan PAP (Hodge I)
- (4) Hodge IV : Bidang setinggi ujung *os coccygis* berhimpit dengan PAP (Hodge I) (Kurniawan, 2016: 58).



Gambar 2 Bidang Hodge
(Sumber : Nurasiah, Ai,dkk. 2012: 35)

g) Ukuran-Ukuran Panggul

(1) Panggul dalam

(a) Pintu atas panggul

- 1) *Konjugata vera* atau diameter *antero posterior* (depan-belakang) yaitu diameter antara *promontorium* dan tepi atas *symfisis* sebesar 11 cm. Cara pengukuran dengan periksa dalam akan memperoleh *konjugata diagonalis* yaitu jarak dari tepi bawah *symfisis pubis* ke *promontorium* (12,5 cm) dikurangi 1,5-2 cm.
- 2) *Konjugata obstetrika* adalah jarak antara *promontorium* dengan *pertengahan symfisis pubis*.
- 3) *Diameter transversa* (melintang), yaitu jarak terlebar antara ke dua *linia inominata* sebesar 13 cm.
- 4) Diameter oblik (miring): jarak antara *artikulasio sakro iliaka* dengan *tuberkulum pubikum* sisi yang bersebelah sebesar 12 cm (Kurniawan, 2016: 59).

(b) Bidang tengah panggul

- 1) Bidang luas panggul, terbentuk dari titik tengah *symfisis* pertengahan *acetabulum* dan ruas sacrum ke-2 dan ke-3. Merupakan bidang yang mempunyai ukuran paling besar, tidak menimbulkan masalah dalam mekanisme turunnya kepala. Diameter *antero posterior* 12,75 cm, diameter *transfersa* 12,5 .

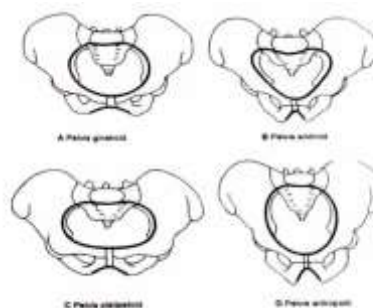
- 2) Bidang sempit panggul, merupakan bidang yang berukuran kecil, terbentang dari tepi bawah *symfisis, spina ischiadika* kanan dan kiri, dan 1- 2 cm dari ujung bawah *sacrum*. *Diameter antero-posterior* sebesar 11,5 cm dan diameter *transversa* sebesar 10 cm (Kurniawan, 2016: 60).

(c) Pintu bawah panggul

- 1) Terbentuk dari dua segitiga dengan alas yang sama, yaitu diameter *tuber ischiadikum*. Ujung segitiga belakang pada ujung *os sacrum*, sedangkan ujung segitiga depan *arcus pubis*.
- 2) Diameter antero-posterior ukuran dari tepi bawah *symfisis* ke ujung *sacrum*: 11,5 cm.
- 3) Diameter *transfersa*: jarak antara *tuber ischiadikum* kanan dan kiri: 10,5 cm
- 4) Diameter *sagitalis posterior* yaitu ukuran dari ujung *sacrum* ke pertengahan ukuran *transversa*: 7,5 cm (Kurniawan, 2016: 60).

h) Bentuk panggul

Jenis panggul dikelompokkan sebagai berikut :



Gambar 3 Bentuk Panggul
(Sumber : Nurasih, Ai,dkk.2012: 37)

- (1) *Ginekoid* : paling ideal, bentuk hamper bulat. Panjang diameter *anteroposterior* kira-kira sama dengan diameter transversa.
- (2) *Android* : bentuk hamper segitiga. Umumnya laki-laki mempunyai jenis panggul ini. panjang diameter *anteroposterior* hampir sama dengan diameter *transversa*, akan tetapi jauh lebih mendekati *sacrum*
- (3) *Anthropoid* : bentuknya lebih lonjong seperti telur panjang diameter *anteroposterior* lebih besar daripada diameter transversa
- (4) *Paltipeloid* : jenis *ginekoid* yang menyempit pada arah muka belakang (Nurasiah, 2012: 37).

4) Bagian lunak panggul

- a) Tersusun atas segmen bawah uterus, serviks uteri, vagina, muskulus dan ligamentum yang menyelubungi dinding dalam dan bawah panggul:
 - (1) Permukaan belakang panggul dihubungkan oleh jaringan ikat antara *os sacrum* dan *ilium* dinamakan *ligamentum sacroiliaca posterior*, bagian depan dinamakan *ligamentum sacro iliaca anterior*.
 - (2) Ligamentum yang menghubungkan *os sacro tuber os sacrum* dan *spina ischium* dinamakan *ligamentum sacro spinosum*.
 - (3) Ligamentum antara *os sacrum* dan *os tuber ischiadikum* dinamakan *ligamentum sacro tuberosum*.
 - (4) Pada bagian bawah sebagai dasar panggul. Diafragma pelvis terdiri dari bagian otot disebut *muskulus levator ani*.

- (5) Bagian membrane disebut diafragma *urogenetal*.
- (6) Muskulus levator ani menyelubungi rectum, terdiri atas muskulus pubo *coccygeus*,
- (7) *Musculus iliococcygeus* dan *muskulus ischio coccygeus*.
- (8) Ditengah-tengah muskulus *pubococcygea* kanan dan kiri ada hiatus urogenetalis yang merupakan celah berbentuk segitiga. Pada wanita sekat ini dibatasi sekat yang menyelubungi pintu bawah panggul sebelah depan dan merupakan tempat keluarnya uretra dan vagina.
- (9) Fungsi diafragma pelvis adalah untuk menjaga agar genetalia interna tetap pada tempatnya. Bila muskulus ini menurun fungsinya, maka akan terjadi prolaps atau turunnya alat genetalia interna (Kurniawan, 2016: 62).

b) Perineum

Merupakan daerah yang menutupi pintu bawah panggul, terdiri dari:

- (1) Regio analis, sebelah belakang. Spincter ani eksterna yaitu muskulus yang mengelilingi anus.
- (2) Regio urogenetalis terdiri atas muskulus bulbo cavernosus, ischiocavernosus dan transversus perinei superficialis (Kurniawan, 2016: 62-63).

c. Passenger

Passenger terdiri dari :

1) Janin

Selama janin dan plasenta berada dalam Rahim belum tentu pertumbuhannya normal, adanya kelainan genetic dan kebiasaan ibu yang buruk dapat menjadikan pertumbuhannya tidak normal antara lain (Elisabeth, 2019: 21) :

- a) Kelainan bentuk dan besar janin anensefalus, hidrocefalus dan janin makrosomia
- b) Kelainan pada letak kepala : presentasi puncak, presentasi muka, presentasi dahi dan kelainan oksiput
- c) Selain letak janin : letak sungsang, letak lintang, letak mengelak, presentasi rangkap (kepala tangan, kepala kaki, kepala tali pusat)
- d) Kepala janin (bayi) merupakan bagian penting dalam proses persalinan dan memiliki ciri sebagai berikut :
 - (1) Bentuk kepala oval, sehingga setelah bagian besar lahir, maka bagian lainnya mudah lahir
 - (2) Persendian kepala terbentuk kogel, sehingga dapat digerakkan ke segala arah dan memberikan kemungkinan untuk melakukan putaran paksi dalam
 - (3) Letak persendian kepala melakukan fleksi untuk putaran paksi dalam (Elisabeth, 2019: 22).

2) Plasenta

Plasenta terbentuk bundar atau oval, ukuran diameter 15-20 cm tebal 2-3 cm, berat 500-600 gram. Sebab-sebab terlepasnya plasenta adalah:

Waktu bayi dilahirkan rahim sangat mengecil dan setelah bayi lahir uterus merupakan alat dengan dinding yang tebal sedangkan rongga rahim hampir tidak ada. Fundus uteri terdapat sedikit di bawah pusat, karena pengecilan rahim yang tiba-tiba ini tempat perlekatan plasenta jika sangat mengecil. Plasenta sendiri harus mengikuti pengecilan ini hingga menjadi dua kali setebal pada permulaan persalinan karena pengecilan tempat melekatnya plasenta dengan kuat, maka plasenta juga berlipat-lipat dan ada bagian-bagian yang terlepas dari dinding rahim karena tak dapat mengikuti pengecilan dari dasarnya (Elisabeth, 2019: 22-23).

Pelepasan plasenta ini terjadi dalam stratum spongiosum yang sangat banyak lubang-lubangnya. Jadi secara singkat faktor yang sangat penting dalam pelepasan plasenta ialah retraksi dan kontraksi otot-otot rahim setelah anak lahir. Ditempat yang lepas terjadi perdarahan ialah antara plasenta dan desidua basalis dan karena hematoma ini membesar, maka seolah-olah plasenta terangkat dari dasarnya oleh hematoma tersebut sehingga di daerah pelepasan. Plasenta biasanya terlepas dalam 4-5 menit setelah anak lahir, mungkin pelepasan setelah anak lahir. Juga selaput janin menebal dan berlipat-lipat karena pengecilan dinding rahim. Oleh kontraksi dan retraksi rahim terlepas dan sebagian karena tarikan waktu plasenta lahir (Elisabeth, 2019: 23).

a) Air Ketuban

Volume air ketuban pada kehamilan cukup bulan kira-kira 1000-1500 cc. Ciri-ciri air ketuban: berwarna putih keruh, berbau amis dan berasa manis, reaksinya agak alkalis dan netral, dengan berat jenis 1,008. Komposisinya terdiri atas 98% air, sisanya albumin, urea, asam uric, kreatinin, sel-sel epitel, rambut lanugo, verniks caseosa, dan garam organik. Kadar protein kira-kira 2,6% gram per liter, terutama albumin. Fungsi air ketuban pada persalinan: selama selaput ketuban tetap utuh, cairan amnion/air ketuban melindungi plasenta dan tali pusat dari tekanan kontraksi uterus. Cairan ketuban juga membantu penipisan dan dilatasi serviks (Kurniawan, 2016: 73).

Tak hanya itu saja, air ketuban juga berfungsi melindungi janin dari infeksi, menstabilkan perubahan suhu, dan menjadi sarana yang memungkinkan janin bergerak bebas. Seiring dengan penambahan usia kehamilan, aktifitas organ tubuh janin juga memengaruhi cairan ketuban. Kelebihan air ketuban dapat berdampak pada kondisi janin. Untuk menjaga kestabilan air ketuban, bayi meminum air ketuban didalam tubuh ibunya dan kemudian mengeluarkannya dalam bentuk kencing. Jadi jika terdapat volume air ketuban yang berlebih diprediksi terdapat gangguan pencernaan atau gangguan pada saluran pembuangan sang bayi yang ditandai dengan kencingnya yang tidak normal (Elisabeth, 2019: 23-24).

Kekurangan cairan ketuban bisa disebabkan berbagai hal, diantaranya menurunnya fungsi plasenta akibat kehamilan yang melebihi waktu, ketuban yang bocor atau kelainan janin yang berhubungan dengan penyumbatan kandung kemih (Elisabeth, 2019: 24).

b) Psikologis

Keadaan psikologis ibu mempengaruhi proses persalinan. Ibu bersalin didampingi oleh suami dan orang yang dicintainya cenderung mengalami persalinan yang lebih lancar dibanding dengan ibu bersalin tanpa pendamping. Ini menunjukkan bahwa dukungan mental berdampak positif bagi keadaan psikologis ibu, yang berpengaruh terhadap kelancaran proses persalinan (Nurasiah, Ai,dkk. 2012: 48).

Perubahan psikologis dan perilaku ibu, terutama yang terjadi selama fase laten, aktif, dan transisi pada kala I persalinan memiliki karakteristik masing-masing. Sebagian besar ibu hamil yang memasuki masa persalinan akan merasa takut. Apalagi untuk seorang primigravida yang pertama kali beradaptasi dengan ruang bersalin. Hal ini harus disadari dan tidak boleh diremehkan oleh petugas kesehatan yang akan memberikan pertolongan persalinan. Ibu hamil yang akan bersalin mengharapkan penolong yang dapat dipercaya dan dapat memberikan bimbingan dan informasi mengenai keadaannya. Kondisi psikologis ibu bersalin dapat juga dipengaruhi oleh dukungan dari pasangannya, orang terdekat, keluarga, penolong, fasilitas dan lingkungan tempat bersalin, bayi yang dikandungnya merupakan bayi yang diharapkan atau tidak (Nurasiah, Ai,dkk. 2012: 48).

c) Pysician (Penolong)

Kompetensi yang dimiliki penolong sangat bermanfaat untuk memperlancar proses persalinan dan mencegah kematian maternal dan neonatal. Dengan pengetahuan dan kompetensi yang baik diharapkan kesalahan atau malpraktik dalam memberikan asuhan tidak terjadi. Tidak hanya aspek tindakan yang diberikan, tetapi aspek konseling dan pemberian informasi yang jelas dibutuhkan

oleh ibu bersalin untuk mengurangi tingkat kecemasan ibu dan keluarga (Nurasiah, Ai,dkk. 2012: 48-49)

9. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan merupakan gerakan janin yang mengakomodasikan diri terhadap panggul ibu. Hal ini sangat penting untuk kelahiran melalui vagina oleh karena janin itu harus menyesuaikan diri dengan ruangan yang tersedia di dalam panggul. Diameter-diameter yang besar dari janin harus menyesuaikan dengan diameter yang paling besar dari panggul ibu agar janin bisa masuk melalui panggul untuk dilahirkan (Indrayani, 2016: 247).

a. Penurunan

Terjadinya penurunan bagian terendah janin dipengaruhi oleh satu/lebih dari kekuatan yaitu tekanan cairan amnion; tekanan langsung fundus pada bo- kong; kontraksi otot-otot uterus; dan ekstensi dan pelurusan badan janin. Turunnya kepala dapat dibagi dalam :

1) Masuknya kepala pada pintu atas panggul (PAP)

Masuknya kepala dalam PAP pada primipara terjadi pada bulan terakhir dari kehamilan (36-37 minggu) tetapi pada multipara biasanya terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala melintasi PAP dapat terjadi dalam keadaan (Indrayani, 2016: 298) :

a) *Sinklitismus*

Dikatakan *sinklitismus* apabila arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang PAP.

b) *Asinklitismus*

Dikatakan *asinklitismus* apabila arah sumbu kepala janin miring dengan bidang PAP.

(1) *Asinklitismus anterior (Naegele)*

Dikatakan *asinklitismus anterior (Naegele)* apabila sumbu kepala membuat sudut lancip ke depan dengan PAP atau *sutura sagitalis* mendekati *simfisis*.

(2) *Asinklitismus posterior (Litzman)*

Dikatakan *asinklitismus posterior (Litzman)* apabila sumbu kepala membuat sudut kanan kebelakang dengan PAP atas *sutura sagitalis* mendekati *promontorium*.

Terjadinya penurunan bagian terendah janin dipengaruhi oleh satu/lebih dari kekuatan yaitu tekanan cairan amnion; tekanan langsung fundus pada bokong; kontraksi otot-otot uterus; dan ekstensi dan pelurusan badan janin. Turunnya kepala dapat dibagi dalam :

Keadaan *asinklitismus anterior* lebih menguntungkan daripada mekanisme turunnya kepala dengan *asinklitismus posterior* karena ruangan pelvis di daerah posterior adalah lebih luas dibandingkan dengan ruangan pelvis di daerah anterior. *Asinklitismus* tersebut penting, apabila daya akomodasi panggul agak terbatas (Indrayani, 2016: 298-299).

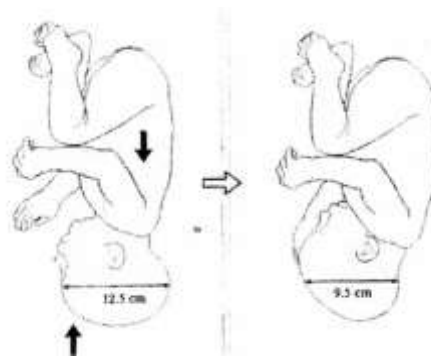
2) Majunya kepala

Pada *primi gravida* majunya kepala terjadi setelah kepala masuk dalam rongga panggul, sebaliknya pada *multipara* masuknya kepala dalam rongga pang-

gul majunya kepala terjadi bersamaan dengan gerakan lain seperti: fleksi, putaran paksi dalam dan ekstensi (Indrayani, 2016: 299).

b. Fleksi

Dengan majunya kepala biasanya fleksi bertambah hingga ubun-ubun kecil jelas lebih rendah dari ubun-ubun besar. Keuntungan dari bertambah fleksi ialah ukuran kepala yang lebih kecil melalui jalan lahir: Diameter suboksipito bregmatika (9,5 cm) menggantikan diameter suboksipito frontalis (12,5 cm).



Gambar 4 Fleksi kepala bayi
(Sumber : Indrayani, 2016: 300)

Fleksi ini disebabkan karena anak didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir pintu atas panggul, serviks, dinding panggul atau dasar panggul. Akibat dari kekuatan ini adalah terjadinya fleksi karena moment yang menimbulkan fleksi lebih besar dari moment yang menimbulkan defleksi. Begitu penurunan menemukan tahanan dari pinggir PAP, serviks, dinding panggul/dasar panggul, maka akan terjadilah fleksi sehingga ubun-ubun kecil (UUK) jelas lebih rendah dari ubun-ubun besar (UUB) (Indrayani, 2016: 300).

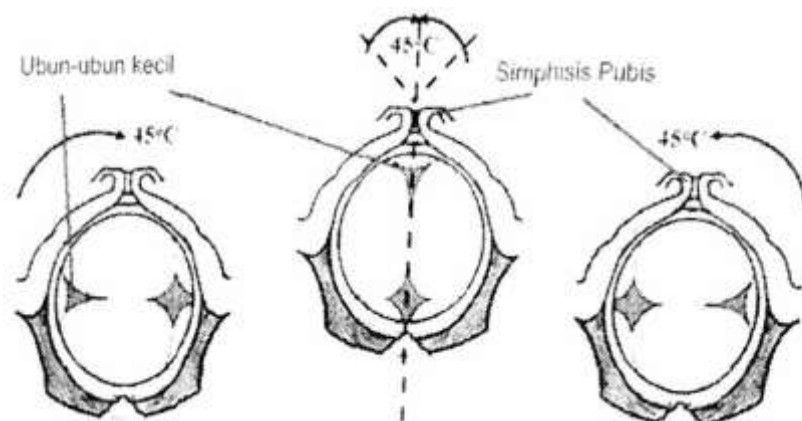
c. Putaran paksi dalam (rotasi internal)

Putaran paksi dalam adalah gerakan pemutaran kepala dengan suatu cara yang secara perlahan menggerakkan oksiput dari posisi asalnya ke *anterior* menuju *simfisis pubis* atau ukiran sering ke *posterior* menuju lubang *sakrum*. Putaran paksi

dalam mutlak perlu untuk kelahiran kepala karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir, khususnya bentuk bidang tengah panggul dan pintu bawah panggul (PBP) (Indrayani, 2016: 300).

Putaran paksi dalam tidak terjadi sendiri, tetapi selalu bersamaan dengan majunya kepala. Putaran paksi dalam terjadi setelah kepala sampai di Hodge III atau setelah kepala sampai di dasar panggul. Sebab-sebab putaran paksi dalam antaranya:

- 1) Pada letak fleksi, bagian belakang kepala merupakan bagian terendah dari kepala.
- 2) Bagian terendah dari kepala mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitilis (lubang genitilis) antara *musculus levator ani* (otot untuk mengangkat) kiri dan kanan.
- 3) Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter *antero posterior* (Indrayani, 2016: 300-301).

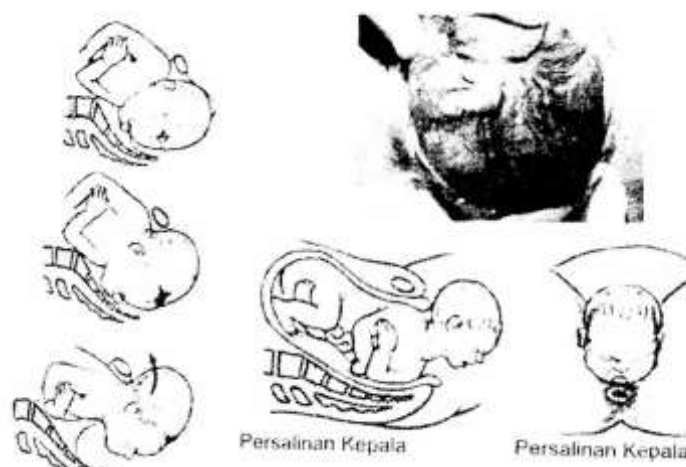


Gambar 5 Putaran paksi dalam
Sumber : (Indrayani, 2016: 301)

d. Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala yang telah fleksi penuh sampai di dalam panggul (vulva), terjadi ekstensi atau defleksi dari kepala sehingga dasar oksiput langsung menempel pada *margo inferior* (tepi bawah) *simfisis pubis*. Hal ini terjadi karena pintu keluar vulva mengarah ke atas dan ke depan, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya (Indrayani, 2016: 301).

Pada kepala bekerja dua kekuatan, yang satu mendesaknya ke bawah dan satunya disebabkan tahanan dasar panggul yang menolaknya ke atas. Dengan bertambahnya distensi perineum dan muara vagina Bagian oksiput yang terlihat semakin banyak dan terjadi secara perlahan. Kepala dilahirkan dengan ekstensi lebih lanjut (bagian di bawah *occiput* (*sub-oksiput*) sebagai *hipomochlion*/pusat pemutar) maka lahirlah berturut-turut UUB, dahi, hidung, mulut dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi (Indrayani, 2016: 301).



Gambar 6 Ekstensi
(Sumber : Indrayani, 2016: 301)

e. Putaran paksi luar (rotasi eksternal)

Putaran paksi luar (rotasi eksternal) disebut juga putaran restitusi atau putaran balasan. Setelah kepala lahir maka kepala memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi (proses mernilin) pada leher yang terjadi

pada rotasi dalam. Kalau oksiput pada awalnya mengarah ke kiri, bagian ini berotasi ke arah *tuberositas iskhium kiri*. Kembalinya kepala ke posisi obliq (restitusi) diikuti dengan lengkapnya rotasi luar di posisi lintang, suatu gerakan yang sesuai dengan rotasi badan janin, yang bekerja membawa diameter biakromialnya (ukuran bahu) berhimpit dengan diameter *antero posterior* PBP. Jadi satu bahu ada di *anterior* di belakang *simfisis* dan yang lainnya *posterior* (Indrayani, 2016: 302).

f. Ekspulsi

Segera setelah rotasi luar, bahu depan kelihatan di bawah *simfisis* dan menjadi *hipomochlion* untuk kelahiran bahu belakang, kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir (Indrayani, 2016: 302).



Gambar 7 Ekspulsi
(Sumber : Indrayani, 2016: 303)

10. Asuhan Sayang Ibu

a. Kala I

Kala I adalah suatu kala dimana dimulai dari timbulnya his sampai pembukaan lengkap. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah:

- 1) Memberikan dukungan emosional.
- 2) Pendampingan anggota keluarga selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya
- 3) Menghargai keinginan ibu untuk memilih pendamping selama persalinan.
- 4) Peran aktif anggota keluarga selama persalinan dengan cara:
 - a) Mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati dan memuji ibu.
 - b) Membantu ibu bernafas dengan benar saat kontraksi.
 - c) Melakukan massage pada tubuh ibu dengan lembut.
 - d) Menyeka wajah ibu dengan lembut menggunakan kain.
 - e) Menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa aman.
- 5) Mengatur posisi ibu sehingga terasa nyaman.
- 6) Memberikan cairan nutrisi dan hidrasi – memberikan kecukupan energi dan mencegah dehidrasi. Oleh karena dehidrasi menyebabkan kontraksi tidak teratur dan kurang efektif.
- 7) Memberikan keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur dan spontan – Kandung kemih penuh menyebabkan gangguan kemajuan persalinan dan menghambat turunnya kepala; menyebabkan ibu tidak nyaman; meningkatkan resiko perdarahan pasca persalinan;

mengganggu penatalaksanaan distosia bahu; meningkatkan resiko infeksi saluran kemih pasca persalinan.

- 8) Pencegahan infeksi – Tujuan dari pencegahan infeksi adalah untuk mewujudkan persalinan yang bersih dan aman bagi ibu dan bayi; menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi baru lahir (Yulizawati, 2019 : 16-17)

b. Kala II

Kala II adalah kala dimana dimulai dari pembukaan lengkap serviks sampai keluarnya bayi. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah:

- 1) Pendampingan ibu selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya oleh suami dan anggota keluarga yang lain.
- 2) Keterlibatan anggota keluarga dalam memberikan asuhan antara lain:
 - a) Membantu ibu untuk berganti posisi.
 - b) Melakukan rangsangan taktil.
 - c) Memberikan makanandan minuman.
 - d) Menjadi teman bicara/pendengar yang baik.
 - e) Memberikan dukungan dan semangat selama persalinan sampai kelahiran bayinya.
- 3) Keterlibatan penolong persalinan selama proses persalinan & kelahiran – dengan:
 - a) Memberikan dukungan dan semangat kepada ibu dan keluarga.
 - b) Menjelaskan tahapan dan kemajuan persalinan.
 - c) Melakukan pendampingan selama proses persalinan dan kelahiran.

- 4) Membuat hati ibu merasa tenteram selama kala II persalinan – dengan cara memberikan bimbingan dan menawarkan bantuan kepada ibu.
- 5) Menganjurkan ibu meneran bila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran – dengan cara memberikan kesempatan istirahat sewaktu tidak ada his.
- 6) Mencukupi asupan makan dan minum selama kala II.
- 7) Memberikan rasa aman dan nyaman dengan cara:
 - a) Mengurangi perasaan tegang.
 - b) Membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi.
 - c) Memberikan penjelasan tentang cara dan tujuan setiap tindakan penolong.
 - d) Menjawab pertanyaan ibu.
 - e) Menjelaskan apa yang dialami ibu dan bayinya.
 - f) Memberitahu hasil pemeriksaan.
- 8) Pencegahan infeksi pada kala II dengan membersihkan vulva dan perineum ibu.
- 9) Membantu ibu mengosongkan kandung kemih secara spontan (Yulizawati, 2019 : 17-18)

c. Kala III

Kala III adalah kala dimana dimulai dari keluarnya bayi sampai plasenta lahir. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah:

- 1) Memberikan kesempatan kepada ibu untuk memeluk bayinya dan menyusui segera.
- 2) Memberitahu setiap tindakan yang akan dilakukan.

- 3) Pencegahan infeksi pada kala III.
- 4) Memantau keadaan ibu (tanda vital, kontraksi, perdarahan).
- 5) Melakukan kolaborasi/rujukan bila terjadi kegawatdaruratan.
- 6) Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi.
- 7) Memberikan motivasi dan pendampingan selama kala III (Yulizawati, 2019 : 18)

d. Kala IV

Kala IV adalah kala dimana 1-2 jam setelah lahirnya plasenta. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah:

- 1) Memastikan tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan dalam keadaan normal.
- 2) Membantu ibu untuk berkemih.
- 3) Mengajarkan ibu dan keluarganya tentang cara menilai kontraksi dan melakukan massase uterus.
- 4) Menyelesaikan asuhan awal bagi bayi baru lahir.
- 5) Mengajarkan ibu dan keluarganya ttg tanda-tanda bahaya post partum seperti perdarahan, demam, bau busuk dari vagina, pusing, lemas, penyulit dalam menyusuibayinya dan terjadi kontraksi hebat.
- 6) Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi.
- 7) Pendampingan pada ibu selama kala IV.
- 8) Nutrisi dan dukungan emosional (Yulizawati, 2019 : 19)

B. Asuhan Persalinan Normal

Asuhan Persalinan Normal (APN) merupakan asuhan yang diberikan secara bersih dan aman selama persalinan berlangsung. Asuhan Persalinan Normal terdiri dari 60 langkah, yaitu (JNPK-KR, 2017) :

1. Mendengar dan melihat tanda-tanda kala II persalinan
 - a. Ibu merasakan ada dorongan kuat untuk meneran
 - b. Ibu merasakan tekanan yang meningkat pada rektum dan vagina
 - c. Perineum menonjol
 - d. Vulva dan sfingter ani membuka
2. Memastikan kelengkapan alat, bahan dan obat-obatan esensial untuk membantu persalinan dan segera menangani komplikasi pada ibu dan bayi baru lahir. Persiapan untuk perawatan bayi baru lahir atau resusitasi :
 - a. Persiapan ibu
 - 1) Tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat
 - 2) 3 handuk/kain bersih dan kering
 - 3) Alat penghisap lendir
 - 4) Lampu sorot 60 watt pada jarak 60 cm dari tubuh bayi
 - b. Untuk Ibu
 - 1) Letakkan kain pada perut bagian bawah ibu
 - 2) Siapkan 10 unit oksitosin
 - 3) Jarum suntik steril sekali pakai di set persalinan.
3. Gunakan celemek plastik atau bahan yang tidak tembus cairan air

4. Melepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering
5. Mengenakan sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam
6. Masukkan oksitosin ke dalam spuit (gunakan tangan menggunakan sarung tangan DTT dan steril dan pastikan tidak ada kontaminasi pada spuit)
7. Bersihkan vulva dan perineum, menyekanya secara hati-hati dari depan ke belakang dengan kapas atau kasa direndam dalam air DTT.
 - a. Jika introitus vagina, perineum, atau anus terkontaminasi feses, bersihkan secara menyeluruh dari depan ke belakang
 - b. Buang kapas atau kasa pembersih (tercemar) pada wadah yang disediakan
 - c. Buang kapas atau kasa (terkontaminasi) dalam wadah yang disediakan
 - d. Jika terkontaminasi, dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan dalam larutan klorin 0,5%
8. Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan selesai maka lakukan amniotomi
9. Dekontaminasi sarung tangan (merendam tangan yang masih memakai sarung tangan dalam larutan klorin 0,5%, melepas sarung tangan terbalik, dan rendam dalam 0,5% klorin, selama 10 menit). Cuci tangan setelah melepas sarung tangan dan setelah itu tutup kembali partus set.
10. Periksa denyut jantung janin (JJJ) setelah kontraksi uterus mereda (relaksasi) untuk memastikan DJJ dalam batas normal (120-160x/mt).

- a. Lakukan tindakan yang tepat jika DJJ tidak normal.
 - b. Dokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, DJJ, semua temuan pemeriksaan dan asuhan diberikan dalam partograf
11. Beritahu ibu bahwa pembukaan telah selesai dan janin dalam keadaan baik, kemudian bantu ibu menemukan posisi yang nyaman dan sesuai keinginannya.
- a. Tunggu kontraksi atau perasaan urgensi terjadi, terus pantau kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman manajemen fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan
 - b. Jelaskan kepada anggota keluarga peran mereka untuk mendukung dan mendorong ibu dan mengejan dengan benar
12. Minta keluarga membantu mempersiapkan posisi mengejan jika ada perasaan ingin meremas atau kontraksi kuat. Dalam kondisi itu, ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman.
13. Lakukan bimbingan meneran saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi kuat
- a. Bimbing ibu agar dapat meneran dengan benar dan efektif
 - b. Dukung dan dorong saat meneran dan perbaiki cara meneran bila cara tidak tepat.
 - c. Bantu ibu untuk mengambil posisi nyaman pilihannya (kecuali berbaring telentang untuk waktu yang lama).
 - d. Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi
 - e. Anjurkan keluarga untuk memberikan dukungan dan dorongan pada ibu
 - f. Berikan asupan cairan yang cukup per-oral (minum)

- g. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai. Rujuk segera jika bayi belum atau tidak akan segera lahir dilatasi lengkap dan dituntun untuk mengerahkan 120 menit (2 jam) pada primigravida atau 60 menit (1 jam) pada multigravida
14. Anjurkan ibu untuk berjalan, jongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasakan dorongan untuk mengejan dalam waktu 60 menit.
 15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di bawah perut ibu, jika kepala bayi sudah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
 16. Letakkan kain bersih dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu
 17. Buka tutup set nifas dan periksa kembali kelengkapan alat dan bahan
 18. Gunakan sarung tangan DTT/sarung tangan steril pada kedua tangan
 19. Setelah kepala bayi berdiameter 5-6 cm membuka vulva, lindungi perineum dengan satu tangan ditutup dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain memegang kepala untuk mempertahankan posisi defleksi dan membantu kelahiran kepala. Anjurkan ibu untuk meneran secara efektif atau bernapas dengan cepat dan dangkal.
 20. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang tepat jika terjadi), segera lanjutkan dengan kelahiran bayi. Perhatikan!
 - a. Jika tali pusat melilit secara longgar di leher, lepaskan lewat di atas kepala bayi.
 - b. Jika tali pusat melilit leher dengan erat, klem tali pusat di dua tempat dan potong di antara kedua klem
 21. Setelah kepala lahir, tunggu sampai rotasi eksternal sumbu terjadi secara spontan

22. Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat ada kontraksi. Perlahan gerakkan kepala ke bawah dan ke distal sampai bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan ke atas dan ke distal untuk melahirkan bahu belakang.
23. Setelah kedua bahu lahir, satu tangan menopang kepala dan bahu belakang, tangan lainnya menelusuri lengan depan dan siku bayi dan menjaga bayi tetap dalam genggaman yang baik.
24. Setelah badan dan lengan lahir, telusuri tangan atas terus ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang mata kaki (masukkan jari telunjuk di antara kedua kaki dan pegang kedua mata kaki dengan cara melingkarkan ibu jari di satu sisi dan jari lainnya di sisi lain bertemu dengan jari telunjuk)
25. Lakukan penilaian (selintas)
 - a. Apakah bayi cukup bulan?
 - b. Apakah bayi menangis kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan?
 - c. Apakah bayi bergerak aktif?

Jika salah satu jawabannya "TIDAK, lanjutkan ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia (lihat panduan belajar resusitasi bayi asfiksia). Jika semua jawaban "YA", lanjutkan ke langkah 26.
26. Keringkan bayi

Keringkan bayi dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya (kecuali bagian tangan) tanpa membersihkan vernix. Ganti handuk basah dengan handuk / lap kering, pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut di bawah ibu.
27. Periksa kembali rahim untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (kehamilan tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemelli)

28. Beritahu ibu bahwa dia akan disuntik dengan oksitosin agar rahim berkontraksi dengan baik.
29. Dalam 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuskular) pada 1/3 distal lateral paha (aspirasi sebelum penyuntikan oksitosin)
30. Setelah 2 menit sejak bayi lahir (cukup bulan), klem tali pusat dengan penjepit sekitar 2-3 cm dari pusat bayi. Gunakan jari telunjuk dan jari tengah tangan yang lain untuk mendorong isi tali pusat ke arah ibu, dan klem tali pusat sekitar 2 cm distal dari klem pertama.
31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat
 - a. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (melindungi perut bayi), dan potong tali pusat di antara kedua klem tersebut.
 - b. Ikat tali pusat dengan DTT atau benang steril pada satu sisi kemudian lingkarkan kembali benang dan ikat tali pusat dengan simpul pengunci pada sisi lainnya
 - c. Lepas klem dan letakkan pada wadah yang telah disediakan
32. Letakkan bayi tengkurap dada ibu untuk kontak kulit ibu dengan bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi berhadapan dengan dada ibu. Usahakan kepala bayi tetap berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau areola ibu.
 - a. Selimuti ibu-bayi dengan kain kering dan hangat, kenakan topi di kepala bayi

- b. Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu setidaknya selama 1 jam
 - c. Sebagian besar bayi akan berhasil memulai menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusui untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit.
 - d. Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam meskipun bayi sudah dapat menyusu
33. Pindahkan klem pada tali pusat dengan jarak 5-10 cm dari vulva.
34. Letakkan satu tangan di atas kain di perut bagian bawah ibu, di atas simfisis, untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat.
35. Pada saat rahim berkontraksi, tarik tali pusat ke bawah sementara tangan yang lain mendorong uterus ke belakang - atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversi uteri). Jika plasenta tidak terlepas setelah 30-40 detik, hentikan peregangan tali pusat dan tunggu kontraksi berikutnya terjadi, lalu ulang kembali prosedur di atas. Jika rahim tidak segera berkontraksi, minta ibu atau suami untuk melakukan stimulasi puting.
36. Bila ada penekanan pada bagian bawah dinding depan uterus ke arah dorsal, diikuti dengan pergeseran tali pusat ke distal, kemudian lanjutkan dorongan ke arah kranial sampai plasenta dapat dilahirkan.
- a. Ibu boleh mengejan, tetapi tali pusat hanya ditegangkan (jangan ditarik secara kuat, terutama jika rahim tidak berkontraksi) sejajar dengan sumbu jalan lahir (sejajar ke bawah dengan lantai atas)

- b. Jika tali pusat memanjang, pindahkan klem sekitar 5-10 cm dari vulva dan keluarkan plasenta.
 - c. Jika plasenta tidak terlepas setelah 15 menit ketegangan tali pusat:
Ulangi oksitosin 10 unit IM, Lakukan kateterisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
Ulangi tekanan dorso-kranial dan penegangan tali pusat 15 menit. Jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir atau terjadi perdarahan, maka segera lakukan tindakan manual plasenta.
37. Saat plasenta muncul di introitus vagina, keluarkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta sampai selaput ketuban terpelintir kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.
Jika selaput ketuban robek, kenakan sarung tangan steril atau DTT untuk memeriksa selaput yang tersisa kemudian gunakan jari-jari atau klem ovum, DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tersisa.
38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, masase uterus, letakkan telapak tangan di atas fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut sampai rahim berkontraksi (fundus terasa kencang).
Lakukan tindakan yang diperlukan (Kompresi Bimanual Internal, Kompresi Aorta Abdominal, Kondom Kateter Tampon) jika rahim tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik setelah stimulasi manajemen atonia uteri) taktil/pijat.
39. Evaluasi kemungkinan perdarahan dan laserasi vagina dan perineum. Lakukan penjahitan jika ada laserasi derajat satu atau dua dan atau menyebabkan perdarahan. Jika ada robekan yang menyebabkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan.

40. Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah lahir lengkap. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.
41. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak ada perdarahan pervaginam.
42. Pastikan kandung kemih kosong, jika penuh lakukan kateterisasi.
43. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, dan bilas dengan air DTT tanpa melepas sarung tangan kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
44. Ajarkan ibu/keluarga untuk masase uterus dan menilai kontraksi.
45. Periksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.
46. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
47. Pantau kondisi bayi dan pastikan bayi bernafas dengan baik (40-60 kali per menit)
 - a. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, rengekan, atau retraksi, resusitasi dan segera dirujuk ke rumah sakit.
 - b. Jika bayi bernapas terlalu cepat, atau sesak napas, segera rujuk ke rumah sakit rujukan.
 - c. Jika kaki terasa dingin, pastikan ruangan hangat, melakukan kontak kulit ibu-bayi kembali dan menghangatkan ibu bayi dalam satu selimut.
48. Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah di tempat tidur atau di sekitar ibu berbaring. Menggunakan larutan klorin 0,5% lalu bilas dengan air DTT, Bantu ibu memakai baju bersih dan kering.

49. Pastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberikan makanan dan minuman yang diinginkannya.
50. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi peralatan.
51. Buang bahan yang terkontaminasi di tempat sampah yang sesuai.
52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
53. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan secara terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
54. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu kering atau handuk pribadi yang bersih.
55. Pakai sarung tangan bersih atau DTT untuk memberikan vitamin K1 (1 Mg) Intramuskular di paha kiri bawah lateral dan salep mata dalam satu jam pertama kelahiran.
56. Lakukan pemeriksaan fisik lanjutan (setelah satu jam dari kelahiran bayi). Pastikan kondisi bayi tetap baik (pernapasan normal 40-60 kali/menit dan suhu tubuh normal 36,5-37,5 derajat celcius) setiap 15 menit.
57. Setelah 1 jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi hepatitis B pada paha lateral kanan bawah. Tempatkan bayi dalam jangkauan ibu sehingga setiap saat dapat disusui.
58. Lepaskan sarung tangan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit

59. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tisu bersih atau handuk pribadi
60. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang) (JNPK-KR, 2017: 1-8)

C. Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan merupakan pen erapan dari unsur, system dan fungsi manajemen secara umum. Manajemen kebidanan menyangkut pemberian pelayanan yang utuh dan meyeluruh dari bidan kepada kliennya, untuk memberikan pelayanan yang berkualitas melalui tahapan dan langkah-langkah yang disusun secara sistematis untuk mendapatkan data, memberikan pelayanan yang benar sesuai keputusan klinik yang dilakukan dengan tepat (Handayani, Sih Rini, 2017: 131).

1. Tujuh Langkah Manajemen Kebidanan menurut Varney

Terdapat 7 langkah manajemen kebidannya menurut Varney yang meliputi langkah I pengumpulan data dasar, langkah II interpretasi data dasar, langkah III mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial, langkah IV identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera, langkah V merencanakan asuhan yang menyeluruh, langkah VI melaksanakan perencanaan, dan langkah VII evaluasi.

a. Langkah I : Pengumpulan data dasar

Dilakukan pengkajian dengan pengumpulan semua data yang diperlukan untuk megevaluasi keadaan klien secara lengkap. Mengumpulkan semua informasi yang akurat dari sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

b. Langkah II: Interpretasi data dasar

Dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah klien atau kebutuhan berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Kata “masalah dan diagnose” keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi membutuhkan penanganan yang dituangkan dalam rencana asuhan kebidanan terhadap klien. Masalah bisa menyertai diagnose. Kebutuhan adalah suatu bentuk asuhan yang harus diberikan kepada klien, baik klien tahu ataupun tidak tahu.

c. Langkah III: mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Membutuhkan antisipasi, bila mungkin dilakukan pencegahan. Penting untuk melakukan asuhan yang aman.

d. Langkah IV: Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera.

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

e. Langkah V: Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Merencanakan asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yang menyeluruh meliputi apa yang sudah diidentifikasi dari klien dan dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya.

f. Langkah VI: Melaksanakan perencanaan

Melaksanakan rencana asuhan pada langkah ke lima secara efisien dan aman. Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya.

g. Langkah VII: Evaluasi

Dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnosa (Handayani, Sih Rini, 2017: 131-132).

2. SOAP

a. Data Subjektif

Data subjektif berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang menderita tuna wicara, dibagian data dibagian data dibelakang huruf "S", diberi tanda huruf "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderitanya tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun (Handayani, Sih Rini, 2017: 124).

b. Data Objektif

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis (Handayani, Sih Rini, 2017: 125).

c. Analisis

Langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Di dalam analisis menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan klien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil

keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan intepretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan (Handayani, Sih Rini, 2017: 125).

d. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Tujuan penatalaksanaan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya (Handayani, Sih Rini, 2017: 125).