

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Persalinan

1. Pengertian

Persalinan merupakan proses membuka atau menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir dan kemudian berakhir dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau bukaan jalan lahir, dengan bantuan atau dengan kekuatan ibu sendiri (Annisa dkk 2017). Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin, plasenta dan cairan ketuban) dari uterus ke dunia melalui jalan lahir atau jalan lain dengan bantuan atau dengan kekuatan sendiri (Indrayani & maudy, 2016).

Persalinan normal menurut *World Health Organization* (WHO) adalah persalinan dengan presentasi janin belakang kepala yang berlangsung secara spontan dengan lama persalinan dalam batas wajar, berisiko rendah sejak awal persalinan hingga partus dengan masa gestasi 37-42 minggu. Persalinan adalah 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 adanya penyulit (Djami & Indrayani, 2016).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi dari dalam uterus dengan usia kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) melauai jalan lahir dengan kekuatan ibu sendiri atau dengan bantuan dan tanpa adanya komplikasi dari ibu maupun janin.

2 .Etiologi Persalinan

Sebab mulainya persalinan belum diketahui dengan jelas. Banyak faktor yang memegang peranan dan bekerjasama sehingga terjadi persalinan. Beberapa teori yang dikemukakan adalah: penurunan kadar progesteron, teori oksitosin, keregangan otot-otot, pengaruh janin, dan teori prostaglandin. Beberapa teori yang menyebabkan mulainya persalinan adalah sebagai berikut:

a. Penurunan kadar progesteron

Progesteron menimbulkan relaxasi otot-otot Rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot Rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his (Kurniarum, 2016).

Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur 28 minggu, dimana terjadi di penimbunan jaringan ikat, dan pembuluh darah mengalami penyempitan. Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot Rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya otot Rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu. progesteron tertentu (Kurniarum, 2016).

b. Teori oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron e dapat mengubah sensitivitas otot Rahim, sehinggamsering terjadi kontraksi *Braxton hick*. Di akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga oksitosin bertambah dan meningkatkan aktivitas otot-otot Rahim yang memicu terjadinya kontraksi sehingga terdapat tanda tanda persalinan(Kurniarum, 2016).

c. Keregangan otot-otot

Otot rahim, mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Seperti halnya dengan *bladder* dan lambung, biladindingnya teregang oleh isi yang bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan Rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot dan otot-otot Rahim makin rentan. Contoh, pada kehamilan ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu sehingga menimbulkan proses persalinan (Kurniarum, 2016).

d. Pengaruh janin

Hipofise dan kelenjar suprarenal janin rupa-rupanya juga memegang peranan karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasa, karena tidak terbentuknya hipotalamus. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturasi janin, dan induksi persalinan (Kurniarum, 2016).

e. Teori prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Prostaglandine yang dihasilkan oleh desidua menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F₂ atau E₂ yang diberikan secara intravena, intra dan extraaminal menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap umur kehamilan. Pemberian prostaglandine saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot Rahim sehingga hasil konsepsi dapat keluar. Prostaglandin dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. Hal ini juga di dukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi

baik dalam air ketuban maupun daerah perifer pada ibu hamil, sebelum melahirkan atau selama persalinan (Kurniarum, 2016).

3. Tanda-Tanda Persalinan

a. Tanda bahwa persalinan sudah dekat

1) *Lightening*

Beberapa minggu sebelum persalinan, calon ibu merasa bahwa keadaannya menjadi lebih tenang. Ia merasa kurang sesak, tetapi sebaiknya ia merasa bahwa berjalan sedikit lebih sukar, dan sering diganggu oleh perasaan nyeri pada anggota bawah (Kurniarum, 2016).

2) *Pollikasuria*

Pada akhir bulan ke-IX hasil pemeriksaan didapatkan epigastrium kendor, fundus uteri lebih rendah dari pada kependudukan dan kepala janin sudah mulai masuk ke dalam pintu atas panggul. Keadaan ini menyebabkan kandung kencing tertekan sehingga merangsang ibu untuk sering kencing yang disebut *Pollikasuri* (Kurniarum, 2016).

3) *Fase Labor*

Tiga (3) atau empat (4) minggu sebelum persalinan, calon ibu diganggu oleh his pendahuluan yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan dari kontraksi *Braxton Hicks* (Kurniarum, 2016).

His pendahuluan ini bersifat :

- a) Nyeri yang hanya terasa pada perut bagian bawah
- b) Tidak teratur

- c) Lamanya his pendek, tidak bertambah kuat dengan majunya waktu bila dibawa jalan malah sering berkurang
- d) Tidak ada pengaruh pada pendataan atau pembukaan cervix
(Kurniarum, 2016).

4) *Perubahan cervix*

Pada akhir bulan ke-IX hasil pemeriksaan cervix menunjukkan bahwa cervix yang tadinya tertutup, panjang dan kurang lunak, kemudian menjadi lemah lembut, dan beberapa menunjukkan telah terjadi pembukaan dan penepisan. Perubahan ini berbeda untuk masing-masing ibu, misalnya pada multipara sudah terjadi pembukaan 2 cm namun pada primipara sebagian besar masih dalam keadaan tertutup (Kurniarum, 2016).

5) *Energy spent*

Beberapa ibu akan mengalami peningkatan energy kira-kira 24-28 jam sebelum persalinan mulai. Setelah beberapa hari sebelum merasa keletihan fisik karena tuanya kehamilan maka ibu mendapati satu hari sebelum persalinan dengan energy yang penuh. Peningkatan energy ibu ini tampak dari aktifitas yang dilakukan seperti membesihkan rumah, mengepel, mencuci perabot rumah, dan pekerjaan rumah lainnya sehingga ibu akan kehabisan tenaga menjelang kelahiran bayi, sehingga persalinan menjadi panjang dan sulit (Kurniarum, 2016).

6) *Gastrointestinal upsets*

Beberapa ibu mungkin akan mengalami tanda-tanda seperti diare, obsipasi, mual, dan muntah karena efek penurunan hormone terhadap system pencernaan. (Kurniarum, 2016)

b. Tanda-Tanda awal persalinan

1) Timbulnya his persalinan

- a) Nyeri melingkat dari punggung memancar ke perut bagian depan
- b) Makin lama makin pendek intervalnya dan makin kuat intensitasnya.
- c) Kalau dibawa berjalan bertambah kuat
- d) Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan serviks (Kurniarum, 2016)

2) *Blody show* (Lendir disertai darah dari jalan lahir)

Blody show merupakan lendir disertai darah dari jalan lahir dengan pendataran dan pembukaan, lender dan *canaliscervicalis* keluar disertai dengan sedikit darah.. Pendarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah Rahim hingga beberapa capillar darah terputus (Kurniarum, 2016).

3) *Premature rupture of membrane*

Premature rupture of membrane adalah keluarnya cairan, banyak dengan sekonyong-konyong dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin robek, ketuban biasanya pecah kalau pembukaan lengkap atau hampir lengkap dan dalam hal ini

keluarnya cairan merupakan tanda yang lambat sekali. Tetapi kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, kadang-kadang selaput janin robek sebelum persalinan . walaupun demikian diharapkan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar (Kurniarum, 2016).

4. Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

a. Passage Way

Passage way merupakan jalan lahir dalam persalinan berkaitan keadaan segmen atas dan segmen bawah Rahim dan persalinan (Djami & indriyani, 2016).

b. Power

Power adalah kekuatan yang mendorong janin keluar, kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan ialah: his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengankerjasama yang baik dan sempurna (Nurwiandari & Yuni 2018) .

c. Passanger (Janin dan Plasenta)

Passanger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, resentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka ia dianggap juga sebagai dari *passenger* yang menyertai janin (Utami & Enny, 2019).

d. Psychologic

Rasa takut, tegang, dan cemas mungkin mengakibatkan proses kelahiran berlangsung lambat. Wanita yang bersalin biasanya akan mengutarakan berbagai kekhawatiran jika ditanya, perawatan ditunjukkan untuk mendukung wanita dan keluarganya dalam melalui proses persalinan supaya dicapai hasil yang optimal bagi semua yang terlibat (Andriani, dkk, 2019).

e. Penolong

Penolong persalinan perlu kesiapan, dan menerapkan asuhan sayang ibu. Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan, dan keinginan sang ibu (Kurniarum, 2016).

5. Tahapan Persalinan

a. Kala I

1) Pengertian

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). persalinan kala I berlangsung hingga 18-24 jam dan terbagi menjadi dua fase laten dan fase aktif (Kurniarum, 2016: 11).

a) Fase laten persalinan

(1) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.

(2) Pembukaan serviks kurang dari 4 cm.

(3) Biasanya berlangsung hingga 8 jam (Kurniarum, 2016).

b) Fase aktif persalinan

Fase ini terbagi menjadi 3 fase yaitu akselerasi, dilatasi maksimal dan deselerasi (Kurniarum, 2016).

(1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi 3 kali atau lebih.

(2) Serviks terbuka dari 4 ke 10 cm biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih perjam hingga pembukaan lengkap (10 cm).

(3) Terjadi penurunan terendah jani (Kurniarum, 2016).

2) Fisiologi Kala I

a) Uterus

Kontraksi uterus mulai fundus dan terus menyebar ke depan ke bawah abdomen. Kontraksi berakhir dengan masa yang teroanjang dan sangat kuat pada fundus selagi uterus berkontraksi dan relaksasi memungkinkan kepala janin masuk ke rongga pelvic (Kurniarum, 2016: 11).

b) Serviks

Sebelum onset persalinan, serviks berubah menjadi lembut:

- (1) *Effacement* (penipisan) serviks berhubungan dengan kemajuan pemendekan dan penipisan serviks. Panjang serviks pada akhir kehamilan normal berubah-ubah (beberapa mm sampai 3 cm). Dengan mulainya persalinan panjangnya serviks berkurang secara teratur sampai menjadi pendek (hanya beberapa mm). Serviks yang sangat tipis ini disebut sebagai menipis penuh
- (2) Dilatasi berhubungan dengan pembukaan progresif dari serviks. Untuk mengukur dilatasi / diameter serviks digunakan ukuran centimeter dengan menggunakan jari tangan saat pemeriksaan dalam. Serviks dianggap membuka lengkap setelah mencapai diameter 10 cm.
- (3) Blood show (lender show) pada umumnya ibu akan mengeluarkan darah sedikit atau sedang dari serviks (Kurniarum, 2016: 11-12)

b. Kala II

1) Pengertian

Persalinan kala II dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi. (Kurniarum, 2016: 12)

2) Tanda dan gejala kala II

Tanda-tanda bahwa kala II persalinan sudah dekat adalah:

a) Ibu ingin meneran

- b) Perineum menonjol
- c) Vulva vagina dan sphincter anus membuka
- d) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat
- e) His lebih kuat dan lebih cepat 2-3 menit sekali
- f) Pembukaan lengkap (10cm)
- g) Pada primigravida berlangsung rata-rata 1.5 jam dan multipara rata-rata 0.5 jam
- h) Pemantauan
 - (1) Tenaga atau usaha mendedan dan kontraksi uterus
 - (2) Janin yaitu penurunan presentasi janin dan kembali normalnya detak jantung bayi setelah kontraksi
 - (3) Kondisi ibu sebagai berikut

Tabel 1 kondisi ibu saat kala II persalinan

Kemajuan Persalinan TENAGA	Kondisi PASIEN	Kondisi Janin PENUMPANG
Usaha mendedan Palpasi kontraksi uterus (control tiap 10 menit) a) Frekuensi b) Lamanya c) Kekuatan	Periksa nadi dan tekanan darah selama 30 menit. Respons keseluruhan pada kala II: a) Keadaan dehidrasi b) Perubahan sikap / perilaku c) Tingkat tenaga (yang memiliki)	Periksa detak jantung janin setiap 15 menit atau lebih sering dilakukan dengan makin dekatnya kelahiran Penurunan presentasi dan perubahan posisi Warna cairan tertentu

(Sumber: Kurniarum, 2016: 13).

3) Fisiologi Kala II

- a) His menjadi lebih kuat, kontraksinya selama 50-100 detik, datangnya tiap 2-3 menit
- b) Ketuban biasanya pecah pada kala ini ditandai dengan keluarnya cairan kekuning-kuningan sekonyong-konyong dan banyak
- c) Pasien mulai mengejan
- d) Pada akhir kala II sebagai tanda bahwa kepala sudah sampai di dasar panggul, perineum menonjol, vulva menganga dan rektum terbuka
- e) Pada puncak his, bagian kecil kepala nampak di vulva dan hilang lagi waktu his berhenti, begitu terus hingga nampak lebih besar. Kejadian ini disebut “kepala membuka pintu”
- f) Pada akhirnya lingkaran terbesar kepala terpegang oleh vulva sehingga tidak bisa mundur lagi, tonjolan tulang ubun-ubun telah lahir dan *subocciput* ada di bawah *symphysis* disebut “kepala keluar pintu”
- g) Pada his berikutnya dengan ekstensi maka lahirlah ubun-ubun besar, dahi, dan mulut pada commissural posterior. Saat ini untuk primipara, perineum biasanya akan robek pada pinggir depannya karena tidak dapat menahan regangan yang kuat tersebut.
- h) Setelah kepala lahir dilanjutkan dengan putaran paksi luar sehingga kepala melintang, vulva menekan pada leher dan dada tertekan oleh jalan lahir sehingga dari hidung anak keluar lendir dan cairan.

- i) Pada his berikutnya bahu belakang lahir kemudian bahu depan disusul seluruh badan anak dengan fleksi lateral, sesuai dengan paksi jalan lahir.
- j) Setelah anak lahir, sering keluar sisa air ketuban, yang tidak keluar waktu ketuban pecah, kadang-kadang bercampur darah.
- k) Lama kala II pada primi \pm 50 menit pada multi \pm 20 menit.
(Kurniarum, 2016: 13)

4) Mekanisme persalinan normal

Turunnya kepala dibagi dalam beberapa fase sebagai berikut.

a) Masuknya kepala janin dalam PAP

- (1) Masuknya kepala ke dalam PAP terutama pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan tetap pada multipara biasanya terjadi pada permulaan persalinan.
- (2) Masuknya kepala ke dalam PAP biasanya dengan sutura sagitalis melintang menyesuaikan dengan letak punggung (Contoh: apabila dalam palpasi didapatkan punggung kiri maka sutura sagitalis akan teraba melintang kekiri/ posisi jam 3 atau sebaliknya apabila punggung kanan maka sutura sagitalis melintang ke kanan/ posisi jam 9) dan pada saat itu kepala dalam posisi fleksi ringan.
- (3) Jika sutura sagitalis dalam diameter anteroposterior dari PAP maka masuknya kepala akan menjadi sulit karena menempati ukuran yang terkecil dari PAP

- (4) Jika sutura sagitalis pada posisi di tengah-tengah jalan lahir yaitu tepat di antara symphysis dan promontorium, maka dikatakan dalam posisi “*synclitismus*” pada posisi *synclitismus* os parietale depan dan belakang sama tingginya
- (5) Jika sutura sagitalis agak ke depan mendekati symphysis atau agak ke belakang mendekati promontorium, maka yang kita hadapi adalah posisi “*asynclitismus*”
- (6) *Acynclitismus anterior* adalah posisi sutura sagitalis mendekati symphysis dan os parietale belakang lebih rendah dari os parietale depan
- (7) *Acynclitismus anterior* adalah posisi sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietale depan lebih rendah dari os parietale belakang
- (8) Pada saat kepala masuk PAP biasanya dalam posisi *asynclitismus posterior ringan*. Pada saat kepala masuk PAP akan terfiksasi yang disebut dengan *engagement*. (Kurniarum, 2016: 14)

b) Majunya kepala janin

- (1) Pada *primi gravida* majunya kepala terjadi setelah kepala masuk ke dalam rongga panggul dan biasanya baru mulai pada kala II

- (2) Pada multi gravida majunya kepala dan masuknya kepala dalam rongga panggul terjadi bersamaan
 - (3) Majunya kepala bersamaan dengan gerakan-gerakan yang lain yaitu: fleksi, putaran paksi dalam, dan ekstensi
 - (4) Majunya kepala disebabkan karena:
 - (a) Tekanan cairan intrauterin
 - (b) Tekanan langsung oleh fundus uteri oleh bokong
 - (c) Kekuatan mengejan
 - (d) Melurusnya badan bayi oleh perubahan bentuk rahim
- (Kurniarum, 2016: 15)

c) Fleksi

- (1) Fleksi kepala janin memasuki ruang panggul dengan ukurann yang paling kecil yaitu dengan diameter suboccipito bregmatikus (9,5cm) menggantikan suboccipito frontalis (11cm)
- (2) Fleksi disebabkan karena jnain didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir PAP, cervix, dinding panggul atau dasar panggul
- (3) Akibat adanya dorongsn diatas kepala janin menjadi fleksi karena moment yang menimbulkan fleksi lebih besar daripada moment yang meninmbulkan defleksi

- (4) Sampai di dasar panggul kepala janin berada dalam posisi fleksi maksimal. Kepala turun menemuidiafragma pelvis yang berjalan dari belakang atas ke bawah depan
- (5) Akibat kombinasi elastisitas diafragma pelvis dan tekanan intra uterin yang disebabkan oleh his yang berulang-ulang kepala mengadakan rotasi yang disebut sebagai putaran paksi dalam. (Kurniarum 2016: 15)

d) Putaran paksi dalam

- (1) Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphisis
- (2) Pada presentasi belakang kepala bagian terendah adalah daerah ubun-ubun kecil dan bagian ini akan memutar ke depan ke bawah symphisis
- (3) Putaran paksi dalam mutlak diperlukan untuk kelahiran kepala, karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul
- (4) Putaran paksi dalam terjadi bersamaan dengan majunya kepala dan tidak terjadi sebelum kepala sampai di Hodge III, kadang-kadang baru terjadi setelah kepala sampai di dasar panggul
- (5) Sebab-sebab terjadinya putaran paksi dalam :

- (a) Pada letak fleksi, bagian kepala merupakan bagian terendah dari kepala
 - (b) Bagian terendah dari kepala mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitalis antara muskulus levator ani kiri dan kanan
 - (c) Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter anteroposterior (Kurniarum, 2016: 16)
- e) Ekstensi
- (1) Setelah putaran paksi dalam selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk dapat melewati pintu bawah panggul.
 - (2) Dalam rotasi UUK akan berputar ke arah depan, sehingga di dasar panggul UUK berada di bawah simfisis, dengan suboksiput sebagai hipomoklion kepala mengadakan gerakan defleksi untuk dapat dilahirkan.
 - (3) Pada saat ada his vulva akan lebih membuka dan kepala janin makin tampak. Perineum menjadi makin lebar dan tipis, anus membuka dinding rectum.
 - (4) Dengan kekuatan his dan kekuatan mengejan, maka berturut-turut tampak bregmatikus, dahi, muka, dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi.

(5) Sesudah kepala lahir, kepala segera mengadakan rotasi, yang disebut putaran paksi luar. (Kurniarum, 2016: 17)

f) Putaran paksi luar

(1) Putaran paksi luar adalah gerakan kembali sebelum putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung janin.

(2) Bahu melintasi PAP dalam posisi miring.

(3) Di dalam rongga panggul bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya hingga di dasar panggul, apabila kepala telah dilahirkan bahu akan berada dalam posisi depan belakang.

(4) Selanjutnya dilahirkan bahu depan terlebih dulu baru kemudian bahu belakang, kemudian bayi lahir seluruhnya. (Kurniarum, 2016: 18)

c. Kala III

1) Pengertian

a) Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban .

b) Berlangsung tidak lebih dari 30 menit.

c) Disebut dengan kala uri atau kala pengeluaran plasenta.

d) Peregangan tali pusat terkendali (PTT) dilanjutkan pemberian oksitosin untuk kontraksi uterus dan mengurangi perdarahan

a) Tanda-tanda pelepasan plasenta :

(1) Perubahan ukuran dan bentuk uterus

(2) Uterus menjadi bundar dan uterus terdorong ke atas karena plasenta sudah terlepas dari segmen bawah rahim

(3) Tali pusat memanjang

(4) Semburan darah tiba-tiba (Kurniarum, 2016: 19)

2) Fisiologi kala III

Segera setelah bayi dan air ketuban sudah tidak lagi berada di dalam uterus, kontraksi akan terus berlangsung dan ukuran rongga uterus akan mengecil. Pengurangan dalam ukuran uterus ini akan menyebabkan pengurangan dalam ukuran tempat melekatnya plasenta. Oleh karena tempat melekatnya plasenta tersebut menjadi lebih kecil, maka plasenta akan menjadi lebih tebal atau mengkerut dan memisahkan diri dari dinding uterus. Sebagian dari pembuluh-pembuluh darah yang kecil akan robek saat plasenta lepas. Tempat melekatnya plasenta akan berdarah terus hingga uterus seluruhnya berkontraksi. Setelah plasenta lahir, dinding uterus akan berkontraksi dan menekan semua pembuluh-pembuluh darah ini yang akan menghentikan perdarahan dari tempat melekatnya plasenta tersebut. Sebelum uterus berkontraksi, wanita tersebut bisa kehilangan darah 350-360 cc/menit dari tempat melekatnya plasenta tersebut. Uterus

tidak bisa sepenuhnya berkontraksi hingga plasenta lahir dulu seluruhnya. Oleh sebab itu, kelahiran yang cepat dari plasenta segera setelah ia melepaskan dari dinding uterus merupakan tujuan dari manajemen kebidanan dari kala III yang kompeten (Kurniarum, 2016: 19).

3) Tanda-tanda klinik dari pelepasan plasenta

- a) Semburan darah
- b) Pemanjangan tali pusat
- c) Perubahan dalam posisi uterus : uterus naik di dalam abdomen
(Kurniarum,2016: 19).

4) Pemantauan Kala III

- a) Palpasi uterus untuk enentukan apakah ada bayi yang kedua. Jika ada maka tunggu sampai bayi kedua lahir
- b) Menilai apakah bayi baru lahir dalam keadaan stabil, jika tidak rawat bayi segera (Kurniarum, 2016: 20).

d. Kala IV

1) Pengertian

- a) Dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu
- b) Paling kritis karena proses perdarahan yang berlangsung
- c) Masa 1 jam setelah plasenta lahir

- d) Pemantauan 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta, 30 menit pada jam kedua setelah persalinan, jika kondisi ibu tidak stabil, perlu dipantau lebih sering
- e) Observasi intensif karena perdarahan yang terjadi pada masa ini
- f) Observasi yang dilakukan :
 - (1) Tingkat kesadaran penderita
 - (2) Pemeriksaan tanda vital
 - (3) Kontraksi uterus
 - (4) Perdarahan, dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc (Kurniarum,2016: 20).

2) Fisiologi kala IV

Setelah plasenta lahir tinggi fundus uteri kurang lebu 2 jari dibawah pusat. Otot-otot uterus berkontraksi, pembuluh darah yang ada di antara anyaman-anyaman otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan pendarahan setelah plasenta dilahirkan (Kurniarum, 2016: 20).

3) Tujuh (7) langkah pemantauan yang dilakukan kala IV

a) Kontraksi rahim

Kontraksi dapat diketahui dengan palpasi. Setelah plasenta lahir dilakukan pemijatan uterus untuk merangsang uterus berkontraksi. Dalam evaluasi uterus yang perlu dilakukan adalah mengobservasi kontraksi dan konsistensi uterus. Kontraksi uterus yang normal adalah pada perabaan fundus uteri akan teraba keras. Jika tidak

terjadi kontraksi dalam waktu 15 menit setelah dilakukan pemijatan uterus akan terjadi atonia uteri.

b) Perdarahan

Perdarahan : ada/tidak, banyak/biasa

c) Kandung kencing

Kandung kencing: harus kosong, kalau penuh ibu diminta untuk kencing dan kalau tidak bisa lakukan kateterisasi. Kandung kemih yang penuh mendorong uterus keatas dan menghalangi uterus berkontraksi sepenuhnya.

d) Luka-luka : jahitannya baik/tidak ada perdarahan/tidak

Evaluasi laserasi dan perdarahan aktif pada perineum dan vagina.

Nilai perluasan laserasi perineum.

e) Uri dan selaput ketuban harus lengkap

f) Keadaan umum ibu : tensi, nadi, pernapasan, dan rasa sakit

(1) Keadaan umum ibu

(a) Periksa setiap 15 menit pada jam pertama setelah persalinan dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan jika kondisi itu tidak stabil pantau lebih sering

(b) Apakah ibu membutuhkan minum

(c) Apakah ibu akan memegang bayinya

(2) Pemeriksaan tanda vital

(3) Kontraksi uterus dan tinggi fundus uteri:

Rasakan apakah fundus uteri berkontraksi kuat dan berada dibawah umbilikus.

Periksa fundus :

- (a) 2-3 kali dalam 10 menit pertama
- (b) Setiap 15 menit pada jam pertama setelah persalinan
- (c) Setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan
- (d) Massage fundus (jika perlu) untuk menimbulkan kontraksi
- g) Bayi dalam keadaan baik. (Kurniarum, 2016: 22)

6. Kebutuhan Dasar Selama Persalinan

a. Kebutuhan Fisiologis Ibu Bersalin

Meliputi: kebutuhan oksigen, cairan dan nutrisi, kebutuhan eliminasi, posisi dan ambulasi, pengurangan rasa nyeri, hygiene, istirahat, penjahitan perineum (bila perlu), dan pertolongan persalinan tersandar (kurniarum, 2016: 79)

1) Kebutuhan oksigen

Pemenuhan oksigen selama proses persalinan perlu diperhatikan. Suplay oksigen yang tidak adekuat, dapat menghambat kemajuan persalinan dan dapat mengganggu kesehatan janin. Oksigen yang adekuat dapat diupayakan dengan pengaturan sirkulasi udara yang baik selama persalinan (kurniarum, 2016: 79)

2) Kebutuhan cairan dan nutrisi

Kebutuhan cairan dan nutrisi merupakan kebutuhan yang harus

dipenuhi dengan baik oleh ibu selama proses persalinan, pastikan bahwa setiap tahapan persalinan (kala I, II, III) , ibu mendapatkan asupan makan dan minum yang cukup asupan makanan yang cukup (makan utama maupun ringan), merupakan sumber utama energi untuk sel-sel tubuh (Kurniarum, 2016: 81).

Kadar gula darah yang rendah akan mengakibatkan hipoglikemia. Sedangkan asupan cairan yang kurang akan mengakibatkan dehidrasi pada ibu bersalin. Pada ibu, bersalin, hiplogikemia dapat mengakibatkan komplikasi persalinan baik ibu maupun janin. Pada ibu, akan mempengaruhi kontraksi/his, sehingga akan menghambat kemajuan persalinan dan meningkatkan insiden persalinan dengan tindakan , serta dapat meningkatkan resiko pendarahan postpartum. Pada janin, akan mempengaruhi kesejahteraan janian, sehingga dapat mengakibatkan komplikasi persalinan seperti asfiksia (Kurniarum, 2016: 82).

3) Kebutuhan Eliminasi

Pemenuhan kebutuhan eliminasi selama persalinan perlu, untuk membantu kemajuan persalinan dan meningkatkan kenyamanan. Apabila masih memungkinkan ajurkan ibu untuk berkemih di kamar mandi (Kurniarum, 2016: 82).

4) Kebutuhan *hygiene* (kebersihan personal)

Tindakan personal hygiene pada ibu bersalin diantaranya adalah membersihkan daerah genitalia (vulva,vagina,anus), secara ilmiah mandi selain dapat membersihkan bagian tubuh, mandi juga dapat meningkatkan

sirkulasi darah, sehingga meningkatkan kenyamanan pada ibu, dan dapat mengurangi rasa sakit (Kurniarum, 2016: 83).

5) Kebutuhan istirahat

Selama proses persalinan berlangsung, kebutuhan istirahat pada ibu bersalin tetap harus dipenuhi. Istirahat selama proses persalinan (kala I, II, III maupun IV) yang dimaksud adalah bidan memberikan kesempatan pada ibu untuk mencoba relaks tanpa adanya tekanan emosional dan fisik. Hal ini dilakukan selama tidak ada his (disela-sela his). Ibu bisa berhenti sejenak untuk melepas rasa sakit akibat his, makan atau minum, atau melakukan hal menyenangkan yang lain untuk melepas lelah, atau apabila memungkinkan ibu dapat tidur. Namun pada kala II, sebaiknya ibu diusahakan untuk tidak mengantuk (Kurniarum, 2016: 84).

6) Posisi dan ambulasi

Pada awal persalinan, sambil menunggu pembukaan lengkap, ibu masih diperbolehkan untuk melakukan mobilisasi/aktivitas. Hal ini tentunya disesuaikan dengan kesanggupan ibu. Mobilisasi yang tepat dapat membantu dalam meningkatkan kemajuan persalinan, dapat juga mengurangi rasa jenuh dan kecemasan yang dihadapi ibu menjelang kelahiran janin. Pada kala I, posisi persalinan dimaksudkan untuk membantu mengurangi rasa sakit akibat his dan membantu dalam meningkatkan kemajuan persalinan (penipisan serviks, pembukaan serviks dan penurunan bagian terendah). Ibu dapat mencoba berbagai posisi yang nyaman dan aman. Peran suami/anggota

kecerviks, pembukaan cerviks dan penurunan bagian terendah) (Kurniarum, 2016: 85).

Macam-macam posisi meneran diantaranya:

- 1). Duduk atau setengah duduk, posisi ini memudahkan bidan dalam membantu kelahiran kepala janin dan memperhatikan keadaan perineum.
- 2). Merangkak, posisi merangkak sangat cocok untuk persalinan dengan rasa sakit pada punggung, mempermudah janin dalam melakukan rotasi serta peregangan pada perineum berkurang.
- 3). Jongkok atau berdiri, posisi jongkok atau berdiri memudahkan penurunan kepala janin, memperluas panggul sebesar 28% lebih besar pada pintu bawah panggul, dan memperkuat dorongan meneran. Namun posisi ini beresiko memperbesar terjadinya laserasi (perluasan) jalan lahir.
- 4). Berbaring miring, posisi berbaring miring dapat mengurangi penekanan pada vena cava inferior, sehingga dapat mengurangi kemungkinan terjadinya hipoksia janin karena suplai oksigen tidak terganggu, dapat memberi suasana rileks bagi ibu yang mengalami kecapekan, dan dapat mencegah terjadinya robekan jalan lahir.
- 5). Hindari posisi telentang (dorsal recumbent), posisi ini dapat mengakibatkan: hipotensi (beresiko terjadinya syok dan berkurangnya suplai oksigen dalam sirkulasi uteroplacental, sehingga mengakibatkan hipoksia bagi janin), rasa nyeri yang bertambah, kemajuan persalinan bertambah lama, ibu mengalami gangguan untuk bernafas, buang air kecil terganggu, mobilisasi

ibu kurang bebas, ibu kurang semangat, dan dapat mengakibatkan kerusakan pada syaraf kaki dan punggung (Kurniarum, 2016: 85).

7) Pengurangan rasa nyeri

Nyeri persalinan merupakan pengalaman subjektif tentang sensasi fisik yang terkait dengan kontraksi uterus, dilatasi dan penipisan serviks, serta penurunan janin selama persalinan. Respons fisiologis terhadap nyeri meliputi: peningkatan tekanan darah, denyut nadi, pernafasan, keringat, diameter pupil, dan ketegangan otot. Rasa nyeri ini apabila tidak diatasi dengan tepat, dapat meningkatkan rasa khawatir, tegang, takut dan stres, yang pada akhirnya dapat menyebabkan terjadinya persalinan lama(Kurniarum, ari 2016: 89).

Rasa nyeri selama persalinan akan berbeda antara satu dengan lainnya. Banyak faktor yang mempengaruhi persepsi rasa nyeri, diantaranya: jumlah kelahiran sebelumnya (pengalaman persalinan), budaya melahirkan, emosi, dukungan keluarga, persiapanpersalinan, posisi saat melahirkan, presentasi janin, tingkat beta-endorphin, kontraksi rahim yang intens selama persalinan dan ambang nyeri alami. Beberapa ibu melaporkan sensasi nyeri sebagai sesuatu yang menyakitkan. Meskipun tingkat nyeri bervariasi bagi setiap ibu bersalin, diperlukan teknik yang dapat membuat ibu merasa nyaman saat melahirkan (Kurniarum, 2016: 89-90).

8) Penjahitan perineum (Jika Diperlukan)

Proseskelahiran bayi dan placenta dapat menyebabkan berubahnya bentuk jalan lahir, terutama adalah perineum. Pada ibu yang memiliki

perineum yang tidak elastis, maka robekan perineum seringkali terjadi. Robekan perineum yang tidak diperbaiki, akan mempengaruhi fungsi dan estetika. Oleh karena itu, penjahitan perineum merupakan salah satu kebutuhan fisiologis ibu bersalin. Dalam melakukan penjahitan perineum, bidan perlu memperhatikan prinsip sterilitas dan asuhan sayang ibu. Berikanlah selalu anastesi sebelum dilakukan penjahitan. Perhatikan juga posisi bidan saat melakukan penjahitan perineum. Posisikan badan ibu dengan posisi litotomi/dorsal recumbent, tepat berada di depan bidan. Hindari posisi bidan yang berada di sisi ibu saat menjahit, karena hal ini dapat mengganggu kelancaran dan kenyamanan tindakan((Kurniarum, ari 2016: 91)

9) Kebutuhan akan proses yang tersandar

Mendapatkan pelayanan asuhan kebidanan persalinan yang terstandar merupakan hak setiap ibu. Hal ini merupakan salah satu kebutuhan fisiologis ibu bersalin, karena dengan pertolongan persalinan yang terstandar dapat meningkatkan proses persalinan yang alami/normal((Kurniarum, ari 2016: 91).

B. Manajemen Asuhan Kebidanan

Manajemen asuhan kebidanan atau yang sering disebut manajemen kebidanan adalah suatu metode berpikir dan bertindak secara sistematis dan logis dalam memberi asuhan kebidanan, agar menguntungkan kedua belah pihak baik klien maupun pemberi asuhan.

1. Tujuh Langkah Varney

Manajemen kebidanan diadaptasi dari sebuah konsep yang dikembangkan oleh Helen Varney dalam buku *Varney's Midwifery*, edisi ketiga tahun 1997; menggambarkan proses manajemen asuhan kebidanan yang terdiri dari tujuh langkah yang berurut secara sistematis dan siklik

a. Tahap Pengumpulan Data Dasar (Langkah 1)

Pada langkah pertama dikumpulkan semua informasi (data yang adekuat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara:

1) Anamnesis.

Dilakukan untuk mendapatkan biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, bio-psiko-sosio-spiritual, serta pengetahuan klien.

2) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, meliputi :

- a) Pemeriksaan khusus (inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi)
- b) Pemeriksaan penunjang (laboratorium dan catatan terbaru serta catatan sebelumnya)

b. Interpretasi Data Dasar (Langkah II)

Pada langkah kedua dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar tersebut kemudian diinterpretasikan sehingga dapat dirumuskan diagnosis dari masalah yang spesifik. Baik rumusan diagnosis maupun masalah, keduanya harus

ditangani. Meskipun masalah tidak dapat diartikan sebagai diagnosis, tetapi tetap membutuhkan penanganan.

c. Identifikasi Diagnosis/ Masalah Potensial dan Antisipasi Penanganannya
(Langkah III)

Pada langkah ketiga kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis/masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan.

d. Menetapkan Perlunya Konsultasi dan Kolaborasi Segera dengan Tenaga Kesehatan Lain (Langkah IV)

Langkah keempat mencerminkan kesinambungan proses manajemen kebidanan. Jadi, manajemen tidak hanya berlangsung selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut dalam dampingan bidan. Misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan.

e. Menyusun Rencana Asuhan Menyeluruh (Langkah V)

Pada langkah kelima direncanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan berdasarkan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen untuk masalah atau diagnosis yang telah diidentifikasi atau diantisipasi.

f. Pelaksanaan Langsung Asuhan dengan Efisien dan Aman (Langkah VI)

Pada langkah keenam, rencana asuhan menyeluruh dilakukan dengan efisien dan aman. Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dikerjakan oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya.

g. Evaluasi (Langkah VII)

Pada langkah terakhir dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan. Ini meliputi evaluasi pemenuhan kebutuhan akan bantuan: apakah benar-benar telah terpenuhi sebagaimana diidentifikasi di dalam diagnosis dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam dalam pengkajiannya. (Soepardan, 2008: 96-102).

2. SOAP

Pengkajian merupakan dasar utama dalam memberikan asuhan kebidanan sesuai dengan kebutuhan individu. Oleh karena itu, pengkajian harus akurat, lengkap, sesuai dengan kenyataan, kebenaran data sangat penting dalam merumuskan suatu diagnose kebidanan dan memberikan pelayanan kebidanan sesuai dengan respon individu sebagaimana yang telah ditentukan sesuai standar dalam praktik kebidanan dalam keputusan Menteri Kesehatan Nomor 900/MENKESEHATAN/SK/VI/2002 tentang Registrasi dan Praktik Bidan dan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia NOMOR 369/MENKESEHATAN/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Bidan.

a. S (Subjective) : Pernyataan atau keluhan pasien

Data Subjektif merupakan data yang berhubungan/ masalah dari sudut pandang pasien.

b. O (Objective) : Data hasil observasi

Data Objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/ pemeriksaan diagnostik lain.

c. A (Assasment) : Diagnosa kebidanan

Assasment merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif.

d. P (Planning) : Apa yang dilakukan terhadap masalah

Planning adalah membuat rencana asuhan saat ini dan akan datang, untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien yang sebaik mungkin atau menjaga/mempertahankan kesehatan kesejahteraanya.