

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Sarwono, 2010).

Pengertian Persalinan ,Persalinan normal menurut WHO (2010) adalah persalinan yang dimulai secara spontan, berisiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan,bayi lahir secara spontan dalam presentasi belakang kepala pada usia kehamilan 37-42 minggu lengkap dan setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam kondisi sehat.

Persalinan adalah suatu proses yang dimulai dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabkan terjadinya dilatasi progresif dari serviks, kelahiran bayi, dan kelahiran plasenta, dan proses tersebut merupakan proses alamiah. (Rohani, 2011).

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup di luar uterus melalui vagina ke dunia luar.

Persalinan normal atau persalinan spontan adalah bila bayi lahir dengan letak belakang kepala tanpa melalui alat-alat atau pertolongan istimewa serta tidak melukai ibu dan bayi, dan umumnya berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam (Wiknjosastro, 2012)

Persalinan/Partus 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. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks(membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks.

Partus abnormal: Bayi lahir melalui vagina dengan bantuan tindakan atau alat seperti versi/ekstraksi, cunam, vakum, dekapitasi, embriotomi & sebagainya, atau lahir perabdominam dengan sectio cesarea.

Gravida: Wanita yang sedang hamil Primigravida Wanita yang hamil untuk pertama kali.

Para: Wanita pernah melahirkan bayi yang dapat hidup (viable)

Primipara: Wanita yang telah melahirkan bayi aterm sebanyak satu kali.

Multipara: Wanita yang telah pernah melahirkan anak hidup beberapa kali, dimana persalinan tersebut tidak lebih dari lima kali.

Grandemultipara: Wanita yang telah melahirkan janin aterm lebih dari lima kali. In partu: Wanita yang sedang berada dalam proses persalinan

Abortus: Terhentinya dan dikeluarkannya hasil konsepsi sebelum mampu hidup di luar kandungan, Umur hamil sebelum 28 minggu, berat janin kurang dari 1000 gr. Persalinan prematurus : Persalinan sebelum umur hamil 28 – 36 minggu, berat janin kurang dari 2.499 gr.

Persalinan aterm: Persalinan antara umur hamil 37–42 minggu, berat janin di atas 2.500 gr. 19. *Persalinan Serotinus*: Persalinan melampaui umur hamil 42 minggu, Pada janin terdapat tanda postmaturitas.

Persalinan presipitatus: Persalinan berlangsung cepat kurang dari 3 jam. Berdasarkan proses berlangsungnya persalinan dibedakan sebagai berikut:

- a. *Persalinan Spontan* Bila persalinan ini berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir.
- b. *Persalinan Buatan* Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi dengan forceps/vakum, atau dilakukan operasi Sectio Caesarea.
- c. *Persalinan Anjuran* Pada umumnya persalinan terjadi bila bayi sudah cukup besar untuk hidup di luar, tetapi tidak sedemikian besarnya sehingga menimbulkan kesulitan dalam persalinan. Persalinan kadang-kadang tidak mulai segera dengan sendirinya tetapi bisa berlangsung dengan dilakukannya amniotomi/pemecahan ketuban atau dengan induksi persalinan yaitu pemberian pitocin atau prostaglandin.

2. Jenis-Jenis Persalinan

- a. *Persalinan Spontan*, jika persalinan berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri dan melalui jalan lahir
- b. *Persalinan Buatan*, persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar misalnya ekstraksi dengan forceps/ dilakukan operasi sectio caesarea
- c. *Persalinan Anjuran*, bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan misalnya pemberian pitocin dan prostaglandin (Prawirohardjo,2010)

3. Lima Benang Merah



Lima benang merah dirasa sangat penting dalam memberikan asuhan persalinan dan kelahiran bayi yang bersih dan aman. Kelima benang merah yang dijadikan dasar asuhan persalinan yang bersih dan aman, Menurut (JNPK-KR,2017), adalah:

a. Pengambilan Keputusan Klinik

Membuat keputusan merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien. Keputusan harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarga maupun petugas yang memberikan pertolongan. Membuat Keputusan klinik dihasilkan melalui serangkaian proses dan metode yang sistematis menggunakan informasi dan dari hasil intervensi berdasarkan bukti, keterampilan dan pengalaman yang dikembangkan melalui berbagai tahap yang logis dalam upaya menyelesaikan masalah dan terfokus pada pasien (Varney, 2007) .

Berikut ini merupakan langkah proses pengambilan keputusan klinik:

- 1) Pengumpulan Data Bidan mengumpulkan data subjektif dan data objektif dari klien. Data subjektif adalah informasi yang diceritakan ibu tentang apa yang dirasakan, apa yang sedang dialami dan apa yang telah dialami, termasuk informasi tambahan dari anggota keluarga tentang status ibu. Data objektif

adalah informasi yang dikumpulkan berdasarkan pemeriksaan/pengantar terhadap ibu atau bayi baru lahir. Cara mengumpulkan data, yaitu: Berbicara dan mengajukan pertanyaan-pertanyaan tentang kondisi ibu dan riwayat perjalanan penyakit, Mengamati tingkah laku ibu apakah terlihat sehat atau sakit, Melakukan pemeriksaan fisik serta Melakukan pemeriksaan tambahan lainnya bila perlu. (Varney, 2007) b) Diagnosis Membuat diagnosa secara tepat dan cepat setelah data dikumpulkan dan dianalisa. Pastikan bahwa data-data yang ada dapat

- 2) Mendukung diagnosa, jangan lupa untuk memperhatikan kemungkinan sejumlah diagnosa banding.
- 3) Penatalaksanaan Asuhan Rencana penatalaksanaan asuhan disusun setelah diagnosa ditegakkan. Pilihan intervensi efektif dipengaruhi oleh: Bukti bukti klinik, Keinginan dan kepercayaan ibu, Tempat dan waktu asuhan, Perlengkapan, bahan dan obat-obatan yang tersedia, Biaya yang diperlukan.
- 4) Evaluasi Evaluasi dilakukan untuk menilai bagaimana tingkat efektivitas penatalaksanaan yang telah di berikan kepada klien. Tentukan apakah perlu dikaji ulang atau diteruskan sesuai dengan kebutuhan saat itu atau kemajuan pengobatan

b. Asuhan Sayang Ibu dan Sayang bayi

Asuhan Sayang Ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinana dan kelahiran bayi. Evidence based midwifery menunjukkan bahwa jika ibu diperhatikan dan di

beri dukungan selama persalinan mereka mendapatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik, asuhan sayang ibu yang dapat diberikan:

- 1) Meninggalkan Intervensi Yang Membahayakan, seperti Pemberian oksitosin sebelum persalinan dengan cara apapun efeknya tidak dapat di kontrol, mendorong fundus selama persalinan.
- 2) Memberikan ibu kebebasan untuk menentukan posisi dan gerakan yang diinginkan selama persalinan dan kelahiran
- 3) Kebiasaan Rutin Yang Membahayakan yang harus dihindarkan, seperti klisma, pencukuran rambut pubis dan eksplorasi uterus.

Konsep asuhan sayang ibu menurut Pusdiknakes, 2003 adalah sebagai berikut:

- 1) Asuhan yang aman berdasarkan evidence based dan ikut meningkatkan kelangsungan hidup ibu. Pemberian asuhan harus saling menghargai budaya, kepercayaan, menjaga privasi, memenuhi kebutuhan dan keinginan ibu.
- 2) Asuhan sayang ibu memberikan rasa nyaman dan aman selama proses persalinan, menghargai kebiasaan budaya, praktik keagamaan dan kepercayaan dengan melibatkan ibu dan keluarga dalam pengambilan keputusan.
- 3) Asuhan sayang ibu menghormati kenyataan bahwa kehamilan dan persalinan merupakan proses alamiah dan tidak perlu intervensi tanpa adanya komplikasi.
- 4) Asuhan sayang ibu berpusat pada ibu, bukan pada petugas kesehatan.
- 5) Asuhan sayang ibu menjamin ibu dan keluarganya dengan memberitahu tentang apa yang terjadi dan apa yang bisa diharapkan.

Prinsip Asuhan Sayang Ibu

- 1) Memahami bahwa kelahiran merupakan proses alami dan fisiologis.
- 2) Menggunakan cara-cara yang sederhana dan tidak melakukan intervensi tanpa ada indikasi.
- 3) Memberikan rasa aman, berdasarkan fakta dan memberi kontribusi pada keselamatan jiwa ibu.
- 4) Asuhan yang diberikan berpusat pada ibu.
- 5) Menjaga privasi serta kerahasiaan ibu.
- 6) Membantu ibu agar merasa aman, nyaman dan didukung secara emosional.
- 7) Memastikan ibu mendapat informasi, penjelasan dan konseling yang cukup.
- 8) Mendukung ibu dan keluarga untuk berperan aktif dalam pengambilan keputusan.
- 9) Menghormati praktek-praktek adat dan keyakinan agama.
- 10) Memantau kesejahteraan fisik, psikologis, spiritual dan sosial ibu/ keluarganya selama kehamilan, persalinan dan nifas.
- 11) Memfokuskan perhatian pada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit.

Asuhan sayang ibu dalam setiap kala :

1) Kala I

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

- a) Memberikan dukungan emosional.
- b) Pendampingan anggota keluarga selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya.

- c) Menghargai keinginan ibu untuk memilih pendamping selama persalinan.
- d) Peran aktif anggota keluarga selama persalinan dengan cara :
 - (1) Mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati dan memuji ibu.
 - (2) Membantu ibu bernafas dengan benar saat kontraksi.
 - (3) Melakukan massage pada tubuh ibu dengan lembut.
 - (4) Menyeka wajah ibu dengan lembut menggunakan kain.
 - (5) Menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa aman.
- e) Mengatur posisi ibu sehingga terasa nyaman.
- f) Memberikan cairan nutrisi dan hidrasi – Memberikan kecukupan energi dan mencegah dehidrasi. Oleh karena dehidrasi menyebabkan kontraksi tidak teratur dan kurang efektif.
- g) 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.
- h) 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.

2) Kala II

Kala II adalah kala dimana dimulai dari pembukaan lengkap serviks sampai keluarnya bayi.

Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah :

- a) Pendampingan ibu selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya oleh suami dan anggota keluarga yang lain.
- b) Keterlibatan anggota keluarga dalam memberikan asuhan antara lain :
 - (1) Membantu ibu untuk berganti posisi.
 - (2) Melakukan rangsangan taktil.
 - (3) Memberikan makanan dan minuman.
 - (4) Menjadi teman bicara/ pendengar yang baik.
 - (5) Memberikan dukungan dan semangat selama persalinan sampai kelahiran bayinya.
- c) Keterlibatan penolong persalinan selama proses persalinan & kelahiran – dengan cara :
 - (1) Memberikan dukungan dan semangat kepada ibu dan keluarga.
 - (2) Menjelaskan tahapan dan kemajuan persalinan.
 - (3) Melakukan pendampingan selama proses persalinan dan kelahiran.
- d) Membuat hati ibu merasa tenteram selama kala II persalinan – dengan cara memberikan bimbingan dan menawarkan bantuan kepada ibu.
- e) Menganjurkan ibu meneran bila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran – dengan cara memberikan kesempatan istirahat sewaktu tidak ada his.
- f) Mencukupi asupan makan dan minum selama kala II.
- g) Memberikan rasa aman dan nyaman dengan cara :
 - (1) Mengurangi perasaan tegang.
 - (2) Membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi.

- (3) Memberikan penjelasan tentang cara dan tujuan setiap tindakan penolong.
 - (4) Menjawab pertanyaan ibu.
 - (5) Menjelaskan apa yang dialami ibu dan bayinya.
 - (6) Memberitahu hasil pemeriksaan.
- h) Pencegahan infeksi pada kala II dengan membersihkan vulva dan perineum ibu.
- i) Membantu ibu mengosongkan kandung kemih secara spontan.

3) Kala III

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

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

4) Kala IV

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

- a) Memastikan tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan dalam keadaan normal.
- b) Membantu ibu untuk berkemih.
- c) Mengajarkan ibu dan keluarganya tentang cara menilai kontraksi dan melakukan massase uterus.

- d) Menyelesaikan asuhan awal bagi bayi baru lahir.
- e) Mengajarkan ibu dan keluarganya ttg tanda-tanda bahaya post partum seperti perdarahan, demam, bau busuk dari vagina, pusing, lemas, penyulit dalam menyusui bayinya dan terjadi kontraksi hebat.
- f) Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi.
- g) Pendampingan pada ibu selama kala IV.

c. Pencegahan Infeksi dalam Proses Persalinan

Tindakan pencegahan infeksi adalah bagian esensial dari asuhan lengkap yang diberikan kepada ibu dan bayi baru lahir dan harus dilaksanakan secara rutin. Mengingat bahwa infeksi dapat ditularkan melalui darah, sekret vagina, air mani, cairan amnion dan cairan tubuh lainnya maka setiap petugas yang bekerja di lingkungan yang mungkin terpapar hal-hal tersebut mempunyai risiko untuk tertular bila tidak mengindahkan prosedur pencegahan infeksi (Saifuddin, 2010). Penatalaksanaan pencegahan infeksi untuk meminimalkan risiko terjadinya infeksi pada ibu bersalin meliputi: Prosedur cuci tangan, pemakaian sarung tangan, pengelolaan cairan antiseptik, pemrosesan alat bekas pakai, dan pengelolaan sampah medik belum sepenuhnya dilakukan sesuai dengan pedoman pencegahan infeksi.

- a. Prosedur cuci tangan Mencuci tangan dengan air dan sabun akan banyak mengurangi jumlah mikroorganisma dari kulit dan tangan.

Berikut adalah 6 langkah cuci tangan yang efektif:

- 1) Basahi kedua telapak anda dengan air mengalir, lalu usap kan sabun ke telapak usap dan gosok dengan lembut pada kedua telapak tangan.
- 2) Gosok masing-masing punggung tangan secara bergantian.

- 3) Jari jemari saling masuk untuk membersihkan sela-sela jari.
- 4) Gosokkan ujung jari (buku-buku) dengan mengatupkan jari tangan kanan terus gosokkan ke telapak tangan kiri bergantian,
- 5) Gosok dan putar ibu jari secara bergantian.
- 6) Gosokkan ujung kuku pada telapak tangan secara bergantian, Setelah itu bilas dengan menggunakan air bersih dan mengalir, lalu keringkan.



Gambar 1.
6 Langkah Cuci Tangan
(sumber: Oktarina, Mika, 2016)

b. Pengelolaan cairan antiseptik

Klorin berfungsi sebagai desinfektan. Mikroorganisme patogen utama yang terdapat di dalam air umumnya berasal dari kotoran manusia, misalnya *Salmonella paratyphi*, *Bacillus shigella*, dan *Vibrio cholerae*. Desinfeksi air dapat dilakukan mendekati sempurna, yaitu 99,9% populasi bakteri. Istilah *klorinasi* dalam desinfeksi air mengacu pada penggunaan klorin sebagai desinfeksi, meskipun sebenarnya desinfeksi dapat pula dilakukan dengan menggunakan ozon atau sinar ultraviolet.

Tabel 1
Keuntungan dan Kerugian Penggunaan Bahan yang Melepaskan Klorin

Keuntungan	Kerugian
1) Mempunyai aktivitas yang baik dalam melawan HIV dan Hepatitis B	1) Bersifat korosif, sehingga perlu baik dalam melawan HIV dan Hepatitis
2) Tersedia luas sebagai pemutih rumah tangga	2) Natrium hipoklorit mudah rusak sesudah dilarutkan
3) Relatif murah dibandingkan disinfektan lain kehati-hatian jika digunakan terhadap permukaan logam	3) Kesalahan dapat terjadi pada saat mengencerkan larutan

Sumber: Oktarina, Mika, 2016

c. Pemrosesan Alat Partus Bekas Pakai

Pengelolaan alat kesehatan dapat mencegah penyebaran Infeksi melalui alat kesehatan, atau menjamin alat tersebut selalu dalam kondisi steril dan siap pakai. Pemilihan pengelolaan alat tergantung pada kegunaan alat dan berhubungan dengan tingkat risiko penyebaran infeksi. Pengelolaan alat dilakukan melalui empat tahapan yaitu:

- 1) Dekontaminasi
- 2) Pencucian
- 3) Sterilisasi atau DTT
- 4) Penyimpanan. Prosedur Pengelolaan Peralatan bekas pakai, (Depkes,2003)



Gambar 2
Dekontaminasi
(Sumber : Damayanti, Ika Putri, 2014)

d. Rekam medik (pencatatan)

Catat semua asuhan yang telah diberikan kepada ibu dan bayinya .jika asuhan tidak dicatat ,dapat dianggap bahwa hal tersebut tidak dilakukan

Yang diperhatikan dalam pencatatan adalah :

- 1) Kelengkapan status klien
- 2) Anamnesis, prosedur, dan hasil pemeriksaan fisik ,laboratorium dan uji atau penapisan tambahan lainnya
- 3) Partograf sebagai instrumen membuat keputusan dan dokumentasi klien
- 4) Upaya dan tatalaksana rujukan yang diperlukan

e. Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana lebih lengkap.

Rujukan adalah suatu pelimpahan tanggung jawab timbal balik atas kasus atau masalah kebidanan yang timbul baik secara vertikal (dari satu unit ke unit yang lebih lengkap /Rumah Sakit) maupun horizontal (dari satu bagian ke bagian lain dalam satu unit). Sangat sulit untuk menduga kapan penyulit terjadisehingga kesiapan merujuk ibu/bayi ke fasilitas rujukan secara optimal dan tepat waktu menjadi syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan.

- 1) Kegiatan Rujukan dan Pelayanan Kebidanan
 - a) Pengiriman orang sakit dari unit kesehatan kurang lengkap ke unit yang lebih lengkap.
 - b) Rujukan kasus-kasus patologik pada kehamilan, persalinan, dan nifas
 - c) Pengiriman kasus masalah reproduksi manusia lainnya.
 - d) Pengiriman bahan laboratorium

Kaji ulang rencana rujukan dengan ibu dan keluarganya. Jika ibu belum membuat rencana rujukan selama kehamilannya, penting untuk dapat mendiskusikan rencana tersebut dengan ibu dan keluarganya diawal persalinan. Jika timbul masalah pada saat persalinan dan rencana rujukan belum dibicarakan maka sering kali sulit untuk melakukan semua persiapan-persiapan secara cepat. Singkatan BAKSOKUDA dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi.

B (Bidan) → pastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk dibawah kefasilitas rujukan.

A (Alat) → bawah perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan dan BBL bersama ibu ketempat rujukan yang mungkin diperlukan dalam perjalanan menuju fasilitas rujukan.

K (Keluarga) → beri tahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu dirujuk. Suami /anggota keluarga yang lain harus menemani ibu dan BBL hingga kefasilitas rujukan.

S (Surat) → berikan surat ketempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan BBL, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil penyakit, asuhan / obat-obatan yang diterima ibu dan BBL. Sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik

O (Obat) → bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu kefasilitas rujukan.

K (Kendaraan) → siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman.

U (Uang) → ingatkan keluarga agar membawahi uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan bayi baru lahir tinggal difasilitas rujukan.

Da (Darah&Doa) → Persiapan Darah baik dari anggota keluarga maupun kerabat sebagai persiapan jika terjadi perdarahan. Doa sebagai kekuatan spritual dan harapan yang dapat membantu proses persalinan

4. Faktor Faktor Penting Dalam Persalinan

a. Power

Power adalah tenaga atau kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan tersebut meliputi His (kekuatan kontraksi uterus), kontraksi otot-otot perut, Kontraksi diafragma dan aksi dari ligament,dengan kerjasama yang baik dan sempurna.

b. Passenger

Faktor *Passenger* terdiri atas 3 komponen yaitu janin, air ketuban dan plasenta.

1) Janin

Janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor.

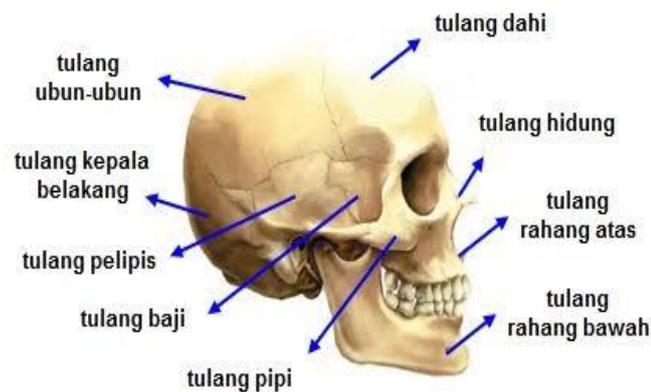
a) Anatomi Kepala Janin Tulang-tulang kepala janin:

(1) Bagian tengkorak: Os Frontal/tulang dahi, OS Parietal/tulang ubun-ubun,

Os Occipital/tulang belakang kepala dan OS Temporal/tulang pelipis

(2) Bagian muka: Os nasalis/tulang hidung, Os maxilaris/tulang rahang bawah, Os mandibularis/tulang rahang bawah dan Os zygomatic/tulang pipi

- (3) Sutura (sela ruang antara dua tulang) Sutura frontalis, antara kedua tulang frontal, Sutura sagitalis, antara kedua tulang parietaln kiri dan kanan, Sutura koronalis, antara tulang parietal dan frontal dan Sutura lamboidea, antar tulang parietal dan oksipital.



Gambar 3.
Anatomi Kepala Janin
(Sumber : Damayanti, Ika Putri, 2014)

Fontanel/Ubun-ubun (merupakan pertemuan beberapa sutura)

- (1) Fontanel mayor/fotanel anterior/ubun-ubun besar Merupakan pertemuan antara sutura sagitalis, sutura frontalis, dan sutura koronaria, berbentuk segiempat panjang. Fontanel ini menutup pada usia bayi 18 bulan
- (2) Fontanel minor/fontanel posterior/ubun-ubun kecil Berbentuk segitiga dengan puncak segitiga dengan puncak segitiga runcing searah muka janin dan dasar segitiga searah dengan punggung janin, merupakan pertemuan antara sutura sagitalis dengan sutura lamboidea. Fontanel ini menutup pada usia 6-8 minggu.

Ukuran-ukuran kepala janin

- (1) Diameter Diameter suboccipitobregmatika + 9,5 cm, Diameter occipitofrontalis. Jarak antara tulang oksiput dan frontal, 12cm, Dimeter vertikomento/ supraokspitomental/mentooccipitalis + 13, 5cm,

merupakan diameter terbesar, terjadi pada presentasi dahi. Diameter submentobregmatika + 9,5 cm/diameter anteroposterior pada presentasi muka.

(2) Diameter melintang pada tengkorak janin adalah: Diameter Biparietalis 9,5 cm dan Diameter Bitemporalis + 8 cm

(3) Ukuran Circumferensia (keliling)

(a) Cirkum ferensia Cirkum ferensia fronto occipitalis + 34 cm

(b) Cirkum ferensia mento occipitalis + 35 cm

(c) Cirkum ferensia sub occipito bregmatika +32 cm

b) Presentasi kepala janin yang pertama kali memasuki pintu atas panggul dan terus melalui jalan lahir pada saat persalinan mencapai aterm.

c) Letak janin adalah hubungan antar sumbu panjang (punggung) janin terhadap sumbu panjang (punggung ibu).

Ada dua macam letak, yaitu memanjang atau vertikal. Presentasi ini tergantung pada struktur janin yang pertama memasuki panggul ibu.

d) Sikap janin merupakan hubungan bagian bagian tubuh janin yang satu dengan bagian tubuh yang lain yang sebagian merupakan akibat pola pertumbuhan janin dan sebagai akibat penyesuaian janin terhadap bentuk rongga rahim.

e) Posisi janin, hubungan antara bagian presentasi (oksiput, sakrum, mentum/dagu, sinsiput/puncak kepala yang defleksi/menengadah) terhadap empat kuadran panggul ibu, yaitu posisi oksipito anterior kanan, oksipito transversa kanan, oksipito posterior kanan, oksipito posterior kiri, oksipito transversa kanan, oksipito anterior kiri. Engagement menunjukkan bahwa diameter transversa terbesar bagian presentasi telah memasuki PAP atau

panggul sejati. Pada presentasi kepala yang fleksi dengan benar, diameter biparietal merupakan diameter terbesar.

2) Ketuban

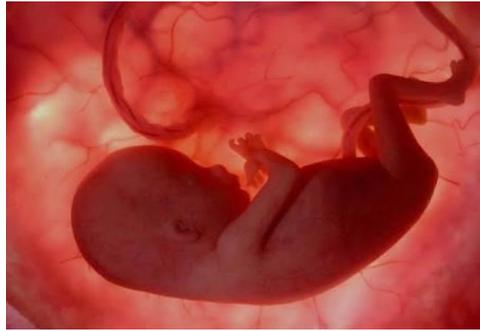


Gambar 3.
Ketuban

(Sumber : Damayanti, Ika Putri, 2014)

Ketuban berfungsi untuk melindungi pertumbuhan janin, menjadi bantalan untuk melindungi janin terhadap trauma dari luar, menstabilkan perubahan suhu, pertukaran cairan, sarana yang memungkinkan janin bergerak bebas, sampai mengatur tekanan dalam rahim. Tak hanya itu air ketuban juga berfungsi melindungi janin dari infeksi, dan pada saat persalinan, ketuban yang mendorong cervix untuk membuka, juga meratakan tekanan intra-uterin dan membersihkan jalan lahir bila ketuban pecah.

Saat usia kehamilan 25-26 minggu, jumlahnya rata-rata 239 ml. Lalu meningkat jadi + 984 ml pada usia kehamilan 33-34 minggu dan turun jadi 836 ml saat janin siap lahir.



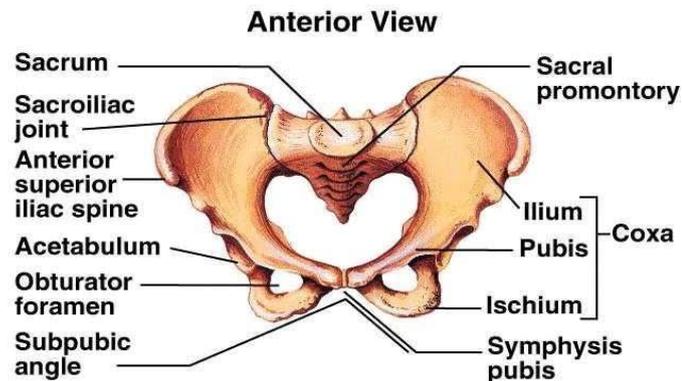
Gambar 5.
Keadaan air ketuban sesuai dengan perkembangan janin
(Sumber : Damayanti, Ika Putri, 2014)

3) Plasenta

Plasenta adalah bagian dari kehamilan yang penting. Dimana plasenta memiliki peranan berupa transport zat dari ibu ke janin, penghasil hormon yang berguna selama kehamilan, serta sebagai barier. Melihat pentingnya peranan dari plasenta maka bila terjadi kelainan pada plasenta akan menyebabkan kelainan pada janin ataupun mengganggu proses persalinan.

Pada tahap-tahap perkembangan ini, zona pellucida masih mengelilingi. Sebelum terjadinya implantasi, zona pellucida menghilang sehingga blastosit menempel pada permukaan endometrium. Dengan menempelnya blastokist pada permukaan endometrium maka blastosit menyatu dengan epitel endometrium. Setelah terjadi erosi pada sel epitel endometrium, trophoblast masuk lebih dalam ke dalam endometrium dan segera blastokist terkurung di dalam endometrium. Implantasi ini terjadi pada daerah endometrium atas terutama pada dinding posterior dari uterus.

c. *Passage*



Gambar 6.
Anatomi Panggul
(Sumber : Oktarina, Mika, 2016)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yaitu bagian tulang padat, dasar panggul, vagina dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan – lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai. Jalan lahir terdiri atas:

- 1) Jalan lahir keras (pelvik atau panggul); os coxae, os sacrum dan os cocygis
- 2) Jalan lahir lunak, segmen bawah rahim (SBR), serviks vagina, intoitus vagina dan vulva, muskulus dan ligamentum yang menyelubungi dinding dalam dan bawah panggul/ diafragma pelvis terdiri dari bagian otot di sebut muskulus levator ani, sedangkan bagian membran disebut diafragma urogenital.

a) Osilium/Tulang Usus

- (1) Ukurannya terbesar dibanding tulang lainnya. Sebagai batas dinding atas dan belakang panggul/pelviks
- (2) Pinggir atas osilium yang tumpul dan menebal: Crista iliaca

- (3) Bagian terdepan Crista iliaca: Spina Iliaca anterior posterior (SIAS) dan beberapa centimeter dibawahnya menonjol: Spina iliaca anterior inferior (SIAI)
 - (4) Di bawah SIPS ada tonjolan dinamakan spina iliaca posterior interior (SIPI)
 - (5) Dibawah SIPS ada tonjolan dinamakan spina iliaca posterior inferior (SIPI)
 - (6) Lengkungan dibawah SIPI dinamakan incisura ischiadica mayor
 - (7) Pada sisi dalam osilium merupakan batas antara panggul mayor dan panggul minor dinamakan linea innominata / linea terminalis.
- b) Os Ischium/tulang duduk
- (1) Posisi os ischium terlekat dibawah os ilium, pada bagian belakang terdapat cuat duri dinamakan spina ischiadica.
 - (2) Lengkungan di bawah spina ischiadica di namakan incisura ischiadica minor
 - (3) Pada bagian bawah menembah, sebagai penopang, tubuh saat duduk dinamakan tuber ischiadicum
- c) Os Pubis/tulang kemaluan
- (1) Membentuk suatu lubang dengan osischium yaitu foramen obturatorium. Fungsi di dalam persalinan belum di ketahui secara pasti.
 - (2) Di atas foramen obturatorium dibatasi oleh sebuah tangkai dari os pubis yang menggabungkan dengan os ischium disebut ramus superior

ossis pubis, sedang dinding bawah foramen dibatasi oleh ramus inferior ossis pubis.

(3) Pada ramus superior ossis pubis kanan dan kiri terdapat tulang yang bersisir, dinamakan pecten ossis pubis.

(4) Pada ramus inferior ossis pubis kiri dan kanan membentuk sudut yang di sebut arkus pubis. Pada panggul wanita normal sudut ini tidak kurang dari 90°.

(5) Pada bagian atas os pubis terdapat tonjolan yang dinamakan tuberkulum pubic.

d) Os Sacrum/tulang kelangkang

(1) Bentuk segitiga, dengan dasar segitiga di atas dan puncak segitiga pada ujung di bawah.

(2) Terdiri lima ruas yang bersatu, terletak diantara os coxae dan merupakan dinding belakang panggul.

(3) Permukaan belakang pada bagian tengah terdapat cuat duri dinamakan crista sakralia.

(4) Permukaan depan membentuk cekungan disebut arkus sakralia yang memperlebar luas panggul kecil / pelvis minor.

(5) Dengan lumbal ke-5 terdapat arkulasio lumbosacralis

(6) Bagian depan paling atas dari tulang sakrum dinamakan promontorium, dimana bagian ini bila dapat teraba pada waktu periksa dalam, berarti ada kesempitan panggul.

- e) Os Coccygis/tulang ekor
 - (1) Di bentuk oleh 3-5 ruas tulang yang saling berhubungan dan berpadu dengan bentuk segitiga.
 - (2) Pada kehamilan tahap akhir, koksigeum dapat bergerak (kecuali jika struktur tersebut patah)
- f) Perhubungan tulang-tulang panggul
 - (1) Di depan panggul terdapat hubungan antara kedua os pubis kanan dan kiri.
 - (2) Di belakang panggul terdapat artikulasio sakro-iliaka yang menghubungkan os sakrum dan osilium
 - (3) Di bagian bawah panggul terdapat artikulasio sakro koksigea yang menghubungkan os sacrum dengan os koksigis
- g) Tulang panggul di pisahkan oleh pintu atas panggul menjadi dua bagian:
 - (1) Panggul palsu/False pelvis (pelvis mayor). Panggul palsu adalah bagian di atas pintu atas panggul dan tidak berkaitan dengan persalinan
 - (2) Panggul sejati/true pelvis (pelvis minor). Bentuk pelvis minor ini menyerupai suatu saluran yang menyeruapi sumbu melengkung kedepan Dalam obstetri yang di maksud pelvis minor terdiri atas:
 - (a) Pintu atas panggul (PAP) yang di sebut juga pelvic inlet
 - 1) Bagian anterior PAP, yaitu batas atas sejati, di bentuk leh tepi atas tulang pubis
 - 2) Bagian lateralnya di bentuk oleh linea iliopektena, yaitu sepanjang tulang inominata

- 3) Bagian posteriornya dibentuk oleh bagian bagian anterior tepi atas sakrum dan promontorium sacrum
- (b) Bidang tengah panggul (midlet)
- 1) Merupakan saluran lengkung yang memiliki dinding anterior pendek dan dinding posterior yang lebih cembung dan panjang
 - 2) Rongga panggul melekat pada bagian posterior simpisis pubis, ischium, sebagian ilium, sacrum dan koksigeum
- (c) Pintu bawah panggul
- 1) Batas bawah panggul sejati
 - 2) Jika dilihat dari bawah, struktur ini berbentuk lonjong, agak menyerupai intan, di bagian anterior dibatasi oleh lengkung pubis, dibagian lateral oleh tuberositas ishium, dan bagian posterior oleh ujung koksigeum.

Ukuran - ukuran Panggul:

(1) Pintu Atas Panggul:

- (a) Konjugata diagonalis: pinggir bawah symphisis pubis ke promontorium: 12,5 cm
- (b) Konjugata vera: pinggir atas symphisis pubis ke promontorium: konjugata diagonalis - 1,5 cm = 11 cm.
Konjugata vera adalah ukuran PAP yang utama yang dapat diukur secara tidak langsung
- (c) Konjugata transversa: antar dua linea innominata: 12 cm - 13 cm
- (d) Pada panggul normal promontorium teraba, bila ukuran CV diatas 10 cm dianggap panggul dalam batas normal.

(2) Ruang Tengah Panggul:

(a) Bidang luas panggul: pertengahan symphysis ke pertemuan os sacrum 2 dan 3. Sekitar 12,75 x 12,5 cm.

Dalam persalinan tidak mengalami kesukaran.

(b) Bidang sempit panggul: tepi bawah symphysis menuju spina ischiadica. Sekitar 11,5 x 11 cm. Jarak kedua spina 10 - 11 cm.

(3) Pintu Bawah Panggul:

(a) Anterior posterior: pinggir bawah symphysis ke os coccygis: 10 11 cm.

(b) Melintang: 10,5 cm.

(c) Arcus pubis: lebih dari 90 derajat

5. Tanda-Tanda Persalinana. Terjadi *Lightening*

Menjelang minggu ke-36, tanda primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan: *kontraksi Braxton His*, ketegangan dinding perut, ketengan ligamentum Rotundum, gaya berat janin dimana kepala ke arah bawah. Masuknya bayi ke pintu atas panggul menyebabkan ibu merasakan: Ringan dibagian atas, rasa sesaknya berkurang, Sesak dibagian bawah, Terjadinya kesulitan saat berjalan dan Sering kencing (pollaksuria)

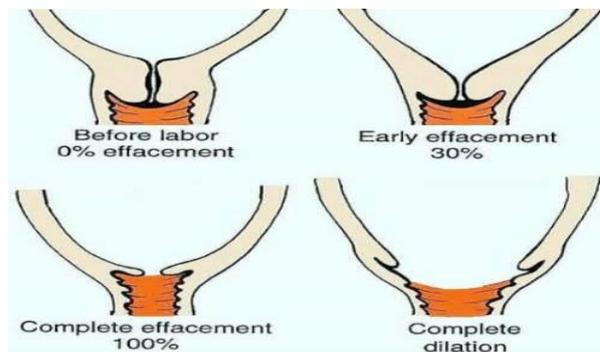
b. Terjadinya His Permulaan Makin tua kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesteron makin berkurang sehingga oksitosin dapat

menimbulkan kontraksi yang lebih sering, sebagai his palsu. Sifat his palsu, antara lain: Rasa nyeri ringan dibagian bawah, Datangnya tidak teratur, Tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda, Durasinya pendek.

Tanda-Tanda Timbulnya Persalinan (Inpartu):

- 1) Terjadinya His Persalinan
- 2) Keluarnya lendir bercampur darah pervaginam (show)
- 3) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya
- 4) Dilatasi dan effacement

Dilatasi adalah terbukanya kanalis servikalis secara berangsur angsur akibat pengaruh his. Effacement adalah pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang semula panjang 1 – 2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggal hanya ostium yang tipis seperti kertas



- breonna

Gambar 7.
(Dilatasi dan Efacement)
(sumber: Wati, Lega, 2018)

6. Tahapan Persalinan

a. Persalinan Kala I

Persalinan kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga parturien masih dapat berjalan-jalan. Lama kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan kurva friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/ jam.

b. Kala II (Pengeluaran)

Kala 2 di mulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Pada primigravida berlangsung 2 jam dan pada multigravida berlangsung 1 jam. Pada kala pengeluaran, his terkoordinir, kuat, cepat dan lebih lama, kira – kira 2 -3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot – otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedan. Karena tekanan pada rectum, ibu merasa seperti mau buang air bersih, dengan tanda anus terbuka.

Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang. Dengan his mencedan maksimal kepala janin di lahirkan dengan suboksiput di bawah simpisis dan dahi, muka, dagu melewati perineum. Setelah his istriadat sebentar, maka his akan mulai lagi untuk meneluarkan anggota badan bayi.

c. Kala III (Pelepasan Uri)

Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran uri. Di mulai segera setelah bayi baru lahir samapi lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit

Tanda dan gejala kala III

Tanda dan gejala kala III adalah : perubahan bentuk dan tinggi fundus uteri, tali pusat memanjang, semburan darah tiba – tiba.

Fase – fase dalam pengeluaran uri (kala III)

d. Kala IV (Observasi)

kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Observasi yang dilakukan pada kala IV adalah:

- 1) Tingkat kesadaran
- 2) Pemeriksaan tanda – tanda vital, tekanan darah, nadi dan pernafasan
- 3) Kontraksi uterus
- 4) Perdarahan : dikatakan normal jika tidak melebihi 500 cc.
- 5) Terjadinya perdarahan

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

7. Mekanisme Persalinan Normal

Menurut (Prawirohardjo, 2010) bahwa mekanisme persalinan normal dapat di kelompokkan menjadi 6 mekanisme, yaitu :

a. Turunnya kepala

His adalah satu kekuatan pada Ibu yang menyebabkan serviks membuka dan mendorong janin kebawah.

Turunnya kepala dapat dibagi menjadi :

- 1) Masuknya kepala dalam pintu atas panggul
- 2) Majunya kepala

Pada primigravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk ke dalam rongga panggul dan biasanya baru dimulai pada kala II, pada multigravida majunya kepala dan masuknya kedalam panggul terjadi bersamaan.

Sangat penting selama kala II, melalui fleksi ini diameter terkecil kepala janin dapat bergerak melalui pintu atas panggul, dan terus menuju dasar panggul. Fleksi terjadi karena janin didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir atas panggul, cerviks, dinding panggul dan dasar panggul.

b. Putar paksi dalam

Dari kepala membuat diameter anteroposterior menyesuaikan diri dengan diameter asteroposterior panggul Ibu.

c. Ekstensi

Terjadi karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah kedepan dan keatas sehingga harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya.

d. Putar paksi luar

Putaran atau gerakan kembali setelah putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan panggul anak.

e. Ekspulsi

Setelah kepala dilahirkan, bahu akan berada pada posisi depan, selanjutnya dilahirkan bahu depan kemudian bahu belakang. demikian pula dilahirkan urokater belakang, kemudian Bayi lahir seluruhnya. (Prawirohardjo, 2010)

8. Kemajuan Persalinan

Untuk menentukan berapa jauhnya bagian depan turun ke dalam rongga panggul, maka Hodge telah menentukan berapa bidang khayalan dalam panggul sebagai berikut :

a. Hodge I

Pada hodge I ialah sama dengan pintu atas panggul

b. Hodge II

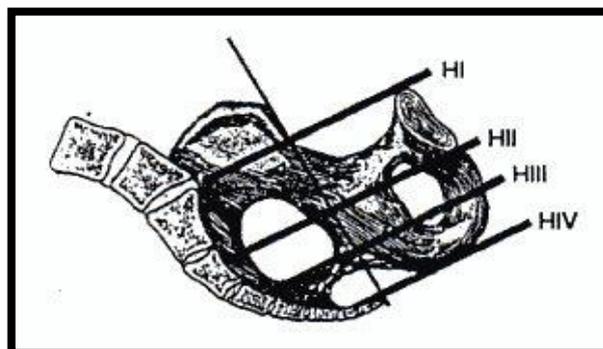
Pada hodge II ini sejajar dengan Hodge I melalui pinggir bawah symphysis

c. Hodge III

Bidang ini sejajar dengan hodge I melalui spinae ischiadicae

d. HodgeIV

Pada bidang Hodge IV ini sejajar dengan Hpodge I melalui ujung os coccygis



Gambar 8.
Bidang Hodge
(Sumber: Wati, Lega, 2018)

9. Asuhan Persalinan Normal

Kala dua adalah saat keluarnya janin. Dimulai saat serviks sudah berdilatasi penuh (10 cm) dan ibu merasakan dorongan untuk mengeluarkan bayinya. Kala ini berakhir saat bayi lahir

a. Mengenali Gejala dan Tanda Kala II

Mengenali dan Melihat adanya tanda persalinan kala II yang dilakukan adalah: tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan tanda-tanda:

- 1) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran
- 2) Ibu merasakan tekan pada rektum dan vaginanya
- 3) Perineum menonjol
- 4) Vulva vagina dan sfingter ani membuka

b. Menyiapkan Pertolongan Persalinan

- 1) Memastikan perlengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk resusitasi → tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat, 3 handuk atau kain bersih dan kering, alat penghisap lendir, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm diatas tubuh bayi. Untuk ibu : Menggelar kain diatas perut ibu. Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
- 2) Pakai celemek plastik yang bersih.
- 3) Melepaskan dan menyimpan semua periasan yang dipakai, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk pribadi yang kering dan bersih.

- 4) Memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk pemeriksaan dalam.
 - 5) Masukkan oksitosin 10 unit kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril).
- c. Memastikan Pembukaan Lengkap dan keadaan Janin Bayi
- 1) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah di basahi air disinfeksi tingkat tinggi.
 - a) Jika Introitus vagina, perineum, atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan kasa dari arah depan ke belakang.
 - b) Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.
 - c) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5 % → langkah 9.
 - 2) Lakukan Periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.
 - 3) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
 - 4) Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal.

- d. Menyiapkan Ibu Dan Keluarga Untuk Membantu Proses Pimpinan Meneran
 - 1) Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, membantu ibu dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
 - 2) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (pada saat adanya his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan dia merasa nyaman).
 - 3) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
 - 4) Ajarkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- e. Persiapan Untuk Melahirkan Bayi
 - 1) Melatakan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu. Jika kepala bayi sudah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
 - 2) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu
 - 3) Membuka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
 - 4) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- f. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi
 - 1) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakan tangan yang lain di kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala, menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan saat kepala lahir.

- 2) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika terjadi lilitan tali pusat.
 - a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara kedua klem tersebut.
- 3) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran peksi luar secara spontan.

g. Lahirnya Bahu

- 1) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tepatkan ke dua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya, dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar sehingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior. Lahirnya badan dan tungkai
- 2) Setelah kedua bahu di lahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ketangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan tangan bagian bawah saat menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior saat bayi keduanya lahir.
- 3) Setelah tubuh dan lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangga saat

punggung dan kaki lahir memegang kedua mata kaki bayi dan dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

h. Penanganan Bayi Baru Lahir

- 1) Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi diatas perut ibu di posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan).
- 2) Mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Biarkan bayi diatas perut ibu.
- 3) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
- 4) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
- 5) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntukan oksitosin 10 unit IM (Intara muskuler) 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).
- 6) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem dari arah bayi dan memasang klem ke dua 2 cm dari klem pertama ke arah ibu.

i. Pemotongan dan pengikatan tali pusat

- 1) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan penguntungan tali pusat diantara dua klem tersebut.

- 2) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
 - 3) Lepaskan klem dan masukan dalam wadah yang telah disediakan.
- j. Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi tengkurap didada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi dikepala bayi.
- k. Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala III
- 1) Memindahkan klem pada tali pusat sekitar 5-10 cm dari vulva.
 - 2) Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat diatas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus, memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
 - 3) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang – atas (dorso – kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.

l. Mengeluarkan Plasenta

- 1) Lakukan penegangnan dan dorongan dorso-kraniel hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir, (tetap lakukan tekanan dorso-kraniel)
- 2) Saat plasenta terlihat di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan menggunakan ke dua tangan, pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilih kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

m. Rangsang Taktil Masase Uterus

- 1) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan Masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (Fundus menjadi keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase.

n. Memeriksa Perdarahan

- 1) Memeriksa kedua sisi placenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta kedalam kantung plastik atau tempat khusus.
- 2) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif segera lakukan penjahitan.

o. Asuhan Pasca Persalinan

- 1) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 2) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 %.

p. Evaluasi

- 1) Pastikan kandung kemih kosong
- 2) Anjurkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus untuk menilai kontraksi
- 3) Evaluasi dan estimasi jumlah perdarahan
- 4) Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik
- 5) Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit)

q. Kebersihan Dan keamanan

- 1) Tempatkan semua peralatan dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit), mencuci dan membilas peralatan setelah didekontaminasi.
- 2) Buang bahan – bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
- 3) Bersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu untuk memakai pakaian yang bersih dan kering.

- 4) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
- 5) Dekontaminasi tempat bersalin dengan klorin 0,5% dan membilas dengan ai bersih.
- 6) Mencelupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% membalikan bagian sarung tangan dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 7) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air yang mengalir.
- 8) Memakai sarung tangan bersih untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi
- 9) Dalam 1 jam pertama, beri salep mata, vitamin K 1 mg IM di paha kiri bawah lateral, pemeriksaan bayi baru lahir, pernapasan bayi, dan temperatur ubuh setiap 15 menit.
- 10) Setelah 1 jam pemberian vitamin K berikan suntikan Hepatitis B di paha kanan bawah lateral.
- 11) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbaik terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit
- 12) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk bersih.

r. Pendokumentasian

Lengkapi patograf (Halaman depan dan belakang, periksa tanda vital dan asuhan kala IV). (Prawiroharjo, 2012; 341-347)