

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses fisiologis yang melibatkan pembukaan dan penipisan serviks serta turunnya janin ke jalan lahir, diakhiri dengan kelahiran bayi dan pengeluaran plasenta. Persalinan normal terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (di atas 37 minggu) tanpa komplikasi. Proses persalinan dimulai dengan kontraksi uterus yang menyebabkan perubahan pada serviks, sementara kontraksi tanpa perubahan serviks menandakan ibu belum memasuki tahap persalinan aktif (inpartu) (Mutmainnah, dkk 2021).

Persalinan normal adalah proses pengeluaran bayi, plasenta, dan cairan ketuban dari uterus ke dunia luar yang memenuhi beberapa kriteria, yaitu berlangsung secara spontan, berpresentasi janin belakang kepala, terjadi pada usia kehamilan 37–42 minggu, berisiko rendah sejak awal persalinan hingga partus (Mutmainnah, dkk 2021).

2. Macam-Macam Persalinan

Menurut Mutmainnah, dkk 2021 ada beberapa macam-macam persalinan antara lain:

a. Berdasarkan caranya persalinan dapat dibedakan menjadi dua, yaitu:

1) Persalinan Normal

Adalah proses kelahiran bayi yang terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (lebih dari 37 minggu) tanpa adanya penyulit, yaitu dengan tenaga ibu sendiri tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai bayi dan ibu. Partus spontan umumnya berlangsung 24 jam.

2) Persalinan Abnormal

Persalinan pervaginam dengan bantuan alat-alat atau melalui dinding perut dengan operasi caesar.

- b. Berdasarkan proses berlangsungnya persalinan dapat dibedakan menjadi tiga, yaitu:
- 1) Persalinan Spontan
Bila persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri atau melalui jalan lahir ibu tersebut.
 - 2) Persalinan Buatan
Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar, misalnya ekstraksi forceps atau dilakukan operasi section caesar.
 - 3) Persalinan Anjuran
Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya, tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban karena pemberian prostaglandin.
- c. Berdasarkan lama kehamilan dan berat janin dibagi menjadi enam, yaitu:
- 1) Abortus
Pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan, berat janin < 500 gram dan umur kehamilan < 20 minggu.
 - 2) Immaturus
Pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu sampai dengan 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500-999 gram.
 - 3) Prematurus
Persalinan pada usia kehamilan 28 minggu sampai dengan 36 minggu dengan berat janin kurang dari 1000-2499 gram.
 - 4) Aterem
Persalinan antara usia kehamilan 37 minggu sampai dengan 42 minggu dengan berat janin di atas 2500 gram.
 - 5) Serotinus/Postmatur
Persalinan yang melampaui usia kehamilan 42 minggu dan pada janin terdapat tanda-tanda postmatur.
 - 6) Presipitatus
Persalinan berlangsung kurang dari 3 jam.

3. Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya. Hal ini dilakukan melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap, serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal.

Fokus utama asuhan persalinan normal telah mengalami pergeseran paradigma. Dahulu fokus utamanya adalah menunggu dan menangani komplikasi, namun sekarang fokus utamanya adalah mencegah terjadinya komplikasi selama persalinan dan setelah bayi lahir. Fokus tersebut adalah untuk mengurangi kesakitan dan kematian ibu serta bayi baru lahir.

Perubahan paradigma ini diakui dapat membawa perbaikan kesehatan ibu di Indonesia. Penyesuaian tersebut sangat penting dalam upaya menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir karena sebagian besar persalinan di Indonesia masih terjadi pada tingkat primer yang tingkat keterampilan dan pengetahuannya belum memadai. Deteksi dini dan pencegahan komplikasi dapat dimanfaatkan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir. Jika semua tenaga penolong persalinan dilatih agar mampu mencegah atau mendeteksi dini komplikasi yang mungkin terjadi, menerapkan asuhan persalinan secara tepat guna dan waktu, baik sebelum atau sesaat masalah terjadi, serta segera melakukan rujukan saat kondisi ibu masih optimal maka para ibu dan bayi baru lahir akan terhindar dari ancaman kesakitan dan kematian. Selain hal tersebut, tujuan lain dari asuhan persalinan antara lain:

- a. Meningkatkan sikap positif terhadap keramahan dan keamanan dalam memberikan pelayanan persalinan normal dan penanganan awal penyulit beserta rujukannya.
- b. Memberikan pengetahuan dan keterampilan pelayanan persalinan normal dan penanganan awal penyulit beserta rujukan yang berkualitas dan sesuai dengan prosedur standar.

- c. Mengidentifikasi praktik-praktik terbaik bagi penatalaksanaan persalinan dan kelahiran, yang berupa:
 - 1) Penolong yang terampil,
 - 2) Kesiapan menghadapi persalinan, kelahiran, dan kemungkinan komplikasinya,
 - 3) Partograf,
 - 4) Episiotomy yang terbatas hanya pada indikasi, dan
 - 5) Mengidentifikasi tindakan-tindakan yang merugikan dengan maksud menghilangkan tindakan tersebut (Mutmainnah, dkk 2021).

4. Sebab-Sebab Terjadinya Persalinan

Menurut Mutmainnah, dkk 2021 ada beberapa sebab terjadinya persalinan yaitu:

a. Teori Penurunan Kadar Hormon Progesteron

Hormon progesteron merupakan hormon yang mengakibatkan relaksasi pada otot-otot rahim, sedangkan hormon estrogen meningkatkan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan, terdapat keseimbangan antara progesterone dan estrogen di dalam darah. Progesteron menghambat kontraksi selama kehamilan sehingga mencegah ekspulsi fetus. Sebaliknya, estrogen mempunyai kecenderungan meningkatkan derajat kontraktilitas uterus. Baik progesteron maupun estrogen disekresikan dalam jumlah yang secara progresif makin bertambah selama kehamilan. Namun saat kehamilan mulai masuk usia 7 bulan dan seterusnya, sekresi estrogen terus meningkat, sedangkan sekresi progesterone tetap konstan atau mungkin sedikit menurun sehingga terjadi kontraksi brakton hicks saat akhir kehamilan yang selanjutnya bertindak sebagai kontraksi persalinan.

b. Teori Oksitosin

Menjelang persalinan terjadi peningkatan reseptor oksitosin dalam otot rahim sehingga mudah terangsang saat disuntikkan oksitosin dan menimbulkan kontraksi, diduga bahwa oksitosin dapat

menimbulkan pembentukan prostaglandin dan persalinan dapat berlangsung.

c. Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh deciduas menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi, baik dalam air ketuban maupun darah perifer ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan.

d. Teori Plasenta Menjadi Tua

Plasenta yang menjadi tua seiring bertambahnya usia kehamilan menyebabkan kadar estrogen dan progesteron turun. Hal ini juga mengakibatkan kejang pada pembuluh darah sehingga akan menimbulkan kontraksi.

e. Distensi Rahim

Seperti halnya kandung kemih yang bila dindingnya meregang karena isinya, demikian pula dengan rahim. Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan maka otot-otot rahim akan semakin meregang. Rahim yang membesar dan meregang menyebabkan iskemi otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenter kemudian timbullah kontraksi.

f. Teori Iritasi Mekanik

Dibelakang serviks terletak ganglion servikale (Fleksus Franker Hauser). Bila ganglion ini digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin maka akan timbul kontraksi.

g. Pengaruh Janin

Hypofise dan kelenjar suprarenal janin juga memegang peranan dalam terjadinya persalinan pada janin anancepalus kehamilan lebih lama dari biasanya.

5. Tahapan-Tahapan Persalinan

Menurut Mutmainnah, dkk 2021 dalam proses persalinan, ada beberapa tahapan yang harus dilalui ibu, yang dikenal sebagai 4 kala yaitu:

a. Kala I

Kala I disebut juga dengan kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0 sampai dengan pembukaan lengkap (10 cm). Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga pasien masih dapat berjalan-jalan. Proses pembukaan serviks sebagai akibat his dibedakan menjadi dua fase, yaitu:

1) Fase Laten

Berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai dengan pembukaan mencapai ukuran diameter 3 cm.

2) Fase Aktif

a) Fase Akselerasi

alam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

b) Fase Dilatasi Maksimal

Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm sampai dengan 9 cm.

c) Fase Dilatasi

Pembukaan menjadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan berubah menjadi pembukaan lengkap.

Di dalam fase aktif ini, frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap, biasanya terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih. Biasanya dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi kecepatan rata-rata yaitu 1 cm per jam untuk primigravida dan 2 cm untuk multigravida.

Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida begitu pula pada multigravida, tetapi pada fase laten, fase aktif, dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Mekanisme pembukaan serviks berbeda antara primi atau multigravida. Pada primigravida, OUI membuka lebih dulu sehingga serviks akan mendatar dan menipis, baru kemudian OUE membuka, pada multigravida OUI dan OUE akan mengalami penipisan dan pendataran yang bersamaan. Kala I selesai apabila pembukaan serviks sudah lengkap.

Pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 12 jam, sedangkan pada multigravida kira-kira 7 jam.

b. Kala II

Kala II disebut juga dengan kala pengeluaran, kala ini dimulai dari pembukaan lengkap (10cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida, gejala utama dari kala II adalah:

- 1) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- 2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- 3) Ketuban pecah pada pembukaan merupakan pendeteksi lengkap diikuti keinginan mengejan karena fleksus frankenhauser tertekan.
- 4) Kedua kekuatan, his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga kepala bayi membuka pintu, subocciput bertindak sebagai hipomoglion berturut-turut lahir dari dahi, muka, dagu yang melewati perineum.
- 5) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
- 6) Setelah putar paksi luar berlangsung maka persalinan bayi ditolong dengan jalan:
 - a) Kepala dipegang pada occiput dan di bawah dagu, ditarik ke bawah untuk melahirkan bahu belakang.
 - b) Setelah kedua bahu lahir, ketiak diikat untuk melahirkan sisa badan bayi.
 - c) Bayi kemudian lahir diikuti oleh air ketuban.

c. Kala III

Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Melalui kelahiran bayi, plasenta sudah mulai terlepas pada lapisan Nitabisch karena sifat retraksi otot rahim. Dimulai segera setelah bayi lahir sampai plasenta lahir, yang berlangsung tidak lebih

dari 30 menit, jika lebih maka harus diberi penanganan lebih atau dirujuk. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda:

- 1) Uterus menjadi bundar.
- 2) Uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim.
- 3) Tali pusat bertambah panjang.
- 4) Terjadi perdarahan.

Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara crede pada fundus uteri. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir.

Lepasnya plasenta secara Schultze, biasanya tidak ada pendarahan sebelum plasenta lahir dan banyak mengeluarkan darah setelah plasenta lahir, sedangkan cara Duncan yaitu plasenta lepas dari pinggir, biasanya darah mengalir keluar antara selaput ketuban.

d. Kala IV

Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena pendarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah:

- 1) Tingkat kesadaran penderita.
- 2) Pemeriksaan tanda-tanda vital, tekanan darah, nadi, dan pernapasan.
- 3) Kontraksi uterus.
- 4) Terjadi pendarahan.

6. Lima Benang Merah Asuhan Persalinan

Menurut Mutmainnah, dkk 2021 Lima benang merah dirasakan sangat penting dalam memberikan asuhan persalinan dan kelahiran bayi yang bersih dan aman. Kelima benang merah ini akan selalu berlaku dalam penatalaksanaan persalinan mulai dari kala I sampai dengan kala IV termasuk penatalaksanaan bayi baru lahir, kelima benang merah yang dijadikan dasar asuhan persalinan yang bersih dan aman adalah:

a. Pengambilan Keputusan Klinik

Aspek pemecahan masalah yang diperlukan untuk menentukan pengambilan keputusan klinis (Clinical Decision Making). Dalam keperawatan dikenal proses keperawatan, para bidan menggunakan proses serupa yang disebut sebagai proses penatalaksanaan kebidanan atau proses pengambilan keputusan klinis. Proses ini memiliki beberapa tahapan mulai dari pengumpulan data, diagnosis, perencanaan dan penatalaksanaan, serta evaluasi yang merupakan pola pikir sistematis bagi para bidan selama memberikan asuhan kebidanan, khususnya dalam asuhan persalinan normal.

b. Aspek Sayang Ibu yang Berarti Sayang Bayi

Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan yang harus diperhatikan para bidan, antara lain:

- 1) Suami, saudara atau keluarga lainnya harus diperkenalkan untuk mendampingi ibu selama proses persalinan bila ibu menginginkannya.
- 2) Standar untuk persalinan yang bersih harus selalu dipertahankan.
- 3) Kontak segera antara ibu dan bayi serta pemberian air susu ibu harus dianjurkan untuk dikerjakan.
- 4) Penolong persalinan harus bersikap sopan dan penuh pengertian.
- 5) Penolong persalinan harus menerangkan pada ibu maupun keluarga mengenai seluruh proses persalinan.
- 6) Penolong persalinan harus mau mendengarkan dan memberi jawaban atas keluhan maupun kebutuhan ibu.
- 7) Penolong persalinan harus cukup mempunyai fleksibilitas dalam menentukan pilihan mengenai hal-hal yang biasa dilakukan selama proses persalinan maupun pemilihan posisi saat melahirkan.
- 8) Tindakan-tindakan yang secara tradisional sering dilakukan dan sudah terbukti tidak berbahaya harus diperbolehkan bila harus dilakukan.
- 9) Ibu harus diberi privasi bila ibu menginginkan.

- 10) Tindakan-tindakan medis yang rutin dikerjakan dan ternyata tidak perlu dan harus dihindari (episiotomy, pencukuran, dan klisma).

c. Aspek Pencegahan Infeksi

Cara efektif untuk mencegah penyebaran penyakit antar orang dan atau dari peralatan atau sarana kesehatan ke seseorang dapat dilakukan dengan meletakkan penghalang di antara mikroorganisme dan individu (klien atau petugas kesehatan). Penghalang ini dapat berupa proses secara fisik, mekanik, ataupun kimia yang meliputi:

- 1) Cuci tangan.
- 2) Memakai sarung tangan.
- 3) Penggunaan cairan antiseptik.
- 4) Pemrosesan alat bekas.

d. Aspek Pencatatan (Dokumentasi)

Dokumentasi dalam manajemen kebidanan merupakan bagian yang sangat penting. Hal ini dikarenakan:

- 1) Dokumentasi menyediakan catatan permanen tentang manajemen pasien.
- 2) Memungkinkan terjadinya pertukaran informasi di antara petugas kesehatan.
- 3) Kelanjutan dari perawatan dipermudah, dari satu kunjungan ke kunjungan berikutnya, dari satu petugas ke petugas yang lain, atau dari petugas ke fasilitas.
- 4) Informasi dapat digunakan untuk evaluasi, untuk melihat apakah perawatan sudah dilakukan dengan tepat, mengidentifikasi kesenjangan yang ada, dan membuat perubahan serta perbaikan peningkatan manajemen perawatan pasien.
- 5) Memperkuat keberhasilan manajemen sehingga metode-metode dapat dilanjutkan dan disosialisasikan kepada yang lain.
- 6) Data yang ada dapat digunakan untuk penelitian atau studi kasus.
- 7) Dapat digunakan sebagai data statistik untuk catatan nasional.
- 8) Sebagai data statistik yang berkaitan dengan kesakitan dan kematian ibu dan bayi.

Dalam asuhan persalinan normal, sistem pencatatan yang digunakan adalah partograf, hasil pemeriksaan yang tidak dicatat pada partograf dapat diartikan bahwa pemeriksaan tersebut tidak dilakukan.

e. Aspek Rujukan

Jika ditemukan suatu masalah dalam persalinan, sering kali sulit untuk melakukan upaya rujukan dengan cepat, hal ini karena banyak faktor yang memengaruhi. Penundaan dalam membuat keputusan dan pengiriman ibu ke tempat rujukan akan menyebabkan keputusan dan pengiriman ibu ke tempat tertunda dan ibu tidak mendapatkan penatalaksanaan yang memadai sehingga akhirnya dapat menyebabkan tingginya angka kematian ibu. Rujukan tepat waktu merupakan bagian dari asuhan sayang ibu dan menunjang terwujudnya program Safe Motherhood.

Singkatan BAKSOKUDA (bidan, alat, keluarga, surat, obat, kendaraan, uang, darah) dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi.

7. Tanda-Tanda Persalinan

Menurut Mutmainnah, dkk 2021 ada beberapa tanda-tanda persalinan yaitu:

a. Tanda bahwa persalinan sudah dekat

1) Lightening

Menjelang minggu ke-36, tanda pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh kontraksi Barkton Hiks, ketegangan dinding perut, ketegangan ligamentum rotundum, dan gaya berat janin di mana kepala ke arah bawah. Masuknya bayi ke pintu atas panggul menyebabkan ibu merasakan :

- a) Ringan di bagian atas dan rasa sesaknya berkurang.
- b) Bagian bawah perut ibu terasa penuh dan mengganjal.
- c) Terjadinya kesulitan saat berjalan.
- d) Sering kencing.

2) Terjadinya his permulaan

Makin tua kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesterone juga makin berkurang sehingga produksi oksitosin meningkat, dengan demikian dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering. His permulaan ini lebih sering diistilahkan sebagai his palsu. Sifat his palsu, antara lain:

- a) Rasa nyeri ringan di bagian bawah.
- b) Datangnya tidak teratur.
- c) Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan.
- d) Durasinya pendek.
- e) Tidak bertambah bila beraktivitas.

b. Tanda-tanda timbulnya persalinan

1) Terjadinya his persalinan

His adalah kontraksi rahim yang dapat diraba dan menimbulkan rasa nyeri di perut serta dapat menimbulkan pembukaan serviks kontraksi rahim, dimulai pada 2 *face maker* yang letaknya di dekat cornu uteri. His yang menimbulkan pembukaan serviks dengan kecepatan tertentu disebut his efektif. His efektif mempunyai sifat adanya dominan kontraksi uterus pada fundus uteri (*fundal dominance*), kondisi berlangsung secara sinkron dan harmonis. Kondisi ini juga menyebabkan adanya intensitas kontraksi yang maksimal di antara dua kontraksi, irama teratur dan frekuensi yang kian sering, lama his berkisar 45-60 detik.

Pengaruh his dapat menimbulkan dinding menjadi tebal pada korpus uteri, itsmus uterus menjadi teregang dan menipis, kanalis servikalis mengalami effacement dan pembukaan. His persalinan memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

- a) Pinggangnya terasa sakit dan menjalar ke depan.
- b) Sifat his teratur, interval semakin pendek, dan kekuatan semakin besar.
- c) Terjadi perubahan pada serviks.

- d) Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan maka kekuatan hisnya akan bertambah.
- 2) Keluarnya lendir bercampur darah perbagian (*show*)
Lendir berasal dari pembukaan, yang menyebabkan lepasnya lendir berasal dari kanalis servikalis. Dengan pengeluaran darah disebabkan robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka.
- 3) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya
Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun, apabila tidak tercapai maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum atau section caesaria.
- 4) Dilatasi dan *effacement*
Dilatasi adalah terbukanya kanalis servikalis secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. *Effacement* adalah pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang semula panjangnya 1-2 cm menjadi hilang sama sekali sehingga hanya tinggal ostium yang tipis, seperti kertas.

8. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Fitriyani, dkk. 2024 faktor yang mempengaruhi persalinan yaitu:

a. Power

Kekuatan kontraksi (kontraksi ritmis otot polos rahim) adalah kekuatan pendorong ibu, keadaan kardiovaskular, pernapasan, dan metabolismenya. Kontraksi uterus terjadi secara teratur dan tidak disengaja serta mengikuti pola yang berulang. Setiap kontraksi uterus memiliki tiga tahap, yaitu peningkatan (saat mencapai intensitas), puncak (puncak atau maksimum), dan peluruhan (saat relaksasi).

Kontraksi uterus terjadi akibat akumulasi dan pengikatan kalsium di retikulum endoplasma (ER), yang bergantung pada adenotrifosfat (ATP). Sebaliknya, E2 dan F2 mencegah ATP terakumulasi dan meningkat di ER, memungkinkan RE melepaskan

kalsium. Kontraksi miofibril ke dalam retikulum endoplasma intraseluler. Setelah miofibril berkontraksi, kalsium kembali ke UGD, mengurangi kadar kalsium intraseluler dan merelaksasi miofibril. Kontraksi uterus bersifat otonom. Artinya sistem saraf simpatis dan parasimpatis hanya bekerja secara bersamaan, meskipun hal ini tidak berada di bawah kendali wanita yang melahirkan.

Peregangan serviks oleh kepala janin akhirnya menjadi cukup kuat untuk menimbulkan daya kontraksi korpus uteri dan akan mendorong janin maju sampai janin dikeluarkan. Ini sebagai umpan balik positif, kepala bayi meregang serviks, regangan serviks merangsang kontraksi fundus mendorong bayi ke bawah dan meregangkan serviks lebih lanjut, siklus ini berlangsung terus menerus.

1) Kekuatan his kala I bersifat:

- a) Kontraksi bersifat simetris.
- b) Fundus dominan.
- c) Involunter artinya tidak dapat diatur oleh parturien.
- d) Kekuatan makin besar dan pada kala pengeluaran diikuti dengan reflek mengejan.
- e) Diikuti retraksi artinya panjang otot rahim yang berkontraksi tidak akan kembali ke panjang semula.
- f) Setiap kontraksi mulai dari "pacemaker" yang terletak sekitar insersi tuba dengan arah penjalaran ke daerah serviks uteri dengan kecepatan 2 cm per detik.

2) Kekuatan his kala II

Kekuatan kontraksi pada permulaan kala dua atau pada akhir kala pertama yaitu amplitudo 60 mmHg, interval 3-4 menit, durasi berkisar 60-90 detik. Kekuatan his menimbulkan putaran paksi dalam, penurunan kepala atau bagian terendah menekan serviks dimana terdapat plexus frankenhauser sehingga terjadi reflek mengejan. Kekuatan his dan reflek mengejan

mengakibatkan ekspulsi kepala sehingga berturut-turut lahir kepala ubun- ubun besar, dahi, muka, kepala seluruhnya.

3) Kekuatan his kala III

His kala III terjadi bayi lahir sekitar 8-10 menit uterus berkontraksi untuk melepaskan insersi plasenta.

4) Kekuatan his kala IV

Setelah plasenta lahir kontraksi rahim tetap kuat dengan amplitudo sekitar 60-80 mmHg. Kekuatan kontraksi ini tidak diikuti oleh interval pembuluh darah tertutup rapat dan terjadi kesempatan membentuk trombus. Melalui kontraksi yang kuat dan pembentukan trombus terjadi penghentian pengeluaran darah postpartum.

b. Passage

Passage adalah suatu keadaan jalan lahir, pada proses persalinan jalan lahir mempunyai peran yang penting dalam proses persalinan pada kelahiran bayi. Dengan demikian evaluasi jalan lahir merupakan salah satu faktor yang menentukan apakah persalinan dapat berlangsung pervaginam atau sectio caesarea. Pada jalan lahir kepala janin dengan ukuran panggul normal apapun jenis panggulnya, secara normal kelahiran pervaginam janin dengan berat badan yang normal tidak akan mengalami kesukaran, akan tetapi karena pengaruh gizi, lingkungan atau hal-hal lain, ukuran panggul dapat menjadi lebih sempit daripada standar normal, sehingga biasa terjadi kesulitan dalam persalinan pervaginam atau yang biasa disebut CPD (*Cepalo Pelvic Disporpotion*).

Pada jalan lahir lunak atau otot yang berperan pada proses persalinan adalah segmen bawah rahim, vagina dan servik uteri. Disamping itu otot-otot jaringan ikat dan ligamen yang menyokong alat-alat urogenital juga sangat berperan pada persalinan.

c. Passanger

Passager adalah janinnya, kepala adalah bagian yang paling besar dan keras dari tubuh bayi, posisi dan besar kepala dapat

mempengaruhi jalan persalinan, kepala janin ini pula yang paling banyak mengalami cedera pada persalinan, sehingga salah satu pemicu adanya komplikasi dan yang menentukan kehidupan janin kelak, lahir normal, cacat atau akhirnya meninggal. Biasanya apabila kepala janin sudah lahir, maka bagian badan yang lain akan keluar kemudian dengan mudah.

d. Respon Psikologi

Perasaan optimis dan positif ibu berupa ikhlas, kelegaan hati, dan bahwa proses persalinan adalah suatu fase dalam menjadi "kewanitaan sejati" yaitu munculnya rasa bangga dan senang luar biasa ketika melahirkan bisa menghasilkan keturunan. Mereka seolah-olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu "keadaan yang belum pasti" sekarang menjadi hal yang nyata. Pada psikologis ibu dipengaruhi oleh melibatkan emosi dan persiapan intelektual ibu, pengalaman melahirkan bayi sebelumnya, kebiasaan adat istiadat, dukungan dari orang-orang sekitar serta orang terdekat pada kehidupan ibu.

e. Penolong

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini adalah bidan harus dapat mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin akan terjadi pada ibu dan janin. Proses persalinan salah satunya tergantung dari kemampuan skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan.

- 1) Teori akomodasi: bentuk rahim memungkinkan bokong dan ekstremitas yang besar volumenya untuk berada di atas, sedangkan kepala berada di bawah menempati ruangan yang lebih sempit.
- 2) Teori gravitasi: karena relatif besar dan berat, kepala akan turun ke bawah dikarenakan kontraksi yang kuat, teratur dan seiring dengan kepala janin turun memasuki pintu atas panggul (engagement).

Sebab menyesuaikan diri dengan jalan lahir, kepala bertambah menekuk (fleksi maksimal) sehingga lingkaran kepala memasuki panggul dengan ukuran yang kecil, yaitu Diameter suboksipito-bregmatika = 9,5 cm, dan Sirkumferensi suboksipito-bregmatika = 32 cm.

9. Posisi Saat Persalinan

a. Posisi berdiri

Saat waktu melahirkan tiba, Mama bisa merasa gelisah dan ingin terus bergerak. Karena itu, banyak dari Mama yang memilih untuk melahirkan dalam posisi bersalin berdiri, dengan cara bersandar pada tempat tidur, dinding atau dengan cara memegang Papa.

Keuntungan melahirkan dengan posisi berdiri:

- 1) Memudahkan si Kecil bergerak menuju jalan lahir karena panggul Mama lebih terbuka saat berdiri
- 2) Membuat proses kontraksi jadi semakin teratur dan kuat
- 3) Dapat mengurangi rasa nyeri
- 4) Mempermudah proses persalinan karena bantuan gravitasi

b. Posisi jongkok

Beberapa dari Mama mungkin memiliki dorongan kuat untuk berjongkok pada saat melahirkan. Meskipun posisi ini lebih susah untuk dipertahankan dan dapat membuat nyeri lutut dan punggung Mama, mintalah bantuan Papa atau bidan Mama untuk menyangga tubuh Mama saat melahirkan dengan posisi ini.

Keuntungan melahirkan dengan posisi jongkok:

- 1) Panggul terbuka lebih lebar sehingga memberi si Kecil lebih banyak ruang untuk bergerak turun
- 2) Mama bisa bergerak lebih leluasa
- 3) Beban tubuh Mama akan menekan bagian rahim, sehingga memudahkan proses pendorongan (mengejan)
- 4) Sama seperti posisi berdiri, posisi jongkok dapat mempermudah persalinan karena bantuan gravitasi

c. Melahirkan dengan posisi berbaring (litotomi)

Salah satu posisi melahirkan ini dilakukan dengan terlentang dan kaki menggantung pada penopang khusus. Namun, umumnya pada posisi persalinan seperti ini Mama akan merasa pegal pada punggung. Meskipun demikian, posisi ini biasanya cenderung dilakukan oleh Mama yang ingin melakukan tindakan kuret.

d. Posisi miring (lateral)

Posisi melahirkan ini dapat meningkatkan oksigen pada bayi. Posisi ini dilakukan dengan cara kaki Mama diangkat satu dan kaki satunya berada pada posisi lurus. Namun, kekurangan dari posisi ini adalah menyulitkan dokter.

e. Posisi merangkak

Posisi persalinan ini bisa dilakukan dengan merangkak sembari kedua lengan di depan menopang tubuh. Posisi ini dapat membantu meringankan pegal di pinggul. Posisi lahiran ini juga mempercepat bayi turun ke pinggul.

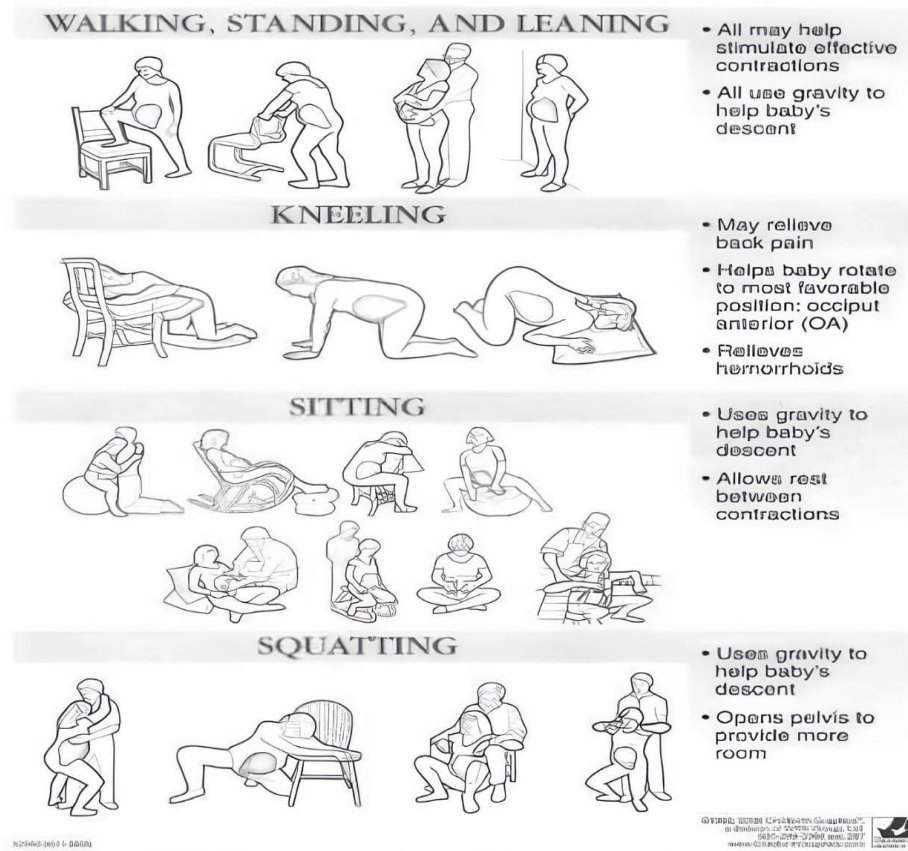
f. Posisi berlutut

Mama bisa berlutut dengan kedua kaki ditekuk dan dibuka. Posisi ini memanfaatkan gaya gravitasi untuk mempermudah proses kelahiran bayi.

g. Posisi setengah duduk (*semi sitting*)

Posisi ini paling banyak ditemukan saat persalinan. Posisi lahiran ini memudahkan dokter atau bidan mendapatkan bantuan dari gravitasi bumi. Jadi, Mama hamil cenderung sedikit mengejan. (Ma'rifah, dkk. 2022)

Positions for Laboring Out of Bed



Gambar 1. Posisi Melahirkan
(Sumber: Nasution & Purwanti, 2024)

Keterangan:

1. Walking, Standing, and Leaning (Berjalan, Berdiri, dan Bersandar)
 - a. Membantu menstimulasi kontraksi efektif
 - b. Memanfaatkan gravitasi untuk membantu penurunan bayi
2. Kneeling (Berlutut)
 - a. Dapat mengurangi nyeri punggung
 - b. Membantu bayi berputar ke posisi yang optimal (occiput anterior)
 - c. Meredakan wasir
3. Sitting (Duduk)
 - a. Memanfaatkan gravitasi untuk membantu penurunan bayi
 - b. Memberikan waktu istirahat antara kontraksi
4. Squatting (Jongkok)
 - a. Menggunakan gravitasi untuk mempercepat penurunan bayi

- b. Membuka panggul untuk memberikan lebih banyak ruang

10. Mekanisme Persalinan

Tahapan mekanisme turunnya kepala janin menurut (Fitriyani, dkk. 2024)

- a. Kepala terfiksasi pada PAP (engagement)
- b. Turun (descent)
- c. Fleksi
- d. Fleksi maksila
- e. Putar paksi dalam di dasar panggul
- f. Ekstensi: terjadi moulage kepala janin, ekstensi, hipomoklion: uuk di bawah simfisis
- g. Ekspulsi kepala janin: berturut-turut lahir uub, dahi, muka dan dagu
- h. Rotasi eksternal: putar paksi luar (restitusi)
- i. Ekspulsi total: cara melahirkan bahu depan, bahu belakang, seluruh badan dan ekstremitas

Mekanisme persalinan normal terbagi dalam beberapa tahap gerakan kepala janin di dalam panggul yang diikuti dengan lahirnya seluruh anggota badan bayi :

- a. Penurunan kepala terjadi selama proses persalinan karena daya dorong dari kontraksi uterus yang efektif, posisi, serta kekuatan meneran dari pasien.
- b. Engagement, Fiksasi (engagement merupakan tahap penurunan pada waktu diameter bipariental dari kepala janin telah masuk panggul ibu.
- c. Fleksi, Fleksi disebabkan oleh janin yang terdorong ke depan dan melawan dorongan dari pintu masuk panggul, leher rahim, dinding panggul, atau tepi dasar panggul. Kekuatan yang bertambah membuat hambatan dan ini menyebabkan kepala menekuk.
- d. Putaran paksi dalam, Rotasi sumbu medial memutar bagian anterior sehingga bagian anterior kepala janin yang paling bawah berputar ke depan hingga di bawah simfisis pubis. Hal ini untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul.

- e. Ekstensi, ekstensi terjadi akibat gaya dari dasar panggul yang membentuk lengkungan menengadah yang mengarahkan kepala ke atas menuju bukaan vulva, sehingga kepala harus meregang untuk melewati bukaan vulva.
- f. Putaran paksi luar, pada saat kepala janin berada di pintu bawah panggul, bahu mengalami perputaran dalam arah yang sama dengan kepala janin agar terletak dalam diameter yang besar dari rongga panggul. Bahu anterior akan terlihat pada lubang vulvavagina, dimana ia akan bergeser di bawah simpisi pubis.
- g. Ekspulsi, setelah terjadi putaran paksi luar, bahu depan sampai di bawah symphysis dan menjadi hypomocion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan bayi lahir searah dengan paksi jalan lahir mengikuti lengkung carus (kurva jalan lahir).

11. Partograf

a. Pengertian partograf

Partograf adalah catatan mengenai proses persalinan untuk memantau keadaan ibu dan janin, untuk menentukan adanya persalinan abnormal yang menjadi petunjuk untuk tindakan kebidanan dan menemukan disproporsi kepala panggul jauh sebelum terjadi persalinan macet. Penggunaan partograf merupakan untuk semua ibu dalam fase aktif kala I persalinan sebagai elemen penting asuhan persalinan.

b. Tujuan partograf

- 1) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks dengan pemeriksaan dalam.
- 2) Menilai proses persalinan, apakah berjalan normal atau tidak.
- 3) Deteksi dini masalah persalinan, sehingga dapat menentukan tindakan yang harus diambil dalam waktu yang tepat.

c. Penggunaan partograf

Partograf dapat dipakai untuk memberikan peringatan awal bahwa suatu persalinan berlangsung lama, adanya gawat ibu dan janin, serta perlunya rujukan. Waktu yang tepat untuk pengisian partograf adalah saat proses persalinan telah berada dalam kala I fase aktif yaitu saat pembukaan serviks dari 4 sampai 10 cm dan berakhir pada pemantauan kala IV.

d. Isi partograf

Partograf dikatakan sebagai data yang lengkap bila seluruh informasi ibu, kondisi janin, kemajuan persalinan, waktu dan jam, kontraksi uterus, kondisi ibu, obat-obatan yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dicatat secara rinci sesuai cara pencatatan partograf. Isi partograf antara lain:

- 1) Informasi tentang ibu
 - a) Nama dan umur
 - b) Gravida, para, abortus
 - c) Nomor catatan medik
 - d) Tanggal dan waktu mulai dirawat
 - e) Waktu pecahnya selaput ketuban
- 2) Kondisi janin
 - a) Denyut jantung janin
 - b) Warna dan adanya air ketuban
 - c) Peyusupan (molase) kepala janin
- 3) Kemajuan persalinan
 - a) Pembukaan serviks
 - b) Penurunan bagian terbawah atau presentasi janin
 - c) Garis waspada dan garis bertindak
- 4) Waktu dan jam
 - a) Waktu mulainya fase aktif persalinan
 - b) Waktu actual saat pemeriksaan atau penilaian
- 5) Kontraksi uterus
 - a) Frekuensi kontraksi dalam waktu 10 menit

- b) Lama kontraksi (dalam detik)
 - 6) Obat-obatan
 - a) Oksitosin
 - b) Obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan
 - 7) Kondisi ibu
 - a) Nadi, tekanan darah dan temperatur
 - b) Urin (volume, aseton atau protein)
- e. Cara pengisian partograf
 - 1) Waktu
 - a) Denyut jantung janin setiap 30 menit
 - b) Frekuensi dan lamanya kontraksi setiap 30 menit
 - c) Nadi setiap 30 menit
 - d) Pembukaan serviks setiap 4 jam
 - e) Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam
 - f) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam
 - g) Produksi urin setiap 2-4 jam, aseton dan protein cukup 1 kali
 - 2) Bagian partograf
 - a) Lembar depan
 - (1) Informasi ibu

Ditulis sesuai identitas ibu, waktu kedatangan ditulis sebagai jam, catat waktu pecahnya selaput ketuban, dan catat waktu merasakan mules.
 - (2) Kondisi janin
 - (a) Denyut jantung janin

Nilai dan catat Denyut Jantung Janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika terdapat tanda-tanda gawat janin).

Setiap kotak menunjukkan waktu 30 menit. Kisaran normal DJJ tertera diantara garis tebal angka 180 dan 100.

Bidan harus waspada jika DJJ mengarah di bawah 120 per menit (bradycardi) atau di atas 160 permenit (tachikardi).

Beri tanda "." (tanda titik) pada kisaran angka 180 dan 100. Hubungkan satu titik dengan titik yang lainnya.

(b) Warna dan adanya air ketuban. Melakukan pengisian menggunakan lambang:

U : selaput ketuban utuh.

J : selaput ketuban pecah, dan air ketuban jernih.

M : air ketuban bercampur meconium.

D : air ketuban bernoda darah

K : tidak ada cairan ketuban/ kering.

(c) Penyusupan atau molase tulang kepala janin. Melakukan pengisian dengan menggunakan lambang:

0 : sutura terpisah.

1 : tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.

2 : sutura tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan.

3 : sutura tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

(3) Kemajuan persalinan

Angka 0-10 di kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks.

(a) Pembukaan serviks

Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf setiap temuan dari setiap pemeriksaan.

Nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam. Menyantumkan tanda 'X' di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks.

(b) Penurunan bagian terbawah janin

Untuk menentukan penurunan kepala janin tercantum angka 1-5 yang sesuai dengan metode perlimaan.

Menuliskan turunnya kepala janin dengan garis tidak terputus dari 0-5.

Berikan tanda '0' pada garis waktu yang sesuai.

(c) Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada, dimulai pada pembukaan serviks 4 cm (jam ke 0), dan berakhir pada titik di mana pembukaan lengkap (6 jam). Pencatatan dimulai pada garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada, maka harus dipertimbangkan adanya penyulit.

Garis bertindak, tertera sejajar dan disebelah kanan (berjarak 4 jam) pada garis waspada. Jika pembukaan serviks telah melampaui dan berada di sebelah kanan garis bertindak maka menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan. Sebaiknya ibu harus berada di tempat rujukan sebelum garis bertindak terlampaui.

(d) Jam dan waktu

Waktu mulainya fase aktif persalinan. Setiap kotak menyatakan satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.

Waktu aktual saat pemeriksaan atau persalinan. Menyantumkan tanda 'x' di garis waspada, saat ibu masuk dalam fase aktif persalinan.

(e) Kontraksi uterus. Terdapat lima kotak kontraksi per 10 menit. Nyatakan lama kontraksi dengan:

Titik-titik di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya < 20 detik.

Garis-garis di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.

Arsir penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya > 40 detik.

(f) Obat-obatan dan cairan

Oksitosin. Jika tetesan drip sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan dan dalam satuan tetes per menit.

Obat lain dan cairan IV. Mencatat semua dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya.

(g) Kondisi ibu

Nadi, tekanan darah dan suhu tubuh: 1) Nadi, dicatat setiap 30 menit. Beri tanda titik (.) pada kolom yang sesuai. 2) Tekanan darah, dicatat setiap 4 jam atau lebih sering jika diduga ada penyulit. Memberi tanda panah pada partograf pada kolom waktu yang sesuai. 3) Suhu tubuh, diukur dan dicatat setiap 2 jam atau lebih sering jika terjadi peningkatan mendadak atau diduga ada infeksi. Mencatat suhu tubuh pada kotak yang sesuai.

Volume urine, protein dan aseton. Mengukur dan mencatat jumlah produksi urine setiap 2 jam (setiap ibu berkemih). Jika memungkinkan, lakukan pemeriksaan aseton dan protein dalam urine.

b) Lembar belakang

Lembar belakang partograf merupakan catatan persalinan yang berguna untuk mencatat proses persalinan

yaitu data dasar, kala I, kala II, kala III, kala IV, bayi baru lahir.

(1) Data dasar

Data dasar terdiri dari tanggal, nama bidan, tempat persalinan, alamat tempat persalinan, catatan, alasan merujuk, tempat merujuk, pendamping saat merujuk dan masalah dalam kehamilan/persalinan.

(2) Kala I

Terdiri dari pertanyaan-pertanyaan tentang partograf saat melewati garis waspada, masalah lain yang timbul, penatalaksanaan, penatalaksanaannya. dan hasil

(3) Kala II

Kala II terdiri dari episiotomi, pendamping persalinan, gawat janin, distosia bahu dan masalah dan penatalaksanaannya.

(4) Kala III

Kala III berisi informasi tentang inisiasi menyusui dini, lama kala III, pemberian oksitosin, penegangan tali pusat terkendali, masase fundus uteri, kelengkapan plasenta, retensio plasenta > 30 menit, lacerasi, atonia uteri, jumlah perdarahan, masalah lain, penatalaksanaan dan hasilnya.

(5) Kala IV

Kala IV berisi tentang data tekanan darah, nadi, suhu tubuh, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan.

(6) Bayi baru lahir

Bayi baru lahir berisi tentang berat badan, panjang badan, jenis kelamin, penilaian bayi baru lahir, pemberian ASI, masalah lain dan hasilnya (Vitania, dkk. 2024).

12. Penapisan Persalinan

Tindak lanjut hasil penapisan dalam melakukan tindakan atau rujukan pada kala I persalinan. Rujuk ibu apabila didapati salah satu atau lebih penyulit berikut (Merinda, dkk. 2023).

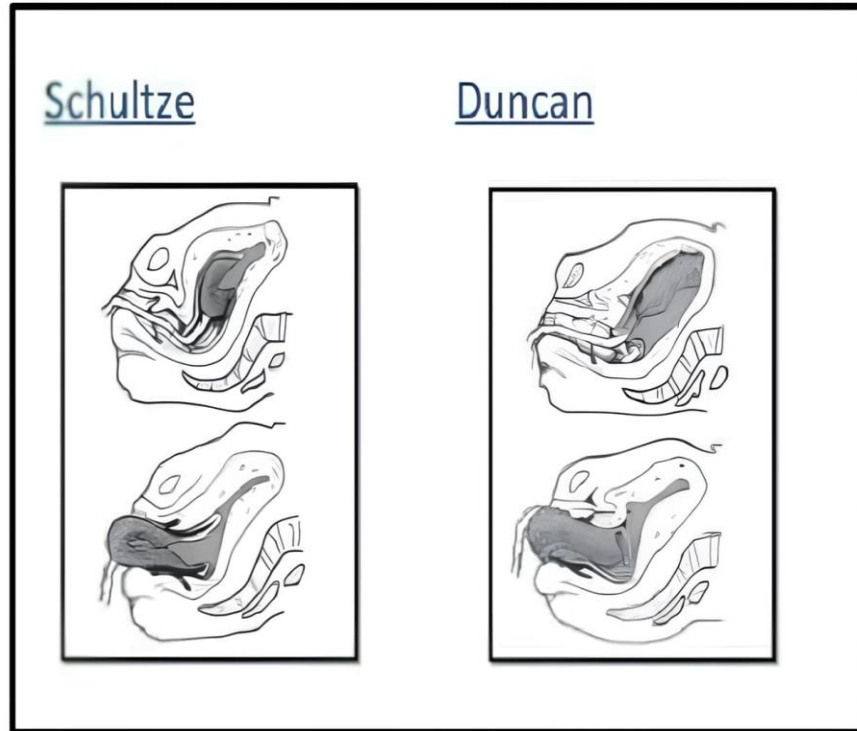
- a. Riwayat operasi bedah sesar
- b. Perdarahan melalui jalan lahir selain *blood show*
- c. Usia kehamilan kurang dari 37 minggu (preterm)
- d. Ketuban pecah bercampur mekonium kental
- e. Ketuban pecah lebih dari 24 jam
- f. Ketuban pecah pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu
- g. Ikterus
- h. Anemia berat
- i. Tanda atau gejala infeksi
- j. Pre eklamsia/hipertensi dalam kehamilan
- k. Tinggi fundus uteri 40 cm atau lebih
- l. Gawat janin atau fetal distress
- m. Kala I fase aktif dengan penurunan kepala janin masih 5/5 pada primipara
- n. Presentasi bukan belakang kepala (presentasi bokong atau letak lintang)
- o. Presentasi ganda atau mejemuk
- p. Kehamilan kembar
- q. Tali pusat menumbung
- r. Syok pada ibu.

13. Cara Pelepasan Plasenta

Menurut Herlina, dkk. 2025 cara lepasnya ada beberapa macam, meliputi:

- a. Mekanisme Schultze terjadi pelepasan plasenta yang dimulai dari sentral/bagian tengah, sehingga terjadi bekuan retroplasenta. Tanda pelepasan dari tengah ini mengakibatkan perdarahan terjadi setelah plasenta lahir.

- b. Mekanisme Duncan terjadi pelepasan plasenta dari pinggir atau bersamaan dari pinggir dan tengah, mekanisme ini mengakibatkan semburan darah terjadi sebelum plasenta lahir.



Gambar 2. Mekanisme Pelepasan Plasenta
(Sumber: Herlina, dkk. 2025)

Keterangan:

1. Schultze Mechanism
 - a. Plasenta terlepas dari bagian tengah terlebih dahulu.
 - b. Darah tertahan di belakang plasenta, sehingga keluar setelah plasenta lahir.
 - c. Biasanya perdarahan tidak terlihat banyak saat awal pelepasan.
 - d. Plasenta lahir dengan sisi janin (shiny side) keluar lebih dulu.
2. Duncan Mechanism
 - a. Plasenta terlepas dari tepi terlebih dahulu.
 - b. Darah keluar bersamaan dengan pelepasan, sehingga terlihat lebih banyak perdarahan sejak awal.
 - c. Plasenta lahir dengan sisi maternal (kasar/berdarah) keluar lebih dulu.

Tanda-tanda Pelepasan Plasenta, diantaranya:

- a. Perubahan bentuk uterus. Bentuk uterus yang semula discoid menjadi globuler akibat dari kontraksi uterus ataupun uterus menjadi berbentuk bundar
- b. Terjadi semburan darah tiba-tiba
- c. Tali pusat memanjang atau tali pusat bertambah panjang
- d. Perubahan posisi uterus. Uterus terdorong ke atas, karena plasenta dilepas ke Segmen Bawah Rahim (SBR). Setelah plasenta lepas dan menempati SBR, maka uterus muncul pada rongga abdomen.

Perasat untuk mengetahui lepasnya plasenta, diantaranya:

- a. Perasat *Kustner*
 Dengan meletakkan tangan disertai tekanan pada atas simfisis, tali pusat ditegangkan maka bila tali pusat masuk (artinya belum lepas) dan jika plasenta diam saja atau keluar (artinya sudah lepas)
- b. Perasat *Klein*
 Saat ada his Rahim kita dorong sedikit, bila tali pusat kembali (artinya belum lepas) dan jika diam atau turun (artinya sudah lepas)
- c. Perasat *Strassman*
 Tegangkan tali pusat dan ketuk fundus apabila tali pusat bergetar (artinya plasenta belum lepas dari insersinya) dan jika saat diketuk tali pusat tidak bergetar (artinya plasenta sudah lepas dari insersinya)
- d. Perasat Manuaba
 Tangan kiri memegang uterus pada SBR, sedangkan tangan kanan memegang serta mengencangkan tali pusat. Kedua tangan ditarik berlawanan. Bila tarikan terasa berat dan tali pusat tidak memanjang, berarti plasenta belum lepas. Namun bila tarikan terasa ringan dan tali pusat memanjang berarti plasenta sudah lepas.
- e. *Crede*

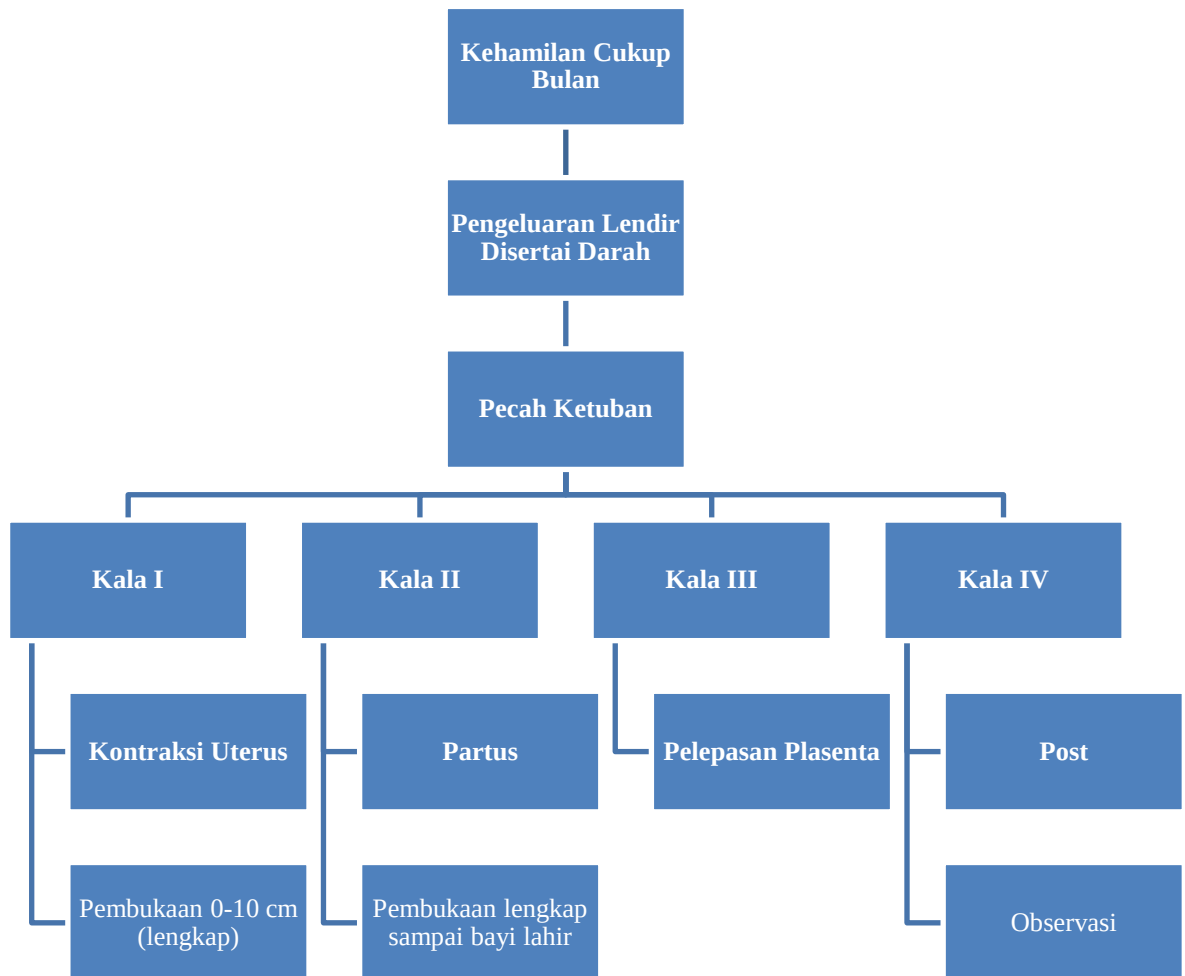
Keempat jari-jari pada dinding rahim belakang, ibu jari di fundus depan tengah. Lalu pijat Rahim dan sedikit dorong ke bawah, tetapi jangan terlalu kuat. Lakukan sewaktu ada his, jangan Tarik tali pusat karena bias terjadi inversio uteri.

14. Robekan Jalan Lahir

Menurut Namangdjabar, dkk. 2023 Robekan perineum adalah robekan yang terjadi disekitar jaringan perineum selama kelahiran bayi pada kala II persalinan. Derajat Robekan perineum terbagi atas:

- a. Robekan derajat I yaitu robekan mengenai fourchet, kulit perineum, membran mukosa vagina. Pada derajat I ini tidak perlu dilakukan penjahitan, kecuali jika terjadi perdarahan.
- b. Robekan derajat II yaitu robekan mengenai fourchet, kulit perineum, membran mukosa vagina, fascia dan otot perineum. Pada derajat II dilakukan penjahitan dengan teknik jelujur.
- c. Robekan derajat III yaitu mengenai fourchet, kulit perineum, membran mukosa vagina, fascia dan otot perineum, sfingter ani.
- d. Robekan derajat IV yaitu mengenai fourchet, kulit perineum, membran mukosa vagina, fascia dan otot perineum, sfingter ani, mukosa rektum.
- e. Pada derajat III dan IV segera lakukan rujukan karena laserasi ini memerlukan teknik dan prosedur khusus.

15. Pathway Persalinan Normal



Sumber: Mutmainnah, dkk 2021

Keterangan:

1. Kehamilan Cukup Bulan

Menandai kesiapan tubuh ibu untuk persalinan (sekitar usia kehamilan 37–42 minggu).

2. Pengeluaran Lendir Disertai Darah

Tanda awal persalinan; terjadi akibat pelunakan dan pembukaan serviks.

3. Pecah Ketuban

Cairan ketuban keluar, menunjukkan bahwa persalinan aktif akan segera dimulai.

4. Kala I: Pembukaan

Terjadi kontraksi uterus secara teratur

Serviks membuka dari 0 hingga 10 cm (pembukaan lengkap)

5. Kala II: Pengeluaran Bayi (Partus)

Dimulai dari pembukaan lengkap hingga bayi lahir

6. Kala III: Pelepasan Plasenta

Plasenta dan selaput ketuban keluar dari rahim

7. Kala IV: Postpartum (Post)

Masa 2 jam setelah plasenta keluar, dilakukan observasi ketat terhadap ibu untuk mendeteksi komplikasi

16. Bidang *Hodge*

Menurut Dartiwen & Nurhayati 2019 Untuk menentukan sejauh mana bagian terendah janin turun dalam panggul yang terdiri dari:

a. *Hodge 1*

Bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simpisis dan promotorium (teraba 4/5 bagian).

b. *Hodge II*

Sejajar dengan Hodge I, terletak setinggi bagian bawah simpisis (teraba 3/5 bagian).

c. *Hodge III*

Sejajar dengan Hodge I dan II, terletak setinggi spina ischiadika kanan dan kiri (teraba 2/5 bagian).

d. *Hodge IV*

Sejajar dengan Hodge I, II, III, terletak setinggi os coxygis (teraba 1/5 – 0/5 bagian).

17. Anemia

a. Pengertian Anemia

Anemia adalah gangguan fisiologi yang paling sering terjadi pada wanita yang merupakan suatu kondisi di mana jumlah sel darah merah (berperan pembawa oksigen) tidak cukup untuk memenuhi

kebutuhan fisiologis tubuh. Anemia dapat diklasifikasikan menjadi 3 kriteria, yaitu, ringan (10 g/dl-11,9 g/dl), sedang (8 g/dl-9,9 g/dl), berat (kurang dari 8 g/dl) pada laki-laki dewasa dan wanita dewasa yang tidak dalam kondisi hamil. Pada Ibu hamil kondisi tersebut berkaitan dengan konsentrasi *hemoglobin* (Hb) dan anemia defisiensi besi menjadi salah satu penyebabnya. Anemia pada ibu hamil berbeda tergantung pada trimester (<11 g/dl pada trimester pertama, <10,5 g/dl pada trimester kedua, < 11 g/dl pada trimester ketiga) (Andari & Yuliawan, 2024).

b. Pengaruh Anemia dalam Kehamilan

Menurut Suryani, dkk 2021 Anemia dalam kehamilan dapat berpengaruh buruk pada kondisi ibu maupun janin, salah satunya bahaya saat persalinan, yaitu:

- 1) Gangguan HIS (kekuatan mengejan)
- 2) Kala I dapat berlangsung lama dan terjadi partus terlantar
- 3) Kala II berlangsung lama sehingga melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi
- 4) Kala III dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahan postpartum karena atonia uteri
- 5) Kala IV dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri

18. Hemoglobin

a. Definisi Hemoglobin

Hemoglobin adalah protein tetramerik eritrosit yang berikatan dengan partikel non-protein, khususnya sintesis besi porfirin yang disebut heme. Hb menghasilkan protein kaya akan zat besi. Hb memiliki kecenderungan untuk mengikat O₂ dengan struktur oksihemoglobin terbentuk di dalam trombosit darah.

Hemoglobin adalah atom yang terdiri dari rantai polipeptida heme (besi) dan globin (alfa, beta, gamma, dan delta), terletak di eritrosit dan bertanggung jawab untuk memindahkan O₂. Kualitas darah ditentukan oleh kadar hb yang terdapat didalam darah. Tidak

adanya kandungan O₂ didalam darah maka akan menyebabkan anemia yang digambarkan dengan manifestasi kelelahan, pusing, lemas dan pucat. Peningkatan kadar hemoglobin yang berlebihan dalam darah akan menyebabkan kekentalan darah dengan asumsi kadarnya berkisar antara 18-19 g/mL.

b. Jumlah Kadar Hemoglobin

Kadar hemoglobin ialah ukuran pigmen respiratorik dalam butiran darah merah. Jumlah Hb dalam darah normal diperkirakan sebanyak 15000 mg setiap 0,1 liter darah. Hasil pemeriksaan kandungan hemoglobin dapat dipengaruhi oleh alat yang di gunakan. Jika cara Sahli yang sederhana dibanding dengan cara yang lebih modern menggunakan alat fotometer tentu ada perbedaan hasil yang ditampilkan. Batas normal nilai hemoglobin untuk seseorang dapat ditentukan karena kadar hemoglobin bervariasi antara setiap kelompok usia. Walaupun demikian, WHO tetap memiliki klasifikasi nilai batas kadar hemoglobin secara umum, yaitu:

Tabel 1
Kadar (Hb) dan Hematokrit (Ht)

Usia/jenis kelamin	Kadar HB (g/L) ²	Hematokrit
Anak 6 bulan-2 tahun	11,0	0,33
Anak 5-11 tahun	11,5	0,34
Anak 12-14 tahun	12,0	0,36
Laki-laki dewasa	13,0	0,39
Wanita tidak hamil	12,0	0,36
Wanita hamil	11,0	0,33

c. Fungsi Hemoglobin

Hemoglobin dalam darah berfungsi mengangkut O₂ dari paru-paru ke seluruh jaringan dan membuang CO₂ dari seluruh tubuh ke paru-paru melalui pernapasan. Mioglobin berfungsi sebagai suplai

oksigen yang berfungsi sebagai tempat penyimpanan O₂ dalam sel otot (Hajrianti, dkk 2024).

B. Asuhan Persalinan Normal

I. Mengenali gejala dan tanda kala II

1. Mendengarkan dan melihat tanda dan gejala persalinan kala dua. Ibu mempunyai keinginan yang kuat untuk meneran. Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan atau vaginanya. Perineum menonjol. Vulva dan sfingter anal membuka.

II. Menyiapkan pertolongan persalinan

2. Memastikan perlengkapan alat, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan untuk menolong persalinan dan tatalaksana komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir.

Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi perlu disiapkan beberapa hal yaitu:

- a. Tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat
- b. 3 handuk/kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi)
- c. Alat penghisap lender
- d. Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi

Untuk persiapan ibu yang perlu disiapkan adalah:

- a. Menggelar kain di perut bawah ibu
 - b. Menyiapkan oksitosin 10 unit
 - c. Alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set
3. Mengenakan baju penutup/celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan.
 4. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang digunakan, mencuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
 5. Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang digunakan untuk pemeriksaan dalam.

6. Memasukkan oksitosin ke dalam tabung suntik dengan menggunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan memastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik.

III. Memastikan keadaan janin pembukaan lengkap dan

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan (anterior) ke belakang (posterior) menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi (DTT).
 - a. Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu (tinja), bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang.
 - b. Membuang kapas atau kasa pembersih yang terkontaminasi dalam wadah yang tersedia.
 - c. Jika terkontaminasi, lakukan dekontaminasi, melepaskan dan merendam sarung tangan tersebut dalam larutan klorin 0,5% (seperti pada langkah 9).
8. Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.
9. Mendekontaminasi 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 di dalam larutan klorin 0.5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan. Tutup kembali partus set.
10. Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi uterus berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit).
 - a. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
 - b. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil penilaian serta asuhan yang diberikan ke dalam partograf.

IV. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses meneran

11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
 - a. Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.
 - b. Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu dan meneran secara benar.
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat. Pada kondisi itu, ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman.
13. Melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat:
 - a. Membimbing ibu untuk meneran secara benar dan efektif.
 - b. Mendukung dan memberi semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
 - c. Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
 - d. Menganjurkan ibu untuk istirahat di antara kontraksi.
 - e. Menganjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
 - f. Memberikan cukup asupan cairan per-oral (minum).
 - g. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
 - h. Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran ≥ 120 menit (2 jam) pada primigravida atau ≥ 60 menit (1 jam) pada multigravida.

14. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.

V. Persiapan untuk melahirkan bayi

15. Meletakkan handuk han bersih yang digunakan untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
16. Meletakkan kain bersih yang telah dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu.
17. Membuka tutup partus set dan memastikan kembali perlengkapan peralatan dan bahan.
18. Memakai sarung tangan DTT/Steril pada kedua tangan.

VI. Pertolongan untuk melahirkan bayi

19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi fleksi dan membantu lahirnya kepala. Menganjurkan ibu meneran secara efektif atau bernapas cepat dan dangkal.
20. Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi), segera lanjutkan proses kelahiran bayi.
 - a. Perhatikan, jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b. Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat di antara dua klem tersebut.
21. Setelah kepala lahir, tunggu kepala melakukan putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan.
22. Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparietal. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan

muncul di bawah arkuspubis dan kemudian gerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

23. Setelah kedua bahu lahir, satu tangan menyangga kepala dan bahu belakang, tangan yang lain menelusuri dan memegang lengan dan siku bayi bagian atas.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk).

VII. Asuhan bayi baru lahir

25. Melakukan penilaian (sepintas):

- a. Apakah bayi cukup bulan?
- b. Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernapas tanpa kesulitan?
- c. Apakah bayi bergerak dengan aktif?

Bila salah satu jawaban TIDAK, lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia. Bila semua jawaban YA, lanjut ke langkah berikutnya.

26. Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks, mengganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Memastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di atas perut bagian bawah ibu.
27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gamely).
28. Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit (intramuskuler) di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).

30. Dalam waktu dua menit setelah bayi lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3 cm dari pusar bayi. Gunakan jari telunjuk dan jari tengah tangan yang lain untuk mendorong isi tali pusat kearah ibu, dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama.
31. Melakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat
 - a. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungin perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.
 - b. Ikat tali pusat dengan benang DTT/ steril pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusat dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
 - c. Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.
32. Meletakkan bayi tengkurap didada ibu untuk kontak kulit ibu-bayi. Meluruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Mengusahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari putting susu atau aerola mame ibu.
 - a. Selimut ibu dan bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi.
 - b. Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
 - c. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara.
 - d. Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.

VIII. Manajemen Aktif Kala III persalinan (MAK III)

33. Memindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
34. Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut bawah ibu (di atas simfisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat.

35. 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 inversi uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi kembali prosedur di atas. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
36. Bila pada penekanan bagian bawah dinding depan uterus ke arah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah kranial hingga plasenta dapat dilahirkan.
 - a. Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya ditegangkan (jangan ditarik secara kuat terutama jika uterus tak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (ke arah bawah-sejajar lantai atas).
 - b. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.
 - c. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat, maka diperlukan tindakan:
 - 1) Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.
 - 2) Lakukan kateterisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh.
 - 3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
 - 4) Ulangi tekanan dorso-kranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
 - 5) Jika plasenta tak lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan plasenta manual.
37. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

- a. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem ovum DTT/steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.
38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan Lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan (Kompresi Bimanual Internal, Kompresi Aorta Abdominalis, Tampon Kondom-Kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil/ masase.
- IX. Menilai perdarahan
 39. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila terjadi laserasi derajat 1 atau derajat 2 dan atau menimbulkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan.
 40. Memeriksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan Lengkap. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastic atau tempat khusus.
- X. Asuhan pasca persalinan
 41. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
 42. Memastikan kandung kemih kosong. Jika penuh, lakukan kateterisasi.
 43. Mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, dan bilas di air DTT tanpa melepas sarung tangan kemudian keringkan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
 44. Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
 45. Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum baik.
 46. Mengevaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

47. Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit).
 - a. Jika bayi sulit bernapas, merintih, atau retraksi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit.
 - b. Jika bayi bernapas terlalu cepat atau sesak napas, segera rujuk ke RS rujukan.
 - c. Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut.
48. Membersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Membersihkan cairan ketuban, lender, dan darah di ranjang atau disekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
49. Memastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
50. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
51. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
53. Mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
54. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
55. Memakai sarung tangan bersih/DTT untuk memberikan salep mata profilaksis infeksi, Vitamin K1 (1 mg) intra muskuler di paha kiri bawah lateral dalam 1 jam pertama.

56. Melakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir. Memastikan kondisi bayi baik (pernapasan normal 40-60 x/menit dan temperature tubuh normal 36,5-37,5°C) setiap 15 menit.
57. Setelah 1 jam pemberian vitamin K1 memberikan suntikan imunisasi hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Meletakkan bayi didalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
58. Melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam laurtan klorin 0,5% selama 10 menit.
59. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
60. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital, melakukan asuhan dan pemantauan kala IV persalinan setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua (Novidha, dkk. 2023).

C. Manajemen Asuhan Kebidanan

1. Tujuh Langkah Varney

Menurut Afni, dkk. 2024 Proses manajemen kebidanan terdiri atas langkah-langkah berikut ini.

a) Langkah Pertama: Mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk menilai keadaan klien secara keseluruhan.

Pada langkah ini dilakukan pegumpulan informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara anamnesis biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, biopsikospiritual serta pengetahuan klien), pemeriksaan fisik (data fokus), pemeriksaan khusus (inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi) dan pemeriksaan penunjang (pemeriksaan laboratorium).

Hal-hal penting yang harus diperhatikan dalam langkah ini adalah adanya panduan atau patokan mengenai data apa yang akan dihimpun sesuai dengan kondisi pasien. Jangan sampai bidan terjebak dengan menghimpun data yang sebenarnya tidak diperlukan, sehingga

yang terkumpul justru bukan data fokus yang dapat menunjang diagnosis pasien.

Kegiatan pengumpulan data dimulai saat pasien masuk dan dilanjutkan secara terus-menerus selama proses asuhan kebidanan berlangsung. Data dapat dikumpulkan dari berbagai sumber melalui tiga macam teknik, yaitu wawancara (anamnesis), observasi, dan pemeriksaan fisik. Wawancara adalah perbincangan terarah dengan cara tatap muka dan pertanyaan yang diajukan mengarah pada data yang relevan dengan pasien. Observasi adalah pengumpulan data melalui indera penglihatan (perilaku pasien, ekspresi wajah, bau, suhu dan lain-lain). Pemeriksaan adalah proses untuk mendapatkan data objektif dari pasien dengan menggunakan instrument tertentu.

b) Langkah kedua adalah interpretasi data dasar.

Identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Pada langkah ini bidan harus berpikir kritis agar diagnosa yang ditegakkan benar-benar tepat.

c) Langkah ketiga adalah mengidentifikasi diagnosa dan masalah potensial.

Hal ini berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, pada langkah ini bidan juga melakukan pikiran kritis sehingga bersiap bila diagnosa/masalah potensial benar-benar terjadi.

d) Langkah keempat yaitu mengidentifikasi kebutuhan dan tindakan 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. Langkah

ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan namun berkelanjutan atau terus-menerus.

e) Langkah kelima yaitu perencanaan.

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Pada langkah ini informasi/data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial-ekonomi, kultural atau masalah psikologis. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien, agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien merupakan bagian dari pelaksanaan rencana tersebut. Oleh karena itu, pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana bersama klien, kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya. Pada langkah ini pikiran kritis dari bidan untuk meyakinkan klien sangatlah diperlukan karena akan menentukan langkah selanjutnya.

f) Langkah keenam adalah pelaksanaan.

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke 5 dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini biasa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan yang lain. Jika bidan tidak melakukan sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya: memastikan agar langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana). Bidan berkolaborasi dengan dokter, untuk menangani

klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyingkat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan klien.

g) Langkah ketujuh yaitu evaluasi.

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnosa. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif.

Pola pikir yang digunakan oleh bidan dalam asuhan kebidanan mengacu kepada langkah Varney dan proses dokumentasi manajemen asuhan kebidanan menggunakan Subjectif, Objectif, Assesment, Plan (SOAP) dengan melampirkan catatan perkembangan.

2. Data Fokus SOAP

Menurut Fitriyani, dkk. 2024 Pendokumentasian SOAP merupakan kepanjangan dari Subjektif, Objektif, Assessment, dan Planning. SOAP dinilai lebih sederhana, praktis dan singkat, sehingga sering digunakan sebagai metode pendokumentasian asuhan kebidanan. Metode pendokumentasian ini merupakan alur berpikir berdasarkan Manajemen Asuhan Kebidanan Varney. Assessment merupakan hasil analisis dan interpretasi dari data subjektif dan objektif. Assessment terdiri dari langkah 2, 3 dan 4 dalam Manajemen Asuhan Kebidanan Varney yaitu diagnosis, masalah, kebutuhan, diagnosis dan masalah potensial, serta tindakan segera. Sedangkan Planning merupakan bagian dari perencanaan asuhan, pelaksanaan asuhan atau implementasi dan evaluasi sesuai dengan kesimpulan (langkah 5, 6, dan 7 dalam Manajemen Asuhan Kebidanan Varney).

Tabel 2
Manajemen Asuhan Kebidanan Varney dan Pendokumentasian Metode SOAP

Langkah Varney	Pendokumentasian Metode SOAP
Langkah I	Pengumpulan Data Subjektif (S)
	Pengumpulan Data Objektif (O)
Langkah II	Assessment (A)
Langkah III	
Langkah IV	
Langkah V	Planning (P)
Langkah VI	
Langkah VII	

Persalinan terdiri dari 4 kala, maka pendokumentasian asuhan kebidanan persalinan juga dibuat sesuai dengan asuhan yang diberikan pada masing-masing kala persalinan. Hal ini bertujuan untuk memberikan gambaran secara jelas dan lengkap mengenai hasil anamnesis, pemeriksaan serta asuhan yang diberikan selama proses persalinan. Pendokumentasian persalinan ini dapat dilengkapi dengan lembar partograf yang diperoleh sebagai hasil pemantauan dan observasi ibu selama proses persalinan dan kelahiran bayi.