

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Tinjauan Teori Medis

1. Fisiologi Persalinan

a. Pengertian Persalinan

1) Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Ari dkk, 2010:4).

2) Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung tidak lebih dari 18 jam tanpa komplikasi baik bagi ibu maupun janin (Rukiyah, 2009:1).

b. Klasifikasi atau Jenis Persalinan

Ada 3 klasifikasi persalinan menurut Asrinah dkk (2010:2) berdasarkan cara dan usia kehamilan.

1) Persalinan Normal (Spontan)

Adalah proses lahirnya bayi pada Letak Belakang Kepala (LBK) dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.

2) Persalinan Buatan

Adalah persalinan dengan tenaga dari luar dengan *ekstraksiforceps*, *ekstraksi vakum* dan *sectiosesaria*.

3) Persalinan Anjuran

Adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan.

c. Menurut Yanti (2010:4-5) Mulainya Persalinan disebabkan oleh:

1) Penurunan Kadar Progesteron

Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot Rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesterone dan estrogen di dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan progesterone menurun sehingga timbul his.

2) Teori *Oxytocin*

Pada akhir kehamilan kadar oxytocin bertambah. Oleh karena itu timbul kontraksi otot-otot rahim.

3) Keregangan Otot-otot

Seperti halnya dengan kandung kencing dan lambung bila dindingnya teregang oleh karena isinya bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan Rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot Rahim makin rentan.

4) Pengaruh Janin

Hypofise dan kelenjar suprarenal janin rupa-rupanya juga memegang peranan oleh karena pada *anencephalus* kehamilan sering lebih lama dari biasa.

5) Teori *Prostaglandin*

Prostaglandin yang dihasilkan oleh decidua disangka menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 atau E2 yang diberikan secara intravena, intra adan extramniaal menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap umur kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu-ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan.

d. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan adalah:

1) Faktor *Power*

Power adalah tenaga atau kekuatan yang mendorong Janis keluar. Kekuatan tersebut meliputi his, kontraksi otot-otot perut,

a) His (kontraksi uterus)

Menurut Asrinah (2010:9-11) adalah kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominan, terkoordinasi dan relaksasi.

(1) Pembagian his dan sifat-sifatnya:

- (a) His pembukaan (kala I): menimbulkan pembukaan serviks, semakin kuat, teratur dan sakit.
- (b) His pengeluaran (kala II): untuk mengeluarkan janin, sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi.
- (c) His pelepasan uri (kala III): kontraksi sedang untuk mengeluarkan plasenta.
- (d) His pengiring (kala IV): kontraksi lemah, masih sedikit, nyeri, terjadi pengecilan rahim, dalam beberapa jam atau hari.

(2) Dalam melakukan observasi pada ibu bersalin, hal-hal yang harus diperhatikan dari his adalah:

- (a) Frekuensi his: jumlah his dalam waktu tertentu, biasanya per menit atau per 10 menit.
- (b) Intensitas his: kekuatan his (adekuat atau lemah)
- (c) Durasi (lama his): lamanya his setiap his berlangsung dan ditentukan dengan detik, misal 50 detik.
- (d) Interval his: jarak antar his satu dengan his berikutnya, misal datangnya his tiap 2-3 menit.
- (e) Datangnya his: apakah sering, teratur, atau tidak.

(3) Perubahan-perubahan akibat his

- (a) Pada uterus dan serviks: uterus terasa keras karena kontraksi. Serviks tidak mempunyai otot-otot yang banyak, sehingga setiap muncul his, terjadi pendataran (effacement) dan pembukaan (dilatasi) dari serviks.
- (b) Pada ibu: rasa nyeri karena iskemia rahim dan kontraksi rahim, terdapat pula kenaikan denyut nadi dan tekanan darah.
- (c) Pada janin: pertukaran oksigen pada sirkulasi uteroplasenter kurang, sehingga timbul hipoksia janin. Denyut jantung janin melambat dan kurang jelas didengar karena adanya iskemia fisiologis.

b) Tenaga Mengejan

Menurut Sujiyatini (2010:23-24) tenaga mengejan pada persalinan adalah:

(1) Kontraksi otot-otot dinding perut

(2) Kepala di dasar panggul merangsang mengejan

(3) Paling efektif saat kontraksi/his

2) Faktor *Passanger* (Kuswanti dkk, 2014:24-28).

Bagian yang paling besar dan keras dari janin adalah kepala janin. Posisi dan besar kepala dapat memengaruhi jalan persalinan. Kepala janin banyak mengalami cedera pada saat persalinan sehingga dapat membahayakan kehidupan janin. Pada persalinan, karena tulang-tulang masih dibatasi fontanel dan sutura yang belum keras, maka pinggir tulang dapat menyisip antara tulang satu dengan tulang yang lain (molase), sehingga kepala bayi bertambah kecil. Biasanya jika kepala janin sudah lahir maka bagian-bagian lain janin akan dengan mudah menyusul.

a) Kepala Janin dan Ukurannya

Ukuran dan sifat kepala janin relatif kaku sehingga sangat memengaruhi proses persalinan. Tengkorak janin terdiri atas dua tulang parietal, dua tulang temporal, satu tulang frontal dan satu tulang oksipital. Tulang-tulang ini disatukan oleh sutura membranosa.

Saat persalinan dan setelah selaput ketuban pecah, fontanel dan sutura dipalpasi untuk menentukan presentasi, posisi, dan sikap janin. Sutura dan fontanel menjadikan tengkorak bersifat fleksibel, sehingga dapat menyesuaikan diri terhadap otak bayi. Kemampuan tulang untuk saling menggeser memungkinkan kepala bayi beradaptasi terhadap berbagai diameter panggul ibu.

(1) Bagian muka dan tulang dasar tengkorak

- (a) Os nasalis (tulang hidung)
- (b) Os maksilaris (tulang rahang atas)
- (c) Os mandibularis (tulang rahang bawah)
- (d) Os zigomatik (tulang pipi)

(2) Bagian tengkorak

- (a) Os frontalis (tulang dahi)
- (b) Os parietalis (tulang ubun-ubun)
- (c) Os temporalis (tulang pelepas)
- (d) Os occipitalis (tulang belakang kepala)

(3) Sutura

- (a) Sutura sagitalis (sela panah)
- (b) Sutura koronalia (sela mahkota)
- (c) Sutura lamboidea (sela lamda)
- (d) Sutura frontalis (sela dahi)

(4) Ubun-ubun (fontanel)

- (a) Ubun-ubun besar (UUB/ fontanel major/bregma)
- (b) Ubun-ubun kecil (UUK/ fontanel minor)

(5) Daerah-daerah

- (a) Sinciput depan kepala)
- (b) Vertex (puncak kepala)
- (c) Occiput (belakang kepala)

(6) Ukuran diameter

- (a) D. occipito-frontalis 12 cm (letak puncak kepala)
- (b) D. mento-occipitalis 13,5 cm (letak dahi)
- (c) D. suboccipito-bregmatika 9,5 cm (LBK)
- (d) D. biparietalis 9,25 cm
- (e) D. bitemporalis 8 cm

(7) Ukuran sirkumferensia

- (a) Circ. Fronto-occipitalis 34 cm
- (b) Circ. Mento-occipitals 35 cm
- (c) Circ. Suboccipitobregmatika 32 cm

(8) Planium

- (a) Plan. Fronta-occipitalis 34 cm
- (b) Plan. Maxilo-parietalis 35 cm
- (c) Plan. Trachea-parietalis 34 cm

b) Postur Janin Dalam Rahim

Istilah-istilah yang digunakan untuk kedudukan janin dalam rahim yaitu:

(1) Sikap (*attitude/ habitus*)

Sikap adalah hubungan bagian tubuh janin yang satu dengan bagian yang lain. Sikap menunjukkan bagian-bagian janin dengan sumbu janin, biasanya terhadap tulang punggungnya. Janin biasanya dalam sikap fleksi dimana kepala, tulang punggung dan kaki dalam keadaan fleksi, serta lengan bersilang di dada.

(2) Letak (*lie/ situs*)

Letak janin adalah bagaimana sumbu janin berada terhadap sumbu ibu. Misalnya, letak lintang dimana sumbu janin tegak lurus pada sumbu ibu, letak membujur dimana sumbu janin sejajar dengan sumbu ibu, ini bisa letak kepala atau letak sungsang.

(3) Presentasi (*presentation*)

Presentasi digunakan untuk menentukan bagian janin yang ada di bagian bawah rahim, rahim dijumpai pada palpasi atau pada pemeriksaan dalam. Misalnya presentasi kepala, bokong, bahu, dan lain-lain.

(4) Bagian terbawah (*presenting part*)

Sama dengan presentasi, hanya lebih diperjelas lagi istilahnya. Presentasi adalah bagian janin yang pertamakali memasuki pintu atas panggul dan terus melalui jalan lahir saat persalinan mencapai aterm.

(5) Posisi (*position*)

Posisi merupakan indikator untuk menetapkan arah bagian terbawah janin apakah sebelah kanan, kiri, depan, atau belakang terhadap sumbu ibu. Misalnya pada letak belakang kepala (LBK) ubun-ubun kecil (UUK) kiri depan, UUK kanan belakang.

Apabila seseorang ingin menentukan presentasi dan posisi janin, perlu dijawab pertanyaan bagian janin apa yang terbawah, dimana bagian terbawah tersebut, dan apa indikatornya.

c) Letak Janin Dalam Rahim

(1) Letak membujur (*Longitudinal*)

(a) Letak Kepala

- Letak Fleksi (letak belakang kepala)

- Letak Defleksi (letak puncak kepala, letak dahi, letak muka)

(b) Letak Sungsang

- Letak bokong sempurna (complete breech)
- Letak bokong (frank breech)
- Letak bokong tidak sempurna (incomplete Breech)

(2) Letak Lintang (*transverse lie*)

(3) Letak Miring (*oblique lie*)

(a) Letak kepala mengolok

(b) Letak bokong mengolok

3) Faktor *Passage* (Sarwono, 2008:46-49).

Passage atau faktor jalan lahir dibagi menjadi 2 yaitu:

a) Bagian keras panggul

(1) Tulang panggul

- *Os coxae: os ilium, os ischium, os pubis.*
- *Os Sacrum: promontorium*
- *Os coccygis*

(2) Artikulasi

- *Simfisis pubis*, di depan pertemuan *os pubis*
- Artikulasi *sakro-iliaka*, yang menghubungkan *os sacrum* dan *os ilium*
- Artikulasi *sakro-koksigium* yang menghubungkan *os sacrum* dan *os ilium*

(3) Ruang panggul

- Pelvis mayor (*False pelvis*)
- Pelvis minor (*True pelvis*)

(4) Pintu panggul

- Pintu atas panggul

Inlet, batas-batasnya adalah promontorium, lineaterminalis (lineainominata), sayap sakrum, ramus superior ossispubis dan pinggir atas simpisis.

- Bidang luas panggul

Bidang terluas panggul perempuan membentang antara pertengahan simfisis menuju pertemuan tulang belakang (os sacrum) kedua dan ketiga, ukuran muka belakangnya 12,75 cm dan ukuran melintang 12,5 cm. Karena tidak ada ukuran yang kecil, bidang ini tidak menimbulkan kesulitan dalam persalinan.

– Bidang sempit panggul

Bidang sempit panggul mempunyai ukuran terkecil jalan lahir, membentang setinggi tepi bawah simfisis, *spina ischiadika*, dan memotong tulang belakang (os sacrum) setinggi 1-2 cm di atas ujungnya.

– Pintu bawah panggul (PBP)

Pintu Bawah Panggul (PBP) bukan berupa satu bidang, tetapi berdiri sendiri dari dua segitiga dengan dasar yang sama yaitu garis yang menghubungkan kedua *tuberischidicum* kiri dan kanan. Puncak dari segitiga bagian belakang adalah ujung os sacrum, sisinya adalah *ligamentum sacrotuberosum* kiri dan kanan. Segitiga depan dibatasi oleh arcus pubis.

(5) Sumbu panggul

Sumbu panggul adalah garis yang menghubungkan titik-titik tengah ruang panggul yang melengkung ke depan (sumbu *carus*).

(6) Bidang-bidang

– Bidang Hodge I

Jarak antara promontorium dan pinggir atas simfisis, sejajar dengan PAP.

– Bidang Hodge II

Sejajar dengan PAP, melewati pinggir bawah simfisis.

– Bidang Hodge III

Sejajar dengan PAP, melewati *spina ischiadika*.

– Bidang Hodge IV

Sejajar dengan PAP, melewati ujung *coccygeus*.

(7) Ukuran-ukuran panggul

– Ukuran panggul

- *Distansia Spinarum*

- *Distansia Cristarum*
- *Conjugata Eksterna*
- Lingkar panggul
- *Distansia Tuberum*
- *Distansia intertrokanterika*

– *Inklinasi pelvis* (miring panggul)

Adalah penyulit yang dibentuk dengan horizon bila perempuan berdiri tegak dengan inlet 55-60 derajat.

– Jenis panggul

- *Ginekoid*

Paling ideal, bentuk hampir bulat. Panjang diameter antero-posterior kira-kira sama dengan diameter transversal. Jenis ini ditemukan pada 45% wanita.

- *Android*

Bentuk hampir segitiga. Umumnya laki-laki mempunyai jenis panggul ini. Panjang diameter anteroposterior hampir sama dengan diameter transversal, akan tetapi yang terakhir jauh lebih mendekati sacrum. Jenis ini ditemukan pada 15% wanita.

- *Antropoid*

Bentuknya agak lonjong seperti telur. Panjang diameter anteroposterior lebih besar dari pada diameter transversal. Jenis ini ditemukan pada 35 % wanita

- *Platipeloid*

Jenis ginekoid yang menyempit pada arah muka belakang. Ukuran melintang jauh lebih besar daripada ukuran muka belakang. Jenis ini ditemukan pada 5% wanita.

b) Jalan lahir lunak

Jalan lahir lunak yang berperan pada persalinan adalah segmen bawah rahim, servikuteri dan vagina. Di samping itu, otot-otot, jaringan ikat, dan ligamen yang

menyokong alat-alat urogenital juga sangat berperan pada persalinan (Yanti, 2010:30-34).

(1) *Diafragma pelvis*

- *Pars mucularis*
- *Pars membranacea*

(2) *Perineum*

- Regio analis di sebelah belakang
- Regio urogenital

4) *Faktor Psikologi Ibu*

Keadaan psikologi ibu mempengaruhi proses persalinan. Ibu bersalin yang didampingi oleh suami dan orang-orang yang dicintainya cenderung mengalami proses persalinan yang lebih lancar dibandingkan dengan ibu bersalin yang tanpa didampingi suami atau orang-orang yang dicintainya. Ini menunjukkan bahwa dukungan mental berdampak positif bagi keadaan psikis ibu, yang berpengaruh pada kelancaran proses persalinan.

5) *Faktor Penolong*

Kompetensi yang dimiliki oleh penolong persalinan sangat bermanfaat untuk memperlancar proses persalinan dan mencegah kematian maternal neonatal. Dengan pengetahuan dan kompetensi yang baik diharapkan kesalahan atau malpraktik dalam memberikan asuhan tidak terjadi.

e. Tahapan Persalinan (Yanti, 2010:6-7)

1) Kala I

Kala I atau kala pembukaan adalah periode persalinan yang dimulai dari his persalinan yang pertama sampai pembukaan serviks menjadi lengkap. Berdasarkan kemajuan pembukaan maka kala I dibagi atas 2 fase, yaitu :

- a) Fase laten : fase pembukaan yang sangat lambat ialah dari 0 sampai 3 cm yang membutuhkan waktu 8 jam.
- b) Fase aktif : fase pembukaan yang lebih cepat yang terbagi lagi menjadi :
- c) Fase akselerasi (fase percepatan), dari pembukaan 3 cm sampai 4 cm yang dicapai dalam 2 jam.

- d) Fase dilatasi maksimal, dari pembukaan 4 cm sampai 9 cm yang dicapai dalam 2 jam.
- e) Fase decelerasi (kurangnya kecepatan), dari pembukaan 9 cm sampai 10 cm selama 2 jam.

2) Kala II

Kala II atau Kala Pengeluaran adalah periode persalinan yang dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi.

3) Kala III

Kala III atau Kala Uri adalah periode persalinan yang dimulai dari lahirnya bayi sampai dengan lahirnya plasenta.

4) Kala IV

Kala IV merupakan masa 1-2 jam setelah placenta lahir. Dalam klinik, atas pertimbangan-pertimbangan praktis masih diakui adanya Kala IV persalinan meskipun masa setelah placenta lahir adalah masa dimulainya masa nifas (puerperium), mengingat pada masa ini sering timbul perdarahan.

f. Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan bayi (Sumarah, 2008:9-10).

g. Tanda-tanda persalinan (Manuaba, 2007:23-24)

Tanda-tanda persalinan sudah dekat

1) *Lightening*

Pada minggu ke-36 pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh :

- a) Kontraksi Braxton Hicks
- b) Ketegangan otot perut
- c) Ketegangan ligamentumrotundum
- d) Gaya berat janin kepala ke arah bawah

2) Terjadinya His Permulaan

Dengan makin tua pada usia kehamilan, pengeluaran esterogen dan progesteron semakin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan his, yang lebih sering disebut his palsu.

Sifat His Palsu:

- a) Rasa nyeri ringan di bagian bawah
- b) Datangnya tidak teratur
- c) Tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda
- d) Durasinya pendek
- e) Tidak bertambah jika beraktifitas

3) Tanda-tanda Persalinan

- a) Terjadinya his persalinan

His persalinan mempunyai sifat :

- (1) Pinggang terasa sakit, yang menjalar ke depan
 - (2) Sifatnya teratur, intervalnya makin pendek dan kekuatannya makin besar
 - (3) Kontraksi uterus mengakibatkan perubahan uterus
 - (4) Makin beraktifitas, kekuatan semakin bertambah
- b) *Bloody Show* (pengeluaran lendir disertai darah melalui vagina)

Dengan his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan; lendir yang terdapat pada kanalis servikal lepas, kapiler pembuluh darah pecah, yang menjadikan perdarahan sedikit.

- c) Pengeluaran cairan

Keluar banyak cairan dari jalan lahir. Ini terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek.

h. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

1) Dukungan fisik dan psikologis

Setiap ibu yang akan memasuki masa persalinan biasanya diikuti perasaan takut, khawatir, ataupun cemas, terutama pada ibu primipara. Perasaan takut bisa meningkatkan nyeri, otot-otot menjadi tegang dan ibu menjadi cepat lelah, yang pada akhirnya akan menghambat proses persalinan.

Bidan harus mampu memberikan kehadiran dengan kondisi berikut:

- a) Selama bersama pasien, bidan harus berkonsentrasi penuh untuk mendengarkan dan melakukan observasi.
- b) Membuat kontak fisik, misalnya mencuci muka pasien, menggosok punggung, memegang tangan pasien dan sebagainya,
- c) Menempatkan pasien dalam keadaan yakin (bidan bersikap tenang dan bisa menenangkan pasien).

Ada lima kebutuhan dasar bagi perempuan dalam persalinan menurut Lesser dan Keane (2007:36-38):

- a) Asuhan fisik dan psikologis
- b) Kehadiran seorang pendamping secara terus-menerus
- c) Pengurangan rasa sakit
- d) Penerimaan atas sikap dan perilakunya
- e) Informasi dan kepastian tentang hasil persalinan yang aman.

Kehadiran seorang pendamping secara terus-menerus selama persalinan dan kelahiran akan menghasilkan :

- a) Kelahiran dengan tindakan (forceps, vacuum maupun seksio caesaria) menjadi berkurang.
- b) APGAR skor < 7 lebih sedikit
- c) Lamanya persalinan menjadi semakin pendek
- d) Kepuasan ibu yang semakin besar dalam pengalaman melahirkan mereka.

Metode mengurangi rasa sakit yang diberikan secara terus-menerus dalam bentuk dukungan mempunyaii keuntungan-keuntungan :

- a) Sederhana
- b) Efektif
- c) Biayanya murah
- d) Resikonya rendah
- e) Membantu kemajuan persalinan
- f) Hasil kelahiran tambah baik
- g) Bersifat sayang ibu.

2) Kebutuhan makanan dan cairan

Makanan padat tidak boleh diberikan selama persalinan aktif, karena dapat lebih lama tinggal dalam lambung dari pada makanan cair, sehingga proses pencernaan berjalan lebih lambat selama persalinan. Bila ada pemberian obat, dapat juga merangsang terjadinya mual/muntah, yang bisa mengakibatkan terjadinya aspirasi ke dalam paru-paru.

Untuk mencegah dehidrasi, pasien boleh diberi minum segar (jus buah, sup, dll) selama proses persalinan, namun bila mual atau muntah, dapat diberikan cairan IV (RL).

3) Kebutuhan eliminasi

Kandung kencing harus dikosongkan setiap 2 jam selama proses persalinan. Demikian pula dengan jumlah dan waktu berkemih juga harus dicatat. Bila pasien tidak mampu berkemih sendiri, dapat dilakukan kateringisasi, karena kandung kencing yang penuh akan menghambat penurunan bagian terbawah janin. Selain itu juga akan meningkatkan rasa tidak nyaman yang tidak dikenali pasien, karena bersamaan dengan munculnya kontraksi uterus.

Rectum yang penuh akan mengganggu penurunan bagian terbawah janin, namun bila pasien mengatakan BAB, bidan harus memastikan kemungkinan adanya tanda dan gejala masuk pada kala II. Bila diperlukan dengan indikasi, bisa dilakukan tindakan lavement, meskipun tindakan ini bukan merupakan tindakan rutin selama persalinan.

4) Positioning dan aktivitas

Posisi meneran adalah posisi yang nyaman bagi ibu bersalin. Ibu bersalin dapat berganti posisi secara teratur selama persalinan kala II, karena hal ini sering kali mempercepat kemajuan persalinan dan ibu mungkin merasa dapat meneran secara efektif pada posisi tertentu yang dianggap nyaman bagi ibu.

a) Tujuan

- (1) Memberikan kenyamanan pada proses persalinan.
- (2) Mempermudah atau memperlancar proses persalinan dan kelahiran bayi.
- (3) Mempercepat kemajuan persalinan.

b) Keuntungan dan manfaat posisi meneran bagi ibu bersalin

- (1) Mengurangi rasa sakit dan ketidaknyamanan.

- (2) Lama kala II lebih pendek.
 - (3) Laserasi perineum lebih sedikit.
 - (4) Menghindari persalinan yang harus ditolong dengan tindakan.
- c) Macam-macam posisi dan keterangan

Tabel 2.1

Macam-macam Posisi Meneran

Posisi	Alasan / Rasionalisasi
Duduk atau setengah duduk	Lebih mudah bagi bidan untuk membimbing kelahiran kepala bayi dan mengamati atau mendukung perineum.
Posisi merangkak	Baik untuk persalinan dengan punggung yang sakit Membantu bayi melakukan rotasi Peregangan minimal pada perineum.
Berjongkok atau berdiri	Membantu penurunan kepala bayi Memperbesar ukuran panggul, menambah 28% ruang outletnya Memperbesar dorongan untuk meneran (bisa memberi kontribusi pada laserasi perineum.
Berbaring ke kiri	Miring Memberi rasa santai bagi ibu yang letih Memberi oksigenasi yang baik bagi bayi Membantu mencegah terjadinya laserasi.

Mengapa tidak boleh bersalin dalam posisi terlentang / lithotomi

- (1) Dapat menyebabkan syndrome supine hypotensi karena adanya tekanan pada vena kava inferior oleh kuman uteri, yang mengakibatkan ibu pingsan dan hilangnya oksigen bagi bayi.
- (2) Dapat menambah rasa sakit.
- (3) Bisa memperlama proses persalinan.
- (4) Lebih sulit bagi ibu untuk melakukan pernapasan.
- (5) Membuat buang air lebih sulit.
- (6) Membatasi pergerakan ibu
- (7) Bisa membuat ibu merasa tak berdaya
- (8) Bisa membuat proses meneran menjadi lebih duli
- (9) Bisa menambah kemungkinan terjadinya laserasi pada perineum.
- (10) Bisa menimbulkan kerusakan saraf pada kaki dan punggung.

5) Pengurangan rasa nyeri

a) Etimologi nyeri persalinan

Ada studi-studi yang mendukung teori bahwa nyeri pada kala I persalinan adalah akibat adanya dilatasi serviks, segmen bawah rahim, adanya tahanan yang berlawanan, tarikan serta perlukaan pada jaringan otot maupun ligament-ligament yang menopang struktur di atasnya. Teori tersebut dapat dijelaskan dengan pendapat bonica dan Mc. Donald melalui faktor-faktor berikut :

- (1) Regangan dari otot-otot halus memberikan rangsangan pada nyeri servical.
- (2) Intensitas dan lamanya nyeri berhubungan dengan munculnya tekanan intra uterin, yang berpengaruh pada dilatasi dari struktur tersebut.
- (3) Saat serviks diperlebar secara cepat pada perempuan yang tidak bersalin, misalnya pada saat dilakukan tindakan digital atau kuret, mereka mengalami nyeri seperti yang dialami oleh ibu bersalin.

Meskipun rangsangan mekanis dari reseptor lebih besar dalam menghasilkan impuls-impuls nyeri, mediator kimia (obat-obatan) seperti bradykinin, prostaglandin, serotonin, dan asam laktat juga berpengaruh.

b) Mekanisme nyeri persalinan

Rasa nyeri persalinan disebabkan oleh kombinasi peregangan segmen bawah rahim dan iskemia otot-otot rahim. Dengan peningkatan kekuatan kontraksi, serviks akan tertarik. Kontraksi yang kuat ini juga membatasi pengaliran oksigen pada otot-otot rahim sehingga terjadi nyeri iskemik. Keadaan ini diakibatkan oleh kelelahan ditambah lagi dengan kecemasan yang selanjutnya akan menimbulkan ketegangan, menghalangi relaksasi bagian tubuh lainnya dan mungkin pula menyebabkan exhaustion (kelemahan yang sangat).

c) Pendekatan-pendekatan nonfarmakologik dalam mengurangi nyeri persalinan

- (1) Posisi ibu dan perubahan posisi ketika para peneliti mengobservasi perempuan dalam persalinan, yang berhubungan dengan pengaturan terhadap posisi, mereka mencatat sering terjadi perubahan posisi, dimana kecenderungan perempuan memilih posisi torso vertical.

Perubahan posisi, termasuk ambulasi, telah diteliti hubungannya dengan pemakaian medikasi minimal untuk mengurangi nyeri persalinan, kontraksi uterus menjadi lebih efektif dan meningkatkan kesadaran ibu terhadap pengaturan kelahiran.

- (2) Pijatan

Pijatan digunakan untuk membantu relaksasi dan menurunkan nyeri melalui peningkatan aliran darah pada daerah-daerah yang terpengaruh, merangsang reseptor-reseptor raba kulit sehingga merilekskan otot-otot, mengubah suhu kulit dan secara umum memberikan perasaan nyaman yang berhubungan dengan keeratn hubungan manusia.

- (3) Tekanan dan tekanan yang kuat

- (4) Distraksi

- (5) Teknik deep relaxation pada proses persalinan (Asrinah, dkk., 2010:25-33).

i. Mekanisme persalinan

Dalam proses persalinan normal, kepala bayi akan melakukan gerakan-gerakan utama meliputi (Hidayat, 2010:23-31):

- 1) *Engagement*

Masuknya kepala ke dalam PAP pada primi terjadi pada bulan akhir kehamilan sedangkan pada multipara terjadi pada permulaan persalinan. Kepala masuk pintu atas panggul dengan sumbu kepala janin dapat tegak lurus dengan pintu atas panggul atau miring/membentuk sudut dengan pintu atas panggul (asinklitismus anterior/posterior).

Masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul dengan fleksi ringan, Sutura Sagitalis/SS melintang. Apabila sutura sagitalis ditengah-tengah jalan lahir disebut synklitismus. Dan apabila sutura sagitalis tidak ditengah-tengah jalan lahir disebut asynklitismus.

Asynklitismus posterior adalah bila sutura sagitalis mendekati simfisis dan dari parietale belakang lebih rendah dari pada parietale depan, atau apabila arah sumbu kepala membuat sudut lancip ke belakang dengan PAP.

Asynclitismus Anterior yaitu bila sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga parietale depan lebih rendah dari pada parietale belakang atau apabila arah sumbu kepala membuat sudut lancip ke depan dengan PAP.

2) *Decent*

Penurunan kepala janin sangat tergantung pada arsitektur pelvis dengan hubungan ukuran kepala dan ukuran pelvis sehingga penurunan kepala berlangsung lambat.

Kepala turun ke dalam rongga panggul, akibat : tekanan langsung dari his dari daerah fundus ke arah daerah bokong, tekanan dari cairan amnion, kontraksi otot dinding perut dan diafragma (mengejan), dan badan janin terjadi ekstensi dan menegang.

3) *Flexion*

Dengan majunya kepala, biasanya terjadi flexi penuh atau sempurna sehingga sumbu panjang kepala sejajar sumbu panggul sehingga membantu penurunan kepala selanjutnya.

Flexi : kepala janin flexi, dagu menempel ke toraks, posisi kepala berubah dari diameter oksipito-frontalis (puncak kepala) menjadi diameter suboksipito-bregmatikus (belakang kepala).

Dengan majunya kepala maka flexi bertambah dan ukuran kepala yang melalui jalan lahir lebih kecil (diameter suboksipitobregmantika menggantikan suboksipitofrontalis).

Fleksi terjadi karena anak didorong maju, sebaliknya juga mendapat tahanan dari PAP, serviks, dinding panggul/dasar panggul).

4) *Internal Rotation*

Yaitu pemutaran bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah simfisis.

Rotasi interna (putaran paksi dalam) selalu disertai turunya kepala, putaran ubun-ubun kecil ke arah depan (ke bawah simfisis pubis), membawa kepala melewati distansia interspinarum dengan diameter biparietalis.

Perputaran kepala dari samping ke depan disebabkan his selaku tenaga pemutar, ada dasar panggul beserta otot-otot dasar panggul selaku tahanan. Bila tidak terjadi putaran paksi dalam umumnya kepala tidak turun lagi dan persalinan diakhiri dengan tindakan vakum ekstraksi.

Sebab-sebab putaran paksi dalam :

- (a) Pada letak fleksi, bagian belakang kepala merupakan bagian terendah
- (b) Bagian terendah mencari tahanan paling sedikit yaitu di bagian atas (terdapat hiatusgenitalis)
- (c) Ukuran terbesar pada bidang tengah panggul adalah diameter anteroposterior.

5) *Extention*

Dengan kontraksi perut yang benar dan adekuat kepala makin turun dan menyebabkan perineumdistensi. Pada saat ini puncak kepala berada di simfisis dan dalam keadaan seperti ini kontraksi perut ibu yang kuat mendorong kepala ekspulsi dan melewati introitus vagina.

- (a) Defleksi dari kepala
- (b) Pada kepala bekerja 2 kekuatan yaitu yang mendesak kepala ke bawah dan tahanan dasar panggul yang menolak ke atas sehingga resultannya kekuatan ke depan atas.
- (c) Pusat pemutaran : hipomoklion

- (d) Ekstensi terjadi setelah kepala mencapai vulva, terjadi ekstensi setelah oksiput melewati bawah simfisis pubis bagian posterior.

Lahir berturut-turut oksiput, bregma, dahi, hidung, mulut dan dagu.

6) *External Rotation (Resituation)*

Setelah kepala lahir, kepala bayi memutar kembali ke arah punggung untuk menghilangkan torsi pada leher (putaran resusitasi). Selanjutnya putaran dilanjutkan sampai belakang kepala berhadapan dengan tuberischiadikumsefihak.

Kemudian terjadi putaran paksi luar yang disebabkan ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu atas panggul. Setelah putaran paksi luar, bahu depan di bawah simfisis menjadi hipomoklion kelahiran bahu belakang sehingga lahir bahu depan diikuti seluruh badan anak.

7) *Ekspulsi*

Setelah putaran paksi luar, bahu depan di bawah simfisis menjadi hipomoklion kelahiran bahu belakang, bahu depan menyusul lahir, diikuti seluruh badan anak (toraks, abdomen) dan lengan, pinggul depan dan belakang, tungkai, dan kaki.

2. Asuhan Persalinan Normal

Langkah-langkah pertolongan persalinan sesuai dengan Asuhan Persalinan Normal (APN) sebanyak 58 langkah meliputi:

a. Melihat Tanda Gejala Kala II

1) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua :

- Ibu mempunyai keinginan untuk meneran
- Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan atau vaginanya
- Perenium menonjol
- Vulva dan sfingter anal membuka

b. Menyiapkan Pertolongan Persalinan

2) Memastikan perlengkapan, bahan dan obat – obatan esensial siap digunakan.

Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai dalam partus set.

3) Mengenakan baju penutup atau clemek plastik yang bersih.

- 4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
 - 5) Memakai sarung tangan desinfektan tingkat tinggi. Memakai sarung tangan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
 - 6) Menghisap oksitosin 10 unit kedalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan DTT atau steril) dan meletakkannya kembali dipartus set/ wadah DTT atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik.
- c. Memastikan Pembukaan lengkap dan Keadaan Janin Baik
- 7) Membersihkan vulva dan perenium, menyeka dengan hati – hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang sudah dibasahi dengan air DTT. Jika mulut vagina, perenium, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kassa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi.
 - 8) Dengan menggunakan tehnik antiseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan servik sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap lakukan amniotomi.
 - 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5 % dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya didalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
 - 10) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa denyut jantung janin dalam batas normal (120-160 kali/menit)
 - a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
 - b) Mendokumentasikan hasil – hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada patograf
- d. Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk Membantu Proses Pimpinan Meneran.
- 11) Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.

- a) Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan dalam partograf.
- b) Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat mulai meneran.
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran.
- 13) Melakukan pimpinan saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
- 14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- e. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi
- 15) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- 16) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
- 17) Membuka partus set.
- 18) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
- f. Menolong Kelahiran bayi
- Lahirnya Kepala
- 19) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain dikepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.
- 20) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi dan kemudian meneruskan segera proses proses kelahiran bayi.
- 21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
- Lahirnya Bahu
- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya kearah bawah dan keluar hingga bahu anterior muncul

dibawah arkuspubis dan kemudian dengan lembut menarik kearah atas dan kearah luar untuk melahirkan bahu posterior

Lahirnya Badan dan Tungkai

23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada dibagian bawah kearah perineum tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ketangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

24) Setelah tubuh dan tangan lahir, menelusurkan tangan yang ada diatas dari punggung kearah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung dan kaki. Memegang kedua mata kaki bayi dan dengan hati-hati membantu kelahiran bayi.

g. Penanganan Bayi Baru Lahir.

25) Lakukan penilaian sepiantas :

- a) Apakah menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan?
- b) Apakah bayi bergerak dengan aktif ?

26) Meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya. Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk kering, biarkan bayi pada perut ibu.

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

28) Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin.

29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM di 1/3 bagian paha atas lateral ibu.

30) Setelah 2 menit paska persalinan jepit tali pusat $\pm$ 3 cm dari pusat bayi, mendorong isi tali pusat kearah distal dan jepit kembali tali pusat 2 cm dari klem pertama.

31) Pemotongan dan Pengikatan Tali Pusat.

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

- b) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
- c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.

32) Letakkan Bayi Agar Ada Kontak Kulit Ibu ke Kulit Bayi

Letakkan bayi tengkurap di dada ibu, luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel didada atau perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.

33) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

h. Penatalaksanaan Aktif Kala III

34) Memindahkan klem pada tali pusat sekitar 5-10 cm dari vulva.

35) Meletakkan satu tangan diatas kain yang berada diatas perut ibu, tepat diatas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan lain.

36) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan kearah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus kearah atas dan belakang (dorsokranial) dengan hati – hati untuk mencegah terjadinya inversiuteri.

Mengeluarkan plasenta

37) Lakukan penegangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil penolong menarik tali pusat kearah bawah dan kemudian kearah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.

38) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinil. Dengan lembut dan perlahan melahirkan selaput ketuban tsb.

Masase uterus.

39) Segera setelah lahir dan selaput ketuban lahir lakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi.

i. Menilai perdarahan.

- 40) Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban utuh. Meletakkan plasenta di dalam tempatnya.
- 41) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.
- j. Melakukan prosedur pasca persalinan
- 42) Menilai ulang uterus dan memastikan kontraksi dengan baik.
- 43) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit satu jam.
- 44) Setelah satu jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K 1 mg IM di paha kiri anterolateral.
- 45) Setelah satu jam pemberian vitamin K berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral
- a) Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan.
- b) Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusu di dalam satu jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusu.
- k. Evaluasi
- 46) Melakukan pemantauan kontraksi dan mencegah pendarahan pervaginam.
- 47) Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- 48) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- 49) Memeriksa nadi dan kandung kemih ibu setiap 15 menit pada selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
- 50) Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik dan suhu tubuh normal.
- l. Memastikan kebersihan dan keamanan ibu
- 51) Menempatkan semua alat bekas pakai larutan clorin 0,5 % untuk dekontaminasi. Mencuci dan membilas peralatan setelah didekontaminasi.
- 52) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 53) Membersihkan ibu menggunakan air DTT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.

- 54) Memastikan ibu merasa nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberi makan dan minum yang diinginkan ibu.
- 55) Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
- 56) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikan bagian dalam sarung tangan dan direndam dengan larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 57) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 58) Melengkapi patograf.

3. Asuhan Persalinan kala IV

a. Fisiologi kala IV

Persalinan kala IV dimulai dengan kelahiran plasenta dan berakhir 2 jam kemudian. Periode ini merupakan saat paling kritis untuk mencegah kematian ibu, terutama kematian disebabkan perdarahan. Selama kala IV, bidan harus memantau ibu setiap 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam kedua setelah persalinan (Rukiyah, et al., 2009, hlm.149).

b. Evaluasi kontraksi uterus

Evaluasi kontraksi uterus dimulai sejak plasenta lahir. Tanda-tanda bahwa kontraksi uterus dalam keadaan baik adalah konsistensi keras, bila lunak harus dilakukan masase uterus. Mempertahankan kontraktilitas dapat dilakukan dengan segera menyusui bayi (merangsang putting susu) atau dengan memberikan uterotonika (Yanti, 2010, hlm.213).

c. Pemeriksaan serviks, vagina dan perineum

Segera setelah merasa yakin bahwa uterus telah berkontraksi dengan baik, harus memeriksa perineum, vagina bagian bawah, serta serviks apakah ada cedera, perdarahan, benjolan haematoma, laserasi dan luka berdarah serta mengevaluasi kondisi dari episiotomi jika memang ada. Laserasi diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan :

- 1) Derajat pertama : laserasi mengenai mukosa dan kulit perineum, tidak perlu dijahit.
- 2) Derajat kedua : laserasi mengenai mukosa vagina, kulit dan jaringan perineum (perlu dijahit).
- 3) Derajat ketiga : laserasi mengenai mukosa vagina, kulit, jaringan perineum dan sfingter ani.

- 4) Derajat keempat: laserasi mengenai mukosa vagina, kulit, jaringan perineum dan sfingter ani yang meluas hingga ke rectum (rujuk segera) (Rukiyah, et al.,2009:150-151).

d. Penjahitan laserasi perineum atau episiotomi

1) Tujuan dari penjahitan perineum atau episiotomi :

- a) Untuk mendekatkan jaringan-jaringan agar penyembuhan cepat terjadi.
- b) Untuk menghentikan perdarahan.

2) Teknik penjahitan :

- a) Jelujur,
- b) Satu-satu,
- c) Subkutikuler/subkutis.

3) Keuntungan penjahitan teknik jelujur :

- a) Rasa sakit sedikit bagi ibu,
- b) Mudah dipelajari karena hanya melibatkan satu jenis teknik penjahitan saja,
- c) Jumlah jahitan hanya sedikit (Yanti, 2010:219-220).

e. Pemantauan dan evaluasi lanjut kala IV

Karena terjadi perubahan fisiologis, pemantauan dan penanganan yang dilakukan oleh tenaga medis adalah:

- 1) Vital sign, tekanan darah < 90/60 mmHg, jika denyut nadinya normal, tekanan darah yang rendah seperti ini tidak akan menjadi masalah.
- 2) Suhu, suhu tubuh yang normal adalah < 38°C.
- 3) Tonus uterus dan ukuran tinggi uterus, kontraksi tidak baik maka uterus teraba lembek, TFU normal, sejajar dengan pusat atau dibawah pusat. Uterus lembek (lakukan masase uterus, bila perlu berikan injeksi oksitosin atau methergin).
- 4) Perdarahan, perdarahan normal selama 6 jam pertama yaitu satu pembalut atau seperti darah haid yang banyak. Jika lebih dari normal identifikasi penyebab (dari jalan lahir, kontraksi atau kandung kencing).
- 5) Kandung kencing, jika kandung kencing penuh dengan air seni, uterus tidak dapat berkontraksi dengan baik.
- 6) Lochea

a) *Lochea rubra (cruenta)* :

Berisi darah segar, sel-sel desidua dan chorion. Terjadi selama 2 hari pasca persalinan.

b) *Lochea sanguinolenta* :

Warna merah kuning berisi darah dan lendir. Terjadi pada hari ke3-7 pasca persalinan.

c) *Lochea serosa* :

Berwarna kuning dan cairan ini tidak berdarah lagi. Terjadi pada hari ke7-14 pasca persalinan.

d) *Lochea alba* :

Cairan putih terjadi pada hari setelah 2 minggu (Asrinah, et al.:121-122).

B. Presentasi Bokong

1. Pengertian Presentasi Bokong

Presentasi bokong merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri (Wiknjosastro, 2005).

2. Etiologi

Faktor-faktor presentasi bokong meliputi prematuritas, air ketuban yang berlebihan. Kehamilan ganda, plasenta previa, panggul sempit, fibra, myoma, hydrocephalus dan janin besar. Banyak yang diketahui sebabnya, ada presentasi bokong membakal. Beberapa ibu melahirkan bayinya semua dengan presentasi bokong menunjukkan bahwa bentuk panggulnya adalah sedemikian rupa sehingga lebih cocok untuk presentasi bokong dari pada presentasi kepala. Implantasi plasenta di fundus atau di tonus uteri cenderung untuk mempermudah terjadinya presentasi bokong (Harry, 2006).

Penyebab letak sungsang menurut Manuaba (2008) meliputi:

a. Sudut ibu

1) Keadaan Rahim

- a) Rahim arkuatus.
- b) Septum pada rahim.
- c) Uterus dupleks.
- d) Mioma bersama kehamilan.

2) Keadaan plasenta

- a) Plasenta letak rendah.

- b) Plasenta previa.
- 3) Keadaan jalan lahir
 - a) Kesempitan panggul.
 - b) Deformitas tulang panggul.
 - c) Terdapat tumor menjalani jalan lahir dan perputaran ke posisi kepala.

b. Sudut Janin

Pada janin tedapat berbagai keadaan yang menyebabkan letak sungsang, yaitu:

- 1) Tali pusat pendek atau lilitan tali pusat.
- 2) *Hedrosefalus* atau *anesefalus*.
- 3) Kehamilan kembar.
- 4) *Hidroamnion* atau *aligohidromion*.
- 5) Prematuritas.

3. Bentuk-bentuk Letak Sungsang

Berdasarkan komposisi dari bokong dan kaki menurut Menurut Manuaba (2008, hlm.36), bentuk letak sungsang dapat ditentukan sebagai berikut:

a. Letak Bokong Murni

- 1) Teraba bokong.
- 2) Kedua kaki menjungkit ke atas sampai kepala bayi.
- 3) Kedua kaki bertindak sebagai spalk.

b. Letak Bokong Kaki Sempurna

- 1) Teraba bokong.
- 2) Kedua kaki berada di samping bokong.

c. Letak Bokong Tak Sempurna

- 1) Teraba bokong.
- 2) Disamping bokong teraba satu kaki.

d. Letak Kaki

- 1) Bila bagian terendah teraba salah satu dan atau kedua kaki atau lutut.
- 2) Dapat dibedakan letak kaki bila kaki terendah ; letak bila lutut terendah.

4. Pemeriksaan Diagnosis

a. Pemeriksaan abdominal

- 1) Letaknya adalah memanjang.
 - 2) Di atas panggul terasa massa lunak mengalir dan tidak terasa seperti kepala. Dicurigai bokong. Pada presentasi bokong murni otot-otot paha teregama di atas tulang-tulang dibawahnya, memberikan gambaran keras menyerupai kepala dan menyebabkan kesalahan diagnostic.
 - 3) Punggung ada di sebelah kanan dekat dengan garis tengah bagian-bagian kecil ada di sebelah kiri, jauh dari garis tengah dan di belakang.
 - 4) Kepala berada di fundus uteri. Mungkin kepala cukup diraba bila kepala ada di bawah tupar/iga-iga. Kepala lebih keras dan lebih bulat dari paha bokong dan kadang-kadang dapat dipantulkan (*Balloffable*) dari pada bokong uteri teraba terasa massa yang dapat dipantulkan harus dicurigai presentasi bokong.
 - 5) Tonjolan kepala tidak ada bokong tidak dapat dipantulkan.
- b. Denyut jantung janin
- Denyut jantung janin terdengar paling keras pada atau di atas umbilicus dan pada sisi yang sama pada punggung. Pada RSA (Right Sacrum Anterior) denyut jantung janin terdengar paling keras di kuadrat kanan atas perut ibu kadang-kadang denyut jantung janin terdengar di bawah umbilicus.
- c. Pemeriksaan vaginal
- 1) Bagian terendah teraba tinggi.
 - 2) Tidak teraba kepala yang keras, rata dan teratur dengan garis-garis sutura dan fontanelle. Hasil pemeriksaan negatif ini menunjukkan adanya mal presentasi.
 - 3) Bagian terendahnya teraba lunak dan ireguler. Anus dan tuber ischiadicum terletak pada satu garis. Bokong dapat dikelirukan dengan muka.
 - 4) Kadang-kadang pada presentasi bokong murni sacrum tertarik ke bawah dan teraba oleh jari-jari pemeriksa. Ia dapat dikelirukan dengan kepala oleh karena tulang yang keras.
 - 5) Sacrum ada di kuadran kanan depan panggul dan diameter gitchanterika ada pada diameter obliqua kanan.
- d. Pemeriksaan Sinar X

Sinar X menunjukkan dengan tepat sikap dan posisi janin, demikian pula kelainan-kelainan seperti hydrocephalus.

5. Penatalaksanaan Persalinan Letak Sungsang

Pertolongan persalinan letak sungsang memerlukan perhatian karena dapat menimbulkan komplikasi kesakitan, cacat permanen sampai dengan kematian bayi. Menurut Sarwono Prawirohardjo (2008:113), berdasarkan jalan lahir yang dilalui, maka persalinan sungsang dibagi menjadi:

a. Persalinan Pervaginam

- 1) *Spontaneous breech (Bracht).*
- 2) *Partial breech extraction : Manual and assisted breech delivery.*
- 3) *Total breech extraction.*

b. Persalinan per abdominal : Seksio Sesaria

- 1) Fase Lambat (Bokong lahir sampai *umbilikus / scapula anterior*),
- 2) Fase Cepat (Dari *umbilikus* sampai mulut / hidung).
- 3) Fase Lambat (Dari mulut / hidung sampai seluruh kepala).

C. Tinjauan Teori Manajemen Kebidanan

1. Pengertian Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis, mulai dari pengkajian, analisa data, diagnose kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Varney, 2004:176).

2. Proses Asuhan Manajemen Kebidanan

a. Langkah Pertama: Pengkajian

Pada tahap ini data/fakta yang dikumpulkan adalah data subyektif dan/ atau data obyektif dari pasien. Bidan dapat mencatat hasil penemuan data dalam catatan harian sebelum didokumentasikan (Hidayat dkk, 2008:34).

1) Data subyektif

Informasi yang dicatat mencakup identitas, keluhan yang diperoleh dari hasil wawancara langsung kepada pasien (*anamnesis*) atau dari keluarga dan tenaga kesehatan (*allo anamnesis*).

a) Identitas

(1) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan.

(2) Umur

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali untuk terjadi perdarahan pascapersalinan.

(3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut karena diperlukan untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa.

(4) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai pendidikannya.

(5) Suku Bangsa

Berpengaruh pada adat istiadat dan kebiasaan sehari-hari.

(6) Pekerjaan

Untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini berpengaruh dalam gizi pasien.

(7) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan.

b) Keluhan utama

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan proses persalinan, misalnya pasien merasa kenceng-kenceng, perutnya terasa mulas dan mulai mengeluarkan lendir darah.

c) Riwayat Kesehatan

(1) Riwayat Kesehatan Lalu

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut dan kronis seperti: jantung, diabetes melitus, hipertensi yang dapat mempengaruhi proses persalinan.

(2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Data-data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan proses persalinan yang akan dihadapi.

(3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertainya.

(4) Riwayat Perkawinan

Yang perlu dikaji adalah berapa kali menikah, status menikah syah atau tidak karena melahirkan tanpa status yang jelas akan mempengaruhi psikologinya.

(5) Riwayat Obstetrik

(a) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu.

(b) Riwayat menstruasi

Umur berapa pasien mengalami menstruasi, siklus haidnya setiap bulan, banyak perdarahannya, lama keluarnya darah haid, warna dan bau darah haid, apakah pernah mengalami nyeri haid dan keputihan, serta tanggal berapa hari pertama haid terakhir pada kehamilan ini.

(6) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi serta rencana KB yang akan digunakan setelah melahirkan bayinya ini dan beralih ke kontrasepsi apa.

(7) Kehidupan Sosial Budaya

Untuk mengetahui pasien dan keluarga yang menganut adat istiadat yang akan menguntungkan atau merugikan pasien.

(8) Data Psikososial

Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya kelak. Wanita mengalami banyak perubahan emosi pada saat pascapersalinan, untuk itu perlu dikaji:

- (a) Respon ibu dan keluarga terhadap persalinannya.
- (b) Respon ibu dan keluarga terhadap bayinya.
- (c) Respon ibu terhadap dirinya.

(9) Data Pengetahuan

Untuk mengetahui seberapa jauh pengetahuan ibu selama proses persalinan yang akan dijalani nantinya.

(10) Pola kebiasaan sehari-hari.

a) Nutrisi

Menggambarkan pola makan dan minum, frekuensi, banyaknya, jenis makanan dan pantangan makanan.

b) Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan buang air besar meliputi frekuensi, jumlah, konsistensi, dan bau. Serta kebiasaan buang air kecil meliputi frekuensi, warna, jumlah.

c) Istirahat

Menggambarkan pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam pasien tidur, kebiasaan sebelum tidur, kebiasaan mengkonsumsi obat tidur, kebiasaan tidur siang, penggunaan waktu luang.

d) Personal Hygiene

Dikaji apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuhnya.

e) Aktivitas

Menggambarkan pola aktivitas pasien sehari-hari. Pada pola ini perlu dikaji pengaruh aktivitas terhadap kesehatannya.

2) Data Obyektif

Pencatatan dilakukan dari hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan khusus kebidanan, data penunjang, hasil laboratorium. Data yang terkumpul kemudian diolah dengan menggabungkan data satu dengan data lainnya, disesuaikan dengan kebutuhan pasien sehingga menunjukkan fakta.

a) Pemeriksaan umum

(1) Keadaan umum

Untuk mengetahui keadaan ibu secara umum, apakah baik, sedang atau buruk (Alimul, 2006:34).

(2) Kesadaran

Ukuran dari kesadaran dan respon seseorang terhadap rangsangan dari lingkungan. Kesadaran dibedakan menjadi komposmentis, apatis, delirium, somnolen, stupor, koma (Shanty, 2011:65).

b) Tanda vital

Ditujukan untuk mengetahui keadaan ibu berkaitan dengan kondisi yang dialaminya.

(1) Temperatur/suhu

Peningkatan suhu badan mencapai pada kala IV, umumnya disebabkan oleh keluarnya cairan selama proses persalinan.

(2) Nadi dan pernafasan

Nadi dan pernafasan menentukan keadaan ibu dalam proses persalinan, rentang nadi dan pernafasan harus dalam keadaan normal.

(3) Tekanan darah

Pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi pada saat persalinan. Apabila terjadi kenaikan tekanan darah harus dilakukan peringan persalinan.

(4) Berat badan

Untuk mengetahui adanya peningkatan berat badan selama hamil. Nilai normal penambahan berat badan selama kehamilan adalah 9-12 kg.

(5) Tinggi badan

Untuk mengetahui tinggi badan pasien kurang atau tidak, termasuk resiko tinggi atau tidak.

c) Pemeriksaan Sistematis

(1) Rambut

Untuk mengetahui apakah rambut bersih, tidak rontok, tidak ada ketombe.

(2) Muka

Untuk mengetahui keadaan muka pucat atau tidak, adakah kelainan atau oedema.

(3) Mata

Untuk mengetahui konjungtiva kemerahan atau tidak, sclera berwarna putih atau tidak.

(4) Telinga

Untuk mengetahui ada serumen atau tidak, simetris atau tidak.

(5) Hidung

Untuk mengetahui ada benjolan atau tidak.

(6) Mulut dan Gigi

Untuk mengetahui bersih atau kotor, ada *stomatitis* atau tidak, ada *caries* gigi atau tidak.

(7) Leher

Ada pembesaran kelenjar tiroid atau tidak, ada pembesaran kelenjar limfe atau tidak, ada tumor/ benjolan atau tidak.

(8) Dada dan *Mammae*

(a) Dada

Untuk mengetahui simetris atau tidak, ada retraksi dinding atau tidak.

(b) *Mammae*

Untuk mengetahui simetris atau tidak, konsistensi, ada pembengkakan atau tidak, puting menonjol atau tidak, lecet atau tidak.

(9) *Axilla*

Ada benjolan atau tidak, ada pembengkakan atau tidak, ada nyeri tekan atau tidak.

d) Pemeriksaan Khusus Kebidanan

(1) Abdomen

(a) Inspeksi

Untuk mengetahui pembesaran perut, linea, striae, bekas operasi, pelabaran vena, kelaian.

(b) Palpasi

Pemeriksaan dengan teknik menggunakan indera peraba tangan dan jari untuk mengkaji kekuatan kontraksi, tinggi fundus uteri dan kandung kemih berisi urine atau tidak.

(2) Genital

(a) *Vulva Hygiene*

Mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan akan kembali secara bertahap dalam waktu 6 sampai 8 minggu setelah *post partum*.

(b) Keadaan Perineum

Untuk mengetahui adanya oedem, bekas luka episiotomi/robekan, heating atau tidak. Jika terjadi rupture perineum perlu dilakukan observasi untuk mengetahui tingkatan rupture perineum.

(c) Keadaan Anus

Untuk mengetahui adanya hemoroid atau tidak.

(3) Data Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium berupa pemeriksaan HB, terjadi anemia atau tidak.

b. Langkah Kedua: Penentuan Diagnosis Kebidanan (Interpretasi Data)

Mengidentifikasi diagnosa kebidanan dan masalah interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Dalam langkah ini data yang telah diinterpretasikan menjadi diagnosa kebidanan dan masalah. Keduanya digunakan karena beberapa masalah

tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi membutuhkan penanganan yang dituangkan dalam rencana asuhan terhadap pasien, masalah sering berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan.(Hidayat dkk, 2008:35).

1) Diagnosa Kebidanan

Diagnosa dapat ditegakan yang berkaitan dengan para, abortus, anak hidup, umur ibu dan keadaan persalinan. Data dasar meliputi:

a) Data Subyektif

Pernyataan ibu tentang jumlah persalinan, apakah pernah abortus atau tidak, keterangan ibu tentang umur, keterangan ibu tentang keluhannya.

b) Data Obyektif

Palpasi tentang tinggi fundus uteri dan kontraksi, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital.

2) Masalah

Permasalahan yang muncul berdasarkan pernyataan pasien. Data dasar meliputi:

a) Data Subyektif

Data yang didapatkan dari hasil anamnesa pasien.

b) Data Obyektif

Data yang didapat dari hasil pemeriksaan.

3) Kebutuhan

Kebutuhan adalah hal-hal yang dibutuhkan oleh pasien untuk mengidentifikasi dalam diagnose masalah yang dibutuhkan oleh pasien dan belum teridentifikasi dalam diagnose dan masalah yang didapat untuk melakukan analisa data.

c. Langkah Ketiga: Diagnosa Potensial

Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial yang mungkin akan terjadi. Pada langkah ini diidentifikasi masalah atau diagnosa potensial berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa, hal ini membutuhkan antisipasi, pencegahan, bila memungkinkan menunggu mengamati dan bersiap-siap apabila hal tersebut benar-benar terjadi (Varney, 2010:54).

d. Langkah Keempat: Antisipasi Masalah

Langkah ini memerlukan kesinambungan dari manajemen kebidanan. Identifikasi dan menetapkan perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter. Untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi pasien.

e. Langkah Kelima: Perencanaan

Langkah-langkah ini ditentukan oleh langkah sebelumnya yang merupakan kelanjutan dari masalah dan diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah dilihat dari kondisi pasien atau dari masalah yang berkaitan, tetapi berkaitan dengan kerangka pedoman antisipasi bagi wanita tersebut yaitu apa yang akan terjadi berikutnya.

f. Langkah Keenam: Pelaksanaan Implementasi)

Langkah ini merupakan pelaksanaan rencana asuhan penyuluhan pada klien dan keluarga. Mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efisien dan aman.

g. Langkah Ketujuh: Evaluasi

Langkah ini merupakan langkah terakhir guna mengetahui apa yang telah dilakukan bidan. Mengevaluasi keefektifan dari asuhan yang diberikan, ulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektif atau merencanakan kembali yang belum terlaksana (Ambarwati, 2009:131-147).

3. Pendokumentasian Manajemen Kebidanan dengan Metode SOAP

Pendokumentasian atau catatan manajemen kebidanan dapat diterapkan dengan metode SOAP. Dalam metode SOAP, S adalah adat subjektif, O adalah data objektif, A adalah analisis dan Padahal planning. Merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis, dan singkat. Prinsip dari metode SOAP ini merupakan proses pemikiran pelaksanaan manajemen kebidanan.

a. S: Data Subyektif

Data subjektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen Varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui anamnesis. Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau rangkaian yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis yang akan disusun.

b. O: Data Obyektif

Data objektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen Varney pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik lain. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

c. A: *Assesment*

Merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi dari data subjektif dan objektif. Dalam pendokumentasian manajemen kebidanan, dan keadaan pasien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Hal ini juga menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan pasien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data pasien akan menjamin cepat mengambil keputusan/tindakan yang tepat.

Analisis merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen Varney langkah kedua, ketiga dan keempat sehingga mencakup hal-hal berikut ini : diagnosis masalah kebidanan, masalah potensial, serta perlunya mengidentifikasi kebutuhan tindakan segera untuk antisipasi diagnosis potensial. Kebutuhan tindakan segera harus diidentifikasi menurut kewenangan bidan.

d. P: *Planning*

Planning atau perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu pasien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain.

Planning juga mencantumkan evaluasi, yaitu tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektifitas asuhan atau hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi analisis hasil yang telah dicapai dan merupakan fokus ketepatan nilai tindakan atau asuhan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi ini dapat menjadi dasar mengembangkan tindakan alternatif sehingga tercapai tujuan yang diharapkan. Untuk pendokumentasian proses evaluasi ini, diperlukan sebuah catatan perkembangan, dengan tetap mengacu pada metode SOAP (Muslihatun, Mufdlilah, & Setiyawati, 2009:122-125).

D. Landasan Hukum

Seorang bidan dalam melaksanakan asuhan kebidanan harus sesuai dengan landasan hukum, wewenang dan standar bidan dalam memberikan pelayanan pada persalinan, antara lain:

1. Permenkes RI nomor 1464/Menkes/PER/X/2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan.

- a. Pasal 9

Bidan dalam menjalankan praktik, berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi:

- 1) Pelayanan ibu.
- 2) Pelayanan anak.
- 3) Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

- b. Pasal 10 ayat 1

Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 diberikan pada masa pra hamil, kehamilan, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.

- c. Pasal 10 ayat 3

Bidan dalam memberikan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat 2 berwenang untuk :

- 1) Episiotomi.
- 2) Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II.
- 3) Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan.
- 4) Pemberian tablet Fe pada ibu hamil.
- 5) Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas.

- 6) Fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi ASI eksklusif.
- 7) Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala III dan postpartum.
- 8) Penyuluhan dan konseling.
- 9) Bimbingan pada kelompok ibu hamil.
- 10) Pemberian surat keterangan Kematian dan
- 11) Pemberian surat keterangan cuti bersalin.

d. Pasal 18 ayat 1

Dalam melaksanakan praktik, bidan berkewajiban untuk:

- 1) Menghormati hak pasien.
- 2) Memberikan informasi tentang masalah kesehatan pasien dan pelayanan yang dibutuhkan.
- 3) Merujuk kasus yang bukan kewenangannya atau tidak dapat ditangani dengan tepat waktu.
- 4) Meminta persetujuan tindakan yang akan dilakukan.
- 5) Menyimpan rahasia pasien sesuai dengan ketentuan peraturan berundang-undangan.
- 6) Melakukan pencatatan asuhan kebidanan dan pelayanan lainnya secara sistematis.
- 7) Mematuhi standar.
- 8) Melakukan pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan praktik kebidanan termasuk pelaporan kelahiran dan Kematian.

2. Standar Pelayanan Bidan

Menurut 25 standar pelayanan kebidanan, yang terkait dengan standar pertolongan persalinan kala I dan II adalah;

a. Standar 9 : asuhan pada kala I

1) Tujuan

Untuk memberikan perawatan yang memadai dalam mendukung pertolongan persalinan yang aman.

2) Pernyataan Standar

Bidan menilai secara tepat bahwa persalinan sudah mulai, kemudian memberikan asuhan dan pemantauan yang memadai, dengan memperhatikan kebutuhan ibu, selama proses persalinan dan kelahiran yang bersih dan aman,

dengan sikap sopan dan penghargaan terhadap hak pribadi ibu serta memperhatikan tradisi setempat. Disamping itu, ibu diijinkan memilih orang yang akan mendampingi selama proses persalinan dan kelahiran.

3) Hasil

- a) Meningkatnya persalinan yang ditolong bidan.
- b) Berkurangnya kematian, kesakitan ibu dan bayi akibat partus lama.
- c) Ibu bersalin mendapat pertolongan darurat yang memadai dan tepat waktu bila diperlukan.

b. Standar 10 : Persalinan kala II yang aman

1) Tujuan

Memastikan persalinan yang aman untuk ibu dan bayi.

2) Pernyataan standar

Bidan melakukan pertolongan persalinan bayi dan plasenta yang bersih dan aman, dengan sikap sopan dan penghargaan terhadap hak pribadi ibu serta memperhatikan tradisi setempat. Disamping itu, ibu diijinkan memilih orang yang akan mendampingi selama proses persalinan.

3) Hasil

- a) Persalinan yang bersih dan aman
- b) Meningkatkan kepercayaan terhadap bidan
- c) Menurunnya komplikasi seperti perdarahan postpartum, asfiksia neonatal, trauma kelahiran
- d) Menurunnya angka sepsis puerpuralis

c. Standar 12 : Penanganan kala II dengan gawat janin melalui episiotomi

1) Tujuan

Mempercepat persalinan dengan melakukan episiotomy pada keadaan gawat janin.

2) Pernyataan standar :

Bidan mengenali secara tepat tanda-tanda gawat janin pada kala II yang lama, dan segera melakukan episiotomy dengan aman untuk memperlancar persalinan, diikuti dengan penjahitan perineum.

3) Hasil

- a) Penurunan kejadian asfiksia neonatorum berat.
- b) Penurunan kejadian lahir mati pada kala II.

Penurunan kejadian sepsis puerperalis

3. Kepmenkes No 369/Menkes/SK/III/2007 tentang standar Profesi Bidan

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memimpin suat persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya yang baru lahir.



E. Pathway Letak Sungsang



Sumber: Manuaba, 2008 ; Sarwono, 2008.



F. Mekanisme Letak Sungsang

