

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Sari, 2024).

Persalinan adalah proses pengeluaran janin, plasenta dan membran dari rahim. Awalnya serviks akan berdilatasi karena adanya kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan intensitas yang teratur. Seiring bertambahnya waktu kekuatannya akan semakin meningkat sehingga pembukaan pada serviks lengkap dan siap untuk mengeluarkan janin dari rahim ibu (Lubis, 2025).

Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir kemudian berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manik, 2024).

Persalinan adalah proses pengeluaran (kelahiran) hasil konsepsi yang dapat hidup di luar uterus melalui vagina ke dunia luar. Proses tersebut

dapat dikatakan normal atau spontan jika bayi yang dilahirkan berada pada posisi letak belakang kepala dan berlangsung tanpa bantuan alat-alat atau pertolongan, serta tidak melukai ibu dan bayi. Pada umumnya proses ini berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam (Wijayanti, 2022).

2. Jenis-Jenis Persalinan

Jenis persalinan di bagi dalam 2 kategori, yang pertama yaitu jenis persalinan berdasarkan bentuk terjadinya dan jenis persalinan menurut lama kehamilan dan berat janin (Manik, 2024). Jenis persalinan berdasarkan bentuk terjadinya dapat dikelompokkan ke dalam 4 cara, yaitu:

a. Persalinan Spontan

Persalinan Spontan, yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut. Persalinan spontan adalah proses persalinan lewat vagina yang berlangsung tanpa menggunakan alat maupun obat tertentu, baik itu induksi, vakum, atau metode lainnya. Persalinan spontan benar-benar hanya mengandalkan tenaga dan usaha ibu untuk mendorong keluarnya bayi. Persalinan spontan dapat dilakukan dengan presentasi belakang kepala (kepala janin lahir terlebih dahulu) maupun presentasi bokong (sungsang) (Manik., 2024).

Persalinan normal (eutokia) adalah proses kelahiran janin pada kehamilan cukup bulan (aterm, 37-42 minggu), pada janin letak memanjang presentasi belakang yang disusul dengan pengeluaran plasenta dan seluruh proses kelahiran ini berakhir dalam waktu kurang

dari 24 tanpa tindakan pertolongan buatan dan tanpa komplikasi (Manik, 2024).

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 (Sari, 2024).

Persalinan normal menurut WHO adalah persalinan yang dimulai secara spontan beresiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan, bayi dilahirkan spontan dengan presentasi belakang kepala pada usia kehamilan antara 37 sampai 42 minggu lengkap (Badriani Badawi, Marlina et al., 2024).

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin. (Aprilita et al., 2024)

Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan dan dapat hidup di luar uterus melalui vagina secara spontan (Lubis, 2025).

b. Persalinan Anjuran

Persalinan anjuran (induksi) adalah persalinan yang baru dapat berlangsung setelah permulaannya dianjurkan dengan suatu perbuatan atau tindakan, misalnya dengan pemecahan ketuban atau dengan memberi suntikan oksitosin. (Aprilita et al., 2024) Persalinan anjuran

bertujuan untuk merangsang otot rahim berkontraksi sehingga persalinan berlangsung serta membuktikan ketidak seimbangan antara kepala janin dengan jalan lahir (Indriyani, 2024).

c. Persalinan Tindakan

Persalinan tindakan adalah persalinan yang tidak dapat berjalan normal secara spontan atau tidak berjalan sendiri, persalinan sehingga persalinan dilakukan dengan memberikan tindakan menggunakan alat bantu (Manik, 2024).

Sedangkan jenis persalinan berdasarkan umur kehamilan dan berat janinnya adalah:

- a. Abortus adalah terhentinya proses kehamilan sebelum janin dapat hidup (*viable*), berat janin di bawah 1000 gram atau usia kehamilan di bawah 28 minggu.
- b. Partus prematurus adalah persalinan dari hasil konsepsi pada umur kehamilan 28-36 minggu. Janin dapat hidup, tetapi prematur; berat janin antara 1000-2500 gram.
- c. Partus matures/aterm (cukup bulan) adalah partus pada umur kehamilan 37-40 Minggu, janin matur, berat badan di atas 2500 gram.
- d. Partus postmaturus (serotinus) adalah persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih dari waktu partus yang ditaksir, janin disebut postmatur
- e. Persalinan presipitatus adalah persalinan berlangsung cepat kurang dari 3 jam (Sari, 2024).

3. Tanda-Tanda Persalinan

Tanda-tanda permulaan persalinan terjadi sebelum persalinan sebenarnya yaitu beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki "bulannya" atau "minggunya" atau "harinya" yang disebut kala pendahuluan. Ini memberikan tanda-tanda berupa *lightening* atau *settling* atau *drooping*. *Lightening* atau *settling* atau *drooping* yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida. Pada multipara tidak begitu kentara; perut kelihatan lebih melebar; fundus uteri menurun; perasaan sering kencing atau susah kencing karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin; perasaan sakit di perut dan pinggang oleh adanya kontraksi kontraksi lemah dari uterus, kadang-kadang disebut "*farse labor pains*"; serviks menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah bisa bercampur darah (*bloody show*) (Aprilita et al., 2024).

Sedangkan tanda-tanda timbulnya persalinan adalah :

a. His persalinan

His adalah kontraksi uterus atau rahim yang menimbulkan rasa nyeri di perut. Dimulai dari pinggang menjalar ke perut bagian bawah dan sifatnya datang dan menghilang. Jarak waktu his 10 - 15 menit dan lamanya kontraksi . menit atau lebih. Pada waktu His, uterus menjadi keras dan bila wanita atau ibu tidur terlentang, dinding perut tampak naik ke atas. HIS adalah keadaan uterus yang menguncup, keran otot-otot polos yang ada dalam dinding uterus menegang (Berkontraksi) (Indriyani, 2024).

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, adanya intensitas kontraksi yang maksimal diantara dua kontraksi, irama teratur dan frekuensi yang kian sering, lama his berkisar 45-60 detik. Pengaruh his ini dapat menimbulkan desakan di daerah uterus (meningkat) terjadi penurunan janin, terjadi penebalan pada dinding korpus uterus, terjadi peregangan dan penipisan pada isthmus uteri, serta terjadinya pembukaan pada kanalis servikalis. His persalinan memiliki sifat sebagai berikut:

- 1) Pinggang terasa sakit dan mulai menjalar ke depan.
- 2) Teratur dengan interval yang makin pendek dan kekuatannya makin besar.
- 3) Mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks.
- 4) Penambahan aktivitas (seperti berjalan) maka his tersebut semakin meningkat (Aprilita et al., 2024).

b. Keluarnya lendir bercampur darah (*show*)

Lendir ini berasal dari pembukaan kanalis servikalis. Sedangkan pengeluaran darahnya disebabkan oleh robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka (Aprilita et al., 2024). Pengeluaran pembawa tanda (lendir bercampur darah), keluar lendir kemerahan (*bloody show*) berupa lendir bercampur darah warna merah terang yang berasal dari vagina. Pendarahan sedikit ini disebabkan karena terlepasnya selaput janin dari

ketub bawah uterus. Lendir berasal daerah saluran leher rahim (serviks uteri) (Indriyani, 2024).

c. Terkadang disertai ketuban pecah

Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban menjelang persalinan. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun, apabila persalinan tidak tercapai, maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum atau section caesarea (Aprilita et al., 2024).

d. Dilatasi dan *Effacement*

Dilatasi adalah terbukanya kanalis servikalis secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. *Effacement* adalah pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang semula panjang 1-2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggal hanya ostium yang tipis seperti kertas (Aprilita et al., 2024). Pendataran dan pembukaan (dilatasi) dari leher rahim atau serviks uteri, ditimbulkan karena terjadinya perubahan pada serviks karena pengaruh dari HIS persalinan. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadi pendarahan karena kapiler pembuluh darah pecah (berkaitan dengan pengeluaran pembawa tanda lendir bercampur darah) (Indriyani, 2024).

Untuk rasa sakit yang dirasakan oleh wanita pada saat menghadapi persalinan berbeda-beda tergantung dari rasa sakitnya, akan tetapi secara umum wanita yang akan mendekati persalinan akan merasakan: Rasa

sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur; keluar lendir bercampur darah (*show*) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks; pada pemeriksaan dalam serviks mendatar dan pembukaan telah ada; pengeluaran lendir dan darah; dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas, terjadi perdarahan kapiler pembuluh darah pecah. Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan berlangsung dalam waktu 24 jam (Aprilita et al., 2024).

4. Tahapan Persalinan

a. Kala I

Kala I Persalinan dimulainya proses persalinan yang ditandai dengan adanya kontraksi yang teratur, adekuat, dan menyebabkan perubahan pada serviks hingga mencapai pembukaan lengkap (Indriyani, 2024). Perubahan fisiologis pada persalinan kala I:

1) Uterus

Saat persalinan dimulai, jaringan dari miometrium berkontraksi dan berelaksasi seperti otot normal. Ketika otot retraksi, otot tidak kembali ke ukuran aslinya dan berubah semakin kecil. Saat otot-otot rahim berubah bentuk selama kontraksi, relaksasi, dan retraksi. Rongga rahim secara bertahap mengecil. Proses ini inilah yang

menjadi salah satu penyebab turunnya janin ke dalam panggul. Kontraksi uterus dimulai dari fundus uterus dan berlanjut ke abdomen bawah dengan dominasi tarikan ke arah fundus (fundal dominan) (Retnaning Muji Lestari, S.ST., M.H. Hafsah, S.ST. et al., 2024).

Setiap kontraksi menghasilkan pemanjangan uterus berbentuk ovoid disertai pengeluaran diameter horizontal. Pengaruh perubahan bentuk ini ialah:

- a) Pengurangan diameter horizontal menimbulkan pelurusan columna vertebralis janin, dengan menekan kutub atasnya rapat-rapat terhadap fundus uteri, sementara kutub bawah didorong lebih jauh ke bawah dan menuju ke panggul dikenal sebagai tekanan sumbu janin.
- b) Dengan memanjangnya uterus, serabut longitudinal ditarik-tarik tegang dan karena segmen bawah dan serviks merupakan satusatunya bagian uterus yang fleksibel, bagian ini ditarik ke atas pada kutub bawah janin. Efek ini merupakan faktor yang penting untuk dilatasi serviks pada otot-otot segmen bawah dan serviks.

2) Serviks

Sebelum persalinan dimulai, leher serviks melunak dan bersiap untuk melahirkan. Saat persalinan makin dekat, leher serviks mulai terbuka (Retnaning Muji Lestari, S.ST., M.H. Hafsah, S.ST. et al., 2024).

a) Penipisan serviks (*effacement*)

Terkait dengan kemajuan pemendekan dan penipisan serviks. Ketika kontraksi semakin kuat, bentuk leher serviks berubah dan menjadi lebih tipis. Hal ini disebabkan oleh kontraksi uterus yang dominan pada fundus, sehingga serviks tertarik ke atas dan semakin menipis seiring berjalannya waktu. Batas antara segmen atas dan bawah rahim (*retraction ring*) sejajar dengan tarikan ke atas sehingga memberikan kesan gerakan ke atas. Panjang serviks pada akhir kehamilan normal bervariasi (dari beberapa mm hingga 3 cm). Saat persalinan dimulai, panjang leher serviks secara teratur mengecil dan akhirnya menjadi sangat pendek (hanya beberapa mm). Leher serviks yang sangat tipis ini disebut dengan “menipis penuh”. (Retnaning Muji Lestari, S.ST., M.H. Hafsah, S.ST. et al., 2024)

Penipisan dapat terjadi diakhir kehamilan atau dapat juga tidak terjadi hingga persalinan dimulai. Pada wanita nullipara, serviks biasanya tidak akan berdilatasi tinggi penipisan sempurna, sedangkan pada wanita multipara, penipisan dan dilatasi dapat terjadi secara bersamaan dan kanal kecil dapat teraba diawal persalinan. Hal ini seringkali disebut bidan sebagai “os multips”. (Manik, 2024)

b) Dilatasi serviks

Proses ini merupakan kelanjutan dari effacement. Setelah serviks dalam kondisi menipis penuh, maka tahap berikutnya adalah pembukaan. Saat serviks membuka disebabkan daya tarikan otot uterus ke atas secara terus-menerus saat uterus berkontraksi. Dilatasi dan diameter serviks dapat diukur dengan pemeriksaan vagina. Berdasarkan diameter pembukaan serviks, proses ini dibagi menjadi 2 fase, yaitu:

(1) Fase Laten

Berlangsung selama kurang lebih 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat hingga mencapai diameter 3 cm.

(2) Fase Aktif

Dibagi menjadi 3 fase, yaitu :

(a) Fase akselerasi, pembukaan 3 cm menjadi 4 cm dalam waktu 2 jam

(b) Fase dilatasi maksimal, pembukaan terjadi sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm dalam waktu 2 jam

(c) Fase deselerasi. Pembukaan melambat kembali, dalam 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap (10 cm).

Pembukaan lengkap berarti bibir serviks tidak teraba dan diameter pembukaan serviks 10 cm (Retnaning Muji Lestari, S.ST., M.H. Hafsah, S.ST. et al., 2024).

Fase di atas dijumpai pada primigravida. Pada multigravida tahapannya sama namun durasi lebih cepat untuk setiap fasenya. Kala I selesai apabila pembukaan serviks telah lengkap. Pada primigravida berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan pada multigravida akan memakan waktu 7 jam. Mekanisme pembukaan serviks antara primigravida dan multigravida berbeda. Pada primigravida ostium uteri internum terbuka lebih dahulu, serviks menjadi rata dan tipis, kemudian ostium uteri eksternum terbuka. Namun pada multigravida, penipisan dan pemerataan ostium serviks internum dan eksternum serta serviks terjadi secara bersamaan. (Retnaning Muji Lestari, S.ST., M.H. Hafsah, S.ST. et al., 2024)

3) Lendir bercampur darah (*Blood show*)

Pendataran dan dilatasi serviks akan melonggarkan selaput bagian dalam serviks dengan perdarahan minimal, sehingga lendir dapat dikeluarkan dari sumbatan atau operculum. Keluarnya lendir dari sumbatan ini menyebabkan terbentuknya tonjolan pada selaput ketuban, yang dapat teraba pada pemeriksaan vagina. Pengeluaran lendir dan darah ini disebut dengan sebagai “*show*” atau “*bloody show*” yang mengindikasikan proses persalinan telah dimulai. (Retnaning Muji Lestari, S.ST., M.H. Hafsah, S.ST. et al., 2024)

4) Ketuban

Ketuban pecah dengan sendirinya ketika pembukaan hampir atau sudah lengkap dengan sendirinya. Jika ketuban pecah sebelum pembukaan 5 cm, disebut ketuban pecah dini (KPD) (Retnaning Muji Lestari, S.ST., M.H. Hafsah, S.ST. et al., 2024).

5) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata sebesar 10-20 mmHg dan kenaikan sistolik rata-rata 5-10 mmHg. Diantara kontraksi-kontraksi uterus, tekanan darah akan turun seperti sebelum masuk persalinan dan akan naik lagi bila terjadi kontraksi. Arti penting dan kejadian ini adalah untuk memastikan tekanan darah yang sesungguhnya, sehingga diperlukan pengukuran di antara kontraksi. (Manik, 2024)

Jika seorang ibu dalam keadaan sangat takut atau khawatir, pertimbangkan kemungkinan rasa takutnyalah yang menyebabkan kenaikan tekanan darah dalam hal ini perlu dilakukan pemeriksaan lainnya untuk mengesampingkan preeclampsia. Oleh karena itu diperlukan asuhan yang mendukung yang dapat menimbulkan ibu rileks/atau santai. Posisi tidur terlentang selama bersalin akan menyebabkan penekanan uterus terhadap pembuluh darah besar (aorta) yang akan menyebabkan sirkulasi darah baik untuk ibu maupun janin akan terganggu, ibu dapat terjadi hipertensi dan janin

dapat asfiksia. Oleh karena itu posisi tidur ibu selama persalinan yang terbaik adalah menghindari posisi yang terlentang (Manik, 2024).

6) Metabolisme

Selama persalinan baik metabolisme karbohidrat aerobik maupun anaerobik akan naik secara perlahan. Kenaikan ini sebagian besar disebabkan karena oleh kecemasan serta kegiatan otot kerangka tubuh. Kegiatan metabolisme yang meningkat tercermin dengan suhu badan, denyut nadi, pernafasan, kardiak output dan kehilangan cairan. Selama persalinan, metabolisme karbohidrat baik aerobik dan anaerobik meningkat dengan laju yang konstan. Peningkatan ini terutama disebabkan oleh kecemasan dan aktivitas otot rangka (Manik, 2024).

7) Suhu tubuh

Suhu tubuh meningkat pada saat melahirkan dan mencapai puncaknya pada saat dan segera setelah kelahiran. Peningkatan suhu tubuh hingga $0,5-1^{\circ}\text{C}$ dianggap normal dan nilai ini mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan. Peningkatan suhu tubuh yang sedikit selama persalinan adalah normal, namun parameter lain harus diperiksa karena peningkatan suhu tubuh dapat mengindikasikan dehidrasi selama persalinan. Demikian pula dalam kasus ketuban pecah dini, peningkatan suhu tubuh dapat mengindikasikan adanya infeksi dan tidak dapat dianggap normal.

dalam situasi ini (Retnaning Muji Lestari, S.ST., M.H. Hafsah, S.ST. et al., 2024).

8) Detak jantung

Perubahan signifikan selama kontraksi. Kenaikan fase naik, penurunan frekuensi yang lebih rendah dari frekuensi puncak intersistolik, dan kenaikan fase penurunan hingga tercapai frekuensi normal di antara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berbaring miring, bukan telentang. Denyut nadi di antara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan. Sedikit peningkatan denyut jantung dianggap normal, sehingga parameter lain harus diperiksa untuk mengecualikan kemungkinan proses infeksi (Retnaning Muji Lestari, S.ST., M.H. Hafsah, S.ST. et al., 2024).

9) Perubahan pernafasan

Sedikit peningkatan laju pernapasan selama persalinan dianggap normal dan mencerminkan peningkatan metabolisme. Namun informasi yang akurat sulit diperoleh karena laju pernapasan sangat dipengaruhi oleh rasa senang, sakit, takut, dan penggunaan teknik pernapasan. Hiperventilasi yang berkepanjangan merupakan temuan abnormal dan dapat menyebabkan alkalosis. Pantau pernapasan pasien dan bantu mereka mengontrol pernafasan untuk menghindari

hiperventilasi berkepanjangan, yang ditandai dengan kesemutan pada ekstremitas dan pusing (Retnaning Muji Lestari, S.ST., M.H. Hafsah, S.ST. et al., 2024).

10) Perubahan renal

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Poliuria menjadi kurang jelas pada posisi terlentang karena posisi ini membuat aliran urin berkurang selama persalinan. (Manik, 2024)

Kandung kemih harus sering diperiksa (setiap 2 jam) untuk mengetahui adanya perut kembung, dan harus dikosongkan untuk mencegah persalinan terhambat karena kandung kemih penuh. Hal ini mencegah penurunan trauma pada kandung kemih akibat turunnya bagian janin dan tekanan berkelanjutan yang ditimbulkannya. Hal ini menyebabkan hilangnya tonus kandung kemih pasca melahirkan dan retensi urine (Retnaning Muji Lestari, S.ST., M.H. Hafsah, S.ST. et al., 2024).

Proteinuria (+1), biasanya terjadi pada sepertiga hingga setengah ibu selama persalinan. Hal ini lebih sering terjadi pada primipara dengan anemia, atau pasien dengan persalinan lama. Jika nilai proteinuria +2 atau lebih tinggi, itu merupakan nilai data yang tidak

normal. (Retnaning Muji Lestari, S.ST., M.H. Hafsah, S.ST. et al., 2024).

11) Gastrointestinal

Motilitas lambung dan penyerapan makanan padat sangat terbatas. Kondisi ini diperburuk dengan semakin menurunnya sekresi asam lambung selama persalinan, sehingga memperlambat kerja saluran cerna dan menambah waktu yang dibutuhkan lambung untuk mengosongkan. Hidrasi tidak terpengaruh dan waktu yang dibutuhkan pencernaan di perut dalam kondisi normal. Makanan yang dimakan sebelum persalinan atau fase masa prodromal atau fase laten persalinan cenderung akan tetap berada di dalam lambung selama persalinan. (Retnaning Muji Lestari, S.ST., M.H. Hafsah, S.ST. et al., 2024)

Perut yang penuh dapat menimbulkan rasa tidak nyaman selama masa transisi. Oleh karena itu, pasien disarankan untuk tidak makan dalam jumlah banyak atau minum berlebihan, serta makan dan minum hanya ingin menjaga energi dan hidrasi. Mual dan muntah sering terjadi selama fase transisi yang menandai berakhirnya kala I persalinan. Obat oral tidak efektif selama persalinan. Perubahan saluran cerna dapat terjadi sebagai respon terhadap kombinasi berbagai faktor seperti kontraksi uterus, nyeri, kecemasan, kekhawatiran, obat-obatan atau komplikasi (Retnaning Muji Lestari, S.ST., M.H. Hafsah, S.ST. et al., 2024).

12) Hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2 mg% selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca kelahiran tanpa adanya kehilangan darah yang tidak normal. Jangan terlalu cepat percaya bahwa pasien tidak menderita anemia. Jika tes darah menunjukkan kadar darah berada dalam batas normal, pasien mungkin berisiko lebih tinggi mengalami anemia saat melahirkan, yang mungkin diabaikan. Selama persalinan, waktu pembekuan darah diperpendek dan fibrinogen plasma semakin meningkat. Perubahan ini mengurangi risiko perdarahan postpartum pada pasien normal (Retnaning Muji Lestari, S.ST., M.H. Hafsah, S.ST. et al., 2024).

b. Kala II

Kala II merupakan fase dari dilatasi serviks lengkap 10 cm hingga bayi lahir. Pada kala ini pasien dapat mulai mengejan sesuai instruksi penolong persalinan, yaitu mengejan bersamaan dengan kontraksi uterus. Proses fase ini normalnya berlangsung maksimal 2 jam pada primipara, dan maksimal 1 jam pada multipara. (Wahyuni Seri, 2023)

Gejala dan tanda kala II adalah terjadi pembukaan lengkap, tampak bagian kepala janin melalui bukaan introitus vagina, ada rasa ingin meneran saat kontraksi, ada dorongan pada rektum atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva dan springter ani membuka, peningkatan pengeluaran lendir dan darah. Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan

1 jam pada multi. Pada kala pengeluaran janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mengedan, karena tekanan pada rektum ibu merasa seperti mau buang air besar dengan tanda anus membuka (Indriyani, 2024).

Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, perineum meregang. Dengan adanya his ibu dipimpin untuk mengedan, maka lahir kepala di ikuti oleh seluruh badan janin. Komplikasi yang dapat timbul pada kala II yaitu: eklamsi, kegawatdaruratan janin, tali pusat menumbung, penurunan kepala terhenti, kelelahan ibu, persalinan lama, rupture uteri, distosia karena kelainan letak, infeksi intra partum, inersia uteri, dan tanda-tanda lilitan pusat (Indriyani, 2024).

Pada kala II persalinan, perubahan pada uterus dan jalan lahir, yaitu:

1) Segmen atas dan segmen bawah rahim

Uterus terdiri dari 2 bagian yaitu segmen atas rahim (SAR) yang dibentuk oleh korpus uteri dan segmen bawah rahim (SBR) yang dibentuk oleh isthmus uteri. Selama proses persalinan SAR berkontraksi dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan. Sedangkan, SBR dan serviks melakukan relaksasi dan dilatasi menjadi saluran tipis dan teregang untuk dilalui janin (Retnaning Muji Lestari, S.ST., M.H. Hafsah, S.ST. et al., 2024).

Segmen atas rahim makin lama makin mengecil, sedangkan segmen bawah makin diregang dan makin tipis dan isi rahim sedikit demi sedikit pindah ke segmen bawah rahim. Hal tersebut memperjelas batas antara SAR dan SBR yang disebut dengan lingkaran retraksi yang fisiologis. Jika SBR sangat diregang maka lingkaran retraksi terlihat lebih jelas dan naik mendekati pusat disebut lingkaran retraksi yang patologis (Lingkaran Bandl). Lingkaran Bandl merupakan tanda adanya robekan rahim, Hal ini terjadi jika bagian depan janin tidak dapat maju misalnya disebabkan karena panggul sempit. (Retnaning Muji Lestari, S.ST., M.H. Hafsah, S.ST. et al., 2024)

2) Perubahan bentuk rahim

Setiap adanya kontraksi maka sumbu panjang rahim bertambah panjang sedangkan ukuran melintang maupun ukuran muka belakang berkurang. (Retnaning Muji Lestari, S.ST., M.H. Hafsah, S.ST. et al., 2024))

3) Faal ligamentum rotundum dalam persalinan

Ligamentum rotundum mengandung otot-otot polos dan jika uterus berkontraksi, otot-otot ligamentum rotundum ikut berkontraksi sehingga ligamentum rotundum menjadi pendek. (Lestari dkk, 2024)

4) Perubahan serviks

Perubahan pada serviks ditandai dengan pembukaan lengkap (10 cm), pada pemeriksaan dalam tidak teraba lagi bibir portio,

segmen bawah rahim, serviks dan vagina karena telah menjadi satu saluran (Lestari dkk., 2024).

5) Perubahan pada vagina

Setelah pembukaan lengkap dan ketuban telah pecah, maka terjadi perubahan, terutama pada dasar panggul yang teregang menjadi saluran dengan dinding-dinding yang tipis oleh bagian depan anak. Waktu kepala sampai di vulva, lubang vulva menghadap ke depan atas, anus terbuka perineum menonjol, dan kemudian akan tampak kepala janin di depan vulva (Lestari dkk., 2024).

c. Kala III

Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta dimulai dari setelah bayi lahir 6 dan berakhirnya dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh proses tersebut biasanya memakan waktu sekitar 5-30 menit setelah bayi lahir. (Wahyuni Seri, 2023)

Batasan kala III, masa setelah lahirnya bayi dan berlangsungnya proses pengeluaran plasenta, tanda-tanda lepasnya plasenta: terjadi perubahan bentuk uterus dan tinggi fundus uteri, tali pusat memanjang atau terjulur keluar melalui vagina/vulva, adanya semburan darah secara tiba-tiba. Kala III berlangsung tidak lebih dari 30 menit, setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusar beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 menit-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri.

Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah. Komplikasi yang dapat timbul pada kala III adalah perdarahan akibat atonia uteri, retensio plasenta, perlukaan jalan lahir dan tanda gejala tali pusat. (Indriyani, 2024)

Perubahan-perubahan yang terjadi selama kala III persalinan, antara lain adalah pelepasan plasenta dan pelepasan korioamnion. Tanda-tanda pelepasan plasenta, yaitu :

- 1) Perubahan bentuk dan tinggi fundus, dimana setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya di bawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah pir atau alpukat dan fundus berada di atas pusat (seringkali mengarah ke sisi kanan).
- 2) Tali pusat memanjang, dimana tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva (tanda ahfeld)
- 3) Semburan darah tiba-tiba, dimana darah terkumpul di belakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (retroplacental pooling) dalam ruang di antara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungnya maka darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang keluar. (Manik, 2024)

Saat kala III persalinan, otot uterus berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ini

menyebabkan berkurangnya tempat perlekatan plasenta. Keadaan ini dikarenakan tempat implantasi (perlekatan) menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal, dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina (Indriyani, 2024).

Adapun metode pelepasan plasenta antara lain :

- 1) Metode Ekspulsi Schultze. Pelepasan ini dapat ditandai dari tengah (sentral) atau dari pinggir plasenta. Ditandai oleh makin panjang keluarnya tali pusat dari vagina tanpa adanya perdarahan pervaginam. Lebih besar kemungkinannya terjadi pada plasenta yang melekat di fundus.
- 2) Metode Ekspulsi Mattew – Duncan. Ditandai oleh adanya perdarahan dari vagina apabila plasenta mulai terlepas. Umumnya perdarahan tidak melebihi 400 ml. bila lebih ini hal yang patologis. Lebih besar kemungkinan pada implantasi lateral, apabila plasenta lahir, umumnya otot-otot uterus segera berkontraksi, pembuluh-pembuluh darah akan terjepit, dan perdarahan segera berhenti. Pada keadaan normal akan lahir spontan dalam waktu lebih kurang 6 menit setelah anak lahir lengkap (Manik, 2024).

Selain pelepasan plasenta, pada kala III persalinan juga terjadi perubahan berupa pelepasan korioamnion. Sangat berkurangnya luas permukaan rongga uterus secara bersamaan menyebabkan selaput janin

(amniokorion) dan desidua parietal menjadi berlipat-lipat sehingga menambah ketebalan lapisan tersebut. Selaput-selaput tersebut biasanya tetap insitu sampai pelepasan plasenta hampir lengkap. Kemudian selaput ini mengelupas sampai ke dinding uterus, sebagian karena tarikan oleh plasenta yang telah lepas, yang telah berada di segmen bawah uterus atau bagian atas vagina. (Manik, 2024)

d. Kala IV

Kala IV persalinan ditetapkan berlangsung kira-kira dua jam setelah plasenta lahir. Periode ini merupakan masa pemulihan yang terjadi segera jika homeostasis berlangsung dengan baik. Pada tahap ini, kontraksi otot rahim meningkat sehingga pembuluh darah terjepit untuk menghentikan perdarahan. Pada kala ini dilakukan observasi terhadap tekanan darah, pernapasan, nadi, kontraksi otot rahim dan perdarahan selama 2 jam pertama. Selain itu juga dilakukan penjahitan luka episiotomi. Setelah 2 jam, bila keadaan baik, ibu dipindahkan ke ruangan bersama bayinya. (Manik, 2024)

Perubahan fisiologis saat kala IV persalinan diantaranya adalah:

1) Tanda-tanda vital

Tekanan darah, nadi, dan pernapasan, harus menjadi stabil pada level pra persalinan selama jam pertama pasca partus, pemantauan tekanan darah, dan nadi yang rutin selama interval ini adalah satu sarana mendeteksi syok akibat kehilangan darah berlebihan. Pemantauan tanda vital ibu antara lain tekanan darah, denyut jantung,

dan pernafasan dilakukan selama kala IV persalinan dimulai setelah kelahiran plasenta. Seterusnya kemudian dievaluasi lagi setiap 15 menit sekali hingga keadaan stabil seperti pada persalinan, atau jika ada indikasi perlu dimonitor lebih sering lagi. Suhu ibu diukur setidaknya sekali dalam kala IV persalinan dan dehidrasinya juga harus dievaluasi. Denyut nadi biasanya berkisar 60-70 kali per menit. Suhu ibu berlanjut sedikit meningkat, tetapi biasanya dibawah 38⁰C. (Manik, 2024)

2) Uterus

Setelah plasenta lahir, uterus dapat ditemukan ditengah-tengah abdomen kurang lebih dua pertiga sampai tiga perempat antara simpisis pubis dan umbilikus. Jika uterus ditemukan pada bagian tengah, di atas umbilikus, hal tersebut dapat menandakan adanya darah dan bekuan di dalam uterus, yang perlu ditekan dan dikeluarkan, uterus yang berada di atas umbilikus dan bergeser, paling umum ke kanan, cenderung menandakan kandung kemih penuh. Dalam hal ini kandung kemih harus dikosongkan, kandung kemih yang penuh mendorong uterus bergeser dari posisinya dan menghalanginya untuk berkontraksi sebagaimana mestinya, dengan demikian memungkinkan perdarahan yang lebih banyak. Uterus harusnya terasa keras (kaku) bila diraba. Uterus yang lembek, berayun menunjukkan bahwa uterus dalam keadaan tidak berkontraksi dengan baik, dengan kata lain mengalami atonia uteri.

Atonia uterus merupakan penyebab utama dari perdarahan setelah bersalin. (Manik, 2024)

Faktor predisposisi atonia uteri di antaranya adalah regangan rahim berlebihan karena kehamilan gameli polihidramnion, atau anak terlalu besar, kelelahan karena persalinan lama atau persalinan kasep, kehamilan grandemultipara, ibu dengan keadaan umum yang jelek, anemis atau menderita penyakit menahun, mioma uteri yang mengganggu kontraksi rahim, infeksi intra uterin (korioamnionitis), ada riwayat atonia uteri sebelumnya, tidak kelengkapan plasenta, kemungkinan fragmen plasenta atau membran tertinggal di dalam uterus. (Manik, 2024)

Pasca melahirkan perlu dilakukan pengamatan seksama mengenai ada tidaknya kontraksi uterus yang diketahui dengan bagian perut ibu serta perlu diamati apakah tingginya fundus uterus telah turun dari pusat, karena ada kelahiran tinggi fundus akan berada 1-2 jari di bawah pusat dan terletak agak sebelah kanan sampai akhirnya hilang di hari ke-10 persalinan (Manik, 2024).

3) Serviks, vagina dan perineum

Segera setelah kelahiran, serviks bersifat patulous, terkulai dan tebal. Tepi anterior selama persalinan, atau setiap bagian serviks yang terperangkap akibat penurunan kepala janin selama periode yang memanjang, tercermin pada edema dan memar pada area tersebut. Perineum yang menjadi kendor dan tonus vagina juga tampil jaringan

tersebut, dipengaruhi oleh peregangan yang terjadi selama kala II persalinan. Segera setelah bayi lahir tangan bisa masuk, tetapi setelah 2 jam introitus vagina hanya bisa dimasuki 2 atau 3 jari. Edema atau memar pada introitus atau pada area perineum sebaiknya dicatat. (Manik, 2024)

Terjadinya laserasi atau robekan perineum dan vagina dapat diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan. Robekan perineum hampir terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Apabila hanya kulit perineum dan mukosa vagina yang robek dinamakan robekan perineum tingkat I. pada robekan tingkat II dinding belakang vagina yang menghubungkan otot-otot diafragma urogenitalis pada garis tengah terluka. Sedangkan pada tingkat III atau robekan total muskulus spingter ani eksternum ikut terputus dan kadang-kadang dinding depan rectum ikut robek pula. Jarang sekali terjadi robekan yang dimulai pada dinding belakang vagina di atas introitus vagina dan anak dilahirkan melalui robekan itu, sedangkan perineum sebelah depan tetap utuh (robekan perineum sentral). Pada persalinan sulit, disamping robekan perineum yang dapat dilihat dapat pula terjadi kerusakan dan kerenggangan muskulus puborectalis kanan dan kiri serta hubungannya di garis tengah. Robekan perineum yang melebihi robekan tingkat I harus dijahit, hal ini dapat dilakukan sebelum plasenta lahir tetapi apabila ada kemungkinan plasenta harus

dikeluarkan secara manual lebih baik tindakan itu ditunda sampai plasenta lahir. (Manik, 2024)

4) Kandung kemih

Kandung kemih pada kala IV harus dikosongkan, jika penuh dapat menggeser uterus. Hipotonisitas kandung kemih dapat menyebabkan kehilangan keinginan untuk berkemih. Wanita sebaiknya selalu didorong untuk berkemih secara spontan sebelum kateterisasi dipertimbangkan, karena kateterisasi, selain tidak nyaman, menyebabkan peningkatan risiko infeksi. Wanita sebaiknya dibimbing ke kamar mandi dan didukung kebutuhannya. Tindakan ini merupakan metode yang paling nyaman dan efektif untuk meningkatkan berkemih. Anastesia epidural atau spinal yang tidak selesai efek menjalar analgesia pada akhir persalinan atau kehilangan darah berlebih dapat mencegah berkemih. Pada kasus seperti ini, menawarkan bedpan sangat tepat. Memberi ibu waktu yang cukup untuk mulai melakukan relaksasi dan berkemih sangat penting (Manik, 2024).

5) Sistem gastrointestinal

Mual dan muntah, jika ada selama persalinan, harus diatasi. Banyak ibu yang melaporkan haus dan lapar segera setelah melahirkan. Mual dan muntah ibu biasanya berhenti. Ibu menjadi haus dan lapar. Ibu bisa mengalami menggigil, yang diperkirakan

berkaitan dengan selesainya perjuangan fisik ibu dalam persalinan.
(Manik, 2024)

6) Sistem Renal

Kandung kemih yang hipotonik disertai retensi urine bermakna dan pembesaran umum terjadi. Tekanan dan kompresi pada kandung kemih dan uretra selama persalinan dan kelahiran adalah penyebabnya. Mempertahankan kandung kemih harus tetap kosong, guna mencegah uterus berubah posisi dan atoni. Uterus yang berkontraksi dengan buruk meningkatkan perdarahan dan keparahan nyeri (Manik, 2024).

7) Sistem Kardiovaskuler

Selama kehamilan, volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat (diperlukan plasenta dan pembuluh darah uterus). Penarikan kembali estrogen menyebabkan diuresis yang terjadi secara cepat sehingga mengurangi volume plasma kembali pada proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini, pasien akan mengeluarkan banyak urine. Pada persalinan pervaginam, kehilangan darah sekitar 200-500 ml sedangkan pada persalinan SC pengeluarannya 2 kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah dan kadar hematokrit (Manik, 2024).

Setelah persalinan, volume darah pasien relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menyebabkan beban pada jantung dan

menimbulkan dekompensasi kordis pada pasien dengan pitum kardio. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan adanya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti kondisi awal (Manik, 2024).

8) Pengeluaran ASI

Dengan menurunnya hormon estrogen, progesteron, dan human plasenta lactogen hormon setelah plasenta lahir, prolaktin dapat berfungsi membentuk ASI dan mengeluarkannya ke dalam alveoli bahkan sampai duktus kelenjar ASI. Isapan langsung pada puting susu ibu menyebabkan refleks yang dapat mengeluarkan oksitosin dari hipofisis sehingga mioepitel yang terdapat di sekitar alveoli dan duktus kelenjar ASI berkontraksi dan mengeluarkan ASI ke dalam sinus yang disebut “let down refleks”. Isapan langsung pada puting susu ibu menyebabkan refleks yang dapat mengeluarkan oksitosin dari hipofisis, sehingga dapat menambah kekuatan kontraksi uterus (Manik, 2024).

9) Gemetar

Kadang dijumpai pasien pasca persalinan mengalami gemetar, hal ini normal sepanjang suhu kurang dari 38 derajat celsius dan tidak dijumpai tanda-tanda infeksi lain. Gemetar terjadi karena hilangnya ketegangan dan sejumlah energi selama melahirkan dan merupakan respon fisiologis terhadap penurunan volume intra abdominal, serta pergeseran hematologi (Manik, 2024).

5. Teori Penyebab Persalinan

Selama kehamilan, di dalam tubuh perempuan terdapat dua hormon yang dominan yaitu estrogen dan progesteron. Hormon estrogen berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim serta memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan mekanis. Sedangkan, hormon progesteron berfungsi untuk menurunkan sensitivitas otot rahim, menghambat rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin dan mekanis serta menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi. Sampai saat ini hal yang menyebabkan mulainya proses persalinan belum diketahui sehingga hanya ada teori-teori antara lain disebabkan oleh hormon, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh tekanan pada saraf, dan nutrisi. (Wijayanti, 2022)

Beberapa teori yang dapat menyebabkan persalinan adalah sebagai berikut:

a. Teori Keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Keadaan uterus terus membesar dan menjadi tegang yang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Ukuran uterus yang makin membesar dan mengalami penegangan akan mengakibatkan otot-otot uterus mengalami iskemia sehingga mungkin dapat menjadi faktor yang mengganggu sirkulasi uteroplasenta. (Wijayanti, 2022)

b. Teori Penurunan Progesteron

Teori ini mengatakan bahwa hormon estrogen dan progesteron yang berfungsi sebagai penenang dalam miometrium selama kehamilan akan mengalami penurunan 1 hingga 2 minggu sebelum memasuki masa inpartu. Sedangkan hormon prostaglandin mengalami peningkatan pada minggu ke 15 sampai kehamilan aterm. Dengan demikian, kadar estrogen dan progesterone menurun dalam siklus maternal, maka kontraksi uterus terjadi sebagai awitan persalinan. Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat sehingga pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesteron mengalami penurunan sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya, otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim, jika kadar progesteron turun akan menyebabkan tegangnya pembuluh darah dan menimbulkan his. (Wijayanti, 2022)

Terjadi kontraksi otot polos uterus pada persalinan akan menyebabkan rasa nyeri yang hebat yang belum diketahui secara pasti penyebabnya, tetapi terdapat beberapa kemungkinan, yaitu :

- 1) Hipoksia pada myometrium yang sedang berkontraksi.
- 2) Adanya penekanan ganglia saraf di serviks dan uterus bagian bawah otot-otot yang saling bertautan.

- 3) Peregangan serviks pada saat dilatasi atau pendataran serviks, yaitu pemendekan saluran serviks dari panjang sekitar 2 cm menjadi hanya berupa muara melingkar dengan tepi hamper setipis kertas.
- 4) Peritoneum yang berada di atas fundus mengalami peregangan (Wijayanti dkk, 2022).

c. Teori Oksitosin Internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Menurunnya konsentrasi progesteron karena matangnya usia kehamilan menyebabkan oksitosin meningkatkan aktivitasnya dalam merangsang otot rahim untuk berkontraksi, dan akhirnya persalinan dimulai. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya usia kehamilan menyebabkan oksitosin meningkatkan aktifitas sehingga persalinan dimulai karena itu makin matang usia kehamilan maka frekuensi kontraksi ini akan semakin sering (Wijayanti dkk, 2022).

Dalam teori oksitosin mengatakan bahwa oksitosin merangsang secara langsung pada uterus melalui reseptor yang ada pada myometrium secara tidak langsung meningkatkan produksi hormon prostaglandin di dalam desidua. Uterus mengalami peningkatan sensitivitasnya terhadap hormon oksitosin sejak awal kehamilan. Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior (Wijayanti dkk, 2022).

d. Teori Menuanya Plasenta

Teori ini menjelaskan bahwa dengan tuanya plasenta, arteri spiralis dan plasenta mengalami proses pengapuran yang berakibatkan menurunnya sirkulasi uteroplasenter sehingga fetus mengalami defisiensi nutrisi dan O_2 (oksigen) sehingga secara alamiah uterus berkompensasi untuk mengeluarkan isinya. Tuanya plasenta juga menyebabkan menurunnya kadar estrogen dan progesteron yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah, hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim (Wijayanti dkk, 2022).

e. Teori Prostaglandin.

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan. Prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua disangka sebagai salah satu penyebab permulaan persalinan. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F_2 atau E_2 yang diberikan secara intravena menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap usia kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu hamil sebelum melahirkan atau selama proses persalinan (Wijayanti dkk, 2022).

f. Teori Berkurangnya Nutrisi Janin

Teori ini berbeda dengan teori sebelumnya, pada teori ini menjelaskan bahwa bila nutrisi ibu berkurang sehingga nutrisi tidak cukup untuk pertumbuhan dan perkembangan fetus maka fetus akan segera dikeluarkan (Wijayanti dkk, 2022).

g. Teori *Hipotalamus-Pituitari* dan *Glandula Suprarenalis*.

Glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan. Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan bayi anansephalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuknya hipotalamus (Wijayanti dkk, 2022).

h. *Fetal Endocrine Control Theory*

Teori ini mengemukakan bahwa saat fetus telah mencapai usia aterm, sistem endokrin pada fetus seperti kelenjar adrenal mensekresikan hormon kortikosteroid yang diduga merangsang disekresinya hormon prostaglandin yang menstimulasi terjadinya persalinan (Wijayanti dkk, 2022).

6. Mekanisme Persalinan Normal

a. *Engagement*

Engagement pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan, sedangkan pada multigravida dapat terjadi pada awal persalinan. Masuknya kepala akan mengalami kesulitan bila saat masuk ke dalam panggul dengan sutura sagitalis dalam anteroposterior. Jika kepala masuk ke dalam pintu atas panggul dengan sutura sagitalis

melintang di jalan lahir, tulang parietal kanan dan kiri sama tinggi, maka keadaan ini disebut sinklitismus. Kepala pada saat melewati pintu atas panggul dapat juga dalam keadaan dimana sutura sagitalis lebih dekat ke promontorium atau ke symphysis maka hal ini disebut *Asinklitismus*. (Wahyuni Seri, 2023). Ada dua macam *asinklitismus*:

1) Asinklitismus Posterior

Yaitu keadaan bila sutura sagitalis mendekati symphysis dan tulang parietal belakang lebih rendah dari pada tulang parietal depan. Terjadi karena tulang parietal depan tertahan oleh simfisis pubis sedangkan tulang parietal belakang dapat turun dengan mudah karena adanya lengkung sakrum yang luas. (Wahyuni Seri, 2023)

2) Asinklitismus Anterior

Yaitu keadaan bila sutura sagitalis mendekati promontorium dan tulang parietal depan lebih rendah dari pada tulang parietal belakang (Wahyuni dkk, 2023).

b. Penurunan

Penurunan diakibatkan oleh kekuatan kontraksi rahim, kekuatan mengejan dari ibu, dan gaya berat kalau pasien dalam posisi tegak. Berbagai tingkat penurunan janin terjadi sebelum permulaan persalinan pada primigravida dan selama Kala I pada primigravida dan multigravida. Penurunan semakin berlanjut sampai janin dilahirkan, gerakan yang lain akan membantunya (Wahyuni dkk, 2023).

c. Fleksi

Fleksi sebagian terjadi sebelum persalinan sebagai akibat tonus otot alami janin. Selama penurunan, tahanan dari serviks, dinding pelvis, dan lantai pelvis menyebabkan fleksi lebih jauh pada tulang leher bayi sehingga dagu bayi mendekati dadanya. Pada posisi oksipitoanterior, efek fleksi adalah untuk mengubah presentasi diameter dari oksipitofrontal menjadi suboksipitoposterior yang lebih kecil. Pada posisi oksipitoposterior, fleksi lengkap mungkin tidak terjadi, mengakibatkan presentasi diameter yang lebih besar, yang dapat menimbulkan persalinan yang lebih lama (Wahyuni dkk, 2023).

d. Putar Paksi Dalam

Pada posisi oksipitoanterior, kepala janin, yang memasuki pelvis dalam diameter melintang atau miring, berputar, sehingga oksipito kembali ke anterior ke arah simfisis pubis. Putaran paksi dalam mungkin terjadi karena kepala janin bertemu penyangga otot pada dasar pelvis. Ini sering tidak tercapai sebelum bagian yang berpresentasi telah tercapai sebelum bagian yang berpresentasi telah mencapai tingkat spina iskhidika sehingga terjadilah engagement. Pada posisi oksipitoposterior, kepala janin dapat memutar ke posterior sehingga oksiput berbalik ke arah lubang sakrum. Pilihan lainnya, kepala janin dapat memutar lebih dari 90 derajat menempatkan oksiput di bawah simfisis pelvis sehingga berubah ke posisi oksipitoanterior. Sekitar 75% dari janin yang memulai persalinan pada posisi oksipitoposterior memutar ke posisi

oksipitoanterior selama fleksi dan penurunan. Bagaimanapun, sutura sagital biasanya berorientasi pada poros anteriorposterior dari pelvis (Wahyuni dkk, 2023).

e. Ekstensi

Kepala yang difleksikan pada posisi oksipitoanterior terus menurun di dalam pelvis. Karena pintu bawah vagina mengarah ke atas dan ke depan, ekstensi harus terjadi sebelum kepala dapat melintasinya. Sementara kepala melanjutkan penurunannya, terdapat penonjolan pada perineum yang diikuti dengan keluarnya puncak kepala. Puncak kepala terjadi bila diameter terbesar dari kepala janin dikelilingi oleh cincin vulva. Suatu insisi pada perineum (episotomi) dapat membantu mengurangi tegangan perineum disamping untuk mencegah perebakan dan perentangan jaringan perineum. Kepala dilahirkan dengan ekstensi yang cepat sambil oksiput, sinsiput, hidung, mulut, dan dagu melewati perineum. Pada posisi oksipitoposterior, kepala dilahirkan oleh kombinasi ekstensi dan fleksi. Pada saat munculnya puncak kepala, pelvis tulang posterior dan penyangga otot diusahakan berfleksi lebih jauh. Dahi, sinsiput, dan oksiput dilahirkan sementara janin mendekati dada. Sesudah itu, oksiput jatuh kembali saat kepala berekstensi, sementara hidung, mulut, dan dagu dilahirkan. (Wahyuni Seri, 2023)

f. Putaran Paksi Luar

Pada posisi oksipitoanterior dan oksipitoposterior, kepala yang dilahirkan sekarang kembali ke posisi semula pada saat engagement

untuk menyebariskan dengan punggung dan bahu janin. Putaran paksi kepala lebih jauh dapat terjadi sementara bahu menjalani putaran paksi dalam untuk menyebariskan bahu itu di bagian anteriorposterior di dalam pelvis (Wahyuni dkk, 2023).

g. Ekspulsi (Pengeluaran)

Setelah putaran paksi luar dari kepala, bahu anterior lahir dibawah simfisis pubis, diikuti oleh bahu posterior di atas tubuh perineum, kemudian seluruh tubuh anak (Wahyuni dkk, 2023).

7. PARTOGRAPH

a. Pengertian Partograf

Partograf merupakan instrumen atau alat ukur yang digunakan untuk mengetahui kemajuan persalinan dan kesejahteraan ibu bersalin dan janinnya untuk mengambil keputusan klinik kebidanan yang tepat. Partograf digunakan sebagai syarat legalnya persalinan atau sebagai perlindungan hukum bila terjadi hal-hal yang tidak diinginkan dan dapat dipastikan bahwa ibu dan bayinya mendapatkan asuhan persalinan secara aman, akurat dan tepat waktu, serta membantu mencegah terjadinya penyulit persalinan. (Fatriani, 2023)

Untuk menjamin kelangsungan hidup ibu dan bayi, bidan harus menerapkan Asuhan Persalinan Normal (APN) sebagai dasar dalam melakukan pertolongan persalinan. Sebagai usaha mencegah terjadinya partus lama, APN mengandalkan penggunaan partograf sebagai salah satu praktik pencegahan dan deteksi dini. Partograf merupakan lembar

berupa grafik yang digunakan untuk melakukan pemantauan persalinan (Depkes, 2004). Menurut WHO (1994) pengenalan partograf sebagai protokol dalam manajemen persalinan terbukti dapat mengurangi persalinan lama dari 6,4% menjadi 3,4%. Kegawatan bedah sesaria turun dari 9,9% menjadi 8,3%, lahir mati intrapartum - dari 0,5% menjadi (0,3%), kejadian bedah sesaria turun dari 6,2% menjadi 4,5%. WHO sangat merekomendasikan penggunaan partograf dalam ruang bersalin (Aprilita et al., 2024)

b. Tujuan Partograf

Tujuan dari penggunaan partograf yaitu untuk mendokumentasikan hasil kemajuan persalinan, kondisi janin dan tindakan yang dilakukan, mendeteksi adanya gangguan atau penyulit selama proses persalinan normal pada ibu dan janin, dan sebagai acuan dalam mengambil keputusan klinik kebidanan secara cepat dan tepat waktu. Penggunaan partograf diharapkan dapat menurunkan angka kematian maternal dan perinatal (Fatriani, 2023).

c. Cara Penggunaan Partograf

1) Bagian Depan Partograf

- a) Mengisi data informasi tentang klien yang meliputi nomor rekam medis, tanggal lahir, jenis kelamin, nama ibu dan suami (dengan menuliskan inisial), umur ibu dan suami, mengisi GPA (gravida, para, abortus), tanggal mulai dirawat, waktu pelayanan, waktu ketuban pecah (jika pada waktu masuk ibu

belum mengalami pecah ketuban maka dituliskan tanda strip/-), kapan waktu saat perut mulas (kencengkenceng), dan alamat rumah ibu.

- b) Menghitung denyut jantung janin (DJJ). Rentang DJJ normal adalah 100-180 kali per menit1) Catat DJJ setiap 30 menit (sesuaikan dengan waktu pemeriksaan) sampai dengan pemeriksaan berakhir (pembukaan lengkap) dengan memberi tanda titik yang tebal dan besar (●) pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ dan waktu pemeriksaan DJJ2) Hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tegas dan bersambung.

- c) Mencatat pengeluaran air ketuban setiap 4 jam atau saat melakukan VT. Kode warna pengeluaran air ketuban meliputi:

U : Selaput ketuban utuh atau belum pecah

J : Selaput ketuban pecah dan air berwarna jernih.

M : Selaput ketuban pecah dan air bercampur meconium

D : Selaput ketuban pecah dan air bercampur darah

K : tidak ada pengeluaran air ketuban atau kering

- d) Mencatat penyusupan sutura kepala janin atau molase. Kode molase meliputi:

0 : tulang kepala janin terpisah, sutura mudah diraba

1 : tulang sutura kepala janin saling bersentuhan

2 : tulang sutura kepala janin saling tumpang tindih namun masih dapat dipisahkan

3 : tulang sutura kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

e) Mencatat pembukaan atau dilatasi serviks setiap 4 jam dengan menggunakan kode silang (X) dimulai dari fase aktif kala 1 dan dicantumkan tepat pada garis waktu yang sesuai dengan memilih angka pada tepi kiri luar kolom pembukaan serviks yang sesuai dengan besarnya pembukaan serviks. Kemudian, Hubungkan kode (X) dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh atau sambung.

f) Mencatat penurunan kepala janin (perlimaan) atau bidang hodge setiap 4 jam dengan menggunakan kode lingkaran (O) dimulai dari fase aktif kala 1 dan dicantumkan pada garis waktu yang sesuai. Contohnya: jika hasil palpasi kepala diatas simfisis pubis adalah 4/5 maka tulis kode (O) di garis angka 4. Kemudian, hubungkan kode (O) dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh atau tersambung.

g) Mencatat waktu (jam) selama proses persalinaan berlangsung dimulai dari fase aktif kala 1

h) Mencatat kontraksi atau HIS setiap 30 menit. Menghitung jumlah kontraksi yang dialami selama durasi 10 menit dan lamanya dalam satuan detik. Contohnya: jika ibu mengalami 3

kontraksi dalam waktu 10 menit, maka arsir pada 3 kotak kontraksi dengan bentuk arsiran sesuai petunjuk lamanya kontraksi disebelah kiri kolom

i) Mencatat oksitosin dan jumlah tetes per menit

(1) Mencatat jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan IV dan dalam satuan tpm (tetes per menit) sesuaikan dengan kolom waktu

(2) Jika ibu tidak diberikan oksitosin drip (induksi) maka biarkan kolom ini kosong

j) Mencatat obat dan cairan IV

(1) Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan/ atau cairan IV dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya

(2) Jika ibu tidak diberikan obat-obatan tambahan dan cairan IV maka biarkan kolom ini kosong.

k) Mencatat hasil pengukuran nadi

(1) Catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan sampai dengan pembukaan lengkap (pemeriksaan berakhir)

(2) Beri tanda titik yang tebal dan besar (●) pada kolom waktu yang sesuai

(3) Hubungkan tanda titik tersebut dengan garis utuh dan bersambungl.

l) Mencatat hasil pengukuran tekanan darah

- (1) Catat hasil pemeriksaan tekanan darah ibu setiap 4 jam sampai dengan pembukaan lengkap/ pemeriksaan berakhir
- (2) Beri tanda anak panah pada sistole dan diastole tepat ditengah kolom sesuai hasil pemeriksaan pada kolom yang sesuai (↑)m.

m) Mencatat hasil pengukuran suhu badan setiap 2 jam pada kotak sesuai dengan waktu pemeriksaann.

n) Mencatat pengeluaran urine setiap kali ibu BAK mulai dari aseton, protein, dan volume urine sedikitnya setiap 2 jam (setiap kali berkemih). Jika urine ibu tidak mengandung protein dan aseton maka berikan tanda strip sesuai waktu pemeriksaano.

o) Mencatat hidrasi setiap kali ibu minum meliputi volume cairan yang diminum.

p) Mencatat keterangan bayi lahir pada sebelah kanan garis bertindak (contoh: Bayi lahir pada tanggal 9 April 2019 pukul 09.00 dengan JK perempuan BB = 3000 gr, PB = 48 cm, menangis kuat dan gerakan aktif)

2) Bagian Belakang Partograf

- a) Isikan data pada masing-masing tempat yang telah disediakan, atau dengan cara memberi tanda (√) pada kotak di samping jawaban yang sesuai. Untuk pertanyaan nomor 5 lingkari

jawaban yang sesuai dan untuk pertanyaan nomor 8 jawaban bisa lebih dari satu.

- b) Mencatat informasi seperti tanggal persalinan, nama bidan penolong, tempat dan alamat persalinan, catatan merujuk, alasan dan tempat merujuk, pendamping saat merujuk, masalah selama kehamilan dan persalinan.
- c) Mencatat Kala I meliputi partograf melewati garis waspada atau tidak dan dilingkari sesuai kondisi, masalah yang ditemukan saat kala I, penatalaksanaan masalah dan hasilnya
- d) Mencatat Kala II dengan mencentang jawaban sesuai kondisi dilapangan. Meliputi: episiotomi, pendamping saat persalinan, gawat janin, distosia bahu, dan masalah lain, penatalaksanaan serta hasilnya
- e) Mencatat Kala III dengan mencentang jawaban sesuai dengan kondisi dilapangan. Meliputi: inisiasi menyusui dini, lama kala III dalam menit, pemberian oksitosin, penjepitan tali pusat, pemberian ulang oksitosin, penegangan tali pusat terkendali, masase fundus uteri, plasenta lahir lengkap, plasenta tidak lahir > 30 menit, lacerasi, derajat lacerasi, atonia uteri, jumlah pengeluaran darah, masalah, penatalaksanaan dan hasilnya.

- f) Mencatat Kondisi ibu dan hasil pemeriksaan tanda vital
- g) Mencatat kondisi bayi baru lahir meliputi BB, PB, jenis kelamin, penilaian BBL, pemberian ASI dan masalah yang ditemukan
- h) Mengisi hasil pemeriksaan selama 2 jam post partum pada tabel pemantauan Kala IV mulai dari waktu, tekanan darah, nadi, suhu, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri, kandung kemih dan pengeluaran darah. Pemantauan kala IV dilakukan setiap 15 menit pada 1 jam pertama setelah melahirkan dan setiap 30 menit pada jam berikutnya. Isikan pada kolom atau ruang yang sesuai. Apabila terdapat masalah selama kala IV, tuliskan jenis dan cara menangani pada bagian masalah kala IV dan bagian berikutnya. Bagian yang digelapkan tidak perlu diisi.
- i) Memberikan tanda tangan dan nama terang pada kolom penolong.

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu : Umur : G. P. A.
 No. Puskesmas Tanggal : Jam : Alamat :
 Ketuban pecah Sejak jam mules sejak jam

Denyut Jantung Janin (/menit)

Air ketuban
Penyusupan

Pembukaan serviks (cm) beri tanda x
Turunny kepala
beri tanda o

Sentimeter (Cm)

Waktu (jam)

Kontraksi tiap 0 Menit

Oksitosin U/L tetes/menit

Obat dan Cairan IV

• Nadi

Tekanan darah

Suhu °C

Urin

Protein
Aseton
Volume

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :
2. Nama bidan :
3. Tempat Persalinan :
☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas
☐ Polindes ☐ Rumah Sakit
☐ Klinik Swasta ☐ Lainnya :
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan : ☐ rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat rujukan :
8. Pendamping pada saat merujuk :
☐ Bidan ☐ Teman
☐ Suami ☐ Dukun
☐ Keluarga ☐ Tidak ada

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Y / T
10. Masalah lain, sebutkan :
11. Penatalaksanaan masalah Tsb :
12. Hasilnya :

KALA II

13. Episiotomi :
☐ Ya, Indikasi
☐ Tidak
14. Pendamping pada saat persalinan
☐ Suami ☐ Teman ☐ Tidak ada
☐ Keluarga ☐ Dukun
15. Gawat Janin :
☐ Ya, tindakan yang dilakukan
a.
b.
c.
☐ Tidak
16. Distosia bahu :
☐ Ya, tindakan yang dilakukan
a.
b.
c.
☐ Tidak
17. Masalah lain, sebutkan :
18. Penatalaksanaan masalah tersebut :
19. Hasilnya :

KALA III

20. Lama kala III : menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
☐ Ya, waktu : menit sesudah persalinan
☐ Tidak, alasan
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
☐ Ya, alasan
☐ Tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
☐ Ya,
☐ Tidak, alasan

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi		Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1								
2								

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

24. Masase fundus uteri ?
☐ Ya.
☐ Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak
Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
a.
b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
☐ Ya, tindakan :
a.
b.
c.
27. Laserasi :
☐ Ya, dimana
☐ Tidak.
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
Tindakan :
☐ Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
☐ Tidak dijahit, alasan
29. Atoni uteri :
☐ Ya, tindakan
a.
b.
c.
☐ Tidak
30. Jumlah perdarahan : ml
31. Masalah lain, sebutkan
32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badan gram
35. Panjang cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
38. Bayi lahir :
☐ Normal, tindakan :
☐ mengeringkan
☐ menghangatkan
☐ rangsang taktil
☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
☐ Asfiksia ringan/pucat/biru/lemas/tindakan :
☐ mengeringkan ☐ bebaskan jalan napas
☐ rangsang taktil ☐ menghangatkan
☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
☐ lain - lain sebutkan
39. Cacat bawaan, sebutkan :
☐ Hipotermi, tindakan :
a.
b.
c.
39. Pemberian ASI
☐ Ya, waktu : jam setelah bayi lahir
☐ Tidak, alasan
40. Masalah lain,sebutkan :
Hasilnya :

Gambar 2.1 Partograf**Sumber: Buku Ajar Asuhan Kebidanan Dan Bayi Baru Lahir, 2023**

8. Asuhan Persalinan Normal

a. Asuhan Persalinan Kala I

Asuhan kebidanan pada kala I persalinan dilakukan dengan melakukan pemantauan kemajuan persalinan, kondisi ibu, dan kondisi janin secara berkala. Bidan memberikan dukungan fisik dan psikologis, membantu ibu memilih posisi yang nyaman, menganjurkan teknik relaksasi dan pernapasan, memenuhi kebutuhan cairan dan nutrisi, serta melakukan pencatatan kemajuan persalinan menggunakan partograf. Pemantauan dilakukan terhadap kontraksi uterus, pembukaan serviks, denyut jantung janin, tekanan darah, nadi, suhu, dan kondisi umum ibu (Retnaning Muji Lestari, S.ST., M.H. Hafsah, S.ST. et al., 2024).

b. Asuhan Persalinan Kala II

Pada kala II, asuhan difokuskan pada pertolongan kelahiran bayi secara aman. Bidan memastikan tanda-tanda kala II telah lengkap, membimbing ibu meneran secara efektif, memberikan dukungan emosional, memantau kesejahteraan janin, serta menolong kelahiran bayi sesuai prinsip Asuhan Persalinan Normal (APN). Setelah bayi lahir dilakukan penilaian awal, pengeringan, dan kontak kulit ke kulit antara ibu dan bayi (Retnaning Muji Lestari, S.ST., M.H. Hafsah, S.ST. et al., 2024).

c. Asuhan Persalinan Kala III

Asuhan pada kala III bertujuan mencegah perdarahan pascapersalinan melalui Manajemen Aktif Kala III (MAK III). Tindakan yang dilakukan

meliputi pemberian oksitosin segera setelah bayi lahir, penegangan tali pusat terkendali, serta masase fundus uteri setelah plasenta lahir. Bidan juga melakukan pemeriksaan kelengkapan plasenta dan selaput ketuban serta memantau jumlah perdarahan (Retnaning Muji Lestari, S.ST., M.H. Hafsah, S.ST. et al., 2024).

d. Asuhan Kebidanan Kala IV

Asuhan kala IV dilakukan selama dua jam pertama setelah persalinan. Bidan memantau keadaan umum ibu, tanda-tanda vital, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri, perdarahan, dan kondisi kandung kemih. Selain itu diberikan dukungan untuk inisiasi menyusui dini, menjaga kenyamanan ibu, serta mendeteksi secara dini kemungkinan komplikasi seperti perdarahan postpartum (Retnaning Muji Lestari, S.ST., M.H. Hafsah, S.ST. et al., 2024).

Asuhan persalinan normal terdiri dari 60 langkah yaitu:

Tabel 2.1 Asuhan Persalinan Normal

No.	Langkah APN
1.	Mengenali gejala dan tanda kala II • Ibu mempunyai keinginan untuk meneran. • Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina. • Perineum menonjol. • Vulva – vagina dan sfingter ani membuka
2.	Menyiapkan pertolongan persalinan • Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. • Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3.	Memakai alat perlindungan diri seperti memakai celemek plastik, topi, masker, kacamata, sepatu tertutup.
4.	Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan

	mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
5.	Memakai sarung tangan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan Dalam
6.	Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (dengan menggunakan sarung tangan DTT atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah DTT atau steril tanpa mengontaminasi tabung suntik.
7.	• Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik • Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi cairan DTT • Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. • Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar-benar • Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan)
8.	Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. (Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan 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
10.	• Memeriksa DJJ setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-160 kali/menit). • Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal. • Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograph
11.	• Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses bimbingan meneran. • Memberitahu ibu bahwa pembukaan lengkap dan keadaan janin baik. • Membawa ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
12.	Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman)
13.	Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran: • Bimbing, dukung dan beri semangat

	• Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi • Berikan cukup asupan cairan per oral (minum) • Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai Rujuk jika belum lahir atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran pada primigravida dan 60 menit (1 jam) pada Multigravida
14.	Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.
15.	Persiapan pertolongan kelahiran bayi Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi
16.	Meletakkan kain yang bersih dilipat sepertiga bagian di bawah bokong ibu.
17.	Membuka partus set, perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
18.	Pakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
19.	Menolong kelahiran bayi • Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. • Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir
20.	Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan meneruskan segera proses kelahiran bayi. Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi. Jika tali pusat melilit leher janin dengan kuat, klem tali pusat didua tempat dan potong diantara kedua klem tersebut.
21.	Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22.	• Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. • Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. • Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior
23.	• Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. • Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan.
24.	• Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk

	menyangganya saat punggung kaki lahir. • Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.
25.	Penanganan bayi baru lahir Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik). Kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan)
26.	Mengeringkan tubuh bayi, mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Letakkan bayi di atas perut ibu.
27.	Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
28.	Beritahu ibu bahwa ia akan di suntik oksitosin agar uterus dapat berkontraksi dengan baik.
29.	Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (Intra Muskular) dipaha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
30.	• Menjepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. • Melakukan urutan pada tali pusat mulah dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
31.	Melakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat, yaitu: • Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut. • Lakukan pemotongan tali pusat dalam waktu 2 menit, karena pada waktu itu masih ada proses auto tranfusi. • Mengikat tali pusat dengan klem plastik/benang DTT. • Melepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang disediakan
32.	Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.
33.	Penatalaksanaan aktif kala III Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
34.	Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu di tepi atas simfisis untuk mendeteksi perlekatan plasenta pada dinding uterus, sementara tangan yang lain menegangkan tali pusat.
35.	Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang-atas (dorsokranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya, kemudian ulangi prosedur diatas. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik;

	minta ibu , suami, atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
36.	Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati. Melakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas mengikuti poros jalan lahir (sambil tetap melakukan tekanan dorso kranial).
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. Jika terdapat selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput, kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.
38.	Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus. Meletakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik tindakan masase.
39.	Memeriksa kedua sisi plasenta, baik bagian ibu maupun bayi, pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta kedalam tempat khusus.
40.	Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami persarahan aktif.
41.	Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan per vaginam.
42.	Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%. Membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air DTT dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering
43.	Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan kandung kemih kosong.
44.	Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan massase uterus dan menilai kontraksi.
45.	Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
46.	Memeriksa tekanan darah, nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan
47.	Pantau keadaan bayi dan pastikan bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit).
48.	Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (selama 10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi
49.	Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
50.	Bersihkan ibu dengan menggunakan air DDT. Bersihkan sisa cairan

	ketuban, lendir, dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
51.	Pastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makananyang diinginkan
52.	Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%
53.	Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam keluar, rendam dalam klorin 0,5% selama 10 menit.
54.	Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir
55.	Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik pada bayi.
56.	Dalam 1 jam pertama, beri salep mata/tetes mata profilaksis infeksi, vitamin K 1 mg IM dipaha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pernapasan bayi, nadi dan temperatur.
57.	Setelah 1 jam pemberian vitamin K, berikaan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan bawah lateral.
58.	Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
59.	Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk.
60.	Dokumentasi (Lengkapi partograf)

B. Konsep Teori Asuhan Kebidanan

1. Pengertian

Asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. (Manik, 2024)

2. Tujuan Asuhan Persalinan

Mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal dengan asuhan kebidanan persalinan yang adekuat sesuai dengan tahapan persalinan sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal. Melalui pendekatan ini maka setiap intervensi yang diaplikasikan dalam Asuhan

Persalinan Normal (APN) harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan (Manik, 2024).

3. Langkah Proses Manajemen Asuhan Kebidanan

Menurut Varney proses penyelesaian masalah merupakan salah satu upaya yang dapat digunakan dalam manajemen kebidanan. Varney berpendapat bahwa dalam melakukan manajemen kebidanan, bidan harus memiliki kemampuan berpikir secara kritis untuk menegakkan diagnosa atau masalah potensial kebidanan. Selain itu, diperlukan pula kemampuan kolaborasi atau kerja sama. Hal ini dapat digunakan sebagai dasar dalam perencanaan kebidanan selanjutnya. Dalam buku kebidanan yang ditulisnya pada tahun 1981, proses manajemen kebidanan diselesaikan melalui lima langkah, yaitu Pengkajian data asuhan kebidanan, penentuan diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan Evaluasi. Namun setelah menggunakan lima langkah manajemen kebidanan tersebut Varney melihat ada beberapa hal penting yang harus disempurnakan. Kemudian dia menambahkan dua langkah lagi untuk menyempurnakan teori lima langkah yang telah dijelaskan sebelumnya (Indriyani, 2024).

Tujuh langkah manajemen asuhan kebidanan menurut Varney tersebut sebagai berikut:

a. Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

Langkah ini dilakukan dengan melakukan pengkajian melalui proses pengumpulan data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan

pasien secara lengkap seperti riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan, peninjauan catatan terbaru atau catatan sebelumnya, data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi. Semua data dikumpulkan dari sumber yang berhubungan dengan kondisi pasien (Indryani, 2024).

Pengumpulan data dimulai saat klien masuk dan dilanjutkan secara terus menerus selama proses asuhan kebidanan berlangsung. Data dapat dikumpulkan dari berbagai sumber, baik sumber primer (pasien) maupun sumber sekunder (anggota keluarga atau tenaga kesehatan lain). Teknik pengumpulan data ada 3 yaitu observasi (melalui panca indera), wawancara (tanya jawab), dan pemeriksaan (memakai instrumen). Data diklasifikasikan menjadi dua, yaitu data subjektif dan data objektif (Indryani, 2024).

Bidan mengumpulkan data dasar dengan lengkap. Bila klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi, bidan akan melakukan konsultasi. Pada keadaan tertentu bisa terjadi langkah pertama overlap dengan langkah ke-5 dan 6 (atau menjadi bagian dari langkah-langkah tersebut), karena data yang diperlukan diambil dari hasil pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik lainnya. Kadang-kadang bidan perlu memulai manajemen dari langkah 4 untuk mendapatkan data dasar awal yang perlu disampaikan kepada dokter (Indriyani, 2024).

b. Langkah II: Interpretasi Data Dasar

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi data secara benar terhadap diagnosa atau masalah kebutuhan pasien. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditentukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Kata masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa, namun membutuhkan penanganan yang dituangkan ke dalam sebuah rencana asuhan terhadap klien. Masalah adalah kesenjangan yang diharapkan dengan fakta/kenyataan. Selain itu, sudah terpikirkan perencanaan yang dibutuhkan terhadap masalah. Sebagai contoh masalah yang menyertai diagnosa seperti diagnosa kemungkinan perempuan hamil tersebut masuk trimester III. Masalah yang kemungkinan dapat muncul adalah takut tidak termasuk ke dalam kategori “diagnosa nomenklatur” tetapi tetap akan menciptakan suatu masalah yang membutuhkan pengkajian lebih lanjut dan memerlukan suatu perencanaan untuk mengurangi rasa takut (Indryani, 2024).

c. Langkah III : Identifikasi diagnosa atau masalah Potensial

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial yang lain berdasarkan beberapa masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi yang cukup dan apabila memungkinkan dilakukan proses pencegahan atau dalam kondisi tertentu pasien membutuhkan tindakan segera. Contoh diagnosa kebidanan : Kehamilan normal, partus normal, abortus dll. Pada

langkah ini penting sekali untuk melakukan asuhan yang aman. Misal pada persalinan dengan bayi besar, bidan sebaiknya juga mengantisipasi dan bersiap-siap terhadap kemungkinan terjadinya distocia bahu sehingga perlu disiapkan kebutuhan untuk resusitasi (Indryani, 2024).

- d. Langkah IV : Identifikasi dan penetapan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Tahap ini dilakukan oleh bidan dengan melakukan identifikasi dan menetapkan beberapa kebutuhan setelah diagnosa dan masalah ditegakkan. Kegiatan bidan pada tahap ini adalah konsultasi, kolaborasi, dan melakukan rujukan. Beberapa data menunjukkan situasi darurat dimana bidan perlu bertindak segera demi keselamatan ibu dan bayi, dan beberapa sementara menunggu instruksi dokter, mungkin juga memerlukan konsultasi dengan tim kesehatan lain. Bidan mengevaluasi situasi setiap pasien untuk menentukan asuhan pasien yang paling tepat (Indryani, 2024).

- e. Langkah V : Perencanaan Asuhan secara Menyeluruh

Setelah beberapa kebutuhan pasien ditetapkan, diperlukan perencanaan menyeluruh terhadap masalah dan diagnosa yang ada. Dalam proses perencanaan asuhan secara menyeluruh juga dilakukan identifikasi beberapa data yang tidak lengkap agar pelaksanaan secara menyeluruh dapat teratasi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau masalah yang berkaitan, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap

perempuan tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya. Setiap rencana asuhan harus disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu bidan dan klien agar dapat dilaksanakan asuhan kebidanan secara efektif, karena pada akhirnya perempuan itulah yang akan melaksanakan rencana itu atau tidak. Semua asuhan yang dikembangkan secara menyeluruh harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang *up to date* serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan atau tidak akan dilakukan oleh klien (Indryani, 2024).

f. Langkah VI : Pelaksanaan Perencanaan

Tahap ini merupakan tahap pelaksanaan dari semua rencana sebelumnya, baik terhadap masalah pasien maupun diagnosa yang ditegakkan. Pelaksanaan ini dapat dilakukan oleh bidan secara mandiri maupun kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukannya sendiri tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Bidan bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh (Indryani, 2024).

g. Langkah VII : Evaluasi

Merupakan tahap akhir dalam manajemen kebidanan, yaitu dengan melakukan evaluasi dari perencanaan maupun pelaksanaan yang dilakukan oleh bidan. Evaluasi sebagai bagian dari pelayanan secara komprehensif dan selalu berubah sesuai dengan kondisi atau kebutuhan klien. Evaluasi efektif dari asuhan yang telah diberikan meliputi

pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah telah terpenuhi sesuai dengan apa yang diidentifikasi dalam masalah dan diagnosa. Rencana tersebut bisa dianggap efektif jika memang efektif pelaksanaannya, ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif (Indryani, 2024).

4. Format Asuhan Kebidanan Ibu Persalinan

Kala I

a. Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

Data Subjektif

1) Identitas

Nama : Ny.”A-Z”
 Umur : 20-35 tahun
 Agama : Islam/Kristen/Dll
 Pendidikan : SMP/SMA/D3/Dll
 Pekerjaan : IRT/Swasta/PNS
 Alamat : Kota Bengkulu

2) Keluhan utama

Ibu mengatakan sakit pada pinggangnya menjalar ke depan dan keluar lendir bercampur darah.

3) Riwayat Kehamilan Sekarang

- a) Usia Kehamilan : Aterm
- b) ANC : 5 kali di bidan
- c) Tablet FE : 75 tablet selama kehamilan

d) Imunisasi TT : Lengkap

e) Keluhan selama kehamilan :

TM 1: Mual dan muntah

TM 2: Tidak ada keluhan

TM 3: Nyeri punggung

4) Riwayat Psikososial

Ibu mengatakan sangat menerima dengan kehamilan ini, respon suami dan keluarga sangat mendukung dalam kehamilan ini dan sangat menanti kehadiran bayinya.

Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, TD: (110/70-120/80 mmHg), N: (80-100 x/menit), RR: (16-24 x/menit), S: (36,5 -37,5 °C), BB (kenaikan berat badan sesuai dengan umur kehamilan akan mengalami peningkatan hingga 9-13,5 kg dari BB sebelum hamil), TB: >145 cm, LILA: (23,5 cm).

2) Pemeriksaan Fisik

Abdomen :

Leopold I : TFU (3 jari di bawah px), (30-33 cm), fundus teraba bokong.

Leopold II : Pada bagian kanan perut ibu teraba punggung janin dan bagian kiri perut ibu teraba bagian kecil janin.

Leopold III : Bagian bawah perut ibu teraba kepala, kepala sudah masuk PAP.

Leopold IV : Divergen

DJJ : (+), punctum maksimum 2-3 jari disebelah kanan/kiri bagian bawah perut ibu, irama kuat dan teratur, frekuensi 120-160 x/menit.

His : Kuat, frekuensi 2-4x/10 menit, lama 20-40 detik.

Genetalia : Keluar lendir bercampur darah, tidak ada luka bekas jahitan diperineum, tidak ada varices, vulva membuka, ketuban (+/-), tidak ada bagian yang menumbun, pembukaan (1-10 cm), hodge (I/II/III/IV), UUK.

Anus : Tidak ada hemoroid

b. Langkah II: Interpretasi Data Dasar

- 1) Diagnosa : Ny"...” umur 20-35 tahun, G...P...A..., kehamilan aterm, janin tunggal hidup intra uteri, presentasi kepala, keadaan jalan lahir baik, K/U ibu dan janin baik, inpartu kala 1 fase aktif.
- 2) Masalah : Tidak ada
- 3) Kebutuhan : Support mental, pemenuhan nutrisi dan cairan, teknik relaksasi, pemantauan dengan patograf.

c. Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

- 1) Masalah potensial

Kala I : Tidak Ada

d. Langkah IV: Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Pada Kala I normal tidak diperlukan tindakan segera, tindakan segera diperlukan bila terjadi komplikasi.

e. Langkah V: Merencanakan Asuhan yang Komprehensif atau Menyeluruh

- 1) Beritahu ibu tentang hasil pemeriksaan dan kondisinya saat ini
- 2) Berikan Dukungan Emosional
- 3) Anjurkan keluarga untuk mendampingi ibu dan membantu segala kebutuhan dasar ibu serta beri support mental pada ibu
- 4) Ajarkan ibu untuk mengurangi rasa nyeri pada saat persalinan
- 5) Anjurkan ibu untuk tetap memenuhi cairan nutrisi dan dehidrasi
- 6) Berikan keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi
- 7) Siapkan peralatan persalinan seperti partus set, set jahit, alat resusitasi, obat-obatan
- 8) Pantau keadaan ibu dan janin serta kemajuan persalinan menggunakan patograf
- 9) Lakukan pemeriksaan dalam (PD)

f. Langkah VI: Melaksanakan Perencanaan dan Penatalaksanaan

Pelaksanaan pada kasus ini akan dilakukan sesuai dengan rencana dan kondisi pasien.

g. Langkah VII: Evaluasi

Catatan perkembangan pada kasus dilakukan dengan menggunakan metode SOAP.

Kala II

1. Subjektif

Ibu mengatakan rasa sakit bertambah kuat, ada keinginan meneran, adanya tekanan kuat pada anus dan rasa ingin BAB.

2. Objektif

a. Pemeriksaan umum

Dalam batas normal.

b. Pemeriksaan Fisik

Abdomen : DJJ kuat, irama teratur, frekuensi 120-160 x/menit, his kuat, frekuensi 1-5x/10 menit, lama 20-40 detik.

Genetalia : Vulva membuka terdapat tanda-tanda dorongan meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol. Pada pemeriksaan dalam ketuban +/-, pembukaan lengkap (10 cm), penunjuk UUK kiri/kanan depan dan penurunan bidang hodge II-IV.

3. Assesment

Inpartu Kala II

4. Plan

- Beritahu ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan
- Bantu ibu memilih posisi yang nyaman dalam meneran
- Ajarkan ibu tentang teknik meneran yang baik dan benar
- Pimpin ibu meneran dengan teknik yang baik dan benar ketika ada his, istirahat diantara kontraksi, anjurkan ibu untuk pemenuhan dehidrasi selama persalinan kala II

- e. Pantau DJJ
- f. Anjurkan kembali ibu untuk meneran dan pimpin ibu meneran untuk membantu kelahiran bayi sesuai dengan langkah APN
- g. Observasi bayi
- h. Periksa apakah ada janin kedua.

Kala III

1. Subjektif

Ibu mengatakan bahagia karena bayinya telah lahir, dan perutnya masih terasa mules.

2. Objektif

a. Pemeriksaan umum

Dalam batas normal.

b. Pemeriksaan Fisik

Abdomen : TFU setinggi pusat, kontraksi baik, uterus teraba keras (globular).

Genetalia : Terlihat tali pusat memanjang dan perdarahan tidak lebih dari 200 cc, tidak ada robekan jalan lahir.

3. Assessment

Inpartu kala III

4. Plan

- a. Anjurkan ibu untuk tetap memenuhi asupan (makanan ringan) dan cairan sesudah persalinan

- b. Beritahu dan suntikkan oksitosin 10 UI
- c. Jepit dan memotong tali pusat
- d. Lakukan IMD
- e. Lakukan PTT
- f. Lahirkan Plasenta
- g. Ajarkan ibu dan keluarga untuk melakukan masase uterus dan menilai kontraksi uterus.
- h. Cek kandung kemih ibu
- i. Cek kelengkapan plasenta
- j. Evaluasi perdarahan dan laserasi.

Kala IV

1. Subjektif

Keluhan utama : Ibu mengatakan lelah setelah persalinan, dan perutnya masih terasa mules.

2. Objektif

a. Pemeriksaan umum

Dalam batas normal.

b. Pemeriksaan Fisik

Abdomen : TFU setinggi pusat, kontraksi baik, uterus teraba keras (globular).

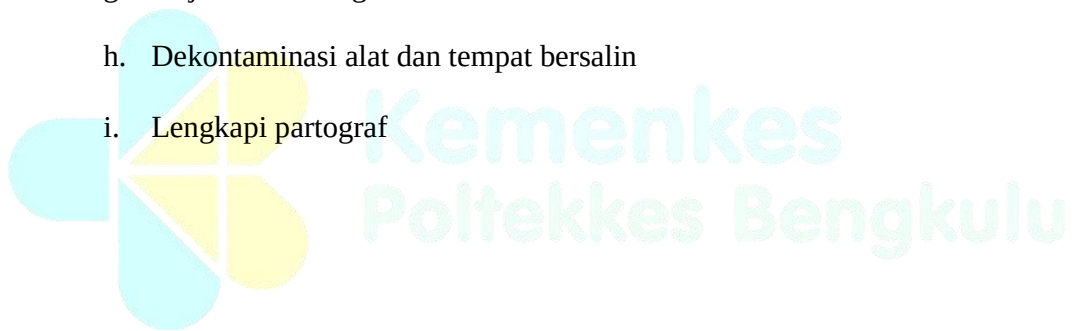
Genetalia : Terlihat tali pusat memanjang dan perdarahan tidak lebih dari 200 cc, tidak ada robekan jalan lahir.

3. Assessment

Inpartu kala IV

4. Plan

- a. Lakukan pemantauan kala IV secara berkala
- b. Ajarkan ibu dan keluarga cara memeriksa uterus
- c. Anjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi sedini mungkin
- d. Bersihkan ibu dari darah serta membantu ibu untuk mengganti pakaian
- e. Bantu dan bimbing ibu untuk BAK
- f. Lakukan perawatan BBL
- g. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu makan dan minum
- h. Dekontaminasi alat dan tempat bersalin
- i. Lengkapi partograf



C. Kerangka Konseptual

Bagan 2.1 Kerangka Konseptual

