

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Teori

1. Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan merupakan suatu proses fisiologis yang ditandai dengan pembukaan dan penipisan serviks, disertai penurunan janin ke dalam jalan lahir. Persalinan normal adalah persalinan yang terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (aterm), bukan prematur maupun postmatur, berlangsung secara spontan tanpa induksi, serta memiliki durasi antara 4 hingga 24 jam (Indryani, 2024).

Proses persalinan fisiologis terdiri dari tiga tahap utama, yaitu tahap pertama (fase dilatasi serviks), tahap kedua (fase ekspulsi janin), dan tahap ketiga (fase ekspulsi plasenta). Keseluruhan proses ini umumnya berjalan dengan waktu tahap pertama sekitar 12 hingga 18 jam untuk *primipara* (wanita yang melahirkan untuk pertama kali) dan 8 hingga 12 jam untuk *multipara* (wanita yang telah melahirkan sebelumnya). Tahap kedua berlangsung sekitar 1 jam untuk *primipara* dan sekitar 30 menit untuk *multipara*, sedangkan tahap ketiga tidak melebihi 30 menit (Wati et al., 2025).

Proses persalinan dibagi menjadi empat tahapan utama yakni, kala I dimulai dari kontraksi uterus teratur hingga pembukaan lengkap 10 cm, yang terdiri atas fase laten (0–4 cm) dan fase aktif

(4–10 cm). Kala II berlangsung sejak pembukaan lengkap hingga bayi lahir dengan estimasi waktu 30–60 menit. Kala III merupakan fase pengeluaran plasenta yang idealnya selesai dalam <30 menit dengan tanda fundus naik serta tali pusat memanjang; dan terakhir. Kala IV adalah masa observasi selama 1–2 jam pascapersalinan untuk memantau tanda vital, perdarahan, serta memastikan kontraksi uterus tetap kuat (*firm*) dengan posisi fundus di setinggi umbilicus (Indryani, 2024).

b. Perubahan Fisiologi Persalinan

1) Perubahan Fisiologi Kala I

a) Terjadinya Kontraksi Uterus

Pada awal persalinan, kontraksi uterus berlangsung setiap 15-20 menit dengan durasi 15-20 detik, setelah itu kontraksi akan terjadi setiap 5-7 menit dengan durasi 30-40 detik. Selama fase aktif, kontraksi uterus menjadi lebih sering dengan durasi yang lebih panjang yakni 40 detik hingga mencapai 60 detik menjelang akhir fase aktif (Hutomo et al., 2023).

b) Pembentukan Segmen Atas Rahim (SAR) dan Segmen Bawah Rahim (SBR)

SAR dibentuk oleh corpus uteri yang sifatnya aktif, yaitu berkontraksi. Sedangkan SBR terbentang di uterus bagian bawah antar istmus, dengan serviks serta otot yang

tipis dan elastis. Segmen bawah rahim memegang peranan pasif yaitu mengadakan relaksasi dan dilatasi sehingga menjadi saluran tipis dan meregang yang nantinya akan dilalui oleh bayi

c) Penipisan dan Pembukaan Serviks

Pendataran pada serviks merupakan pemendekan dari kanalis servikalis yang semula berupa saluran sepanjang 1-2 cm, menjadi sebuah lubang dengan pinggi yang tipis. Setelah menipis akan terjadi pembukaan pada serviks. Pembukaan serviks merupakan pembesaran dari ostium eksternum yang tadinya berupa satu lubang dengan hanya berdiameter beberapa milimeter menjadi lubang yang dapat dilalui. Kala I persalinan dimulai dari munculnya kontraksi persalinan yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan pembukaan servik lengkap, Kala ini dibagi menjadi 2 fase yaitu fase laten dan fase aktif

d) 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. Di antara 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. 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.

e) 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.

f) Suhu Tubuh

Perubahan suhu sedikit meningkat selama persalinan dan tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Perubahan suhu dianggap normal bila peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5-1 C yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan.

g) Denyut Jantung

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama puncak sampai frekuensi di antara kontraksi, dan

peningkatan selama fase penurunan sehingga mencapai frekuensi normal di antara kontraksi. Frekuensi denyut jantung nadi di antara kontraksi sedikit lebih tinggi dibandingkan selama periode menjelang persalinan hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan (Hutomo et al., 2023)

h) Saluran Pencernaan

Absorpsi lambung terhadap makanan dapat jauh lebih berkurang. Apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut seleksi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lembut sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Cairan tak dipengaruhi dan waktu yang dibutuhkan untuk pencernaan dilambung tetap seperti biasa. Lambung yang penuh dapat menimbulkan ketidaknyamanan dan penderitaan umum selama masa transisi oleh karena itu wanita harus dianjurkan untuk tidak makan porsi besar atau minum berlebihan, tetapi makan dan minum ketika keinginan timbul guna mempertahankan energi dan dihidrasi (Sulfianti et al., 2023).

2) Perubahan Fisiologi Kala II

a) Serviks

Serviks akan membuka, didahului dengan pemendekan serviks. Pembesaran ostium uteri eksternum. Pembukaan

lengkap: tidak teraba lagi bibir serviks dan vagina telah merupakan satu saluran (Ulya, 2022)

b) Uterus

- (1) Segmen atas: Bagian yang berkontraksi, bila dilakukan palpasi akan teraba keras saat kontraksi
- (2) Segmen bawah: Terdiri uterus dan serviks merupakan daerah yang eregang bersifat pasif mengakibatkan pemendekan segmen bawah uterus
- (3) Batas antara segmen atas dan segmen bawah uterus membentuk lingkaran cincin retraksi fisiologis: Cincin bundle
- (4) Bentuk uterus menjadi oval disebabkan adanya pergerakan tubuh janin dari membungkuk menjadi tegap
- (5) Saat ada his, uterus keras karena otot berkontraksi, otot bawah rahim tertarik keatas. Pembukaan serviks dan dorongan janin ke bawah

c) Vagina

Sejak kehamilan vagina mengalami perubahan-perubahan sedemikian rupa, sehingga dapat dilalui bayi. Setelah ketuban pecah, segala perubahan, terutama pada dasar panggul diregang menjadi saluran dengan dinding-dinding yang tipis oleh bagian depan anak. Waktu kepala sampai di vulva, lubang vulva menghadap ke depan atas.

d) Ekspulsi janin

Dengan his serta kekuatan meneran maksimal, kepala janin dilahirkan dengan suboksiput di bawah simfisis, kemudian dahi, muka, dan dagu melewati perineum. Setelah istirahat sebentar, his mulai lagi untuk mengeluarkan badan dan anggota tubuh bayi. Pada primigravida, kala II berlangsung kira-kira satu setengah jam sedangkan pada multigravida setengah jam.

e) Tekanan darah

Tekanan darah dapat meningkat 15 sampai 25 mmHg selama kontraksi pada kala dua. Upaya mencedakan pada ibu juga dapat memengaruhi tekanan darah, menyebabkan tekanan darah meningkat dan kemudian menurun dan pada akhirnya berada sedikit diatas normal. Oleh karena itu, diperlukan evaluasi tekanan darah dengan cermat di antara kontraksi. Rata-rata peningkatan tekanan darah 10 mmHg di antara kontraksi ketika wanita telah mencedakan adalah hal yang normal

f) Respirasi

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi

g) Pengaturan Suhu

Aktivitas otot yang meningkat menyebabkan sedikit kenaikan suhu, Peningkatan suhu tertinggi terjadi pada saat proses persalinan dan segera setelahnya, peningkatan suhu normal adalah 0,5-1,0C

h) Urinaria

Penekanan kepala janin menyebabkan tonus vesical kandung kencing menurun.

i) Gastrointestinal

Penurunan motilitas lambung berlanjut sampai kala dua. Muntah normalnya hanya terjadi sesekali. Muntah yang konstan dan menetap merupakan hal yang abnormal dan kemungkinan merupakan indikasi komplikasi obstetric, seperti rupture uterus

j) Musculoskeletal

Hormon relaxin menyebabkan pelunakan kartilago di antara tulang. Fleksibilitas pubis meningkat. Nyeri punggung. Tekanan kontraksi mendorong janin sehingga terjadi flexi maksimal

k) System syaraf

Kontraksi menyebabkan penekanan pada kepala janin, sehingga denyutjantung janin menurun

l) Metabolisme

Peningkatan metabolisme terus berlanjut hingga kala II persalinan. Upaya meneran pasien menambah aktivitas otot-otot rangka sehingga meningkatkan metabolisme.

m) Denyut nadi

Frekuensi denyut nadi bervariasi tiap kali pasien meneran. Secara keseluruhan frekuensi nadi meningkat selama kala II disertai takikardi yang nyata ketika mencapai puncak menjelang kelahiran bayi.

3) Perubahan Fisiologi Kala III

Tempat implantasi plasenta mengalami pengerutan akibat pengosongan kavum uteri dan kontraksi lanjutan sehingga plasenta dilepaskan dari perlekatanannya dan pengumpulan darah pada ruang utero-plasenter akan mendorong plasenta keluar. Otot uterus (miometrium) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayinya. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding Rahim, setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau kedalam vagina. Darah yang terkumpul di belakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dan dibantu oleh gaya gravitasi. (Hutomo et al., 2023)

4) Perubahan 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 perdaraha. Dalam dua jam pertama setelah persalinan, tekanan darah, nadi, dan pernapasan akan berangsur kembali normal. Suhu pasien biasanya akan mengalami sedikit peningkatan, tapi masih dibawah 38°C, hal ini disebabkan oleh kurangnya cairan dan kelelahan. Jika intake cairan baik, maka suhu akan berangsur normal kembali setelah dua jam (Hutomo et al., 2023).

Selama kehamilan, volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat yang diperlukan oleh 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. Pada persalinan per vagina kehilangan darah sekitar 200-500 ml sedangkan pada persalinan SC pengeluaran dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah dan kadar Hematokrit. Setelah persalinan shunt akan hilang dengan tiba-tiba (Ulya, 2022).

c. Etiologi Persalinan

1) Penurunan Kadar Progesteron

Stabilitas masa gestasi hingga mencapai usia aterm (cukup bulan) sangat bergantung pada keseimbangan antara hormon estrogen dan progesteron. Secara fisiologis, estrogen berperan dalam meningkatkan kontraktilitas dan kekuatan otot rahim (miometrium), sementara progesteron berfungsi sebagai agen relaksasi untuk menjaga rahim tetap tenang (Yuniarti et al., 2025).

Menjelang akhir kehamilan, terjadi penurunan kadar progesteron secara signifikan. Penurunan ini menghilangkan efek relaksasi pada rahim, sehingga merangsang aktivitas miometrium yang memicu timbulnya kontraksi atau his (Yuniarti et al., 2025).

2) Teori Oksitosin

Menjelang akhir masa gestasi, terjadi perubahan hormonal di mana produksi progesteron mengalami penurunan. Di saat yang sama, hormon oksitosin mulai meningkatkan stimulasi pada otot rahim (miometrium). Interaksi hormonal ini mengakibatkan ibu hamil sering mengalami kontraksi palsu atau yang dikenal secara klinis sebagai Braxton Hicks (Yuniarti et al., 2025).

Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan, frekuensi dan intensitas kontraksi tersebut akan terus meningkat secara progresif hingga akhirnya memicu dimulainya proses persalinan yang sesungguhnya (Yuniarti et al., 2025).

3) Keregangan Otot

Selama masa gestasi, uterus memiliki kapasitas fisiologis untuk meregang hingga batas waktu tertentu. Seiring dengan

peningkatan usia kehamilan, akumulasi beban dari bobot janin, volume cairan amnion (air ketuban), serta pertumbuhan plasenta menyebabkan distensi atau peregangan maksimal pada serabut otot rahim (miometrium) (Yuniarti et al., 2025).

Kondisi otot yang semakin teregang ini meningkatkan kerentanan dan kepekaan miometrium terhadap rangsangan. Fenomena mekanis tersebut kemudian menstimulasi munculnya kontraksi uterus yang kuat dan ritmis, yang menandai dimulainya mekanisme persalinan (Yuniarti et al., 2025)

4) Teori Prostaglandin

Prostaglandin disintesis oleh jaringan desidua, amnion, dan korion, serta berperan krusial sebagai salah satu faktor pemicu inisiasi persalinan. Secara fisiologis, hormon ini berfungsi memfasilitasi dilatasi (pelebaran) serviks, mengoptimalkan kondisi lapisan rahim, dan mendukung pergerakan janin melalui jalan lahir selama proses ekspulsi (Yuniarti et al., 2025).

Pasca-persalinan, prostaglandin terus berperan dalam merangsang kontraktilitas uterus untuk membantu pengeluaran (manajemen aktif) plasenta dari rongga endometrium, sekaligus mencegah perdarahan postpartum (Yuniarti et al., 2025).

5) Pengaruh Janin

Dalam proses persalinan, sistem endokrin janin yang melibatkan hipofisis dan kelenjar suprarenal memegang peranan krusial dalam inisiasi hormonal. Secara mekanis, struktur os

kranium (tulang tengkorak) janin yang berfungsi sebagai alat dilatasi alami untuk mendorong pembukaan serviks secara efektif (Yuniarti et al., 2025).

Pada kasus janin dengan kelainan anensefali (tidak terbentuknya sebagian besar batok kepala dan otak), persalinan pervaginam seringkali mengalami hambatan. Hal ini disebabkan oleh ketiadaan bagian presentasi yang keras untuk membuka jalan lahir serta minimnya stimulasi untuk memicu kontraksi uterus yang adekuat, sehingga menyulitkan proses persalinan normal (Yuniarti et al., 2025).

6) Adanya Kontraksi Rahim

Tanda awal seorang ibu akan bersalin adalah munculnya kontraksi rahim. Kontraksi ini berirama, teratur dan tidak disengaja, setiap kontraksi uterus memiliki tiga fase yaitu:

- a) Increment : Ketika intensitas terbentuk.
- b) Acme : Puncak atau maximum.
- c) Decrement : Ketika otot relaksasi (Yuniarti et al., 2025)

7) Keluarnya Lendir Bercampur Darah

Pada awal kehamilan, proliferasi kelenjar serviks meningkatkan sekresi lendir. Menjelang persalinan, kontraksi menyebabkan pelunakan dan pembukaan (dilatasi) serviks, sehingga sumbatan lendir pada leher rahim terlepas. Fenomena ini disebut *blood show*, yaitu keluarnya lendir kental yang bercampur dengan sedikit darah (Yuniarti et al., 2025)

8) Pembukaan dan Penipisan Serviks

Penipisan (*effacement*) dan pembukaan (*dilatation*) serviks merupakan indikator utama kemajuan persalinan. Secara fisiologis, aktivitas uterus menyebabkan serviks menipis terlebih dahulu sebelum mengalami pembukaan yang cepat (Yuniarti et al., 2025).

Proses ini terjadi sebagai respons terhadap kontraksi uterus yang berkembang secara progresif. Meskipun perubahan struktural ini tidak dapat dirasakan secara subjektif oleh pasien, kemajuannya dapat dipantau secara akurat melalui pemeriksaan dalam (*vaginal toucher*) (Yuniarti et al., 2025)

d. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

1) Jalan Lahir (*Passage*)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku (Yulizawati et al., 2019)

2) Janin (*Passanger*)

Pada faktor passenger, terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melalui jalan lahir, maka ia dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin (Yulizawati et al., 2019)

3) Kekuatan (*Power*)

His normal akan muncul dari fundus uterus yang menjalar secara merata ke seluruh bagian korpus uteri disertai dengan masa relaksasi. Sifat his yang baik ditandai dengan keteraturan, intensitas dan durasi yang semakin meningkat, kontraksi dominan terjadi di fundus uteri dan memberikan efek penurunan kepala dan/atau pembukaan serviks (Hutomo et al., 2023)

Kontraksi otot-otot dinding perut meningkatkan tekanan pada intra abdomen sehingga tenaga meneran atau mengejan muncul. Reflek yang timbul ketika kepala janin sudah sampai di dasar panggul menyebabkan ibu menutup glotis, mengkontraksikan otot-otot perut dan menekan diafragma ke bawah. Meneran efektif adalah meneran yang dilakukan Ketika adanya his, diawali dengan mengambil nafas dalam-dalam kemudian menerandengan mulut tertutup dan dilakukan secara kontinyu (Hutomo et al., 2023)

4) Posisi (*Position*)

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak memberi sejumlah keuntungan.

Mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk dan jongkok (Yulizawati et al., 2019)

5) Psikologis (*Psyche*)

Proses persalinan adalah saat yang menegangkan dan mencemaskan bagi wanita dan keluarganya. Rasa takut, tegang dan cemas mungkin mengakibatkan proses kelahiran berlangsung lambat. Pada kebanyakan wanita, persalinan dimulai saat terjadi kontraksi uterus pertama dan dilanjutkan dengan kerja keras selama jam-jam dilatasi dan melahirkan kemudian berakhir ketika wanita dan keluarganya memulai proses ikatan dengan bayi (Yulizawati et al., 2019).

e. Kebutuhan

1) Kebutuhan Fisik Ibu Bersalin

a) Kebutuhan Nutrisi dan Cairan

Berdasarkan pedoman *World Health Organization* (WHO), tenaga kesehatan diinstruksikan untuk memfasilitasi asupan oral secara mandiri (*self-regulated intake*) pada ibu bersalin dengan risiko rendah. Hal ini didasari oleh tingginya pengeluaran energi metabolisme selama proses persalinan. Intervensi berupa restriksi nutrisi tidak direkomendasikan karena dapat mengompromitasi kesejahteraan maternal dan janin (Yulizawati et al., 2019).

Ibu sebaiknya menghindari makanan berlemak, gorengan, dan makanan yang dapat menimbulkan gas. Makanan yang disarankan dikonsumsi pada kelompok Ibu yang makan saat persalinan adalah roti, biskuit, sayuran dan buah-buahan, yogurt rendah lemak, sup, minuman isotonik dan jus buah-buahan (Yulizawati et al., 2019).

Pada tahap awal persalinan (Kala I), ibu dianjurkan makan dalam porsi kecil tetapi sering karena lebih mudah dicerna seperti biskuit, sup, buah, atau madu, karena proses pencernaan melambat selama persalinan (Yulizawati et al., 2019).

b) *Kebutuhan Personal Hygiene*

Pemenuhan *personal hygiene* intrapartum bertujuan untuk mencegah infeksi intrapartum, menjaga integritas jaringan, serta meningkatkan sirkulasi darah guna reduksi nyeri secara fisiologis. Intervensi meliputi fasilitasi mandi sebagai metode relaksasi dan pelaksanaan vulva hygiene aseptik menggunakan kapas Air (Yulizawati et al., 2019)

Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) dengan teknik sefalokaudal (dari vestibulum ke arah anus). Tindakan ini krusial dilakukan pada Kala I fase aktif, terutama saat terjadi peningkatan bloody show atau pecah ketuban, demi menjamin kesejahteraan fisik serta psikis ibu dan janin tanpa

menggunakan iritan seperti antiseptik atau lisol (Yulizawati et al., 2019).

c) Kebutuhan Istirahat

Manajemen istirahat intrapartum bertujuan untuk meminimalkan tekanan emosional dan fisik melalui fasilitasi relaksasi di antara interval kontraksi (his), guna memulihkan energi tanpa mengompromitasi kewaspadaan pada Kala II. Pascapersalinan (Kala IV), istirahat yang adekuat berperan krusial dalam involusi alat reproduksi dan pemulihan trauma persalinan, dengan tetap memprioritaskan pemberian ASI dini serta observasi klinis secara simultan (Yulizawati et al., 2019).

d) Kebutuhan eliminasi

Ibu dianjurkan berkemih secara spontan sesering mungkin atau minimal setiap 2 jam. Kandung kemih yang penuh, dapat mengakibatkan:

- 1) Menghambat proses penurunan bagian terendah janin ke dalam rongga panggul, terutama apabila berada di atas *spina isciadika*.
- 2) Menurunkan efisiensi kontraksi uterus atau his.

- 3) Meningkatkan rasa tidak nyaman yang tidak dikenali ibu karena bersama dengan munculnya kontraksi uterus.
- 4) Meneteskan urin selama kontraksi yang kuat pada kala II
- 5) Memperlambat kelahiran plasenta pasca persalinan, karena kandung kemih yang penuh menghambat kontraksi uterus.

e) Kebutuhan Posisi dan Ambulasi

Manajemen ambulasi dan posisi intrapartum harus didasarkan pada prinsip otonomi pasien, di mana bidan berperan memfasilitasi ibu untuk memilih posisi persalinan serta meneran secara mandiri demi menjaga relaksasi fisiologis. Bidan tidak diperkenankan memaksakan posisi tertentu, namun berkewajiban mengedukasi alternatif posisi yang lebih efektif apabila pilihan ibu tidak mendukung progresivitas persalinan pada Kala I maupun Kala II (Yulizawati et al., 2019).

f) Penjahitan perineum

Persalinan dapat menyebabkan robekan perineum, yang perlu dijahit untuk menjaga fungsi dan estetika. Bidan harus memastikan sterilitas, memberikan anastesi, dan menempatkan ibu pada posisi litotomi atau dorsal recumbent.

2) Kebutuhan Psikologi Ibu Bersalin (Keluarga, Bidan, Suami)

a) Dukungan Bidan

- (1) Memanggil ibu sesuai namanya, menghargai dan memperlakukannya dengan baik.
- (2) Menjelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarganya.
- (3) Mengajurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.
- (4) Mendengarkan dan menanggapi pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
- (5) Mengatur posisi yang nyaman bagi ibu
- (6) Pendampingan anggota keluarga selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya.
- (7) Menghargai keinginan ibu untuk memilih pendamping selama persalinan.
- (8) Penjelasan mengenai proses/kemajuan/prosedur yang akan dilakukan
- (9) Mengajarkan suami dan anggota keluarga mengenai cara memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya seperti: Mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati dan memuji ibu, melakukan massage pada tubuh ibu dengan lembut, menyeka wajah ibu dengan lembut menggunakan kain, menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa aman.

b) Dari Suami dan Keluarga

Salah satu yang dapat mempengaruhi psikis ibu adalah dukungan dari suami atau keluarga. Dukungan minimal berupa sentuhan dan kata-kata pujian yang membuat nyaman serta memberi penguatan pada saat proses menuju persalinan berlangsung hasilnya akan mengurangi durasi kelahiran (Yulizawati et al., 2019).

f. Masalah dalam Persalinan

1) Persalinan Lama atau memanjang

Partus lama merupakan fenomena kompleks yang melibatkan interaksi aspek psikologis dan fisiologis. Secara klinis, kondisi ini didiagnosis jika persalinan berlangsung melebihi 24 jam pada primigravida atau lebih dari 18 jam pada multigravida. Faktor predisposisi utamanya meliputi makrosomia (ukuran janin besar) dan malpresentasi atau malposisi janin (Yuniarti et al., 2025).

Keterlambatan kemajuan persalinan dapat memicu penyulit seperti keletihan maternal, infeksi, hingga perdarahan pasca-salin akibat atonia uteri, ruptur uteri, atau laserasi jalan lahir. Adapun komplikasi spesifik yang dapat terjadi meliputi:

- a) Gawat Janin (*Fetal Distress*): Akibat gangguan perfusi darah dan hipoksia yang memicu asfiksia janin.

- b) Ketuban Pecah Dini (KPD): Meningkatkan risiko infeksi intrauterin dan prolaps tali pusat jika bagian presentasi janin belum masuk pintu atas panggul.
- c) Trauma Fisik: Risiko cedera jaringan lunak atau trauma serebral akibat tekanan mekanis yang berkepanjangan pada kepala janin atau penggunaan instrumen (forsep).

2) Distosia Bahu

Secara klinis, durasi normal kelahiran bahu adalah dalam waktu 24 detik pasca-kepala lahir. Jika proses tersebut membutuhkan waktu lebih dari 60 detik, maka kondisi tersebut diklasifikasikan sebagai distosia bahu. Pada janin matur (cukup bulan), diameter bahu secara fisiologis lebih besar daripada diameter kepala. Kondisi makrosomia meningkatkan risiko distosia bahu akibat adanya diskrepansi ukuran yang signifikan dibandingkan janin normosomia. Oleh karena itu, penyedia layanan persalinan wajib mengantisipasi kegawatdaruratan ini, terutama pada kasus dengan faktor risiko DOPE (*Diabetes, Obesitas, Prolonged pregnancy, Excessive fetal size/maternal weight gain*) (Yuniarti et al., 2025)

3) Pendarahan Persalinan

Secara fisiologis, pengeluaran darah pasca-salin merupakan hal yang normal. Namun, apabila volume darah yang keluar bersifat eksekutif atau melampaui batas normal,

kondisi tersebut diklasifikasikan sebagai perdarahan postpartum atau postpartum hemorrhage (PPH). Secara klinis, diagnosis PPH ditegakkan apabila seorang ibu mengalami perdarahan dengan estimasi volume darah melebihi 500 ml setelah proses persalinan. Kondisi ini dapat disebabkan oleh beberapa keadaan seperti, atonia uteri dan retensio plasenta (Yuniarti et al., 2025)

4) Inersia Uteri

Inersia uteri adalah his yang kekuatannya tidak adekuat untuk melakukan pembukaan serviks atau mendorong janin keluar. Disini kekuatan his lemah dan frekuensinya jarang. Sering dijumpai pada penderita keadaan umum kurang baik seperti anemia, uterus yang terlalu teregang misalnya akibat hidramnion atau kehamilan kembar atau makrosomia, grandemultipara atau primipara, serta para penderita dengan keadaan emosi yang kurang baik (Ulya, 2022).

5) Plasenta tidak utuh

Faktor utama yang sangat berpengaruh terhadap kejadian rest plasenta antara lain adalah pengeluaran plasenta tidak hati – hati, manajemen aktif kala III yang salah. Selain itu faktor umur, paritas, dan anemia juga memegang peranan yang besar dalam proses kehamilan dan persalinan seorang ibu yang member kontribusi terhadap terjadinya rest plasenta. Komplikasi dari rest plasenta adalah syok haemorrhage yang

disebabkan karena adanya perdarahan pasca persalinan (Ulya, 2022)

6) Rupture Perineum

Rupture perineum pada umumnya terjadi pada kala 2 persalinan, beberapa faktor yang dapat menjadi penyebab terjadinya ruptur perineum diantaranya faktor maternal, janin ataupun intrapartum. Secara umum ruptur perineum terjadi akibat adanya regangan pada perineum pada saat persalinan sehingga merobek perineum, beberapa penyebab Adalah Persalinan kala 2 yang Panjang (Ulya, 2022)

2. Fisiologi Nyeri

a. Definisi

Nyeri merupakan sensasi yang tidak menyenangkan yang diakibatkan oleh saraf sensorik yang terdiri dari dua komponen fisiologis dan psikologis. Komponen fisiologis merupakan proses penerimaan impuls oleh saraf sensorik dan menyalurkan ke saraf pusat. Sedangkan komponen psikologis meliputi rekognisi sensasi, interpretasi rasa nyeri dan reaksi terhadap hasil interpretasi rasa nyeri tersebut (Ningtyas et al., 2023)

Pada kala satu, rasa nyeri pada persalinan adalah manifestasi dari adanya pembukaan serviks dan kontraksi uterus, di mana impuls saraf menjalar melalui saraf simpatis menuju medulla spinalis via segmen posterior saraf spinalis torakalis T10,

T11, dan T12. Hal inilah yang menimbulkan rasa sakit pada pinggang, daerah perut dan menjalar ke arah paha seiring dengan desensus (penurunan) janin (Ningtyas et al., 2023).

b. Teori Nyeri

1) Teori Pemisahan (*Specificity Theory*)

Syaraf yang bertanggung jawab mentransmisikan nyeri akan menerima rangsangan nyeri dan melakukan transmisi melalui ujung dorsal substansia gelatinosa ke bagian otak di hipotalamus. Selanjutnya, rangsangan nyeri akan muncul sebagai respon nyeri (Bakti et al., 2024).

2) Teori Pola (*Pattern Theory*)

Otak menentukan apakah suatu sensasi adalah nyeri berdasarkan pola sinyal yang diterimanya dari berbagai reseptor sensorik. Rangsangan nyeri yang cukup kuat atau berkepanjangan akan menghasilkan pola aktivitas yang dikenali oleh otak sebagai nyeri (Bakti et al., 2024).

3) Teori Pengendalian Gerbang (*Gate Control Theory*)

Impuls nyeri dari uterus berjalan melalui serat saraf besar ke substansia gelatinosa di sumsum tulang belakang, lalu diproyeksikan oleh sel transmisi ke otak. Impuls nyeri lewat saat gate terbuka dan terhambat saat tertutup. Impuls berlawanan yang lebih cepat melalui serat saraf A-delta (serat syaraf kecil).

menutup “*gate*” di substansia gelatinosa sehingga memblokir pesan nyeri ke otak (Hidayah & Prasodjo, 2024).

4) Teori Transmisi dan Inhibisi

Stimulus pada nosiseptor memulai impuls yang dihantarkan oleh neurotransmitter spesifik. Proses nyeri dapat dihambat (inhibisi) oleh aktivitas serabut saraf besar yang memblokir impuls lambat melalui sistem supresif opiat endogen (Ulya, 2022).

c. Etiologi Nyeri Persalinan

1) Penyebab Fisik

a) Iskemia uterus. Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenter sehingga plasenta mengalami degenerasi. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang sampai batas tertentu. Apabila batas tersebut sudah terlewati, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai (Yulizawati et al., 2019)

b) Differensiasi atau perubahan kontraksi uterus. Selama persalinan aktif uterus berubah menjadi dua bagian yang berbeda segmen atas uterus yang berkontraksi secara aktif menjadi lebih tebal ketika persalinan maju. Segmen bawah uterus dan servik relative pasif dibanding dengan dengan

segmen atas dan bagian ini berkembang menjadi jalan yang berdinding jauh lebih tipis untuk janin (Hutomo et al., 2023).

- c) Proses penipisan (*effacement*) dan pembukaan (*dilatasi*) awal rahim menyebabkan rasa takut yang memacu aktivitas berlebih dari system saraf simpatis melalui segmen posterior syaraf spinalis torakalis 10, 11 dan 12. Penyebaran nyeri pada kala I fase aktif persalinan yang dialami ibu disebabkan oleh tekanan kepala janin terhadap tulang belakang, nyeri ini tidak menyeluruh melainkan nyeri disuatu titik (Puspitasari, 2020).
- d) Penurunan janin. Rasa nyeri terjadi karena adanya tekanan panggul saat kepala janin turun ke area tulang panggul sebagai akibat melunaknya Rahim (Hutomo et al., 2023).

2) Penyebab Psikologis

Ibu yang mempunyai pengalaman nyeri yang tidak menyenangkan dan sangat menyakitkan serta sulit dalam persalinan sebelumnya, perasaan cemas dan takut pada persalinan sebelumnya akan mempengaruhi sensitifitasnya terhadap nyeri yang dirasakan (Fitria et al., 2021)

Keadaan ekonomi, dukungan keluarga yang kurang, pendidikan yang rendah, informasi yang minimal dan kurang sarana kesehatan yang memadai akan menimbulkan ibu kurang mengetahui bagaimana mengatasi nyeri yang dialami dan masalah ekonomi berkaitan dengan biaya dan persiapan

persalinan sering menimbulkan kecemasan tersendiri dalam menghadapi persalinan (Fitria et al., 2021).

d. Fisiologi Nyeri Persalinan

1) Sistem Saraf Otonom dan Mekanisme Nyeri Persalinan

Sistem saraf otonom (involunter) mengontrol aktivitas otot polos dan viseral uterus melalui komponen simpatis dan parasimpatis, di mana saraf simpatis memegang peran krusial dalam neuroanatomi nyeri persalinan (Bakti et al., 2024).

Neuron aferen mentransmisikan impuls nyeri dari sistem visera menuju sistem saraf pusat, terutama melalui serat simpatis. Di regio kornu dorsalis, neuron aferen somatik dan otonom saling bersinaps dan berinteraksi, sehingga memicu fenomena nyeri alih (*referred pain*) yang dominan pada kala I persalinan (Ulya, 2022)..

Impuls nyeri yang berasal dari serviks dan korpus uteri ditransmisikan oleh serabut saraf aferen melalui pleksus uterus, pleksus pelviks, pleksus hipogastrik inferior, middle, posterior dan masuk ke lumbal yang kemudian masuk ke spinal melalui L1, T12, T11 dan T10. Biasanya ibu mengalami rasa nyeri ini

hanya selama kontraksi dan bebas dari rasa nyeri pada interval antar kontraksi (Rejeki, 2020).

2) Saraf Perifer dan Karakteristik Nyeri

Rasa nyeri selama persalinan kala I disebabkan oleh dilatasi dan penipisan serviks serta iskemia uterus hal ini dikarenakan penurunan aliran darah sehingga oksigen lokal mengalami defisit akibat kontraksi arteri miometrium, nyeri ini disebut nyeri viseral. Sedangkan pada akhir kala I dan kala II, nyeri yang dirasakan pada daerah perineum yang terjadi akibat peregangan perineum, tarikan peritonium dan daerah uteroservikal saat kontraksi, penekanan vesika urinaria, usus dan struktur sensitif panggul oleh bagian terendah janin, nyeri ini disebut nyeri somatik (Rejeki, 2020).

e. Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri Persalinan

1) Faktor Fisiologis

- a) Pengetahuan: Kecemasan dapat terjadi pada ibu dengan pengetahuan rendah mengenai proses persalinan, serta hal-hal yang akan dan harus dialami oleh ibu sebagai dampak dari kemajuan persalinan. Hal ini disebabkan karena kurangnya informasi yang diperoleh (Manik, 2024).
- a) Keadaan Umum: Kondisi fisik yang menurun, seperti kelelahan dan malnutrisi, menurunkan ambang toleransi nyeri sehingga meningkatkan intensitas nyeri yang dirasakan (Ulya, 2022).

- b) **Pengalaman Masa Lalu:** Pengalaman nyeri masa lalu yang tidak teratasi secara adekuat dapat memicu dampak psikologis negatif seperti depresi, penarikan diri, dan iritabilitas. Sebaliknya, penanganan nyeri yang cepat dan efektif di masa lalu dapat meningkatkan ambang toleransi serta menurunkan tingkat kecemasan ibu terhadap nyeri di masa mendatang (Fitria et al., 2021).
- c) **Faktor Budaya:** Latar belakang budaya dan etnik memengaruhi perilaku serta cara individu mengekspresikan nyeri. Budaya yang telah terinternalisasi sepanjang hidup membentuk keyakinan ibu mengenai reaksi terhadap nyeri yang dianggap dapat diterima secara sosial dan personal (Manik, 2024)
- d) **Usia dan Ukuran Janin:** Primipara pada usia tua cenderung mengalami durasi persalinan yang lebih lama dan intensitas nyeri yang lebih tinggi dibandingkan usia (Puspitasari, 2020).
- e) **Endorphin:** Sebagai opioid endogen dan neurotransmitter yang disekresi oleh medulla adrenal, *endorphin* berfungsi menghambat transmisi rangsang nyeri. Variasi kadar *endorphin* antarindividu menyebabkan perbedaan persepsi nyeri secara personal (Ulya, 2022).

2) Faktor Psikologis

- a) Takut dan Cemas: Kecemasan memicu perubahan fisiologis berupa spasme otot, vasokonstriksi, dan pelepasan katekolamin (substansi penyebab nyeri). Rasa takut juga menyebabkan ketegangan otot polos serta hipoksia rahim, yang secara kolektif meningkatkan intensitas nyeri melalui aktivitas sistem saraf simpatis dan parasimpatis (Manik, 2024)
- b) Makna Nyeri dan Fungsi Kognitif: Nyeri adalah pengalaman subjektif yang penilaiannya dipengaruhi oleh fungsi kognitif individu dalam merespons rangsangan (Utami & Fitriahadi, 2023)
- c) Kontrol Diri dan Percaya Diri: Kepercayaan diri dan kemampuan mengendalikan diri (kontrol diri) berfungsi meminimalisir respons psikologis berlebihan, sehingga membantu ibu mengontrol intensitas nyeri secara lebih efektif selama proses persalinan (Utami & Fitriahadi, 2023)
- d) Dukungan penolong dan keluarga. keadaan psikologis mempunyai pengaruh terhadap persalinan dan kelahiran, serta dukungan psikologis dari orang-orang terdekat akan membantu memperlancar proses persalinan yang sedang sedang berlangsung. Tindakan mengupayakan rasa nyaman dengan menciptakan suasana nyaman, memberikan sentuhan dan masase punggung (Manik, 2024)

f. Dampak Nyeri dalam Persalinan

Persalinan memicu nyeri akibat kontraksi uterus yang merangsang pelepasan mediator kimiawi seperti prostaglandin, leukotrien, tromboksan, histamin, bradikinin, substansi P, dan serotonin. Kondisi ini membangkitkan respons stres yang memicu sekresi hormon katekolamin dan steroid secara berlebihan, yang mengakibatkan vasokonstriksi pembuluh darah dan ketegangan otot polos (Fitria et al., 2021)..

Dampaknya, terjadi pelemahan kontraksi uterus serta gangguan sirkulasi uteroplasenta yang berisiko menyebabkan hipoksia janin, iskemia uterus dan peningkatan katekolamin lebih lanjut dapat memicu inersia uteri yang berisiko menyebabkan partus lama, sehingga impuls nyeri justru semakin meningkat (Ulya, 2022).

g. Penanganan Nyeri Persalinan Secara Non Farmakologis

- 1) Teknik Pernapasan: Metode ini bekerja dengan meminimalkan fungsi simpatis dan meningkatkan aktivitas parasimpatis. Tujuannya adalah mengontrol intensitas reaksi nyeri, mengonservasi energi ibu, serta menjamin suplai oksigenasi fetus (Hidayah & Prasodjo, 2024)
- 2) Pengaturan Posisi: Variasi posisi seperti *lateral recumbent*, *knee-chest*, atau jongkok berfungsi mengoptimalkan gaya gravitasi untuk membantu rotasi janin dari posisi oksipital posterior ke anterior. Posisi yang mengarahkan uterus ke anterior

memfasilitasi penurunan bagian terbawah janin secara efektif (Manik, 2024)

- 3) **Massage:** Manipulasi jaringan lunak (otot, tendon, ligamentum) ini memberikan tekanan untuk meredam nyeri, relaksasi, dan memperbaiki sirkulasi. Secara neurologis, rangsangan taktil ini menghambat transmisi sinyal nyeri ke sistem saraf pusat melalui mekanisme distraksi dan empati (Ulya, 2022).
- 4) **Konseling:** Bidan menggunakan keterampilan interpersonal untuk membantu ibu mengenali kondisinya dan menentukan strategi koping yang tepat. Edukasi ini bertujuan meningkatkan efikasi diri ibu agar mampu mengendalikan persepsi nyeri secara optimis (Utami & Fitriahadi, 2023)
- 5) **Kehadiran Pendamping:** Dukungan emosional, sentuhan, dan motivasi dari pendamping pilihan ibu sangat krusial. Kehadiran sosok yang suportif dapat menurunkan tingkat stres fungsional dan membantu kelancaran proses persalinan (Manik, 2024)

3. Patograf

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan (Yulizawati et al., 2019). Tujuan utama penggunaan partograf:

- a. Mencatat hasil observasi dan menilai kemajuan persalinan

- b. Mendeteksi apakah persalinan berjalan normal atau terdapat penyimpangan, dengan demikian dapat melakukan deteksi dini setiap kemungkinan terjadinya partus lamas

Paragraf harus digunakan:

- a. Untuk semua ibu dalam kala I fase aktif (fase laten tidak dicatat di partograf tetapi di tempat terpisah seperti di KMS ibu hamil atau rekam medik)
- b. Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat (spesialis obgyn, bidan, dokter umum, residen swasta, rumah sakit, dll)
- c. Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran.

Kondisi ibu dan bayi yang dicatat dalam partograf:

- a. DJJ tiap 30 menit
- b. Frekuensi dan durasi kontraksi tiap 30 menit
- c. Nadi tiap 30 menit
- d. Pembukaan serviks tiap 4 jam
- e. Penurunan bagian terbawah janin tiap 4 jam
- f. Tekanan darah dan temperatur tubuh tiap 4 jam
- g. Urin, aseton dan protein tiap 2-4 jam.

Partograf tidak boleh dipergunakan pada kasus:

- a. Wanita pendek, tinggi kurang dari 145 cm
- b. Perdarahan antepartum
- c. Preeklamsi – eklamsi
- d. Persalinan prematur

- e. Bekas sectio sesarea
 - f. Kehamilan ganda
 - g. Kelainan letak janin
 - h. Fetal distress
 - i. Dugaan distosia karena panggul sempit
 - j. Kehamilan dengan hidramnion
 - k. Ketuban pecah dini
1. Persalinan dengan induksi

PARTOGRAF

No. Register: _____ Nama Ibu: _____ Umur: _____ G. _____ P. _____ A. _____
 No. Pendaftaran: _____ Tanggal: _____ Jam: _____ Tempat: _____
 Ketuban pecah: _____

KARTU PERSALINAN

1. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

2. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

3. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

4. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

5. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

6. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

7. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

8. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

9. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

10. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

11. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

12. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

13. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

14. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

15. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

16. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

17. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

18. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

19. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

20. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

21. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

22. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

23. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

24. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

25. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

26. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

27. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

28. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

29. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

30. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

31. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

32. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

33. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

34. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

35. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

36. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

37. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

38. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

39. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

40. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

41. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

42. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

43. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

44. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

45. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

46. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

47. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

48. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

49. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

50. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

51. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

52. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

53. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

54. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

55. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

56. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

57. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

58. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

59. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

60. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

61. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

62. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

63. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

64. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

65. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

66. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

67. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

68. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

69. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

70. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

71. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

72. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

73. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

74. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

75. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

76. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

77. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

78. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

79. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

80. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

81. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

82. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

83. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

84. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

85. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

86. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

87. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

88. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

89. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

90. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

91. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

92. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

93. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

94. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

95. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

96. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

97. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

98. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

99. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

100. Jenis persalinan: ☐ Normal ☐ Sectio ☐ Operasi

Gambar 2. 1 Lembar Patograf

4. Teknik Rebozo

a. Definisi

Salah satu metode non-farmakologis yang kini mendapat perhatian luas dalam praktik kebidanan modern adalah Teknik Rebozo. Secara definitif, Rebozo merupakan teknik tradisional asal Meksiko yang memanfaatkan selendang katun panjang khusus

sebagai instrumen pendukung dan pemijatan (Tandoğan & Oskay, 2024).

Teknik Rebozo biasanya dilakukan pada ibu hamil setelah usia kehamilan 28 minggu, dapat juga dilaksanakan selama persalinan. Pada fase awal persalinan, dan setelah memasuki fase aktif. Teknik Rebozo merupakan salah satu yang paling umum dilakukan pada pinggul wanita yang akan melahirkan, dengan gerakan yang terkontrol untuk membantu mengayunkannya dari sisi ke sisi lain sedikit demi sedikit (Haris et al., 2024).

Dalam implementasinya, teknik ini bekerja melalui serangkaian gerakan ritmis yang diaplikasikan pada tubuh ibu. Rebozo memberikan efek kenyamanan melalui tekanan yang suportif (*hugging sensation*), yang secara fisiologis membantu merelaksasi jaringan lunak dan mereduksi persepsi nyeri, sehingga menciptakan pengalaman melahirkan yang lebih positif dan tenang (Tandoğan & Oskay, 2024).

b. Dasar Fisiologis Teknik Rebozo

Stimulasi sentuhan dan ayunan lembut dari teknik Rebozo mengaktifkan serat saraf A-beta (sentuhan) yang menghambat transmisi sinyal nyeri nociceptif (serat C dan A-delta) di sumsum tulang belakang melalui teori *Gate Control of Pain*. Hal ini memblokir sinyal nyeri mencapai otak, melepaskan endorfin, dan

mengurangi intensitas nyeri kala I fase aktif secara signifikan (Asry et al., 2024).

Teknik *sifting* (mengayak) pada Rebozo meregangkan ligamentum rotundum, uterosakral, serta otot panggul dan fascia, mengurangi ketegangan yang menghambat kontraksi uterus dan dilatasi serviks. Gerakan ini melonggarkan jaringan ikat, meningkatkan mobilitas panggul, dan memfasilitasi relaksasi otot, sehingga mempercepat kemajuan persalinan yang berefek pada pelepasan endorfin dan peregangan *pelvic floor* (Fumagalli et al., 2024).

Selama persalinan, ligamen sakroilial dan uterosakral mengalami ketegangan karena hormon relaxin dan progesteron meningkatkan pelonggaran ligamen untuk mempersiapkan tubuh menghadapi persalinan serta pengaruh dari ukuran janin yang besar akan menimbulkan rasa nyeri yang lebih kuat (Fiani et al., 2021).

Hal ini menyebabkan resistensi terhadap desensus janin. Gerakan "*sifting*" atau "*shake*" Rebozo (menggoyang panggul dengan kain melingkar di atas sakrum dan trochanter) meregangkan otot levator ani, obturator internus, serta fascia pelvis. Ini mirip efek *pelvic rocking*, di mana akselerasi gravitasi dan friksi kain merangsang proprioepsi, mengurangi spasme otot dan membuka sudut sakrum-anterior (Wijayanti & Marfu, 2023).

Stimulasi taktil melepaskan endorfin dan oksitosin, merelaksasi piriformis dan *coccygeus muscle*, sehingga meningkatkan fleksibilitas *outlet* panggul (*intercristal* dan *bituberous diameter*) (Damayanti et al., 2021). Dalam desain kuasi-eksperimental *pre-posttest two group*, teknik rebozo menurunkan intensitas nyeri persalinan dari rata-rata 7,33 menjadi 2,07 penurunan 5,26 poin, jauh lebih besar daripada *counter massage* dari 7,13 ke 6,00 penurunan 1,13 poin (Wahyuni & Tridiyawati, 2023).

c. Jenis-Jenis Teknik Rebozo dalam Persalinan

1) *Sifting* (Pengayak Rebozo)

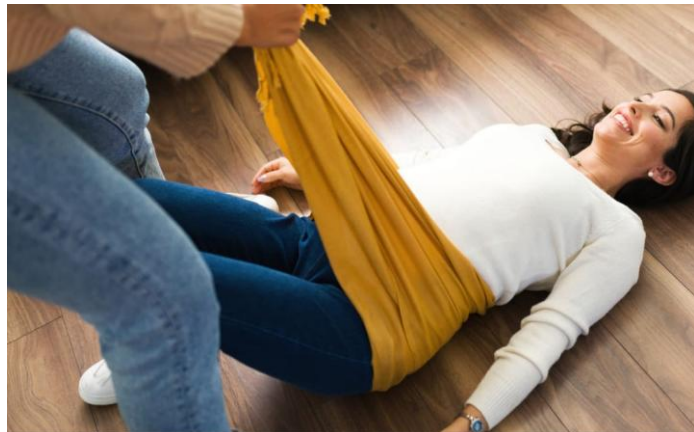
Ibu berdiri dengan kaki selebar bahu atau berlutut, kain diikat longgar di atas sakrum dan *iliac crest* seperti ikat pinggang. Pengasuh memegang kedua ujung kain di samping pinggul ibu, menggoyang panggul secara anteroposterior atau lateral dengan ritme lambat (seperti "mengayak tepung"), sambil ibu bernapas dalam untuk sinkronisasi (Wijayanti & Marfu, 2023).

- Indikasi: Ketegangan levator ani, resistensi midpelvis, nyeri punggung bawah.
- Durasi dan Frekuensi: gerakan ini dapat dilakukan 2-5 menit dan diulang selama ibu merasa nyaman (Damayanti et al., 2021)

- Efek Fisiologis: Relaksasi *coccygeus* dan *iliococcygeus*, mengurangi sudut *puborectalis*, membuka *outlet* panggul (bituberous diameter +0.5-1 cm)



Gambar 2. 2 Teknik Rebozo Shifting



Gambar 2. 3 Teknik Rebozo Shifting While Lying Down

2) *Shake the Apple Tree* (Goyang Pohon Apel)

Posisikan ibu seperti *table pose* dengan menggunakan bola (*gymball*), posisikan selendang daerah panggul. Teknik ini bisa dilakukan pada usia kehamilan 28 minggu sampai hari awal persalinan. Pertama-tama ibunya anjurkan untuk rileks dengan memejamkan mata supaya lebih rileks lagi, lalu posisi kaki

suami atau terapis ditekuk satu, kemudian pegang selendang di ujung, condongkan badan Ibu dan kita gerakkan pelan-pelan dan liat reaksi ibu (Irianti et al., 2021)

Dengan teknik Rebozo *Shake the Apple Tree* ibu menjadi merasa rileks nyaman dan dapat mengatur napas sehingga ibu menjadi lebih siap dalam menghadapi proses persalinan. Rebozo mampu meningkatkan produksi hormon endorpin sehingga rasa nyeri menjadi berkurang dan ibu terlihat lebih nyaman saat menghadapi proses persalinannya (Musliha, 2023)

- Indikasi: Posisi janin posterior (OP), uterus hipertonus, kala I laten-progresif lambat.
- Durasi dan Frekuensi: selama 6-7 menit dalam posisi tangan-lutut pada fase aktif (Uludağ & Kocatürk, 2024)
- Efek Fisiologis: Membebaskan *broad ligament* dan *round ligament*, memungkinkan rotasi janin dan meningkatkan amplitudo kontraksi.



Gambar 2. 4 Teknik Rebozo Shake The Apple Tree

d. Mekanisme

Teknik rebozo dilakukan dengan penekanan tepat pada lumbal, sacrum, dan koksigs (lumbosacral) ibu, karena di daerah lumbosacral menghubungkan saraf sensorik uterus dan serviks bersama dengan saraf simpatis uterus menuju sumsum pada tulang belakang dengan melalui saraf torakal 10,11, 12 sampai ke lumbal 1 (Irianti et al., 2021).

Teknik rebozo jenis *shake apple tree* maupun rebozo *shifting*, sehingga impuls nyeri dapat berjalan dari rahim sepanjang serat saraf c-fiber ke subtansia gelatinosa yang ada didalam spinal colum, kemudian sel tersebut mengantarkan pesan nyeri berlawanan menuju serat saraf a-delta fibers yang menyebabkan *gate control* tertutup sehingga pesan dari nyeri tidak bisa diteruskan ke korteks serebral, sehingga persepsi tentang nyeri menjadi berkurang (Irianti et al., 2021)

e. Indikasi dan Manfaat Klinis

Menurut jurnal penelitian (Fahnawal & Yunita, 2022) ada beberapa indikasi Teknik rebozo, yakni:

- a) Dapat dilakukan sejak usia kehamilan 28 minggu hingga waktu persalinan, pada fase awal persalinan dan setelah memasuki fase aktif disela-sela kontraksi.

- b) Dilakukan pada ibu hamil yang normal, persalinan normal dan nifas
- c) Ibu tanpa gejala atau resiko kegugran seperti perdarahan, keram atau kencang ditengah kehamilan, jika plasenta berada dianterior, detak jantung janin tidak setabil atau dalam keadaan sungsang.

f. Kontraindikasi dan Keamanan

Beberapa kontraindikasi melakukan tehnik rebozo sebagai berikut:

- a) Hindari penggunaan Rebozo ketika ada gejala atau resiko keguguran seperti pendarahan atau nyeri kram di bagian bawah pada midtrimester (16-28 minggu) atau rahim kencang (hipertonus >30 menit/jam) mengindikasikan ancaman keguguran preterm atau dehisensi korpus luteum, di mana gerakan Rebozo memicu spasm ligamen rotundum dan broad ligament, meningkatkan kontraksi *Braxton-Hicks* patologis yang mengganggu implantasi plasenta (risiko *miscarriage* 15-25%) (Fahnawal & Yunita, 2022).
- b) Detak jantung janin yang tidak stabil, bayi sungsang dengan selaput ketuban yang sudah robek dan adanya resiko terjadinya (tali pusar jatuh kejalan lahir), pendarahan yang

tidak normal, placental abruption (plasenta terlepas dari uterus sebelum bayi lahir), atau jika ibu merasa tidak nyaman.(Irianti et al., 2021).

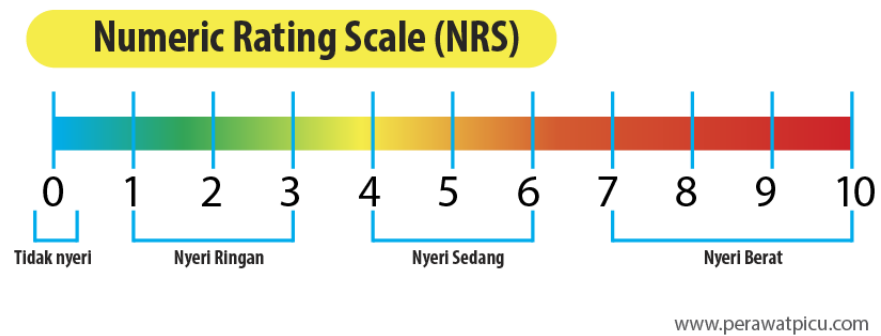
- c) Jangan lakukan teknik Rebozo dengan keras atau bahkan sedang jika plasenta berada di anterior. Jika ingin melakukan Rebogo, lakukanlah dengan sangat lembut. Ingatlah untuk selalu berhati- hati dan mindful dengan plasenta anterior (Irianti et al., 2021).
- d) Letak sungsang, saat goyangan mengubah presentasi (tali pusat kompresi saat *desensus nuchal*), karena diameter biparietal kepala lebih besar daripada pelvis inlet sempit dapat mengakibatkan malposisi, karena gerakan ritmis dapat memperburuk hemostasis plasenta, perfusi *fetoplacental*, atau stabilitas janin (Fahnawal & Yunita, 2022).

5. Skala Pengukuran Nyeri

Numeric Rating Scale (NRS) merupakan instrumen pengukuran nyeri unidimensional yang secara khusus menilai intensitas nyeri melalui skala numerik 0-10. Sebagai adaptasi numerik dari *Visual Analog Scale* (VAS), NRS menyederhanakan pengukuran nyeri menjadi 11 pilihan angka yang intuitif, yaitu 0 = "tidak sakit sama sekali" hingga 10 = "sakit paling hebat yang dapat dibayangkan" (Pinzon, 2016).

Skala ini dirancang dalam format garis horizontal yang mencakup nilai-nilai diskrit dari 0 hingga 10. Pengukuran kedua disarankan dilakukan tidak lebih dari 24 jam setelah pengukuran awal untuk

mengevaluasi efektivitas intervensi. Fleksibilitas NRS memungkinkan pemberian instruksi secara verbal maupun visual melalui gambar, menjadikannya cocok untuk berbagai tingkat literasi pasien. Nilai NRS memiliki reliabilitas yang tinggi dan dapat digunakan untuk evaluasi pasca terapi nyeri (Pinzon, 2016).



Gambar 2. 5 Numeric Rating Scale

B. Konsep Teori Asuhan Kebidanan

ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN PADA IBU BERSALIN INPARTU KALA I FASE AKTIF

Hari/tanggal pengkajian : Diisi sesuai hari dan tanggal pengkajian
 Jam pengkajian : Diisi sesuai jam pengkajian (WIB)
 Tempat pengkajian : Diisi sesuai tempat pengkajian
 Pengkaji : Diisi sesuai dengan nama pengkajian

I. PENGKAJIAN

A. Data Subjektif

1. Biodata ibu dan suami

Nama : Diisi sesuai dengan identitas
 Umur : Diisi sesuai dengan tanggal lahir
 Agama : Diisi sesuai dengan keyakinan yang dianut
 Suku : Diisi sesuai dengan suku
 Pendidikan: Diisi sesuai dengan pendidikan terakhir
 Pekerjaan : Diisi sesuai dengan pekerjaan yang dilakukan
 Alamat : Diisi sesuai dengan alamat tempat tinggal

2. Alasan Kunjungan

Ibu mengatakan usia kehamilannya 9 bulan / 37 – 40 minggu (sesuai usia kehamilan), ibu mengatakan ini kehamilan anak ke.... dan belum pernah keguguran, ibu mengatakan kapan mentruasi terakhirnya, ibu mengatakan merasakan gerakan

janinnya dan tidak ada nyeri pada bagian perut saat janin bergerak, serta jarak kehamilannya lebih dari dua tahun.

3. Keluhan utama

Ibu mengatakan sudah merasa mules dan nyeri teratur menjalar dari perut bagian bawah ke pinggang sejak jam ... WIB disertai keluar lendir bercampur darah dari kemaluan ibu, belum ada keluar air-air. Ketika dilakukan pengukuran skala nyeri, ibu mengatakan nyeri berada pada angka 1-10.

4. Riwayat Kesehatan

b. Riwayat kesehatan sekarang

Ibu mengatakan tidak/sedang menderita penyakit menular (TBC, PMS, HIV/AIDS, Hepatitis), penyakit keturunan (Asma, Diabetes, Jantung, Hipertensi), penyakit menahun (Ginjal dan Jantung) dan merasa nyeri.

c. Riwayat kesehatan yang lalu

Ibu mengatakan tidak pernah menderita penyakit menular (TBC, PMS, HIV/AIDS, Hepatitis), penyakit keturunan (Asma, Diabetes, Hipertensi), penyakit menahun (Ginjal dan Jantung), Riwayat episiotomy tanpa anestesi/tidak.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Ibu mengatakan didalam keluarga tidak sedang atau tidak pernah menderita penyakit menular (TBC, PMS, HIV/AIDS, Hepatitis), penyakit keturunan (Asma, Diabetes, Jantung, Hipertensi) dan penyakit menahun (Ginjal dan Jantung).

5. Riwayat menstruasi

Menarche : 11- 13 Tahun
 Siklus : 28-31 hari
 Pola : Teratur/ tidak
 Lamanya : 4-7 hari
 Banyaknya : Setiap berapa kali ganti pembalut
 Masalah : Ada/Tidak

6. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang lalu

No.	Kehamilan			Persalinan				Bayi		Ket
	UK	ANC	TT	Tgl	Tempat	Jenis	Penyulit	JK/BB	Hidup/Mati	

7. Riwayat kehamilan sekarang

Hamil anak ke : 1/2/3/ / G..P..A..
 Umur kehamilan : 28-40 minggu
 HPHT : Hari Pertama Hari Terakhir (+7 -3 +1)
 Rumus naegel
 TP : Tafsiran Persalinan

Status TT : (T1, T2, T3, T4, T5)

ANC

Trimester 1 : Minimal 2× (1× bidan dan 1× dokter)

Keluhan : Keluhan fisiologis yang dialami ibu tm 1
(mual muntah, mudah lelah, sembelit/susah
buang air besar, heartburn/ rasa panas pada
bagian dada, keputihan, pusing, perdarahan
dari kemaluan (vagina), sering kencing,
Nyeri perut bagian bawah)

Obat-obatan : Multivitamin, asam folat, lainnya.

TB : > 145 cm

BB sebelum hamil: ... kg

LILA : > 23,5 cm

Pemeriksaan panggul luar pada primigravida

Distansia spinarum : 24-26 cm

Distansia cristarum : 28-30 cm

Konjugata eksterna : 18 -20 cm

Lingkaran panggul : 80-90 cm

Data penunjang

a. Hepatitis B : +/-

b. HIV : +/-

c. Sifilis : +/-

d. Golongan darah: A/B/AB/O

e. HB : >11 gr%

f. USG	: Diisi berdasarkan hasil USG
Trimester II	: 1× (bidan)
Keluhan	: Keluhan fisiologis yang dialami ibu TM II (Bengkak pada kaki, Gusi Berdarah, Haemoroid, Sering Berkemih, Insomnia (Sulit Tidur), Keputihan, Keringat Bertambah)
Obat-obatan	: Multivitamin, Fe, kalsium
Data penunjang	
Urin protein	: Sesuai hasil pemeriksaan
Urin reduksi	: Sesuai hasil pemeriksaan
Malaria	: Bila ada indikasi
Trimester III	: Minimal 3× (2× bidan dan 1× dokter)
Keluhan	: Keluhan fisiologis yang dialami ibu TM III (keputihan, sering BAK, nyeri punggung, susah BAB, napas pendek, mudah lelah, bengkak pada kaki, dan sulit tidur)
Obat-obatan	: Multivitamin, Fe, kalsium
Fe	: 90 Butir

8. Riwayat Kontrasepsi

Alat kontrasepsi : (Hormonal/Non Hormonal)

Lama pemakaian :...bulan/....tahun

Masalah : Ada/Tidak

Alasan Berhenti Pakai KB : Ingin Merencanakan Kehamilan

9. Pemenuhan kebutuhan sehari-hari

a. Nutrisi

1) Makan

Terakhir makan : ... WIB

Pola : 3-4 kali sehari

Jenis : Nasi, lauk-pauk

Porsi : 1 piring/ lebih

2) Minum

Terakhir minum : ... WIB

Jumlah : cc

Frekuensi : 8-12 gelas sehari

Jenis : air putih

b. Eliminasi

1) BAB

Terakhir BAB : ... WIB

Frekuensi : 1-2 kali sehari

Warna : kuning/coklat

Konsistensi : lembek/keras

Bau : Khas Tinja

Masalah : Ada/Tidak

2) BAK

Terakhir BAK : ... WIB

Frekuensi : 5-7 kali sehari

Warna : kuning jernih

Bau : khas amoniak

Masalah : Ada/Tidak

c. Istirahat dan tidur

Tidur Siang : 1-2 jam

Tidur Malam : 7-8 jam

Terakhir tidur : ... WIB

Masalah : Ada/Tidak

d. Pola personal hygiene

Terakhir mandi : ... WIB

Mandi : 2 kali sehari

Cuci rambut : 3-4 kali seminggu

Gosok gigi : 2-3 kali sehari

Ganti pakaian dalam : 3 kali sehari

e. Aktivitas

Ibu dapat melakukan aktivitas sehari-hari yang tidak begitu berat karena mengingat keadaan perutnya semakin membesar.

f. Hubungan seksual

Frekuensi : ... kali

Masalah : Ada / Tidak

g. Keadaan psikososial dan spiritual

1) Hubungan suami istri : Baik/tidak

2) Hubungan istri dengan keluarga : Baik/tidak

3) Keyakinan Terhadap agama : Taat/Tidak

4) Pengetahuan terhadap persalinan : Baik/tidak

5) Keadaan ekonomi keluarga : Baik/tidak

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : composmentis

Tanda-tanda vital

TD : Sistolik 100-130 mmhg Diastolik 60-90 mmHg

Nadi : 80-90 x/menit

RR : 20-24 x/menit

T : 36,5-37,5 C

BB : ... kg

2. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

Keadaan : Bersih/tidak

Distribusi rambut : Merata/tidak Kerontokan

Benjolan : Ada/tidak

Nyeri tekan : Ada/tidak

b. Muka

Keadaan : Pucat/tidak

Cloasma gravidarum : Ada/tidak

Oedema : Ada/tidak

Nyeri tekan : Ada/tidak

c. Mata

Konjungtiva : Anemis/an-anemis

Sclera : Ikterik/an-ikterik

Kelainan : Ada/tidak

d. Hidung

Kebersihan : Bersih/tidak

Polip : Ada/tidak

Nyeri tekan : Ada/Tidak

Pernafasan cuping hidung : Ada/Tidak

Pengeluaran : Ada masalah /Tidak

e. Telinga

Kebersihan : Bersih/tidak Pengeluaran

f. Mulut

Warna bibir : Pucat/ Tidak

Mukosa : Lembab/Kering

Karies : Ada/tidak

Gusi : Ada bengkak / tidak

Kebersihan : Bersih / tidak

g. Leher

Pembesaran Kelenjar Limfe : Ada/tidak

Pembesaran Kelenjar Tyroid : Ada/tidak

Pembesaran Vena Jugularis : Ada/tidak

h. Payudara

Kebersihan : Bersih/Tidak

Putting : Menonjol/Tidak

Areola : Hiperpigmentasi

Nyeri tekan : Ada/tidak

Pengeluaran colostrum : Ada/tidak

i. Abdomen

1) Inspeksi

Pembesaran : Sesuai umur kehamilan/tidak

Bekas operasi : Ada/tidak

Striae gravida : Ada/tidak

Linea nigra : Ada/tidak

2) Palpasi

Leopold I : TFU (cm) sesuai usia kehamilan
pada fundus teraba bagian agak bulat,
lunak, dan tidak ada lentingan.

Leopold II : Disebelah kanan/kiri perut ibu teraba

keras, memanjang dari atas ke bawah.

Sebelah kanan/kiri ibu teraba bagian-

bagian kecil janin.

Leopold III : Pada bagian bawah perut ibu teraba bagian bulat, keras, dan ada lentingan.

Bagian terbawah janin masih bisa digoyangkan / tidak.

Leopold IV : Seberapa jauh kepala janin sudah masuk PAP. Konvergen/Divergen

Perlimaan : 0/5 – 3/5

3) Auskultasi

DJJ : (+)/ (-)

Punctum max : 1-2 jari dibawah pusat ibu sebelah kanan/kiri

Frekuensi : 120-160 kali/menit

Irama : Teratur/tidak

Intensits : Kuat/lemah

4) Kontraksi

Lamanya : <20 detik / 35-40 detik / >40 detik

(Partograf)

Frekuensi : 3-4 x dalam 10 menit

Irama : Teratur/tidak teratur

5) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Belum masuk PAP = $(TFU - 12) \times 155$

Sudah masuk PAP = $(TFU - 11) \times 155$

j. Genetalia

Kebersihan : bersih/tidak

Varise : Ada/ Tidak

Pengeluaran : Ada

Masalah : Ada/ Tidak

Pemeriksaan dalam

Portio : Lunak/kaku, tipis/tebal

Posisi : Ante/Retro

Penipisan : 10-100%

Pembukaan : 4-10 cm

Presentasi : Kepala

Penurunan : H III-III

Petunjuk : UUK/UUB

Ketuban : (+/-)

Moulage : 0/1/2/3

k. Ektremitas atas dan bawah

1) Atas

Kebersihan : Bersih/tidak

Warna kuku : Merah muda/pucat/kebiruan

Oedema : Ada/tidak

Kelainan : Ada/tidak

2) Bawah

Kebersihan : Bersih/tidak

Warna kuku : Merah muda/pucat/kebiruan

Oedema : Ada/tidak

Kelainan : Ada/tidak

Varises : Ada/tidak

Reflex patella : (+) / (-)

II. INTERPRETASI DATA

A. Diagnosa

Ny “....” Umur Tahun G...P...A... umur kehamilan (UK) 37-40 minggu, janin tunggal hidup, intrauterin, presentasi kepala, keadaan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik inpartu kala I fase aktif.

1. Data Subjektif :

- a. Ibu mengatakan usia kehamilannya 9 bulan / 37 – 40 minggu (sesuai usia kehamilan)
- b. Ibu mengatakan ini kehamilannya yang ke Dan pernah / tidak pernah keguguran
- c. Ibu mengatakan HPHT tanggal....
- d. Ibu mengatakan sudah merasakan gerakan janinnya
- e. Ibu mengatakan berumur 20-35 tahun
- f. Ibu mengatakan jarak kehamilannya lebih dari dua tahun
- g. Ibu mengatakan sudah merasa mules-mules teratur menjalar dari perut bagian bawah ke pinggang sejak jam...
- h. Ibu mengatakan keluar lendir bercampur darah dari kemaluan ibu
- i. Ibu mengatakan belum keluar air-air.

2. Data Objektif :

- a. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : baik

Kesadaran : Composmentis

Tanda-Tanda Vital

TD : Sistolik 100-130 mmhg Diastolik 60-90
mmHg

Nadi : 80-90 x/menit

RR : 20-24 x/menit

T : 36,5-37,5 C

BB sekarang : ... kg

b. Palpasi

Leopold I : TFU (cm) sesuai usia kehamilan pada fundus teraba bagian agak bulat, lunak, dan tidak ada lentingan.

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
22 - 28 minggu	24-25 cm
28 minggu	26,7 cm
30 minggu	29,5 - 30 cm
32 minggu	29,5 - 30 cm
34 minggu	31 cm
36 minggu	32 cm
38 minggu	33 cm
40 minggu	37,7 cm

Leopold II : Disebelah kanan/kiri perut ibu teraba keras, memanjang dari atas ke bawah. Sebelah kanan/kiri ibu teraba bagianbagian kecil janin.

Leopold III : Pada bagian bawah perut ibu teraba bagian bulat, keras, dan ada lentingan. Bagian

terbawah janin masih bisa di goyangkan /
tidak.

Leopold IV : Seberapa jauh kepala janin sudah masuk
PAP. Konvergen/Divergen Perlimaan :0/5-3/5

c. Auskultasi

Punctum max : 1-2 jari dibawah pusat ibu sebelah
kanan/kiri

DJJ : (+)/ (-)

Irama : Teratur/tidak

Frekuensi : 120-160 kali/menit

Intensits : Kuat/lemah

Kontraksi

Lamanya : <20 detik / 35-40 detik / >40 detik

Frekuensi : 3-4 x dalam 10 menit

Irama : Teratur/tidak teratur

Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Belum masuk PAP = $(TFU - 12) \times 155$

Sudah masuk PAP = $(TFU-11) \times 155$

d. Genetalia

Kebersihan : bersih/tidak

Varises : Ada/ Tidak

Pengeluaran : Ada/ Tidak

Masalah : Ada/ Tidak

Pemeriksaan dalam

Portio : Lunak/kaku,tipis/tebal

Posisi : Ante/Retro

Penipisan : 10-100%

Pembukaan : 5-10 cm

Presentasi : Kepala

Penurunan : H III-III

Petunjuk : UUK/UUB

Ketuban : (+/-)

B. Masalah

1. Nyeri persalinan
2. Cemas

C. Kebutuhan

1. Informasikan hasil pemeriksaan
2. Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan cairan yang harus dipenuhi
3. Pemenuhan kebutuhan eliminasi
4. Pemenuhan kebutuhan personal hygiene
5. Pemenuhan kebutuhan mobilisasi dan posisi

6. Pemenuhan kebutuhan istirahat
7. Manajemen pengurangan nyeri persalinan
8. Dukungan fisik dan psikologis
9. Pemantauan dengan patograf
10. Manajemen pengurangan kecemasan
11. Manajemen pengurangan kelelahan
12. Ajarkan Teknik mengejan

III. IDENTIFIKASI MASALAH/MASALAH POTENSIAL

Kala I memanjang

IV. TINDAKAN SEGERA

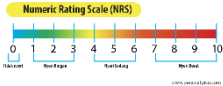
Ada / Tidak ada

V. INTERVENSI

No.	Tujuan/Kriteria	Intervensi	Rasionalisasi
Dx	Tujuan : Persalinan kala I berlangsung normal tanpa masalah, pada ibu primipara 12 jam dan pada multipara 7 jam. Kriteria : 1. Keadaan umum ibu baik 2. Kesadaran: Composmentis 3. TTV dalam batas normal 4. Ibu dapat beristirahat disela kontraksi 5. Denyut jantung janin Frekuensi : 120-160 x/m Intensitas: kuat Irama : teratur	1. Lakukan informed consent. 2. Informasikan hasil pemeriksaan. 3. Pemenuhan kebutuhan nutrisi memberikan makanan padat pada fase laten. Sedangkan pada fase aktif ibu dapat diberikan makanan padat yang mudah dicerna dan minuman bernutrisi seperti (isotonic, jus, susu dan teh manis). Pemberian nutrisi dan dapat diberikan sedikit-sedikit diantara kontraksi pada kala satu akhir (Yulizawati et al., 2019).	1. Lakukan informed consent. 2. Dengan menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dapat mengetahui kehamilan ibu dalam keadaan normal atau tidak dan ibu dapat menerima nasihat yang diberikan. 3. Kebutuhan nutrisi dan cairan diharapkan dapat mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu bersalin sehingga menambah kekuatan ibu untuk bersalin (Yulizawati et al., 2019).

	6. Ibu tidak dehidrasi 7. Ibu makan makanan lunak yang mudah dicerna dan minum 2-3 liter 8. Kandung kemih kosong 9. Ibu melakukan mobilisasi 10. Patograf tidak melewati garis waspada	4. Penkes tentang kebutuhan eliminasi. Untuk membantu kemajuan persalinan dan meningkatkan kenyamanan pasien. Anjurkan ibu untuk berkemih secara spontan sesering mungkin atau minimal setiap 2 jam sekali selama persalinan, bila ibu tidak dapat berkemih sendiri dapat dilakukan keterisasi. Jika pasien mengatakan ingin BAB, bidan harus memastikan kemungkinan adanya tanda dan gejala masuk pada kala II (Sulfianti et al., 2020) 5. Penkes tentang personal hygiene. Membilas kemaluan dengan air bersih setelah BAK, dan menggunakan sabun setelah BAB. Menjaga vagina dalam kondisi tetap bersih sangat penting karena pengeluaran air ketuban, lendir darah menimbulkan perasaan yang tidak nyaman untuk ibu. Sehingga ibu dianjurkan untuk mandi agar lebih segar dan bertenaga (Yulizawati et al., 2019). 6. Kebutuhan istirahat tidur Selama proses persalinan berlangsung, kebutuhan istirahat pada ibu bersalin tetap harus dipenuhi. Istirahat selama proses persalinan (Yulizawati,2019). 7. Penkes tentang mobilisasi dan posisi untuk membantu ibu berganti posisi yang nyaman agar ibu merasa ada orang yang menemani disaat proses menjelang persalinan di sini ibu diperbolehkan berjalan, berdiri, duduk, jongkok, berbaring miring atau merangkak. Posisi	4. Kandung kemih yang penuh, dapat menghambat penurunan bagian terbawah janin, selain itu juga akan meningkatkan rasa tidak nyaman yang tidak dikenali pasien karena bersama dengan munculnya kontraksi uterus (Sulfianti et al., 2020) 5. Pada kala I fase aktif, dimana terjadi peningkatan <i>bloody show</i> dan ibu sudah tidak mampu untuk mobilisasi. Bidan membantu ibu untuk menjaga kebersihan genetaliaanya untuk menghindari terjadinya potensi kuman atau bakteri masuk (Yulizawati et al., 2019). 6. Istirahat selama proses persalinan,yang dimaksud memberikan kesempatan pada ibu untuk mencoba relax tanpa adanya tekanan emosional dan fisik. Hal ini dilakukan selama tidak ada his (diselasele his). Ibu bisa berhenti sejenak untuk melepas rasa sakit akibat his, makan atau minum, atau melakukan hal menyenangkan yang lain untuk melepas lelah, atau apabila memungkinkan ibu dapat tidur (Yulizawati et al., 2019).. 7. Dengan pemilihan posisi Mobilisasi yang tepat dapat membantu dalam meningkatkan kemajuan persalinan, dapat juga mengurangi rasa jenuh dan kecemasan yang dihadapi ibu menjelang kelahiran janin (Utami & Fitriahadi, 2023)
--	---	--	---

		tegak seperti berjalan, berdiri atau jongkok dapat membantu turunnya kepala bayi dan seringkali mempersingkat waktu persalinan (Utami & Fitriahadi, 2023)	
		8. Penkes tentang dukungan psikologis. Kebutuhan psikologis ibu selama persalinan meliputi: a. Kehadiran seorang pendamping b. Penerimaan atas sikap dan perilakunya. c. Informasi dan kepastian tentang hasil persalinan aman. d. Pemberian Sugesti e. Mengalihkan Perhatian	8. Ibu bersalin yang memiliki kepercayaan diri yang baik, Dengan adanya pendamping persalinan ibu merasa lebih aman dan nyaman, karena merasa lebih diperhatikan oleh orang yang mereka sayangi (Utami & Fitriahadi, 2023)
		9. Ajarkan ibu teknik mengejan yang benar, yaitu untuk mengedan mengikuti dorongan alamiahnya selama kontraksi beritahukan untuk tidak menahan napas saat mengedan, anjurkan ibu menarik napas panjang, pada saat mulai mengedan dan ibu mengatur nafas dengan baik dengan cara membuang napas sedikit demi sedikit minta untuk berhenti mengedan dan beristirahat di antara kontraksi (Sulfianti et al., 2020).	9. Hal ini dimaksudkan untuk mengantisipasi agar ibu tidak kelelahan (Sulfianti et al., 2020).
		10. Siapkan alat dan bahan Persalinan	10. Persiapan alat dan bahan persalinan memudahkan petugas dalam memberikan asuhan.
		11. Pemantauan dengan partograf	11. Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan. Tujuan utama penggunaan partograf adalah untuk mencapai hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui VT dan mendeteksi dini adanya kemungkinan partus lama (Yulizawati, 2019).

M1	Tujuan : Setelah diberikan asuhan nyeri persalinan berkurang dan Ibu dapat beradaptasi dengan rasa nyeri Kriteria : 1. KU Ibu Baik 2. TTV dalam batas normal 3. Ibu mengetahui penyebab nyeri 4. Ibu mengetahui cara mengurangi nyeri 5. Ibu mengatakan nyerinya berkurang 6. Ibu mengatakan lebih nyaman 7. Pengukuran nyeri  -Nilai 1-3 merupakan nyeri ringan, berarti pasien masih dapat melakukan komunikasi dengan baik. -Nilai 4-6 merupakan nyeri sedang, pasien masih bisa mengikuti instruksi tetapi menunjukkan gejala-gejala nyerinya seperti menyeringai atau mendesis. -Nilai 7-9 merupakan nyeri berat yang ditandai dengan pasien yang masih bisa menunjukkan daerah nyeri dan masih merespon tindakan tetapi sulit mengikuti arahan. -Nilai 10 diberikan untuk nyeri hebat di mana pasien sudah	1. Anjurkan Relaksasi napas dalam dilakukan dengan cara menarik napas dari hidung dalam waktu 3-5 detik, lalu menghembuskan napas lewat mulut dalam waktu 3-5 detik pada saat kontraksi uterus. Kemudian pasien bernapas dengan normal 1-2 menit, lalu menarik napas dalam dengan mengempiskan rongga abdomen lalu mengeluarkan dari mulut dalam waktu 3-5 detik dengan kombinasi posisi duduk 10 menit, berdiri 10 menit dan berjalan 10 menit (Sulfianti et al., 2020) 2. Penkes tentang mobilisasi dan posisi untuk membantu ibu berganti posisi yang nyaman agar ibu merasa ada orang yang menemani disaat proses menjelang persalinan di sini ibu diperbolehkan berjalan, berdiri, duduk, jongkok, berbaring miring atau merangkak. Posisi tegak seperti berjalan, berdiri atau jongkok dapat membantu turunnya kepala bayi dan seringkali mempersingkat waktu persalinan (Utami & Fitriahadi, 2023) 3. Penkes tentang dukungan psikologis. Kebutuhan psikologis ibu selama persalinan meliputi: a. Kehadiran seorang pendamping b. Penerimaan atas sikap dan perilakunya. c. Informasi dan kepastian tentang hasil persalinan aman. d. Pemberian Sugesti e. Mengalihkan Perhatian 4. Berikan Teknik rebozo <i>shake the apple tree</i> dan lakukan selama 2–5 menit per sesi (atau setiap selang kontraksi) selama persalinan kala I fase aktif, ibu akan merasakan nyeri lebih rendah, dapat mengatasi rasa takut, membuat perasaan nyaman, rileks dan merespon secara positif proses persalinan (Damayanti et al.,	1. Relaksasi adalah Teknik untuk mencapai kondisi rileks. Maksudnya ketika seluruh sistem saraf, organ tubuh, dan panca indra kita beristirahat untuk melepaskan ketegangan yang ada, kita pada dasarnya tetap sadar salah satu cara yang paling umum digunakan adalah kontrol pernafasan. Dengan menarik nafas dalam–dalam kita mengalirkan oksigen ke darah yang kemudian dialirkan ke seluruh bagian tubuh. Hasilnya kita menjadi lebih tenang dan stabil (Sulfianti et al., 2020) 2. Dengan pemilihan posisi Mobilisasi yang tepat dapat membantu dalam meningkatkan kemajuan persalinan, dapat juga mengurangi rasa jenuh dan kecemasan yang dihadapi ibu menjelang kelahiran janin (Utami & Fitriahadi, 2023) 3. Ibu bersalin yang memiliki kepercayaan diri yang baik, Dengan adanya pendamping persalinan ibu merasa lebih aman dan nyaman, karena merasa lebih diperhatikan oleh orang yang mereka sayangi (Utami & Fitriahadi, 2023) 4. Selama persalinan, ligament sakroilial dan uterosakral mengalami ketegangan karena hormon relaxin, menyebabkan resistensi terhadap desensus janin. Gerakan "sifting" atau "shake" Rebozo (menggoyang panggul dengan kain melingkar di atas sakrum dan trochanter) meregangkan otot levator ani,
----	--	--	--

		2021). Atau dapat diberikan Teknik <i>shifting</i> selama 6-7 menit (Uludağ & Kocatürk, 2024) Dapat dilakukan sejak usia kehamilan 28 minggu hingga waktu persalinan, pada fase awal persalinan dan setelah memasuki fase aktif disela-sela kontraksi (Fahnawal & Yunita, 2022).	obturator internus, serta fascia pelvik, meningkatkan diameter transversal inlet panggul hingga 1-2 cm secara sementara. Ini mirip efek pelvic rocking, di mana akselerasi gravitasi dan friksi kain merangsang proprioepsi, mengurangi spasm otot dan membuka sudut sakrum-anterior (Wijayanti & Marfu, 2023).
M2	Tujuan: Ibu tidak cemas selama menghadapi persalinan kala I fase aktif Kriteria: - Keadaan umum ibu baik - TTV dalam batas normal TD: Sistole 100-120 mmHg Diastole 70-90 mmHg P: 80-90 ×/menit RR: 20-24 ×/menit T: 36,5-37,5°C N: 80-100 ×/menit - Ibu terlihat tenang dan tidak panik - Ibu dapat mengontrol dirinya dan kooperatif pada persalinannya	- Penkes tentang dukungan psikologis. Kebutuhan psikologis ibu selama persalinan meliputi: - Kehadiran seorang pendamping - Penerimaan atas sikap dan perilakunya. - Informasi dan kepastian tentang hasil persalinan aman. - Pemberian Sugesti - Mengalihkan Perhatian - Anjurkan Relaksasi napas dalam dilakukan dengan cara menarik napas dari hidung dalam waktu 3-5 detik, lalu menghembuskan napas lewat mulut dalam waktu 3-5 detik pada saat kontraksi uterus. Kemudian pasien bernapas dengan normal 1-2 menit, lalu menarik napas dalam dengan mengempiskan rongga abdomen lalu mengeluarkan dari mulut dalam waktu 3-5 detik dengan kombinasi posisi duduk 10 menit, berdiri 10 menit dan berjalan 10 menit (Sulfianti et al., 2020)	- Ibu bersalin yang memiliki kepercayaan diri yang baik, Dengan adanya pendamping persalinan ibu merasa lebih aman dan nyaman, karena merasa lebih diperhatikan oleh orang yang mereka sayangi (Utami & Fitriahadi, 2023) - Relaksasi adalah Teknik untuk mencapai kondisi rileks. Maksudnya ketika seluruh sistem saraf, organ tubuh, dan panca indra kita beristirahat untuk melepaskan ketegangan yang ada, kita pada dasarnya tetap sadar salah satu cara yang paling umum digunakan adalah kontrol pernafasan. Dengan menarik nafas dalam-dalam kita mengalirkan oksigen ke darah yang kemudian dialirkan ke seluruh bagian tubuh. Hasilnya kita menjadi lebih tenang dan stabil (Sulfianti et al., 2020)
MP	Tujuan : Tidak terjadi kala I Memanjang Kriteria : - Lama kala I Primi : 12 jam Multi : 8 jam - Fase Laten < 8 jam (pembukaan 0-3 cm)	- Pantau persalinan menggunakan partograph - Anjurkan ibu untuk mobilisasi dengan memilih posisi yang nyaman seperti miring kiri, berjalan, jongkok, merangkak atau setengah duduk	- Partograf adalah alat untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam menentukan Keputusan dalam penatalaksanaan - Posisi tegak seperti berjalan, berdiri atau jongkok dapat membantu turunnya kepala bayi dan seringkali memperpendek waktu persalinan. Berbaring miring kiri, posisi berbaring miring kiri dapat mengurangi

	3. Fase Aktif < 6 jam (pembukaan 4-10 cm)		penekanan pada vena cava inferior, sehingga dapat mengurangi kemungkinan terjadinya hipoksia janin karena suply oksigen tidak terganggu, dapat memberi suasana rileks bagi ibu yang mengalami kecapekan, dan dapat mencegah terjadinya robekan jalan lahir (Wijayanti dkk, 2022).
--	---	--	---

VI. IMPLEMENTASI

Implementasi sesuai dengan intervensi

VII. EVALUASI

Evaluasi sesuai dengan implementasi

ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN INPARTU KALA II

I. INTERPRETASI DATA

A. Diagnosa

Ny “....” Umur Tahun G...P...A... umur kehamilan (UK) 37- 40 minggu, janin tunggal hidup, intrauterin, presentasi kepala, keadaan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik inpartu kala II.

1. Data Subjektif

- a. Ibu mengatakan nyeri di daerah pinggang ke perut bagian bawah semakin sering
- b. Ibu mengatakan keluar lendir semakin banyak
- c. Ibu mengatakan seperti ingin buang air besar BAB dan mengejan

2. Data Objektif

- a. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : baik

Kesadaran : Composmentis

Tanda-Tanda Vital

TD : Sistolik 100-130 mmhg Diastolik 60-90
mmHg

Nadi : 80-90 x/menit

RR : 20-24 x/menit

T : 36,5-37,5 C

b. Auskultasi

Punctum max : 1-2 jari dibawah pusat ibu sebelah
kanan/kiri

DJJ : (+)/ (-)

Irama : Teratur/tidak

Frekuensi : 120-160 kali/menit

Intensits : Kuat/lemah

Kontraksi : His semakin kuat, Interval 2-3 menit,
durasi 50-100 detik

c. Genetalia

Pemeriksaan dalam

Portio : Tidak teraba

Pembukaan : 10 cm

Presentasi : Kepala

Penurunan : H IIII

Petunjuk : UUK/

Ketuban : (-)

Anus dan vulva : membuka

Perineum : menojol

Lendir bercampur darah semakin banyak dari jalan lahir

B. Masalah

1. Rasa cemas
2. Nyeri persalinan
3. Perineum kaku

A. Kebutuhan

1. Informasikan hasil pemeriksaan
2. Hadirkan pendamping persalinan
3. Pemenuhan kebutuhan cairan dan nutrisi
4. Pemantauan DJJ setiap 5 menit
5. Anjuran untuk beristirahat disela kontraksi
6. Bantu ibu memilih posisi yang nyaman
7. Lakukan episiotomy jika ada indikasi perineum kaku
8. Pertolongan persalinan sesuai APN

II. IDENTIFIKASI DIAGNOSA/MASALAH POTENSIAL

Kala II Lama

III. TINDAKAN SEGERA

Pertolongan sesuai APN

IV. INTERVENSI

No.	Tujuan/Kriteria	Intervensi	Rasionalisasi
Dx	Tujuan : Persalinan kala II berlangsung normal tanpa masalah. Kriteria : - Keadaan umum ibu baik - Kesadaran: composmentis TTV dalam batas normal TD; < 110/70mmHg - Denyut jantung Janin Frekuensi: 120-160 x/m Intensitas: kuat Irama: teratur - Penurunan kepala minimal 1cm/1jam - Kontraksi 4-5 x/10 menit lamanya kontraksi dalam 40 detik - Lamanya kala II pada multi < 1 jam dan pada nulipara < 2 jam - Ibu dapat beristirahat disela kontraksi - Ibu minum disela kontraksi - Pertolongan sesuai APN telah dilakukan - Bayi lahir spontan	- Beritahu ibu hasil pemeriksaan - Hadirkan pendamping selama proses persalinan dan kelahiran bayi - Anjurkan keluarga untuk memberikan ibu nutrisi cairan - Lakukan pemantauan DJJ setiap 5 menit (Wishaw, 2021) - Bantu ibu memilih posisi yang nyaman (Ulya, 2022) - Anjurkan ibu meneran apabila ketika ada His/seperti ada dorongan kuat/spontan untuk meneran dan beristirahat diantara kontraksi (Yulizawati et al., 2019) - Pimpin persalinan sesuai APN: - Saat kepala bayi membuka vulva 5-6 cm, letakkan kain bersih dan kering yang dilipat 1/3 nya dibawah bokong ibu dan siapkan kain	- Dengan menginformasikan diharapkan ibu dan keluarga mengerti bahwa pembukaan sudah lengkap dan ibu lebih bersemangat untuk mulai mengejan - Pendampingan suami dalam proses persalinan akan memberi efek lebih aman dan nyaman, karena merasa lebih diperhatikan oleh orang yang mereka sayangi - Dengan memberikan ibu minum diharapkan ibu tidak dehidrasi dan menjamin kesejahteraan ibu - Pemantauan denyut jantung janin (DJJ) setiap 5 menit pada kala II persalinan merupakan standar protokol kebidanan untuk mendeteksi dini distress janin akibat hipoksia selama fase pengeluaran janin. Frekuensi ini lebih ketat dibanding kala I (setiap 15-30 menit) karena intensitas kontraksi meningkat, mengurangi perfusi plasenta sementara (Wishaw, 2021) - Posisi yang nyaman dan tenang akan membantu meringankan kenyamanan pasien dalam menghadapi proses persalinan (Ulya, 2022) - Meneran secara berlebihan menyebabkan ibu kelelahan dan meningkatkan resiko pada bayi, sebagai akibat turunnya pasokan oksigen melalui plasenta (Yulizawati et al., 2019) - Dengan memimpin persalinan secara APN: - Melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya kepala bayi secara

		handuk bersih diatas perut ibu. Lindungi perineum dengan 1 tangan dilapis kain steril dan tangan yang lain beralaskan kassa dikepala bayi sambil melakukan tekanan lembut pada kepala bayi b. Usap muka bayi dengan kain atau kassa bersih c. Periksa lilitan tali pusat. d. Tunggu kepala melakukan putaran paksi luar secara spontan. e. Letakkan tangan pada sisi kiri dan kanan kepala bayi (secara biparietal), gerakkan kepala ke arah bawah dan lateral tubuh bayi hingga bahu depan melewati simfisis dan gerakkan kepala ke atas dan lateral tubuh bayi sehingga bahu dan seluruh dada dapat dilahirkan f. Susuri dari bagian tangan hingga memegang mata kaki g. Lakukan penilaian secara cepat pada bayi dan segera mengeringkan tubuh bayi kemudian keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks, ganti handuk basah dengan handuk/ kain yang kering. Pastikan bayi dalam posisi	bertahadap dan hati-hati dapat mengurangi tegangan berlebihan pada vagina dan perineum b. Diharapkan dapat membersihkan lendir dan darah dari mulut dan hidung bayi c. Diharapkan dengan mengecek lilitan tali pusat dapat mendeteksi apakah perlu dilakukan pemotongan atau pelonggaran tali pusat d. Putaran paksi luar dapat menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung/menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam e. Diharapkan dapat membantu mempercepat kelahiran bahu bayi f. Dengan penyelusuran pada bagian tangan hingga mata kaki diharapkan tidak terjadi tangan menjungkit ketika bahu telah lahir g. Penilaian secara cepat pada bayi dapat mengetahui adanya penyulit penyulit pada bayi.
--	--	--	---

		dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu h. Lakukan IMD. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu-bayi, luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau areola mammae ibu	, h. Posisi tengkurap dengan bahu lurus dan dada menempel memastikan transfer panas dari kulit ibu (thermal synchrony), mencegah hipotermia bayi sekaligus merangsang kontraksi uterus ibu melalui gerakan bayi. Kepala lebih rendah dari puting memanfaatkan gravitasi dan insting breast crawl agar bayi menemukan areola secara mandiri (Yulizawati et al., 2019)
M1	Tujuan : Cemas ibu dapat Berkurang Kriteria : 1. Ku : Baik 2. Tanda-tanda vital dalam batas normal 3. Ibu mengatakan kecemasannya berkurang, ekspresi wajah ibu Nampak tidak cemas	1. Berikan support mental pada ibu 2. Beritahu ibu tentang kondisinya 3. Anjurkan ibu untuk melakukan relaksasi nafas dalam	1. Pendampingan suami dalam proses persalinan akan memberi efek lebih aman dan nyaman, karena merasa lebih diperhatikan oleh orang yang mereka sayangi (Sulfianti et al., 2020) 2. Diharapkan ibu akan merasa lebih tenang setelah dijelaskan mengenai kondisinya 3. Relaksasi pernapasan merupakan pernapasan dengan teknik inhalasi (hirup) dan ekshalasi (hembuskan) yang dilakukan secara teratur dan mendalam akan menghasilkan efek yang baik yaitu menghasilkan oksigen yang cukup. Oksigen yang masuk secara optimal kedalam tubuh dapat merileksasi ketegangan otot dan menenangkan pikiran, mengurangi stress baik fisik maupun emosional sehingga dapat menurunkan intensitas nyeri dan mengurangi kecemasan pada ibu bersalin (Sulfianti et al., 2020)
M2	Tujuan: Setelah diberikan asuhan rasa nyeri dapat berkurang. Kriteria: 1. Keadaan umum ibu baik	1. Ajarkan ibu untuk relaksasi pernafasan dengan cara meminta ibu menarik nafas panjang (melalui hidung), tahan nafas sebentar kemudian dilepaskan dengan cara meniup (melalui mulut) sewaktu ada his.	1. Relaksasi pernapasan merupakan pernapasan dengan teknik inhalasi (hirup) dan ekshalasi (hembuskan) yang dilakukan secara teratur dan mendalam akan menghasilkan efek yang baik yaitu menghasilkan oksigen yang cukup. Oksigen yang masuk secara optimal kedalam tubuh dapat merileksasi ketegangan

	2. TTV dalam batas normal TD : 90/60 – 130/90 mmHg T : 36,5-37,5 C N : 80-100x/menit RR : 16-24 x/menit 3. Raut wajah ibu tidak merintis 4. Skala nyeri berkurang		otot dan menenangkan pikiran, mengurangi stress baik fisik maupun emosional sehingga dapat menurunkan intensitas nyeri dan mengurangi kecemasan pada ibu bersalin (Sulfianti et al., 2020)
M3	Tujuan: Perineum kaku teratasi Kriteria: 1. Keadaan umum: Baik 2. Kesadaran: Composmentis 3. TTV dalam Batas normal 4. tidak terjadi laserasi > derajat 2	1. Episiotomi bila diperlukan, ada 2 jenis yaitu: (Yulizawati et al., 2019) a. Episiotomi garis tengah (median), dari lubang vagina & memanjang ke arah anus b. Episiotomi mediolateral, miring dari lubang vagina & memanjang pada sudut 25°	1. Membantu kelahiran bayi & mencegah robekan yang tidak beraturan & berlebihan a. Sayatan median lebih mudah dilakukan, namun berisiko meluas ke arah anus b. Sayatan mediolateral memiliki risiko kecil untuk meluas ke anus, tetapi sulit di perbaiki
MP	Tujuan : Persalinan Kala II lama Tidak terjadi Kriteria : Keadaan umum : baik	1. Nilai keadaan umum ibu, keadaan janin dan tanda-tanda vital ibu melalui lembar partograf. 2. Jika persalinan lebih dari 1 jam pada multigravida dan 2 jam pada primigravida segera rujuk.	1. Dari pemantauan lembar patograf dapat diketahui keadaan ibu dan janin apakah dalam keadaan sejahtera atau tidak. 2. Rujuk dalam keadaan optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan yang memadai dan diharapkan masalah atau penyulit dapat ditangani.

V. IMPLEMENTASI

Implementasi sesuai dengan intervensi

VI. EVALUASI

Evaluasi sesuai dengan implementasi

ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN INPARTU KALA III

II. INTERPRETASI DATA

A. Diagnosa

Ny “....” Umur Tahun P...A... inpartu kala III.

1. Data Subjektif :

Ibu senang anaknya sudah lahir, perut terasa mules lagi dan keras serta ada pengeluaran darah dari vagina

2. Data Objektif :

Pemeriksaan umum

Keadaan umum : baik

Kesadaran : Composmentis

Tanda-Tanda Vital

TD : Sistolik 100-130 mmhg Diastolik 60-90 mmHg

Nadi : 80-90 x/menit

RR : 20-24 x/menit

T : 36,5-37,5 C

a. Bayi lahir spontan, bugar, pukul ... WIB, JK : laki-laki/

Perempuan

b. Tali pusat menjulur depan vagina

c. TFU : 1-2 jari diatas pusat

d. Blass : Kosong /Penuh

e. Kontraksi : kuat/lemah

B. Masalah

Kelelahan

C. Kebutuhan

1. Lakukan palpasi abdomen untuk cek janin kedua
2. Informasikan kemajuan persalinan
3. Manajemen aktif kala III
4. Kebutuhan nutrisi dan cairan
5. Lakukan IMD (Inisiasi Menyusu Dini)
6. Pencegahan infeksi
7. Pantau tanda bahaya

III. IDENTIFIKASI DIAGNOSA/MASALAH POTENSIAL

Retensio Plasenta

IV. TINDAKAN SEGERA

Lahirkan plasenta dengan manajemen aktif kala III

V. INTERVENSI

No.	Tujuan/Kriteria	Intervensi	Rasionalisasi
Dx	Tujuan : Persalinan kala III berlangsung normal tanpa masalah. Kriteria : 1. Keadaan umum ibu baik 2. Kesadaran: composmentis 3. Plasenta keluar < 30 menit 4. Plasenta lahir lengkap	1. Lakukan palpasi abdomen untuk cek janin kedua 2. Informasikan kemajuan persalinan 3. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit (intramuskuler) di 1/3 IM distal	1. Melakukan pemeriksaan uterus untuk memastikan tidak ada janin kedua karena pemberian oksitosin akan menyebabkan uterus berkontraksi yang akan menurunkan pasokan oksigen kepada bayi jika masih terdapat bayi lain didalam uterus 2. Dengan memberitahukan informasi kemajuan persalinan, diharapkan ibu dan keluarga mengerti bahwa ibu dalam keadaan baik 3. Dengan pemberian oksitosin diharapkan dapat merangsang fundus uteri untuk berkontraksi

		lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin)	dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah
		4. Dalam waktu 2 menit setelah bayi lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3 cm dari pusar bayi. Gunakan jari telunjuk dan jari tengah tangan yang lain untuk mendorong isi tali pusat ke arah ibu dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama. Pemotongan dan pengikatan tali pusat. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut	4. Penundaan pemotongan tali pusat tidak hanya aman tetapi juga efektif meningkatkan kadar hemoglobin bayi
		5. Lakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) biasanya dalam waktu 30 menit sampai dengan 1 jam.	5. Melakukan IMD dapat mendorong kontak kulit-ke-kulit segera setelah lahir untuk merangsang bayi menyusu secara alami, memastikan asupan kolostrum, menurunkan risiko hipotermi serta memperkuat ikatan emosional ibu-bayi
		6. Lakukan manajemen aktif kala III	6. Dengan dilakukannya manajemen aktif kala III diharapkan mencegah perdarahan, dan mengurangi kehilangan darah kala III persalinan (Nurul & Rafhani, 2019).
		a. Lakukan Peregangan Tali Pusat Terkendali (PTT) dengan cara:	a. Peregangan tali pusat terkendali dilakukan untuk memfasilitasi pelepasan plasenta secara alami dengan memanfaatkan kontraksi uterus dan dorongan dorso-kranial di atas simfisis pubis membantu plasenta terlepas dari segmen bawah rahim melalui mekanisme Schultze atau Duncan, sehingga plasenta lahir spontan tanpa terjadinya inversio uteri
		a. Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva. Letakkan satu tangan di atas kain pada perut bawah ibu (di atas simfisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat	
		b. Setelah uterus berkontraksi, lakukan peregangan tali pusat terkendali (PTT) ke arah bawah sambil tangan lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso-	

		kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi kembali prosedur di atas c. Bila pada penekanan bagian bawah dinding depan uterus ke arah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah kranial hingga plasenta dapat dilahirkan. d. Bila terlihat tanda-tanda pelepasan plasenta, lakukan traksi ringan pada tali pusat mengarah searah kurva jalan lahir. Saat plasenta muncul di introitus vagina lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinl kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang tela disediakan. b. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras) c. Lakukan pengecekan plasenta (selaput dan kotiledon)	b. Masase uterus dilakukan untuk merangsang kontraksi otot rahim secara optimal setelah persalinan. Tindakan ini dan mengajarkan kepada keluarga bertujuan mencegah perdarahan postpartum akibat atonia uteri c. Mencegah retensi jaringan yang tertinggal di uterus, sehingga uterus dapat berkontraksi efektif dan menghindari perdarahan postpartum.
		7. Pencegahan Infeksi Salah satu peran bidan dalam pencegahan infeksi yaitu, dengan membersihkan	7. Dengan melakukannya pencegahan infeksi diharapkan

		ibu pasca persalinan dengan air DTT	ibu terjaga kebersihannya dan terhindar dari infeksi
M1	Tujuan : Kelelahan ibu Teratasi Kriteria : Ku : Baik Tanda-tanda vital dalam batas normal Tekanan darah : 120/80 mmhg Nadi: 60-100 x/menit Pernafasan : 16-24 x/menit Suhu : 36,5- 37.5 °C	1. Anjurkan ibu untuk makan dan minum 2. Anjurkan ibu untuk beristirahat 3. Pemenuhan personal hygiene seperti mengganti <i>under pad</i> ibu yang dapat menyerap cairan tubuh (lendir, darah, air ketuban) dengan baik.	1. Asupan makan dan minum sangat di butuhkan oleh ibu bersalin untuk menghindari kelelahan yang berakibat dehidrasi 2. Selama proses persalinan berlangsung ibu bersalin harus dapat memenuhi kebutuhan istirahat yang cukup 3. Tindakan ini meningkatkan kenyamanan fisik ibu dengan menghindari rasa tidak nyaman akibat kelembapan, serta mendukung proses pemulihan pasca persalinan dan mencegah infeksi.
MP	Tujuan: Retensio plasenta tidak terjadi Kriteria: Plasenta lahir lengkap sebelum 30 menit setelah bayi lahir	1. Lakukan dengan benar MAK teknik III yang yaitu menyuntikkan oksitosin, lalu lakukan peregangan tal pusat terkendali dan masase uterus. 2. Berikan suntikan oksitosin yang kedua apabila plasenta tidak lahir 15 menit setelah pemberian oksitosin pertama 3. Apabila plasenta belum lahir 30 menit bayi lahir segera lakukan persiapan rujukan untuk melakukan manual plasenta.	1. Tujuan MAK III Adalah untuk menghasilkan Kontraksi uterus lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu setiap kala, mencegah perdarahan, dan mengurangi kehilangan darah kala tiga persalinan 2. Dengan disuntikkan oksitosin yang kedua dapat membantu merangsang pelepasan plasenta 3. Plasenta yang belum lahir dalam 30 menit setelah kelahiran bayi, bidan segera mempersiapkan rujukan untuk manual plasenta guna mencegah komplikasi serius dalam asuhan kebidanan

VI. IMPLEMENTASI

Implementasi sesuai dengan intervensi

VII. EVALUASI

Evaluasi sesuai dengan implementasi

ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN INPARTU KALA IV

II. INTERPRETASI DATA

A. Diagnosa

Ny “....” Umur Tahun P...A... inpartu kala IV

1. Data Subjektif :

Ibu mengatakan Senang ari-arinya sudah lepas, Perutnya masih terasa keras dan mules, Darah masih keluar sedikit

2. Data Objektif :

Pemeriksaan umum

Keadaan umum : baik

Kesadara : Composmentis

Tanda-Tanda Vital

TD : Sistolik 100-130 mmhg Diastolik 60-90 mmHg

Nadi : 80-90 x/menit

RR : 20-24 x/menit

T : 36,5-37,5 C

a. Plasenta dan selaput janin lahir spontan lengkap jam ... Wib

b. TFU setinggi pusat

c. Blas : Kosong

d. Kontraksi : Baik /Tidak

e. Vagina :

- Perdarahan kurang lebih < 200 cc
- Robekan/laserasi jalan lahir

B. Masalah

1. Robekan jalan lahir
2. Nyeri luka perineum

C. Kebutuhan

1. Informasikan hasil pemeriksaan
2. Pemantauan kala IV
3. Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan cairan
4. Pemenuhan kebutuhan istirahat
5. Ambulasi dini
6. Manajemen masalah penjahitan perineum bila diperlukan
7. Lanjutkan IMD
8. Berikan penkes tanda bahaya
9. Lengkapi partograph
10. Manajemen rasa nyeri perineum

III. IDENTIFIKASI DIAGNOSA/MASALAH POTENSIAL

Perdarahan post partum primer

IV. TINDAKAN SEGERA

1. Observasi keadaan umum ibu
2. Observasi TTV
3. Observasi kontraksi uterus dan jumlah perdarahan

V. INTERVENSI

No.	Tujuan/Kriteria	Intervensi	Rasionalisasi
Dx	Tujuan : Inpartu kala IV berlangsung normal Kriteria : - Keadaan umum ibu baik - Kesadaran: composmentis - TTV dalam batas normal TD : Sistol: 100-130 Diastol: 60-90 mmHg N : 60-100 kali/ menit RR : 16-24 kali/menit T : 36,5°C - 37,5°C - Ibu dapat beristirahat - Kontraksi baik - pendarahan < 500 cc - IMD dilakukan minimal 1 jam - Kandung kemih kosong	- Informasikan hasil pemeriksaan. - Pemantauan kala IV pasca persalinan: - Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih, dan perdarahan yang terjadi setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit dalam 1 jam kedua kala IV. Jika ada temuan yang tidak normal, lakukan observasi, dan penilaian sering. - Pemijatakan uterus untuk memastikan menjadi keras setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit dalam 1 jam kedua kala IV. Jika ada temuan yang tidak normal, tingkatkan frekuensi observasi dan penilaian. - Pantau temperatur tubuh ibu satu kali setiap jam selama 2 jam pertama pascalin. Jika temperature meningkat, pantau lebih sering. - Penilaian perdarahan. Periksa perineum dan vagina setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit dalam 1 jam kedua kala IV. - Apabila kandung kemih penuh, bantu ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya, dan anjurkan untuk mengosongkan kandung kemihnya setiap kali di perlukan. - Ajarkan ibu dan keluarga bagaimana menilai tonus dan perdarahan uterus Ajarkan juga cara pemijatakan uterus jika uterus menjadi lembek.	- Dengan menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dapat mengetahui kehamilan ibu dalam keadaan normal atau tidak dan ibu dapat menerima nasihat yang diberikan. - Pemantauan dilakukan 2 jam pertama, jika ada temuan yang tidak normal lakukan observasi dan penilaian lebih sering

		g. Minta anggota keluarga untuk memeluk bayi. Bersihkan dan bantu ibu menggunakan baju dan sarung yang bersih serta atur posisi ibu agar nyaman. Jagalah agar tubuh dan kepala bayi terselimuti dengan baik, lalu berikan bayi kepada ibu, dan ajarkan untuk dipeluk dan diberikan ASI. 3. Pemenuhan kebutuhan Cairan dan Nutrisi. Setelah melalui proses persalinan diharapkan ibu mendapatkan asupan makan dan minum yang cukup. Asupan makanan yang cukup (makanan utama atau makanan ringan) merupakan sumber dari glukosa darah, yang merupakan sumber utama energy untuk sel-sel tubuh kadar gula darah yang rendah dapat mengakibatkan hipoglikemia, sedangkan asupan cairan yang kurang akan mengakibatkan dehidrasi pada ibu bersalin 4. Pemenuhan kebutuhan Istirahat untuk memulihkan energi yang digunakan selama proses persalinan dan memberikan kesempatan pada ibu untuk mencoba relax tanpa adanya tekanan emosional dan fisik. 5. Anjurkan ambulasi dini 1-2 jam setelah plasenta lahir dilakukan dengan miring kanan-kiri, duduk, berdiri, hingga berjalan ke kamar mandi secara bertahap. Tujuannya mempercepat involusi uteri (pengecilan rahim), melancarkan lochia, meningkatkan tonus otot, dan mencegah thrombosis. 6. Lakukan penjahitan perineum jika diperlukan. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum dan lakukan penjahitan bila terjadi laserasi (apabila robekan derajat 1 dan 2)	3. Kebutuhan nutrisi dan cairan ibu bersalin harus dipastikan cukup untuk mencegah hilangnya energi 4. Kebutuhan Istirahat ibu diizinkan untuk tidur apabila sangat kelelahan, istirahat setelah proses persalinan dapat membantu ibu untuk memulihkan fungsi alat-alat reproduksi dan meminimalisasi trauma pada saat persalinan 5. Ambulasi dini pada kala 4 (1-2 jam pasca persalinan) sangat dianjurkan untuk mempercepat pemulihan fisik, meningkatkan sirkulasi darah, mencegah trombosis vena dalam (DVT), serta merangsang kontraksi uterus untuk mengurangi risiko perdarahan post partum. 6. Mengetahui derajat laserasi maka dapat mengetahui tindakan yang akan dilakukan, apakah laserasi dapat dilakukan penjahitan
--	--	---	---

		oleh bidan atau harus dirujuk 7. Lanjutkan IMD. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu-bayi, luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau areola mammae ibu. 8. Berikan penkes tanda bahaya kala IV yang mungkin terjadi seperti perdarahan dan kapan harus mencari bantuan medis 9. Lengkapi partograf. (halaman depan dan belakang), periksa tanda-tanda vital, lakukan asuhan dan pemantauan kala IV persalinan setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua	7. Tujuan utama dari inisiasi menyusui dini adalah agar bayi dapat menyusui ke ibunya dengan segera. Namun, secara tidak langsung akan membangun komunikasi yang baik dengan ibuk sejak dini (<i>bounding attachment</i>). 8. Ibu dan keluarga harus memberitahu bidan atau tenaga kesehatan terdekat, apabila menjumpai tanda-tanda bahaya kala IV. 9. Tujuan utama penggunaan Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan. Tujuan utama penggunaan partograf: Mencatat hasil observasi dan menilai kemajuan persalinan, Mendeteksi apakah persalinan berjalan normal atau terdapat penyimpangan, dengan demikian dapat melakukan deteksi dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama
M1	Tujuan: Robekan/laserasi jalan lahir dapat teratasi Kriteria: 1. Tidak terjadi robekan perineum >Derajat 2 2. Tidak ada perdarahan aktif 3. TTV dalam batas normal TD :	1. Lakukan pemeriksaan TTV dan pastikan TTV dalam batas normal 2. Lakukan pemeriksaan robekan/laserasi jalan lahir 3. Lakukan penjahitan pada laserasi	1. Melakukan pemantauan TTV dapat mengetahui adanya tanda-tanda bahaya seperti syok, dehidrasi dan infeksi pada ibu. 2. Mengetahui derajat laserasi maka dapat mengetahui tindakan yang akan dilakukan, apakah laserasi dapat dilakukan penjahitan oleh bidan atau harus dirujuk 3. Penjahitan Perineum dilakukan untuk mencegah kehilangan darah terlalu banyak. Perineum yang telah robek apabila tidak diperbaiki dengan melakukan hecting dapat

	Sistole 100-130 mmHg Diastole 60-90 mmHg P : 80-90 ×/menit RR: 20-24 ×/menit T : 36,5-37,5°C		mempengaruhi estetika dan bahkan fungsinya, sehingga perbaikan/penjahitan perineum menjadi suatu kebutuhan fisiologis ibu bersalin. Saat melakukan penjahitan perineum ada prinsip yang harus diterapkan, yaitu steril dan asuhan sayang ibu. Selalu masukkan/injeksikan anestesi lokal sebelum memulai menjahit perineum untuk mengurangi nyeri saat proses penjahitan
M2	Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan nyeri. Kriteria : 1. Ibu mengatakan nyeri berkurang 2. Ekspresi wajah tidak meringis 3. Luka jahitan tidak oedem 4. Perdarahan tidak terjadi	1. Lakukan pemeriksaan TTV dan pastikan TTV dalam batas normal 2. Pemberian konseling pada ibu untuk merawat luka jahitan perineum a) Menjaga daerah luka jahitan dengan mengganti pakaian dalam jika lembab b) Menjaga kebersihan area genitalia setelah BAB atau BAK, membersihkan/mengeringkan menggunakan tissue/kain bersih kering 3. Anjurkan Relaksasi napas dalam dilakukan dengan cara menarik napas dari hidung dalam waktu 3-5 detik, lalu menghembuskan napas lewat mulut dalam waktu 3-5 detik pada saat kontraksi uterus. Kemudian pasien bernapas dengan normal 1-2 menit, lalu menarik napas dalam dengan mengempiskan rongga abdomen lalu mengeluarkan dari mulut dalam waktu 3-5 detik dengan kombinasi posisi duduk 10 menit, berdiri 10 menit dan berjalan 10 menit (Sulfianti et al., 2020)	1. Melakukan pemantauan TTV dapat mengetahui adanya tanda-tanda bahaya seperti syok, dehidrasi dan infeksi pada ibu 2. Diharapkan tidak terjadi infeksi pada luka jahitan perineum dan mempercepat proses penyembuhan luka 3. Relaksasi adalah Teknik untuk mencapai kondisi rileks. Maksudnya ketika seluruh sistem saraf, organ tubuh, dan panca indra kita beristirahat untuk melepaskan ketegangan yang ada, kita pada dasarnya tetap sadar salah satu cara yang paling umum digunakan adalah kontrol pernafasan. Dengan menarik nafas dalam-dalam kita mengalirkan oksigen ke darah yang kemudian dialirkan ke seluruh bagian tubuh. Hasilnya kita menjadi lebih tenang dan stabil (Sulfianti et al., 2020)

		4. Anjurkan ibu istirahat untuk menggantikan energi yang hilang. 5. Tetap minta keluarga untuk mendampingi ibu.	4. Ibu dapat memulihkan kembali tenaganya sehingga ibu tidak terlalu kelelahan. 5. Didampingi keluarga ibu merasa nyaman dan mendapat dukungan dengan kelahiran bayinya
MP	Tujuan : Perdarahan postpartum primer tidak terjadi Kriteria: 1. TTV dalam batas normal TD : Sistol:100-120mmHg Diastole:90-80mmHg P: 80-90 x/m RR:16- 24 x/m T:36,5-37,5° C 2. Ibu tidak pucat 3. Perdarahan <500cc	1. Lakukan pemantauan TTV, kontraksi uterus dan kandung kemih. 2. Evaluasi kehilangan darah. 3. Anjurkan ibu untuk melakukan masase dan mengecek kontraksi uterus. 4. Anjurkan ibu untuk mobilisasi secara bertahap yaitu miring kiri dan miring kanan pada 2 jam pertama dan pada 6 jam pertama ibu dapat mulai duduk, berdiri hingga berjalan ke kamar mandi. 5. Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih. 6. Apabila terjadi perdarahan lakukan tindakan untuk mengatasi perdarahan dengan cara mengecek sumber perdarahan.	1. Dengan dilakukan pemantauan TTV dapat mengetahui ada atau tidak ada tanda- tanda syok dan infeksi pada ibu 2. Dengan mengevaluasi kehilangan darah dapat mengetahui seberapa banyak darah yang keluar dan memberikan penanganan yang sesuai. 3. Dengan ibu melakukan masase dapat membantu uterus berkontraksi dan mencegah perdarahan. 4. Dengan ibu melakukan mobilisasi secara bertahap dapat membatasi gerak ibu yang terlalu aktif hingga tidak terjadi perdarahan dan membantu proses involusi uteri. 5. Setelah kandung kemih kosong dapat membantu uterus berkontraksi dan perdarahan tidak terjadi 6. Dengan mengetahui sumber perdarahan dapat memberikan tindakan sesuai dengan masalah yang ada.

VI. IMPLEMENTASI

Implementasi sesuai dengan intervensi

VII. EVALUASI

Evaluasi sesuai dengan implementasi

C. Kerangka Konseptual

