BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalinan normal merupakan proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir kemudian berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan (37-42 minggu) atau dapat hidup diluar kandungan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin(Hafifa Nuryana et al., 2023). Jadi persalinan adalah proses pengeluaran (kelahiran) hasil konsepsi yang dapat hidup diluar uterus melalui vagina ke dunia luar. Proses tersebut dapat dikatakan normal atau spontan apabila bayi yang dilahirkan berada pada posisi letak belakang kepala dan berlangsung tanpa bantuan alat-alat atau pertolongan, serta tidak melukai ibu dan bayi. Pada umumnya proses ini berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam.(Paramitha Amelia. K, 2019)

2. Sebab Mulainya Persalinan

Menurut (Fitriana & Nurwiandani, 2020), sebab mulainya persalinan yaitu

a. Penurunan Kadar Progesteron

Hormon estrogen dapat meninggikan kerentanan otot rahim, sedangkan hormon progesteron dapat menimbulkan relaksasi otot-otot rahim. Selama

masa kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen di dalam darah. Namun, pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his. Hal inilah yang menendakan sebab-sebab mulainya persalinan.

b. Teori Oxytocin

Pada akhir usia kehamilan, kadar oxytocin bertambah sehingga menimbulkan kontraksi otot-otot rahim.

c. Ketegangan Otot-Otot

Seperti halnya dengan kandung kencing dan lambung bila dindingnya terengang oleh karena isinya bertambah maka terjadi kontraksi untuk mengeluarkan yang ada di dalamnya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan atau bertambahnya ukuran perut semakin terengang pula otot-otot rahim dan akan menjadi semakin rentan.

d. Pengaruh Janin

Hypofise dan kelenjar-kelenjar suprarenal janin rupa-rupanya juga memegang peranan karena anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasanya.

e. Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh deciduas, diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 atau E2 ysng diberikan secara intravena, dan extra amnial menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap umur kehamilan.

Hal juga didukung dengan adanya kadar progtaglandin yang tinggi, baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu-ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan. Penyebab terjadinya proses persalinan masih tetap belum bias dipastikan, besar kemungkinan semua faktor bekerja bersama, sehingga pemicu persalinan menjadi multifaktor.

3. Tanda-Tanda Persalinan

Menurut Fitriana dan Nurwiandani (2020) tanda-tanda persalinanmeliputi:

a. Tanda-tanda bahwa persalinan sudah dekat

1) Ligtening, kepala turun memasuki pintu atas panggul. Masuknya bayi ke pintu atas panggul menyebabkan ibu merasakan ringan dibagian atas perut dan rasa sesaknya berkurang, kesulitan berjalan dan seing buang air kecil (follaksuria).
2) Terjadinya his pendahuluan yang bersifat :
   a) Nyeri hanya terasa di perut bagian bawah.
   b) Tidak teratur
   c) Lama his pendek, tidak bertambah kuat dengan majunya waktu dan berkurang bila dibawa berjalan.
   d) Tidak ada pengaruh pada pendataran dan pembukaan serviks.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

b. Tanda-Tanda Awal Persalinan

1) Timbulnya His Persalinan

a) Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan.

b) Makin lama makin pendek intervalnya dan makin kuat intensitasnya.

c) Kalau dibawa berjakan tambah kuat.

d) Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan serviks

2) *BloodyShow*, merupakan lendir bercampur darah dari jalan lahir.

3) *Premature Rupture Of Membrane*, adalah keluarnya cairan banyak dengan sekonyong-konyong dari jalan lahir.hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin robek. Persalinan diharapkan akan dimulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar.

4. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Fitriana dan Nurwiandani (2020), pada setiap persalinan harus diperhatikan faktor-faktor yang mempengaruhinya, faktor-faktor tersebut diantaranya :

a. Jalan lahir (*passage*)

Menurut Fitriana Dan Nurwiandani (2020), *Passage* adalah faktor jalan lahir atau biasa disebut panggung ibu. Passage memiliki 2 bagian, yaitu bagian keras dan bagian lunak.

1) Bagian keras

a) Tulang panggul

(1) *Os coxae* : os ilium, os ischium, os pubis

(2) *Os sacrum* : promontorium

(3) *Os coccyangis*

b) Bidang hodge

Bidang yang dipakai untuk mengetahui seberapa jauh turunnya bagian bawah anak kedalam panggul.

(1) Hodge I : sama dengan PAP

(2) Hodge II: sejajar dengan PAP, melewati bawah simfisis.

(3) Hodge III : sejajar dengan PAP, melewati *spina isciadika.*

(4) Hodge IV : sejajar dengan PAP, melewari *os coccygis.*

c) Ukuran-ukuran panggul

(1) *Distansia spinarum* (DS), yaitu jarak antara kedua *spina iliaka anterior superior* (23-26 cm)

(2) *Distansia cristarum* (DC), yaitu jarak antara kedua *crista iliaka* kanan dan kiri (26-29 cm)

(3) *Conjugata eksterna* (CE), yaitu jarak dari tepi atas simfisis dan ujung *processus spinosus* tulang lumbal V (18-20 cm)

(4) Lingkar panggul (LP), yaitu jarak dari tepi atas simfis ke pertengahan antara *spina iliaka anterior superior* dengan *trochantor mayor* sebelah kanan, ke pertengahan antara*spina*

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

iliaka anterior superior dan *trochantor mayor* sebelah kiri kembali ke tepi atas simfisis (80-90 cm)

2) Bagian lunak

Bagian lunak terdiri atas otot, jaringan dan ligament. Jalan lahir lunak yang berperan dalam persalinan adalah SBR, serviks uteri dan vagina.

b. Janin dan plasenta (*passanger*)

1) Janin

a) Presentasi janin

Presentasi digunakan untuk menentukan bagian tubuh janin yang ada dibagian bawah rahim yang pertama kali teraba oleh jari pemeriksa saat melakukan pemeriksaan dalam. Misalnya presentasi kepala, presentasi bokong, presentasi bahu, presentasi muka, dan lain-lain.

b) Letak janin

Letak janin adalah bagaimana sumbu panjang janin berada terhadap sumbu ibu, misalnya memanjang (letak kepala dan letak bokong), melintang, obliq/miring.

c) Sikap janin

Menunjukkan hubungan bagian tubuh janin yang satu dengan yang lain, hal ini sebagian merupakan akibat pola pertumbuhan janin dan sebagian akibat penyesuaian janin terhadap bentuk rongga rahim. Janin umumnya dalam sikap fleksi, punggung janin sangat

fleksi, kepala fleksi kearah sendi lutut, tangan disilangkan di depan toraks dan tali pusat terletak di antara lengan dan tungkai.

d) Posisi janin

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

2) Plasenta

Plasenta adalah produk kehamilan yang akan lahir mengiringikelahiran janin, yang berbentuk bundar atau oval, ukurandiameter 15- 20 cm, tebal 2-3 cm, berat plasenta 500 - 600 gram. Letak plasenta yang normal: pada korpus uteri bagian depan atau bagian belakang agak ke arah fundus uteri. Bagian plasenta: permukaan maternal, permukaan fetal, selaput ketuban, tali pusat.

3) Air ketuban

Volume air ketuban pada kehamilan cukup bulan kira-kira 1000-1500 cc. Ciri-ciri air ketuban: berwarna putih keruh, berbau amis dan berasa manis, reaksinya agak alkalis dan netral.Fungsi air ketuban Pada persalinan: selama selaput ketuban tetap utuh, cairan amnion/air ketuban melindungi plasenta dan tali pusat dari tekanan kontraksi uterus. Cairan ketuban juga membantu penipisan dan dilatasi serviks.

c. Tenaga atau kekuatan (*power*)

1) His (kontraksi uterus)

His adalah kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Hal-hal yang perlu diperhatikan dari his :

a) Frekuensi his adalah jumlah his dalam waktu tertentu biasanya permenit atau per 10 menit.

b) Intensitas his adalah kekuatan his (adekuat atau lemah)

c) Durasi (lama his) adalah lamanya setiap his berlangsung dan ditentukan dengan detik, misalnya 50 detik.

d) Interval his adalah jarak antara his satu dengan his berikutnya. Misalnya his datang tiap 2-3 menit.

e) Datangnya his, apakah sering,teratur atau tidak.

Pembagian dan sifat his

(1) His pendahuluan: his tidak kuat dan tidak teratur namu menyebabkan keluarnya bloody show.

(2) His pembukaan (kala I): menyebabkan pembukaan serviks, semakin kuat, teratur,dan sakit.

(3) His pengeluaran (kala II): untuk mengeluarkan janin; sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi dan lama. Berkoordinasi bersama antara kontraksi otot perut, diafragma dan ligament.

Komonkes Poltekkes Bengkulu

2) Tenaga mengejan

Setelah pembukaan lengkap dan setelah ketuban pecah tenaga yang mendorong anak keluar selain his, terutama disebabkan oleh kontraksi otot-otot dinding perut yang mengakibatkan peninggian tekanan intra abdominal. Tenaga ini serupa dengan tenaga mengejan waktu kita buang air besar tapi jauh lebih kuat lagi.

d. Psikis Ibu

Menurut (Rukiyah, dkk 2019), Psikis ibu bersalin sangat berpengaruh dari dukungan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama bersalin dan kelahiran anjurkan merreka berperan aktif dalam mendukung dan mendampingi langkah-langkah yang mungkin akan sangat membantu kenyamanan ibu, hargai keinginan ibu untuk didampingi, dapat membantu kenyamanan ibu, hargai keinginan ibu untuk didampingi.

e. Penolong

Menurut (Abdul Bari Saifudin, 2019), Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Dalam hal ini proses persalinan tergantung dari kemampuan atau ketrampilan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan. Setiap tindakan yang akan diambil harus lebih mementingkan manfaat daripada kerugiannya. Bidan harus bekerja sesuai dengan standar. Standar yang ditetapkan untuk pertolongan persalinan

normal adalah standar asuhan persalinan normal (APN) yang terdiri dari 58 langkah dengan selalu memerhatikan aspek 5 benang marah asuhan persalinan normal.

5. Mekanisme Persalinan Normal

Dalam mekanisme persalinan normal terbagi dalam beberapa tahap gerakan kepala janin di dasar panggul yang diikuti dengan lahirnya seluruh anggota badan bayi.

a. Penurunan kepala

Terjadi selama proses persalinan karena daya dorong dari kontraksi uterus yang efektif, posisi, serta kekuatan meneran dari pasien.

b. Penguncian (*engagement*)

Tahap penurunan pada waktu diameter biparietal dari kepala janin telah melalui lubang masuk panggul pasien

c. Fleksi

Dalam proses masuknya kepala janin ke dalam panggul, fleksi menjadi hal yang sangat penting karena dengan fleksi diameter kepala janin terkecil dapat bergerak melalui panggul dan terus menuju dasar panggul. Pada saat kepala bertemu dengan dasar panggul, tahanannya akan meningkatkan fleksi menjadi bertambah besar yang sangat diperlukan agar saat sampai di dasar panggul kepala janin sudah dalam keadaan fleksi maksimal.

d. Putaran paksi dalam

Putaran internal dari kepala janin akan membuat diameter *anteroposterior* (yang lebih panjang) dari kepalamenyesuaikan diri dengan diameter *anteroposterior* dari panggul pasien. Kepala akan berputar dari arah diameter kanan, miring ke arah diameter PAP dari panggul tetapi bahu tetap miring ke kiri, dengan demikian hubungan normal antara as panjang kepala janin dengan panjang dari bahu akan berubah dan leher akan berputar 45 derajat. Hubungan anatara kepala dan panggul ini akan terus berlanjut selama kepala janin masih berada di dalam panggul. Pada umumnya rotasi penuh dari kepala ini akan terjadi ketika kepala telah sampai di dasar panggul atau segera setelah itu. Perputaran kepala yang dini kadang-kadang terjadi pada multipara atau pasien yang mempunyai kontraksi efisien.

e. Lahirnya kepala dengan ekstensi

Cara kelahiran ini untuk kepala dengan posisi oksiput posterior. Proses ini terjadi karena gaya tahanan dari dasar panggul, dimana gaya tersebut membentuk lengkungan carus, yang mengarahkan kepala ke atas menuju lorong vulva. Bagian leher belakang di bawah oksipuutakan bergeser ke bawah simfisis pubis dan bekerja sebagai titik poros (*hipomoklion*). Uterus yang berkontraksi kemudian memberikan tekanan tambahan di kepala yang menyebabkannya ekstensi lebih lanjutsaat lubang vulva vagina membuka lebar.

f. Restitusi

Restitusi ialah perputaran kepala sebesar 45 derajat baik ke kanan atau ke kiri, bergantung kepada arah dimana ia mengikuti perputaran menuju posisi *oksiput anterior.*.

g. Putaran paksi luar

Putaran ini terjadi secara bersamaan dengan putaran internal dari bahu. Pada saat kepala janin mencapai dasar panggul, bahu akan mengalami perputaran dalam arah yang sama dengan kepala janin agar terletak dalam diameter yang besar dari rongga panggul. Bahu anterior akan terlihat pada lubang vulva vaginal, dimana ia akan bergeser di bawah *simfisis pubis.*

h. Lahirnya bahu dan seluruh anggota badan bayi

Bahu *posterior* akan mengembungkan perineum dan kemudian dilahirkan dengan cara fleksi lateral. Setelah bahu dilahirkan, seluruh tubuh janin lainnya akan dilahirkan mengikuti *sumbu carus.*

6. Tahapan Persalinan

a. Kala I atau Kala Pembukaan

1) Pengertian

Menurut (Fitriana, Y. & Nurwiandani, 2018), tahap ini dimulai dari his persalinan yang pertama sampai pembukaan serviks menjadi lengkap. Berdasarkan kemajuan pembukaan maka kala I dibagi menjadi sebagai berikut

a) Fase Laten

Fase laten adalah fase pembukaan yang sangat lambat yaitu dari 0 sampai 3 cm yang membuktuhkan waktu 8 jam pada primigravida dan 3-4 jam pada multigravida. Pada fase laten ini akan ada his pendahuluan dengan ciri his tidak teratur dengan frekuensi kurang dari 2 kali dalam 10 menit dan lamanya his kurang dari 40 detik namun menyebabkan keluarnya *bloody show* (Marmi,2016)

b) Fase Aktif

Fase aktif adalah fase pembukaan yang lebih cepat yang terbagi lagi menjadi berikut ini.

(1) Fase akselerasi (fase percepatan), yaitu fase pembukaan dari pembukaan 4 cm sampai 4 cm yang dicapai dalam 2 jam. Dengan frekuensi his 2-3"10 lamanya kurang dari 40 detik.

(2) Fase dilatasi maksmimal, yaitu fase pembukaan dari pembukaan 4 cm sampai 9 cm yang dicapai dalam 2 jam. Dengan frekuensi his 4-5"10 lamnya his 30-40 detik.

(3) Fase deselerasi (kurangnya kecepatan), yaitu fase pembukaan dari pembukaan 9 cm sampai 10 cm selama 2 jam. Dengan frekuensi his 4-5"10 lamanya his 50-60 detik.

2) Perubahan Fisiologi Kala I

Perubahan Fisiologis kala I menurut(Walyani, E.S., & Purwoastuti, 2016) yaitu:

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

a) Perubahan tekanan darah

Perubahan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan *sistolik* rata-rata sebesar 10-20 mmHg dan kenaikan *diastolik* rata-rata 5-10 mmHg diantara kontraksi uterus, tekanan darah akan turun seperti sebelum masuk persalinan dan akan naik lagi bila terjadi kontraksi.

b) Perubahan Metabolisme

Selama persalinan baik metabolisme karbohidrat aerobik maupun anaerobik akan naik secara perlahan. Kenaikan ini sebagai besar akibat karena kecemasan serta kegiatan otot rangka tubuh.

c) Perubahan Suhu Badan

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, suhu mencapai tertinggi selama persalinan dan segera setelah persalinan. Kenaikan ini dianggap normal asal tidak melebihi 0,5-1 derajat C. kenaikan suhu ini 'mengindikasi adanya dehidrasi.

d) Denyut Jantung

Denyut jantung diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode persalinan atau belum masuk persalinan. Hal ını mencerminkan kenaikan metabolisme yang terjadi selama persalinan. Denyut jantung yang sedikit naik merupakan hal yang normal, meskipun normal perlu dikontrol secara periode untuk mengidentifikasi infeksi.

Komenkes Poltekkes Bengkulu

e) Pernafasan

Kenaikan pernafasan dapat disebabkan karena adanya rasa nyeri, kekhawatiran serta penggunaan teknik pernafasan yang tidak benar.

f) Perubahan *Renal*

Polyuri sering terjadi selama persalinan, hal ini disebakan oleh kardiak output yang meningkat secara glomelurus serta aliran plasma ke *renal Polyuri* tidak begitu kelihatan dalam posisi terlentang, yang mempunyai efek mengurangi aliran urine selama persalinan

g) Perubahan *Gastrointestinal*

Kemampuan pergerakan gstrik serta penyerapan makanan padat berkurang menyebabkan pencernaan hampir berhenti selama persalinan dan akan menyebabkan konstipasi

h) Perubahan Hematologis

Hematologis akan meningkat 1.2gr/100ml selama persalinan dan kembali ketingkat pra persalinan pada hari pertama. Jumlah sel-sel darah putih meningkat secara progresif selama kala satu persalinan sebesar 500 s/d 15.000 WBC sampai dengan akhir pembukaan lengkap, hal ini tidak berindikasi adanya infeksi.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

i) Kontraksi Uterus

Kontraksi uterus terjadi karena adanya rangsangan pada otot polos uterus dan penurunan hormon progesteron yang menyebabkan keluarnya hormon oksitosin.

j) Pembentukan *Segmen* Atas Rahim dan *Segmen* Bawah Rahim

Segmen atas rahim (SAR) terbantuk pada uterus bagian atas dengan sifat otot yang lebih tebal dan kontraktif, terdapat banyak otot sorong dan memanjang. Sar terbentuk dari fundus sampai ishimus uteri. *Segmen* bawah rahim (SBR) terbentang di uterus bagian bawah antara ishimus dengan serviks dengan sifat otot yang tipis dan elastis.

k) Perkembangan Retraksi Ring

Retraksi ring adalah batas pinggiran SAR dan SBR, dalam keadaan persalinan normal tidak nampak dan akan kelihatan pada persalinan abnormal, karena kontaksi uterus yang berlebihan, rektraksi akan nampak sebagai garis yang menonjol diatas simpisis yang merupakan tanda dan bahaya ruptur uterus.

l) Penarikan Serviks

Pada akhir kehamilan otot yang mengelilingi *ostium uteri internum* (OUT) ditarik oleh SAR yang menyebabkan serviks pendek dan menjadi bagian dari SBR. Bentuk serviks akan menghilang karena

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

canalis servikalis membesar dan membentuk ostium uteri eksterna (OUE) sebagai ujung dan bentuknya menjadi sempit

m) Pembukaan *Ostium Oteri Interna dan Ostium Oteri Externa*

Pembekuaan serviks,disebabkan karena membesarnya QUE karena otot yang melingkar disekitar ostium merenggang untuk dilewati kepala. Pembukaan uteri tidak saja terjadi kerena penarikan SAR akan tetapi karena tekanan isi uterus yaitu kepala dan kantong amnion

n) Show

Adalah pengeluaran dari vagina yang terdiri dan sedikit lendir yang bercampur darah, lendir ini berasal dari ekstruksi lendir yang menyumbat canalis servikalis sepanjang kehamilan, sedangkan darah berasal dari desidua vera yang lepas.

o) Tonjolan Kantong Ketuban

Tonjolan kantong ketuban ini disebabkan oleh adanya regangan SBR yang menyebabkan terlepasnya selaput korion yang menempel pada uterus, dengan adanya tekanan makan akan teelihat kantong yang berisi cairan yang menonjol ke ostium uteri internum yang terbuka.

p) Pemecahan Kantong ketuban

Pada akhir kala I bila pembukaan sudah lengkap dan tidak ada tahanan lagi, ditambah dengan koutraksi yang kuat serta desakan

janin yang menyebabkan kantong ketuban pecah, diikuti dengan proses kelahiran bayi.

3) Pemantauan persalinan dengan menggunakan partograf

a) Pengertian partograf

Partograf adalah catatan grafis kemajuan persalinan yang relevan tentang kesejahteraan ibu dan janin. Yang Memiliki garis tindakan dan garis peringatan untuk dimulainya intervensi tambahan oleh Bidan ataupun Dokter SPOG untuk kemajuan persalinan dalam mencegah gangguan persalinan, yang merupakan penyebab utama ibu dan bayi kematian, terutama di negara berkembang(Ayenew, A. A., & Zewdu, 2020).

b) Tujuan partograf

Menurut (Fitriahadi & Utami, 2019), tujuan penggunaan partograf sebagi berikut:

(1.1) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan memeriksa pembukaan serviks berdasarkan pemeriksaan dalam.

(1.2) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal, dengan demikian dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama. Hal ini merupakan bagian terpenting dari proses pengambilan keputusan klinik persalinan kala I.

Komenkes Poltekkes Bengkulu

c) Cara mencatat temuan pada partograf

Menurut Utami (2019), Observasi dimulai sejak ibu datang, apabila ibu datang masih dalam fase laten, maka hasil observasi ditulis di lembar observasi bukan pada partograf. Karena partograf dipakai setelah ibu masuk fase aktif yang meliputi:

(1) Indentifikasi ibu

Lengkapi bagian awal atau bagian atas lembar partograf secara teliti pada saat mulai asuhan persalinan yang meliputi Nama, Umur, Gravida, Para, Abortus, Nomor Rekam Medis/Nomor Klinik, Tanggal dan waktu mulai dirawat, Waktu pecahnya ketuban.

Kemenkes
Poltekkes Bengkulu

(2) Kondisi janin

Kolom lajur dan skala angka pada partograf bagian atas adalah untuk pencatatan.

(a) Denyut jantung janin

DJJ dinilai setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf diantara garis tebal angka 180 dan 100, nilai normal sekitar 120 s/d 160, apabila ditemukan DJJ dibawah 120 dan diatas 160, maka penolong harus waspada.

(b) Warna dan adanya air ketuban

Nilai air ketuban setiap kali melakukan pemeriksaan dalam

dengan menggunakan lambang sebagai berikut:

U: Jika ketuban Utuh belum pecah.

J: Jika ketuban sudah pecah dan air ketuban Jernih

M: Jika ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampurdengan Mekoneum.

D: Jika ketuban sudah pecah dan air bercampur ketubandengan Darah

K Jika ketuban sudah pecah dan air ketuban Kering

(c) Penyusupan/moulase kepala janin

Setiap kali melakukan periksa dalam nilai penyusupan kepala janın dengan menggunakan lambang sebagai berikut:

0: Tulang-tulang kepala janın terpisah sutura dengan mudah dapat diraba.

1: Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.

2:Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih, tetapi masih dapat dipisahkan.

3: Tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

(3) Kemajuan persalinan

(a) Dilatasi serviks

Pada kolom dan lajur kedua dari partograf adalah untuk pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 yang tertera

pada tepi kolom kiri adalah besarnya dilatasi serviks. Kotak diatasnya menunjukkan penambahan dilatasi sebesar 1 cm. Pada pertama kali menulis pembesaran dilatasi serviks harus ditulis tepat pada garis waspada. Cara pencatatannya dengan memberi tanda silang (X) pada garis waspada sesuai hasil pemeriksaan dalam/ VT. Hasil pemeriksaan dalam/ VT selanjutnya dituliskan sesuai dengan waktu pemeriksaan dan dihubungkan dengan garis lurus dengan hasil sebelumnya.

Apabila *dilatasi serviks* melewati garis waspada, perlu diperhatikan apa penyebabnya dan penolong harus menyiapkan ibu untuk dirujuk.

(b) Penurunan bagian terendah janin

Skala 0 s/d 5 pada garis tepi sebelah kiri keatas, juga menunjukkan seberapa jauh penurunan kepala janin kedalam panggul. Dibawah lajur kotak dilatasi serviks dan penurunan kepala menunjukkan waktu/ jam dimulainya fase aktif, tertera kotak-kotak untuk mericatat waktu aktual, saat pemeriksaan fase aktif dimulai, setiap kotak menunjukkan 30 menit.

Pendokumentasian kontraksi uterus lurus segaris pembukaan serviks mulai dicatat dalam partograf.

Komenkes Poltekkes Bengkulu

(c) Obat-obatan dan cairan yang diberikan

Dibawah lajur kotak observasi kontraksi uterus tersedia lajur kotak untuk mencatat obat-obatan dan cairan yang diberikan.

(d) Kondisi ibu

Bagian akhir pada lembar partograf berkaitan dengan kondisi ibu yang meliputi: Nadi, tekanan darah, temperatur tubuh, urine (volume, aceton, dan protein).

Catatan:Sebelum masuk fase aktif, hasil pemeriksaan ditulis dilembar observasi, karena partograf diisi setelah ibu masuk fase aktif. Asuhan, pengawasan dan keputusan klinik setelah bayi lahir ditulis dalam kolom yang tersedia atau dalam catatan kemajuan persalinan disebaliknya lembar partograf.

4) Tanda Bahaya Persalinan Kala I

Menurut (Fitriahadi & Utami, 2019), pada kala I terdapat tanda bahayanya sebagai berikut :

a) tekanan darah >140/90 mmhg rujuk ibu dengan membaringkan ibu miring ke kiri sambil diinfus dengan larutan D5%.
b) *Temperature*>38°C, beri minum banyak beri antibiotik dan rujuk
c) DJJ <100 atau >160x/m posisi ibu miring kiri beri oksigen, rehidrasi, bila membaik diteruskan dengan pantauan partograf, bila tidak membaik rujuk.

d) Kontraksi <2.10' berlangsung <40", atur ambulans, perubahan posisi tidur, kosongkan kandung kemih, stimulasi puting susu, memberi nutrisi, jika partograf melebihi garis waspada rujuk.

e) Serviks, melewati garis waspada beri hidrasi, rujuk

f) Cairan amnion bercampur mekoniom/darah/berbau, beri hidrasi antibiotik posisi tidur miring kiri, rujuk.

g) Urine, volume sedikit dan kental beri minum banyak.

b. Kala II

1) Pengertian

Menurut Fitriana dan Nurwiandani (2018), pengeluaran tahap persalinan kala II dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi. Proses ini berlangsung selama 2 jam pada ibu primi dan 1 jam pada ibu multi.

2) Tanda- Tanda Persalinan Kala II

Menurut Fitriana dan Nurwiandani (2018), tanda-tanda dimulainya tahap persalinan kala II ini diantaranya adalah ibu mulai ingin meneran, perineum menonjol, vulva vagina, dan sphincter anus membuka, jumlah pengeluaran air ketuban meningkat, HIS lebih kuat dan lebih cepat 2-3 menit sekali, pembukaan sudah lengkap (10 cm), pada primigravida berlangsung rata-rata 1,5 jam dan multipara rata-ratanya 0,5 jam. Ketika ibu bersalin sudah memasuki tahap ini, seorang bidan atau pendamping persalinan lain hendaknya melakukan

pemantauan terhadap kondisi ibu bersalin atau janinnya. Beberapa kondisi yang harus dipantau adalah sebagai berikut :

a) Usaha mengedan ibu bersalin
b) Palpasi kontraksi uterus (lakukan kontrol setiap 10 menit) yang meliputi frekuensi, kekuatan, dan waktu terjadinya kontraksi.
c) Lakukan pemeriksaan terhadap nadi dan tekanan darah setiap 30 menit
d) Periksa perubahan sikap dan tingkat tenaga yang dimiliki ibu bersalin
e) Periksa detak jantung janin setiap 15 menit atau lebih.

3) Perubahan Fisiologi Kala II

Menurut(Khairoh Miftahul, 2019), terdapat perubahan fisiologi yang terjadi pada kala II yaitu :

a) Keadaan segmen atas dan segmen bawah rahim

Sejak akhir kehamilan, rahim jelas terdiri dari 2 bagian, yaitu segmen atas rahim yang dibentuk oleh korpus uteri dan segmen bawah rahim yang dihasilkan oleh isthmus uteri. Dalam persalinan, perbedaannya bahkan lebih mencolok. *Segmen* atas berkontraksi dan dindingnya menebal seiring kemajuan persalinan.

Sebaliknya, *segmen* bawah rahim dan leher rahim mengendur dan melebar menjadi saluran tipis memanjang yang akan dilalui bayi. *Segmen* atas menjadi semakin kecil, sedangkan *segmen* bawah

memanjang dan menipis, dan isi rahim berangsur-angsur berpindah ke *segmen* bawah. Karena *segmen* atas lebih tebal dan segmen bawah lebih tipis, batas antara segmen atas dan bawah menjadi jelas. Batas ini disebut lingkaran penyusutan fisiologis. Jika segmen bawah diregangkan dengan kuat, lingkaran retraksi patologis (*Circle of Bandl*). Lingkaran bandl adalah tanda ancaman laserasi uterus yang terjadi ketika segmen anterior tidak dapat bergerak maju, seperti panggul yang sempit.

b) Perubahan bentuk rahim

Dengan setiap kontraksi, panjang sumbu rahim bertambah panjang sementara dimensi transversal dan ukuran permukaan belakang berkurang.

c) Faal ligamentum rotundum dalam persalinan

Ligamen rotundum berisi otot polos dan ketika rahim berkontraksi, otot-otot ligamen rotundum juga berkontraksi sehingga *ligamen rotundum* menjadi lebih pendek.

d) Perubahan serviks

Leher Rahim/serviks akan mengalami pembukaan yang biasanya didahului dengan servikal obliterasi, yaitu pemendekan saluran serviks yang semula berupa saluransepanjang 1-2 cm, menjadi hanya berupa lubang dengan tepian yang tipis. Kemudian lubang luar akan melebar, yang sebelumnya merupakan lubang

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

berdiameter beberapa milimeter, menjadi lubang yang dapat dilalui anak, sekitar 10 cm. Pada pembukaan lengkap, bibir portio tidak lagi teraba, segmen bawah rahim, serviks, dan vagina menjadi satu saluran.

e) Perubahan pada vagina

Sejak hamil, vagina telah mengalami perubahan sedemikian rupa sehingga bayi dapat melewatinya. Setelah ketuban pecah, semua perubahan, terutama di dasar panggul, diregangkan dalam saluran berdinding tipis di bagian depan bayi. Saat kepala mencapai vulva, lubang vulva menghadapkedepanatas.

f) Tekanan darah.

Tekanan darah bisa naik 15 sampai 25 mm Hg selama kontraksi pada kala dua. Saat ibu mengedan juga bisa mempengaruhi tekanan darah, menyebabkan tekanan darah naik, lalu turun, dan akhirnya naik sedikit di atas normal. Karena itu, penting untuk memantau tekanan darah dengan hati-hati di antara kontraksi. Untunglah rata-rata peningkatan tekanan darah 10 mm Hg di antara kontraksi pada saat ibu mengedan adalah hal yang normal.

g) Metabolisme.

Peningkatan metabolisme yang terus-menerus berlanjut sampai kala dua disertai dengan upaya mengedan ibu yang akan meningkatkan aktivitas otot rangka untuk memperbanyak

peningkatan metabolisme.

h) Denyut nadi

Frekuensi denyut nadi ibu bervariasi pada setiap kali mengedan. Secara keseluruhan, frekuensi nadi meningkat selama kala dua persalinan disertai takikardi yang mencapai puncaknya pada saat persalinan.

i) Suhu

Peningkatan suhu terbesar terjadi pada saat melahirkan dan segera setelahnya. Kenaikan normal adalah antara 0,5 hingga 1°C

j) Perubahan system pernafasan

Sedikit peningkatan laju pernapasan adalah normal karena peningkatan curah jantung yang lebih besar selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi.

k) Perubahan ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan oleh peningkatan curah jantung lebih lanjut selama persalinan dan mungkin dari peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. *Poliuria* kurang terlihat pada posisi terlentang karena posisi ini mengurangi aliran urin selama kehamilan.

l) Perubahan gastrointestinal

Penurunan motilitas lambung berlanjut pada fase hingga kala dua. Muntah biasanya hanya terjadi sesekali. Muntah yang terus-menerus dan terus-menerus tidak normal dan dapat mengindikasikan komplikasi kebidanan, seperti rupture uterus.

m) Dorongan mengejan

Perubahan fisiologis terjadi sebagai akibat dari intensifikasi kekuatan serupa yang telah bekerja sejak jam pertama persalinan, tetapi aktivitas ini mengalami akselerasi setelah pembukaan serviks sepenuhnya/lengkap; Namun, akselerasi ini tidak terjadi secara tiba-tiba. Beberapa ibu merasakan dorongan untuk mengejan sebelum serviks benar-benar melebar, dan beberapa ibu tidak merasakan aktivitas ini sampai sepenuhnya dikeluarkan. Kontraksi menjadi ekspulsif saat janin turun lebih jauh ke dalam vagina. Menekan bagian presentasi janin merangsang reseptor saraf di dasar panggul (ini disebut refleks *Ferguson*), dan ibu merasakan dorongan untuk mengejan. Refleks ini awalnya dapat dikendalikan sampai batas tertentu, tetapi menjadi lebih kompulsif, intens, dan involunter pada setiap kontraksi. Tanggapan ibu adalah menggunakan kekuatan ekspulsi sekundernya dengan mengontraksikan otot perut dan diafragma.

n) Pergeseran jaringan lunak

Saat kepala janin yang keras turun, jaringan lunak panggul bergeser. Di *anterior*, kandung kemih didorong keatas kedalam abdomen, di mana risiko cedera kandung kemih lebih kecil saat turun kepala janin. Akibatnya uretra meregang dan menyempit, sehingga lumen uretra menyempit. Selanjutnya, *posterior* rectum menjadi rata dengan kurva sacrum, dan penekan kepala menyebabkan sisa feses dikeluarkan. Otot levator ani melebar, menipis, dan bergerak ke samping, dan badan perineal menjadi datar, meregang dan tipis. Kepala janin terlihat di vulva, maju pada setiap kontraksi dan mundur di antara kontraksi sampai terjadinya crowning.

o) Perubahan hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1.2 gm/ 100 ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama paska partum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal.

c. Kala III (pelepasan plasenta/ uri)

1) Pengertian

Menurut Fitriana dan Nurwiandani (2018), tahap persalinan kala III dimulai dari lahirnya bayi sampai dengan lahirnya plasenta. Pada kala III terdapat his pelepasan uri yang bersifat sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta. Plasenta biasanya lepas dalam 6- 15 menit

Komonkes Poltekkes Bengkulu

setelah bayi lahir.

Tanda-tanda pelepasan plasenta, yaitu :

a) Perubahan ukuran dan bentuk uterus

b) Uterus menjadi bundar dan uterus terdorong ke atas

c) Tali pusat memanjang

d) Terdapat semburan darah tiba-tiba.

2) Metode pelepasan plasenta

Menurut Utami (2019), ada 2 metode pelepasan plasenta yaitu :

a) Mekanisme Schultz: pelepasan plasenta yang dimulai dari sentral/bagian tengah sehingga terjadi bekuan *retroplacenta*. Cara pelepasan ini paling sering terjadi. Tanda pelepasan dari tengah ini mengakibatkan perdarahan tidak terjadi sebelum plasenta lahir. Perdarahan banyak terjadi segera setelah plasenta lahir.

b) Mekanisme Duncan: terjadi pelepasan plasenta dari pinggir atau bersamaan dari pinggir dan tengah plasenta. Hal ini mengakibatkan terjadi semburan darah sebelum plasenta lahir.

3) Cara pengecekan plasenta

Menurut (Elvira et al., 2023)cara pengecekan plasenta terdiri dari :

a) Kustner

Regangkan tali pusat dengan tangan di atas simphisis/memberikan penekanan pada simphisis, plasenta belum terlepas apabila tali pusat masuk kedalam dan plasenta sudah terlepas apabila tali pusat

diam dan memanjang (ke depan).

b) Klein

Lakukan sedikit dorongan pada rahim saat uterus mengalami kontraksi, jika plasenta belum terlepas makan tali pusat akan kembali dan apabila plasenta sudah terlepas maka tali pusat diam/turun.

c) Strassman

Dimana plasenta belum terlepas apabila pada saat tangan sebelah kanan. penolong melakukan peregangan pada. tali pusat dan kemudian tangan kiri mengetuk bagian dari fundus uteri dan terjadi getaran. Jika tidak bergetar, plasenta sudah terlepas.

d) Manuaba

Memegang uterus di segmen rahim dengan tangan kiri, sedangkan tali pusat dikencangkan dengan menggunakan tangan kanan, terlepasnya plasenta apabila tarikan terasa berat disertai dengan tali pusat tidak memanjang dan apabila plasenta terlepas maka tarikan terasa ringan disertai dengn memanjangnya tali pusat.

e) Crede

Melakukan pemijatan pada bagian uterus sama seperti memeras jeruk untuk melepaskan plasenta dari dinding rahim.Kemudian pijat rahim dengan memberikan penekanan sedikit ke bawah dengan empat jari berada di dinding rahim bagian belakang

Komonkes Poltekkes Bengkulu

kemudian ibu jari di fundus bagian depan tengah, Pijat rahim saat berkontraksi dan jangan menarik tali pusat karena ini akan menyebabkan inversi uteri.

4) Manajemen Aktif Kala III

Menurut (Fitriahadi & Utami, 2019), manajemen aktif kala III terdiri dari :

a) Pemberian suntikan oksitosin
b) Melakukan perenganagan tali pusat terkendali
c) Pemijatan atau masase fundus uteri.

d. Kala IV

1) Pengertian

Menurut Fitriana dan Nurwiandani (2018), kala IV adalah masa 1-2 jam setelah pelepasan plasenta lahir. Dalam klinik, atas pertimbangan-pertimbangan praktis masih diakui adanya kala IV persalinan, meskipun masa setelah plasenta adalah masa dimulainya masa nifas (*puerperium*), mengingat pada masa ini sering timbul perdarahan.

Observasi yang dilakukan :

a) Tingkat kesadaran penderita
b) Pemeriksaan tanda vital
c) Kontraksi uterus
d) Pendarahan, dianggap masih normal bila jumlahnya tidak lebih dari 400-500cc.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

7. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

Menurut Fitriana dan Nurwiandani (2018), kebutuhan dasar selama persalinan yaitu :

a. Kebutuhan fisiologis ibu bersalin

1) Kebutuhan oksigen

Suplai oksigen yang tidak adekuat, dapat menghambat kemajuan persalinan dan dapat mengganggu kesejahteraan janin. Hindari menggunakan pakaian yang ketat, sebaiknya penopang payudara/BH dapat dilepas/dikurangi kekencangannya. Indikasi pemenuhan kebutuhan oksigen adekuat adalah Denyut Jantung Janin (DJJ) baik dan stabil.

2) Kebutuhan cairan dan nutrisi

Selama kala I anjurkan ibu untuk cukup makan dan minum, untuk mendukung kemajuan persalinan. Pada kala II, ibu bersalin mudah sekali mengalami dehidrasi, karena terjadi peningkatan suhu tubuh dan terjadinya kelelahan karena proses mengejan. Untuk itu disela-sela kontraksi, pastikan ibu mencukupi kebutuhan cairannya (minum). Pada kala III dan IV, setelah ibu berjuang melahirkan bayi, maka bidan juga harus memastikan bahwa ibu mencukupi kebutuhannutrisi dan cairannya, untuk mencegah hilangnya energi setelah mengeluarkan banyak tenaga selama kelahiran bayi (pada kala II).

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

3) Kebutuhan eliminasi

Anjurkan ibu untuk berkemih secara spontan sesering mungkin atau minimal setiap 2 jam sekali selama persalinan. Kandung kemih yang penuh, dapat mengakibatkan:

a) Menurunkan efisiensi kontraksi uterus/his
b) Memperlambat kelahiran plasenta
c) Mencetuskan perdarahan pasca persalinan, karena kandung kemih yang penuh menghambat kontraksi uterus. Sebelum memasuki proses persalinan, sebaiknya pastikan bahwa ibu sudah BAB. Rektum yang penuh dapat mengganggu dalam proses kelahiran janin.

4) Kebutuhan hygiene (kebersihan diri)

Tindakan personal hygiene pada ibu bersalin yang dapat dilakukan bidan diantaranya: memberisihkan daerah genetalia (*vulva-vagina, anus*), dan memfasilitasi ibu untuk menjaga kebersihan badan dengan mandi. Pada kala II dan kala III, ibu dapat diberikan alas bersalin (under pad) yang dapat menyerap cairan tubuh (lendir darah, darah, air ketuban) dengan baik.

5) Kebutuhan istirahat

Ibu bisa berhenti sejenak untuk melepas rasa sakit akibat his, makan atau minum, atau melakukan hal menyenangkan yang lain untukmelepas lelah, atau apabila memungkinkan ibu dapat tidur.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

Namun pada kala II, sebaiknya ibu diusahakan untuk tidak mengantuk. Setelah proses persalinan selesai (pada kala IV), sambil melakukan observasi, bidan dapat mengizinkan ibu untuk tidur apabila sangat kelelahan.

6) Posisi dan ambulasi

Bidan harus memfasilitasi ibu dalam memilih sendiri posisi persalinan dan posisi meneran, serta menjelaskan alternatif-alternatif posisi persalinan dan posisi meneran bila posisi yang dipilih ibu tidak efektif. Ibu dapat mencoba berbagai posisi yang nyaman dan aman. Pada kala I ini, ibu diperbolehkan untuk berjalan, berdiri, posisi berdansa, duduk, berbaring miring ataupun merangkak. Hindari posisi jongkok, ataupun *dorsal recumbent* maupun *lithotomi*, hal ini akan merangsang kekuatan meneran. Posisi terlentang selama persalinan (kala I dan II) juga sebaiknya dihindari, sebab saat ibu berbaring telentang maka berat uterus, janin, cairan ketuban, dan plasenta akan menekan *vena cava inferior.*

7) Pengurangan rasa nyeri

Adapun pendekatan-pendekatan yang dilakukan bidan untuk mengurangi rasa sakit pada persalinan menurut Hellen Varney adalah: pendamping persalinan, pengaturan posisi, relaksasi dan latihan pernafasan, istirahat dan privasi, penjelasan tentang kemajuan persalinan, asuhan diri, dan sentuhan.

8) Penjahitan perineum (jika diperlukan)

Proses kelahiran bayi dan placenta dapat menyebabkan berubahnya bentuk jalan lahir, terutama adalah perineum. Pada ibu yang memiliki perineum yang tidak elastis, maka robekan perineum seringkali terjadi. Oleh karena itu, penjahitan perineum merupakan salah satu kebutuhan fisiologis ibu bersalin.

9) Kebutuhan akan proses persalinan yang terstandar

Mendapatkan pelayanan asuhan kebidanan persalinan yang terstandar merupakan hak setiap ibu. Hal ini merupakan salah satu kebutuhan fisiologis ibu bersalin, karena dengan pertolongan persalinan yang terstandar dapat meningkatkan proses persalinan yang alami/normal.

b. Kebutuhan psikologis

1) Pemberian sugesti

Pemberian sugesti bertujuan untuk memberikan pengaruh pada ibu dengan pemikiran yang dapat diterima secara logis. Sugesti positif yang dapat diberikan bidan pada ibu bersalin diantaranya adalah dengan mengatakan pada ibu bahwa proses persalinan yang ibu hadapi akan berjalan lancar dan normal.

2) Mengalihkan perhatian

Upaya yang dapat dilakukan bidan dan pendamping persalinan untuk mengalihkan perhatian ibu dari rasa sakit selama persalinan misalnya adalah dengan mengajaknya berbicara, sedikit bersenda gurau,

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

mendengarkan musik kesukaannya atau menonton televisi/film.

3) Membangun kepercayaan

Ibu harus mempunyai kepercayaan pada bidan sebagai penolongnya, bahwa bidan mampu melakukan pertolongan persalinan dengan baik sesuai standar, didasari pengetahuan dasar dan keterampilan yang baik serta mempunyai pengalaman yang cukup. Dengan kepercayaan tersebut, maka dengan sendirinya ibu bersalin akan merasa aman dan nyaman selama proses persalinan berlangsung.

8. Asuhan Persalinan Normal

Menurut (Prawirohardjo, 2018), Asuhan Persalinan Normal terdiri dari 60 langkah yaitu :

Kemenkes
Poltekkes Bengkulu

60 Langkah APN

1) Mengamati tanda dan gejala kala dua
a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran
b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vaginanya
c) Perineum menonjol
d) Vulva-vagina dan spingter anal membuka
2) Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai didalam partus set.
3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih
4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawa siku,mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk bersih
5) Memakai sarung tangan steril untuk semua pemeriksaan dalam.
6) Menghisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfektan tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali dipartus set tanpa mengontaminasi tabung suntik)
7) Membersihkan vulva dan perineum,menyeka dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kasa atau kapas yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi.jika mulut vagina, perineum, atau anus

terkontaminasi oleh kotoran ibu, memberisihkannya dengan seksaa dengan cara menyeka dari depan ke belakang membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan.

8) Dengan menggunakan teknik aseptic, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks telah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yangmasih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 % dan kemudianmelepaskannya dalam keadaanterbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin0.5 % selama 10 menit.mencuci kedua tangan.
10) Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 kali/menit)
11) Memberiitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.

a) Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.
b) Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapatmendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.

12) Meminta bantuaan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran.
13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran :

a) Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran
b) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran
c) Membantu ibu untuk mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (tidak meminta ibu untuk berbaring terlentang).
d) Menganjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi. Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
e) Menganjurkan untuk memberi cairan peroral.
f) Menilai DJJ setiap lima menit
g) Jika bayi belum lahir dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk primipara atau 60 menit (1 jam) untuk ibu multipara, rujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.
h) Menganjurkan ibu untuk berjalan,berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat diantara kontraksi.
i) Jika bayi belum lahir segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.

14) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6cm, letakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
15) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu.
16) Membuka partus set.
17) Memakai sarung tangan steril pada kedua tangan.
18) Saat kepala bayi sudah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan lembut dan tidak menghambat kepala pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan.menganjurkan ibuuntuk meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir.
19) Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.
20) Memeriksa lilitan tali pusat:

a) Jika tali pusat melilit leher janin dengan longar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
b) Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklemnyadi dua tempat dan memotongnya.

21) Menunggu hinga kepala bayi melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneransaatada kontraksi berikutnya denganlembutmenariknya ke arahbawahdanke arah luar hingga bahu anterior muncul dibawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan kearah luar untuk melahirkan bahu posterior.
22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saatkontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luarhinggabahuanteriormunculdibawaharkuspubisdankemudian dengan lembutmenarik kearah atasdan kearah luaruntuk melahirkan bahu posterior.
23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai dari kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
24) Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada diatas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.
25) Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi diatas perut ibudenganposisi kepala bayi sedikit lebihrendahdari tubuhnya

(bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi ditempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi.

26) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit antara ibu dan bayi.
27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem kea rah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
28) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara dua klem tersebut.
29) Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernafas, ambil tindakan yang sesuai.
30) Memberiikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayina dan memulai pemberian ASI jikaibu menghendaki.
31) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
32) Memberiitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik
33) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan oksitosin 10 unit I.M. di 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar.

Penegangan tali pusat terkedali

34) Memindahkan klem pada tali pusat.
35) Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada diperut ibu,tepat diatas tulang pubis dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
36) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegahterjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta bantuan ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan putting susu.
37) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik talipusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.

a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak5-10cm dari vulva.
b) Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit : ulangi pemberian oksitosin 10 unit I.M., nilai kandung kemih

dan lakukan kateterisasi kandung kemih, minta keluarga untuk menyiapkan rujukan,ulangi penegangantali pusat selama 15menit berikutnya, rujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

38) Jika plasenta terlihat diintroitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.
39) Segara setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, meletakkan telapak di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras)
40) Memeriksakan kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta dalam kantung plastic atau tempat khusus. Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai.
41) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum segera menjahit laseasi yang mengalami perdarahan aktif.
42) Menilai ulang uterus dan memastikan uterus berkontrasi dengan baik.
43) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 %, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkan dengan kain yangbersih dan kering.
44) Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau meningkatkan tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
45) Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang bersebrangan dengan simpul mati yang pertama.
46) Melepaskan klem bedah dan meletakkan kedalam larutan klorin 0,5%.
47) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
48) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
49) Menganjurkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam : 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan.

Setiap15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan. Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan.

Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksanakan atonia uteri.

Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anastesi local dan menggunakan teknik yang sesuai.

50) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan massase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.

51) Mengevaluasi kehilangan darah.
52) Memeriksakan tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan.
a) Memeriksakan temperatur tubuh ibu sekali setip jam selama dua jam pertama pascapersalinan.
b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.
53) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
54) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai
55) Memberisihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Memberisikan cairan ketuban, lendir, dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
56) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberiikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberiikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
57) Mendekontamisai daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0.5 % dan membilas dengan air bersih.
58) Mencelupkan sarungtangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 % dan membilas dengan air bersih.
59) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
60) Melengkapi partograf.

9. Partus Lama

a. Pengertian

Persalinan lama (partus kasep) adalah persalinan yang berjalan lebih dari 24 jam untuk primigravida dan atau 18 jam bagi multigravida. Persalinan lama adalah persalinan yang disertai komplikasi ibu maupun janin. Persalinan dianggap normal ketika kontraksi uterus menyebabkan dilatasi (pembukaan) dan peregangan serta penipisan serviks. Persalinan yang normal melalui beberapa

tahap yaitu fase awal (laten) dan ketika serviks melebar lebih dari empat sentimeter fase persalinan yang cepat dan aktif dimulai. Selama Persalinan aktif, serviks harus membesar secara progresif dengan laju tidak kurang dari 1,2cm/ jam untuk wanita dengan kehamilan pertama atau 1,5 cm/jamuntuk kehamilan berikutnya.Jika persalinan berlangsung lebih lambat atau lama dari ini seorang wanita kemungkinan mengalami persalinan lama. (Anggraini,et.al, 2023).

b. Etiologi

Secara umum menurut Yusmaharani (2019) partus lama dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu:

1) Faktor tenaga atau his

His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan kerintangan pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan, tidak dapat diatasi sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan.

Menurut Manuaba (2016) pembagian his dan sifatnya dibedakan menjadi:

(a) His pembukaan (Kala I): menyebabkan pembukaan serviks, semakin kuat, teratur dan sakit.

(b) His pengeluaran (Kala II): untuk mengeluarkan janin, sifat hisnya adalah sangat kuat, teratur, simetris,terkoordinir dan lama. His ini memiliki koordinasi bersama antara kontraksi

otot perut, diafragma dan ligament.

(c) His pelepasan uri (kala III): kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.

(d) His pengiring (Kala IV) kontraksi lemah, masih sedikit nyeri (merian), terjadi pengecilan rahim dalam beberapa jamatauhari.Dapat dibagi menjadi dua his yang lemah dan his yang kuat. Berikut penjelasan nya :

I. His yang lemah (his hipotonik)

Kelainan his dengan kekuatan yang lemah/tidak adekuat untuk melakukan pembukaan serviks atau mendorong anak keluar.

II. His yang kuat tetapi tidak terkoordinasi (his hipertonik)

His yang terlalu kuat dan terlalu efesien menyebabkan persalinan berlangsung cepat <3jam disebut partus presipitatus).

2) Faktor janin

Faktor janin meliputi kepala janin yang besar, presentasi wajah, malposisi persisten, kembar yang terkunci (terkunci pada daerah leher), dan kembar siam.

3) Faktor jalan lahir

Faktor jalan lahir meliputi panggul kecil karena malnutrisi, deformitas panggul karena trauma atau polio, tumor bagian panggul, infeksi virus di perut atau uterus. Partus lama juga dapat disebabkan oleh beberapa hal yang secara tidak langsung berpengaruh terhadap partus lama seperti, paritas dan interval kelahiran, usia yang terlalu muda dan terlalu tua, ketuban pecah dini, dawanita yang dependen (berkebutuhankhusus),cemas dan ketakutan (Yusmaharani, 2019). Partus lama dapat diakibatkan karena kesalahan tindakan selama hamil, bersalin dan nifas, seperti perdarahan, tekanan darah yang tinggi saaat hamil (eklamsia), infeksi, persalinan macet dan komplikasi keguguran. Penyebab persalinan lama lainnya adalah kelainan letak janin, kelainan panggul, kelainan faktor tenaga, terjadi ketidakseimbangan sefalopelvik, pimpinan persalinan yang salah dan primi tua primer atau sekunder.

c. Patofisiologi

Patofisiologi partus lama tergantung dari penyebabnya, namun secara umum terdapat 3 faktor utama yaitu:

1) *Power* (tenaga) yaitu berupa kontraksi dankekuatan mengejan inefektif serta keletihan pada ibu. Ketidakefektifan kontraksi otot-otot rahim dapat menyebabkan kurang maksimalnya

dorongan janin ke jalan lahir. Pada inersia uterushis/kontraksi biasanya lemah, pendek, dan jarang terjadi dari biasanya. Kondisi pasien biasanya baik, tidak terlalu merasakan nyeri. Proses nifas sebaiknya tidak dibiarkan terlalu lama untuk mencegah kelelahan rahim.

2) *Passage* (jalan lahir) dapat berupa kelainan bentuk panggul, ukuran panggul, *Cephalopelvic Disproportion* (CPD), dan adanya massa pada jalan lahir akan mempengaruhi jalannya persalinan. Jika tidak ada kesesuaian antara bentuk dan ukuran panggul dengan ukuran janin, maka akan mengakibatkan persalinan lama, serta cacat jalan lahir lunak, misalnya edema serviks, terutama akibat penyempitan panggul, serviks terjepit antara kepala dan jalan lahir yang mengakibatkan terganggunya sirkulasi darah dan cairan menyebabkan edema serviks.

d. Tanda dan Gejala

1) Pembukaan serviks tidak membuka (kurang dari 3cm)
2) Pembukaan serviks tidak melewati 3cm sesudah 8 jam inpartus
3) Pembukaan serviks melewati garis waspada patograf
    (a) Frekuensi dan lamanya kontraksi kurang dari 3 kontraksi per 10 menit dan kurang dari 40 menit
    (b) *Secondary arrest*of dilalationatau *arrestof descent*
    (c) *Secondary arrest of dilalation* dan bagian terendah

dengankaput, terdapatmoulasehebat, edemaserviks, tanda rupture uteri imminiens, fetal dan maternal distree

(d) Kelainan presentasi

4) Pembukaan serviks lengkap, ibu ingin mengedan tetapi tidak ada kemajuan penurunan.

e. Komplikasi

1) Ibu

(a) Infeksisampaisepsis

(b) *Asidosis* dengan gangguan elektrolit

(c) Robekan jalan lahir

(d) *Fistulabuli-buli,* vagina, Rahim dan rectum

2) Bayi

(a) Gawat janin dalam Rahim sampai meninggal

(b) Lahir dalam asfiksia berat sehingga dapat menimbulkan cacat otak menetap

(c) Trauma persalinan,*frakturklavikula, humerus* dan*femur*.

f. Dampak Partus Lama

Beberapa dampak yang dapat terjadi akibat partus lama pada ibu dan janin yaitu:

1) Ruptur Uteri

Bila membran amnion pecah dan cairan amnion mengalir keluar, janin akan didorong ke segmen bawah rahimmelalui

Komonkes Poltekkes Bengkulu

kontraksi. Bila kontraksi berlanjut, segmen bawa rahim menjadi meregang sehingga menjadi berbahaya karena menipis dan menjadi lebih mudah *ruptur*. *Ruptur uteri*lebihseringterjadipada multiparaterutamajikauterus telah melemah karena jaringan parut atau riwayat secsio secarea. Kejadian ruptur juga dapat menyebabkan perdarahan persalinan yang berakibat fatal jika tidak segera ditangani.

2) Pembentukan Fistula

Jika kepala janin terhambat cukup lama dalam pelvis, maka sebagian kandung kemih, serviks, vagina dan rektum terperangkap diantara kepala janin dan tulang – tulang pelvis dan mendapatkan tekanan yang berlebihan. Hal ini mengakibatkan kerusakan sirkulasi oksigenasi pada jaringan jaringan ini menjadi tidak adekuat sehingga terjadi nekrosis dalam beberapa hari dan menimbulkan munculnya fistula. Fistula dapat berupa vesikovaginal (diantara kandung kemih dan vagina), vesiko servikal (diantara kandung kemih dan serviks), dan rekto - vaginal (berada diantara rektum dan vagina), yang dapat menyebabkan terjadinya kebocoran urin atau veses dalam vagina. Fistula umumnya terbentuk setelah kala dua persalinan yang lama dan biasanya terjadi pada nulipara, yaitu terutama pada Negara-negara dengan tingkat kehamilan dengan usia dini.

3) *Sepsis Puerperalis*

Infeksi merupakan bahaya serius bagi ibu dan bayi pada kasus-kasus persalinan lama terutama karena selaput ketuban pecah dini.

4) Cedera otot-otot dasar panggul

Saat kelahiran bayi, dasar panggul mendapat tekanan langsung dari kepala janin serta tekanan kebawah akibat upaya mengejan ibu. Gaya ini meregangkan dan melebarkan dasar panggul sehingga terjadi perubahan fungsional dan anatomic otot saraf dan jaringan ikat yang akan menimbulkan inkontinensia urin dan prolaps organ panggul.

5) *Caput suksedaneum*

Apabila panggul sempit, sewaktu persalinan sering terjadi *kaput suksedaneum* yang besar di bagian bawah janin. Kaput ini dapat berukuran besar dan menyebabkan kesalahan diagnostik yang serius.

6) Molase kepala janin

Akibat tekanaan his yang kuat, lempeng-lempeng tulang tengkorak saling bertumpang tindih satu sama lain di sutura besar, dimana batas median tulang parietal yang berkontak dengan promontorium tumpang tindih dengan tulang disebelahnya, hal yang sama terjadi pada tulang.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

7) Kematian janin

Bila persalinan macet atau persalinan lama dibiarkan lebih lama maka akan mengakibatkan kematian janin yang disebabkan karena tekanan berlebihan pada plasenta dan korda umbilicus. Janin yang mati itu akan melunak akibat pembusukan sehingga dapat menyebabkan terjadinya *koagulasi intravaskuler diseminata* (KID). Hal ini dapat mengakibatkan perdarahan, syok dan kematian pada maternal.

g. Cara Mengatasi

Bagaimana bidan menghadapi persalinan lama atau persalinan macet. Bidan di daerah pedesaan dengan polindesnya diharapkan dapat mengambil bagian terbesar pada pertolongan persalinan normal dengan menggunakan partograf World Health Organisation (WHO). Kewaspadaan dalam pertolongan persalinan sudah dilakukan sejak semula, dengan melakukan observasi (kontraksi,his, penurunan bagian terendah, pembukaan) sehingga setiap saatkeadaan ibu dan janin dapat diketahuidengan pasti. Jika kala II dibiarkan berlangsung lama maka janin akan mengalami peningkatan hipoksia dan gawat janin. Puncak kewaspadaan ini dilaksanakan dengan melakukan rujukan penderita kepusat pelayanan dengan fasilitas setelah melampaui garis waspada agar penderita diterima dipusat pelayanan dalam keadaan optimal.Bidan diharapkan bekerjasama dengan dukun melalui pendidikan dukun

sehingga dapat mengenal penderita untuk dilakukan rujukan medis.

B. Konsep Teori Asuhan Kebidanan

1. Manajemen Asuhan Kebidanan Varney

   a. Pengertian

      Menurut(Fitriahadi & Utami, 2019), Manajemen Kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang memperkenalkan sebuah metode dengan pengorganisasian, pemikiran dan tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan bagi klien maupun tenaga kesehatan yang dimulai dari pengkajian, interpensi data, mengidentifikasi dignosa, kebutuhan segera, rencana tindakan, tindakan kebidanan/ penetalaksanaan dan evaluasi.

   b) Langkah- Langkah Manajemen Kebidanan

      Menurut (Fitriahadi & Utami, 2019), Proses manajemen terdiri dari 7 langkah yaitu :

      1) Langkah I : Pengumpulan data dasar

         Pada langkah ini, dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, yaitu:

         a) Riwayat kesehatan

         b) Pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan

         c) Meninjau catatan terbaru dan catatan sebelumnya

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

d) Meninjau data laboratorium dan membandingkanya dengan hasil study.

2) Langkah II : Interpensi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan intepretasi yang benar atas dasar data-data yang telah diintepretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik. Diagnosis kebidanan yaitu diagnosis yang ditegakkan oleh profesi (bidan) dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standart nomenklatur. Standart nomenklatur diagnosis kebidanan tersebut adalah :

a) Diakui dan telah disahkan oleh profesi
b) Berhubungan langsung dengan praktik kebidanan
c) Memiliki ciri khas kebidanan
d) Didukung oleh Clinical judgement dalam praktik kebidanan
e) Dapat diselesaikan dengan pendekatan menejemen kebidanan.

3) Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosisi yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Pada kasus ini masalah potensial yang mungkin terjadi adalah pendarahan.

4) Langkah IV : Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

memerlukan penanganan segera

Mengidentifikasi atas perlunya tindakan segera oleh bidan dan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lai sesuai dengan kondisi klien.

5) Langkah V : Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ını dilakukan perencanaan yang menyeluruh, ditentukan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah dudentifikası atau diantisipasi.

6) Langkah VI : Melaksanakan perencanaa

Pada langkah ini, rencana asuhan yang menyeluruh dalam langkah kelima hsrus dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan, dan sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainya.

7) Langkah VII : Evaluasi

Pada langkah ini, dilakukan evaluasi efektivitas dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan, apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnosis.

2. Catatan Perkembangn Dengan Metode SOAP

Menurut (Fitriahadi & Utami, 2019), SOAP merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan tertulis. Seorang bidan hendaknya menggunakan

SOAP setiap kali bertemu kliennya salh satunya selama masa persalinan. Kepanjangan dari SOAP adalah:

S(Subyektif): yaitu apa yang dikatakan bidan.

O (Obyektif) : yaitu apa yang dilihat dan dirasakan oleh bidan sewaktu melakukan pemeriksaan

A (Analisa) : yaitu keseimpulan apa yang dibuat dari data-data subyektif/obyektif tersebut

P (Planning) yaitu apa yang akan dilakukan berdasarkan hasil pengevaluasian tersebut.

1) S (Data Subyektif)

   Data subyektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah pertama adalah pengkajian data, terutama data yang diperoleh melalui anamnesis. Data subyektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien.

2) O (Obyektif)

   Data Obyektif (O) merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney pertama (Pengkajian data) terutama yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnosis lain.

3) A (Assessement)

   A (Analysis/Assessment), merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intrepretasi dari data subyektif dan data obyektif. Dalam

pendokumentasian menėjemen kebidanan karena keadaan pasien setiap saat bisa mengalami perubahan dan akan ditemukan informasi.

4) P (Planning)

Planning/ penatalaksanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan dating. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan intepretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya.

C. Konsep Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin

Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin di PMB "S"

Kota Bengkulu Tahun 2025

Hari/ Tanggal Pengkajian : Hari dan Tanggal saat dilakukan pengkajian

Tempat Pengkajian : PMB "S" Kota Bengkulu

Pengkaji : Anjelina Aulia

a) Kala I

1. Pengkajian Data Dasar

a. Data Subjektif

1) Biodata

Nama: Nama yang jelas dan lengkap. Bila perlu ditanyakan nama panggilan sehari-hari

Umur : Umur dicatat dalam hitungan tahun. Umur ideal ibu melahirkan adalah 20-35 tahun.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

Agama : Ditanyakan untuk mengetahui keyakinan pasien dan untuk mengarahkan pasien untuk berdoa.

Suku: berpengruh terhaap adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari

Pendidikan: Ditanyakan untuk mengetahui tingkat intelektualnya.

Pekerjaan: Ditanyakan untuk mengetahui kemungkinan pengaruh pekerjaan terhadap permasalahan kesehatan pasien.

Alamat: Ditanyakan untuk maksud mempermudah hubungan bila diperlukan keadaan mendesak.

2) Keluhan Utama

Ibu mengatakan perutnya terasa mules-mules sejak pukul ... WIB, disertai keluarnya lendir bercampur darah sejak jam WIB. pinggangnya terasa sakit yang menjalar kedepan dan rasa sakitnya hilang timbul.

3) Riwayat Menstruasi

Digunakan untuk memperoleh gambaran tentang keadaan dasar dari organ reproduksi klien. Menarche: 12-16 tahun, siklus 23-32 hari, lamanya 5-7 hari, banyaknya 50-70 cc/hari, *dismenorhea* sebelum/saat/sesudah haid, keluhan: ada/tidak ada.

4) Riwayat Perkawinan

Yang terdiri dari usia menikah pertama kali, pernikahan yang ke-, status pernikahan (sah/tidak), dan lamanya pernikahan

5) Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

a) Ditanyakan pada ibu yang pernah hamil. Apakah kehamilan yang dulu keadaannya biasa sampai saat dilahirkan ataukah pernah mengalami kelainan.

b) Ditanyakan persalinan pada ibu tentang persalinan yang pernah dialaminya. Apakah persalinannya lancar, biasa atau tidak pernah mengganggu keadaan ibu, apakah ibu tidak pernah mengalami kelainan.

c) Ditanya keadaan masa nifas yang lalu. Apakah masa nifas yang lalu itu dalam keadaan normal ataukah ada kelainan.

6) Riwayat Kehamilan Sekarang HPHT (hari pertama haid terakhir) dikaji untuk mengetahui usia kehamilan dan agar dapat menentukan TP (tapsiran persalinan) sehingga dapat dipastikan kehamilan aterm (37-42 minggu) terkait dengan penatalaksanaan yang akan diberikan.

7) Riwayat KB

Untuk mengetahui jenis kontrasepsi yang sebelumnya digunakan, lama penggunaan nya, dan keluhan selama menggunakan kontrasepsi tersebut. Pada ibu primigravida biasanya belum menggunakan kontrasepsi.

8) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat kesehatan yang lalu

Ditanyakan untuk mengetahui apakah ada hubungannya dengan masalah yang dihadapi oleh klien. Misalnya penyakit campak jantung, hipertensi dll

b) Riwayat kesehatan sekarang

Untuk mengetahui ada/tidak penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan proses persalinan

c) Riwayat kesehatan keluarga

Untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan Kesehatan pasien.

9) Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-Hari

a) Pola nutrisi

Data ini perlu diketahui untuk mendapatkan gambaran klien dalam mencukupi asuhan gizinya selama hamil dan awal persalinan. Jenis makanan yang di sarankan bagi ibu hamil seperti jenis sayur- sayuran, nasi, buah,daging dan ikan dengan frekunsi 3x sehari. Untuk minum nya seperti air putih, susu dengan frekunsi 6-8 gelas/hari

b) Pola eliminasi

Untuk mengetahui pola eliminasi ibu hamil (frekunesi, keluhan, konsistensi dan warna) karena memasuki persalinan, umumnya ibu bersalin mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan

Komorkes Poltekkes Bengkulu

elinminasi, seperti sering buang air kecil dan susah buang air besar.

c) Pola Istirahat

Kaji lama pasien tidur baik itu malam dan siang, kebiasaan sebelum tidur, kebiasaan konsumsi obat.

d) Personal hygiene

Personal hygiene sangat penting untuk dikaji, apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh terutama daerah genitalia. Pada saat persalinan, ibu bersalin memerlukan bantuan untuk memenuhi kebutuhan personal hygiene terutama vulva hygiene.

10) Psikososial, kultural, dan spiritual

Untuk mengetahui keadaan psikososial perlu ditanyakan anatara lain:jumlah anggota keluarga, dukungan moral dan material dari keluarga,pandangan dan penerimaan keluarga terhadap kehamilan, kebiasaan-kebiasaan yang menguntungkan dan merugikan.

b. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

Tanda-Tanda Vital

TD : normal (90-12/60-90 mmHg)

N : normal (60-90 x/menit)

RR : normal (16-24 x/menit)

S : normal (36,5-37,5°C)

BB : kenaikan berat badan sesuai dengan umur kehamilan akan mengalami peningkatan hingga 9-12 kg dari BB sebelum hamil

TB : Tinggi badan yang ideal bagi ibu hamil yaitu ≥ 145 cm

LILA : Lila normal yaitu (23,5-26 cm).

2. Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Muka : ekspresi tampak cemas, tidak pucat, tidak ada oedema

Mata : simetris, konjungtiva merah muda tidak ada tanda enemis, sclera putih tidak ada tanda ikterik

Mulut : simetris, mukosa bibir lembab, tidak stomatitis, tidak caries, gusi tidak berdarah.

Leher : tidak teraba pembesaran vena jugularis, tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid dan limfe.

b) Payudara : simetris, ada hiperpigmentasi pada areola, puting susu menonjol, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, kolostrum +/-.

c) Abdomen : terdapat linea nigra, terdapat striae

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

gravidarum, tidak ada bekas luka operasi.

Leopold I : TFU 3 jari dibawah proc.xypoideus pertengahan antara proc.xypoideus dan pusat, (30-33 cm), pada fundus teraba bagian bulat lunak dan tidak melenting (bokong).

Leopold II : pada bagian kanan/kiri perut ibu teraba punggung bayi dan bagian kanan/kiri teraba bagian kecil janin.

Leopold III : Pada bagian atas simpisis teraba bulat, keras dan ada lentingan (kepala), tidak bisa digoyangkan.

Leopold IV : Bagian terendah janin sudah masuk PAP, divergen.

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

TBJ : Rumus Mcdonald (TFU-11) x 155 gram

His : kuat, frekuensi 3-4"10,lama kurang 30 detik

d) Genitalia : keluar lendir bercampur darah sedikit, perineum utuh, tidak ada pembesaran kelenjar bartholini, tidak ada oedema, tidak ada varices, vulva membuka,

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

ketuban (+/-), tidak ada bagian yang menumbung, pembukaan (0-3), Hodge (I/II/III/IV) UUK, molase (-)

e) Anus : tidak ada hemoroid, bersih, membuka

f) Ekstremitas

Atas : simetris, tidak ada oedema

Bawah : simetris, tidak ada varises, tidak ada oedema, reflek patela (+/-)

3. Pemeriksaan Penunjang

a) Hb: Hb yang normal pada ibu hamil yaitu>11%, jika kurang dari 11 maka bisa menjadi indikasi anemia.

b) Protein urine : Hasil pemeriksaan protein urine harus negatif (-). jika ditemukan adanya proteinpada urine pada ibu hamil bisa mejadi indikasi dari eklamsia dan preeklamsia

c) Glukosa urin: Hasil pemeriksaan glukosa urine harus negatif(-), jika terdapat glukosa pada urine ibu hamil menandakan ibu hamilmengalami diabetes melitus.

2. Interpretasi Data

a. Diagnosa

Ny. "...", umur (20-35) tahun, G()P()A(), usia kehamilan (37-42 minggu), janin tunggal hidup, intra uteri, presentasi kepala, keadaan umum ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten.

Data Subjektif:

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

1) ibu mengatakan ingin melahirkan anaknya yang ke.....

2) ibu mengatakan merasakan sakit pada perut yang menjalar ke bawah sampai kepinggang... WIB

Data Objektif:

1) Keadaan umum baik
2) Ibu tampak meringis kesakitan
3) TFU 3 jari dibawah px pertengahan antara px dan pusat, (30-33 cm).
4) His: kuat, frekuensi 1-2 x/ 10 menit, lama 20-30 detik.
5) DJJ:(+), kuat dan teratur, frekuensi 120-160 x/menit.
6) Genitalia : pada vulva keluar lender bercampur darah sedikit, tidak ada kelainan pada vulva dan vagina, portio tebal/tipis, pembukaan (1-10 cm), ketuban (+/-), presentasi kepala, Hodge (I/II/III/IV), UUK, molase (-).

b. Masalah

1) Ibu merasa nyeri perut bagian bawah menjalar ke pinggang
2) Ibu merasa cemas menghadapi persalinannya

c. Kebutuhan

Informasi tentang kemajuan persalinan, nutrisi yang adekuat, posisi yang nyaman, informasi tentang teknik meneran yang baik, pendamping persalinan, dukungan moril, penerimaan sikap dan

tingkah laku, relaksasi saat ada his.

3. Antisipasi Diagnosa Potensial

Tidak ada

4. Tindakan Segera atau Kolaborasi

Tidak ada

5. Intervensi

a) Informasikan tentang perkembangan dan kemajuan persalinan pada ibu maupun keluarga

b) Penuhi kebutuhan cairan dan nutrisi ibu

c) Atur aktivitas dan posisi ibu, ibu dianjurkan untuk berjalan atau berbaring dalam posisi miring kiri.

d) Ajarkan ibu teknik meneran yang baik

e) Fasilitasi ibu untuk buang air kecil

f) Hadirkan pendamping ibu seperti suami maupun anggota keluarga selama proses persalinan

g) Berikan sentuhan, pijatan pada pinggang serta mengajari ibu tentang teknik relaksasi dengan cara menarik nafas panjang secara berkesinambungan untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan.

h) Persiapkan partus set, alat resusistasi, dan obat-obatan.

6. Implementasi/ Tindakan Kebidanan

Tindakan kebidanan dilakukan sesuai dengan rencana dan keadaan pasien

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

7. Evaluasi

Hasil dari pelaksanaan intervensi

b) Catatan perkembangan dengan metode SOAP

Pukul : (jam dilakukannya pengkajian) WIB

S : Ibu mengeluh nyeri yang dirasakan mulai sering

O : Keadaan umum : baik

TD : normal (90-120/60/90 mmHg)

N : normal (60-90 x/menit)

RR : normal (16-24 x/menit)

S : normal (36,5-37,5°C)

His : kuat, frekuensi 3-4x/ menit, lama ≥ 40 detik.

DJJ : (+), kuat dan teratur, frekuensi 120-160 x/ menit

Genitalia : Vagina tidak ada kelainan, porsio tipis/ tebal, pembukaan (4-9) ketuban (+/-), presentasi kepala, Hodge (I/II/III/IV), UUK, molase (-)

A : Ny. "..." G( )P( )A( ) umur (20-35) tahun inpartu kala I fase aktif.

P : 1) Memberitahu tentang perkembangan dan kemajuan persalinan pada ibu maupun keluarga

2) Mulai mengisi partograf dengan melakukan pengawasan meliputi mengukur tanda-tanda vital ibu, menghitung denyut jantung janin, menghitung kontraksi uterus, melakukan pemeriksaan dalam.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

3) Memberikan sentuhan, pijatan pada pinggang serta mengajari ibu tentang teknik relaksasi dengan cara menarik nafas panjang secara berkesinambungan untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh ibu.

4) Atur aktivitas dan posisi ibu, ibu dianjurkan untuk berjalan atau berbaring dalam posisi miring kiri.

5) Mengajarkan ibu teknik meneran yang baik.

c) Kala II

1. Subjektif

Ibu mengatakan rasa mules-mulesnya semakin sering, ibu mengatakan ada rasa ingin meneran dan rasa ingin BAB.

2. Objektif

(1) Pemeriksaan umum

Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

TD : normal (90-120/60/90 mmHg)

N : normal (60-90 x/menit)

RR : normal (16-24 x/menit)

S : normal (36,5-37,5°C)

(2)Pemeriksaan Fisik

Abdomen

DJJ : Kuat, irama teratur, frekuensi 120-

Komonkes Poltekkes Bengkulu

160x/ menit

His : Kuat, frekuensi 4-5 x/ menit, lamanya ≥40 detik.

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

3. Analisa

Ibu inpartu kala II

4. Penatalaksanaan

(1) Beritahu ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan

(2) Anjurkan keluarga mendampingi dan memberikan support mental kepada ibu

(3) Bantu ibu dalam memilih posisi yang nyaman dalam meneran. Pimpin ibu meneran dengan teknik yang baik dan benar ketika ada his.

(4) Lakukan asuhan persalinan normal.

d) Kala III

1. Subjektif

Ibu mengatakan lega dan senang bayinya telah lahir selamat dan

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

ibu mengatakan ari-arinya belum lahir dan perutnya masih terasa mules

2. Objektif

(1) Pemeriksaan umum

Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

TD : normal (90-120/60/90 mmHg)

N : normal (60-90 x/menit)

RR : normal (16-24 x/menit)

S : normal (36,5-37,5°C)

(2)Pemeriksaan Fisik

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

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

3. Analisa

Ibu inpartu kala III

4. Penatalaksanaan

(1) Beritahu ibu dan suntikkan oksitosin 10 UI pada 1/3 paha lateral secara IM.

(2) Jepit dan potong tali pusat.

Komenkes Poltekkes Bengkulu

(3) Lakukan IMD.

(4) Lakukan PTT.

(5) Lakukan massase selama 15 detik.

(6) Ajarkan keluarga untuk melakukan massase uterus dan menilai kontraksi.

(7) Cek kelengkapan plasenta.

(8) Evaluasi perdarahan dan laserasi.

e) Kala IV

1. Subjektif

Ibu mengatakan ari-arinya sudah keluar, perutnya masih terasa mules, merasa lelah namun bahagia atas kelahiran anaknya.

Objektif

(1) Pemeriksaan umum

Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

TD : normal (90-120/60/90 mmHg)

N : normal (60-90 x/menit)

RR : normal (16-24 x/menit)

S : normal (36,5-37,5°C)

(2)Pemeriksaan Fisik

Abdomen : TFU dibawah pusat, kontraksi baik, uterus terasa keras (globular), kandung

Komonkes Poltekkes Bengkulu

kemih kosong.

Genitalia : pendarahan tidak lebih dari 200 cc, tidak ada robekan jalan lahir.

2. Analisa

Ibu inpartu kala IV

3. Penatalaksanaan

(1) Lakukan pemantauan kala IV secara berkala, meliputi vital sign, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan pada jam pertama setiap 15 menit dan pada jam kedua setiap 30 menit dan suhu setiap 1 jam sekali.

(2) Bersihkan ibu dari darah dan cairan ketuban serta membantu ibu untuk mengganti pakaian.

(3) Anjurkan ibu untuk mobilisasi dini.

(4) Lakukan perawatan BBL.

(5) Anjurkan keluarga untuk memberi ibu makan dan minum.

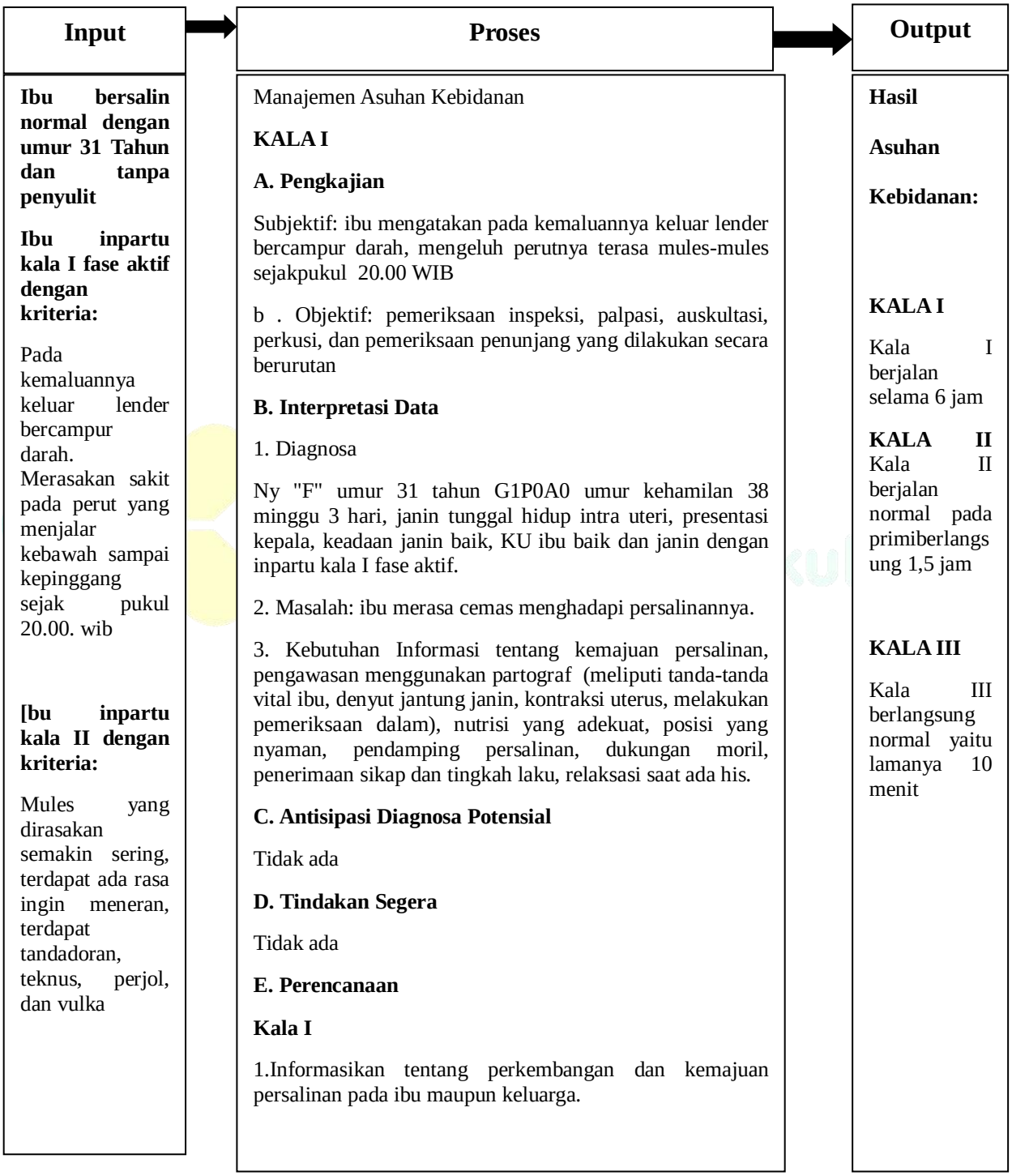
(6) Dekontaminasi alat dan tempat bersalin.

(7) Lengkapi partograf.

Komonkes Poltekkes Bengkulu

D. Kerangka Konseptual

Bagan 2.1 Kerangka Konseptual



Ibu inpartu kala III dengankriteria: Ibu mengatakan masih terasa mules, terdapat tanda uterus bulat, tali pusat semakin memanjang, keluarnya semburan darah. **Ibu inpartu kala IV dengan kriteria:** 1. KU ibubaik, TTV normal yaitu: TD: normal (100/60-130-90 mmHg), N: normal (60-90 x/menit), S: (36,5-37,5°C), RR: normal (16-24x) 2. Uterus berkotraksi dengan baik (Globular), kandung kemih kosong, perdarahan tidak lebih dari 200cc, TFU sejajar atau dibawah pusat	2. Lakukan pengawasan menggunakan partograf, meliput imengukur tanda-tanda vital ibu, menghitung denyut jantung janin, menghitung kontraksi uterus, melakukan pemeriksaan dalam. 3. Penuhi kebutuhan cairan dan nutrisi ibu. 4. Atur aktivitas dan posisi ibu, ibu dianjurkan untuk berjalan atau berbaring dalam posisi miring kiri. 5. Hadirkan pendamping ibu seperti suami maupun anggota keluarga selama proses persalinan. 6. Berikan sentuhan, pijatan pada pinggang serta mengajari ibu tentang teknik relaksasi dengan cara menarik napas panjang secara berkesinambungan untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh ibu. 7. Mengajarkan ibu cara mengedan yang benar. **Kala II** 1. Beritahu ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan 2. Anjurkan keluarga mendampingi dan memberikan support mental kepadaibu. 3. Bantu ibu dalam memilih posisi yang nyaman dalam meneran.Pimpin ibu meneran dengan teknik yang baik dan benar ketika ada his. 4. Lakukan asuhan persalinan normal. **Kala III** 1. Beritahu ibu dan suntikkan oksitosin 10 UI pada 1/3 paha lateral secara IM. 2. Jepit dan potongtalipusat. 3. Lakukan IMD. 4. Lakukan PTT. 5. Ajarkan keluarga untuk melakukan massase uterus dan menilai kontraksi. 6. Cek kelengkapan plasenta. 7. Evaluasi perdarahan dan laserasi. **Kala IV** 1. Lakukan pemantauan kala IV secara berkala. 2. Lengkapi partograf	**KALA IV** Kala IV dilakukan pengawasan selama 2 jam pascapersalinan yaitu pada jam pertama seriap 15 menit dan jam kedua setiap 30 menit

F. Implementasi

Dilakukan sesuai dengan perencanaan.

G. Evaluasi

Catatan perkembangan dengan metode SOAP.

Kala I fase aktif dilatasi maksimal

S: Ibu mengeluh nyeri yang dirasakan mulai sering

0: His: kuat, frekuensi 3-4 x/menit, lama ≥40 detik

Genitalia: Vagina tidak ada kelaianan, porsio tipis/tebal, pembukaan (4-9), ketuban (+/-), presentasi kepala, Hodge (I/II/III), UUK, molase (-)

A: Ibu Inpartu kala 1 fase aktif dilatasi maksimal

P:1). Memberitahu tentang perkembangan dan kemajuan persalinan pada ibu maupun keluarga.

2).Melakukan pengawasan menggunakan partograf

3). Memberikan sentuhan, pijatan pada pinggang serta mengajari ibu tentang teknik relaksası dengan cara menarik napas panjang secara berkesinambungan untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh ibu.

Kala I fase aktif deselerasi

S: Ibu mengeluh nyeri yang dirasakan bertambah kuat dan sering

O: His: kuat, frekuensi 4-5 x/menit, lama ≥ 40 detik

Genitalia: Vagina tidak ada kelaianan, porsio tipis/tebal, pembukaan (10), ketuban (+/, presentasi kepala, Hodge (IV), UUK, molase (-)

A- Ibu inpartu kala I fase aktif deselerasi

P=1). Memberitahu tentang perkembangan dan kemajuan persalinan pada ibu maupun keluarga.

2) Melakukan pengawasan menggunakan partograf.

.

Kemenkes
Poltekkes Bengkulu