

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1. Konsep Dasar Asuhan Persalinan

2.1.1. Definisi Persalinan

Persalinan fisiologis menurut WHO adalah persalinan yang dimulai secara spontan, beresiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan. Bayi dilahirkan secara spontan dalam presentasi belakang kepala pada usia kehamilan antara 37 hingga 42 minggu lengkap. Setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam kondisi sehat.

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses di mana janin dan ketuban di dorong keluar melalui jalan lahir. (Sarwono, 2008: 100)

Persalinan adalah proses pengeluaran (kelahiran) hasil konsepsi yang dapat hidup diluar uterus melalui vagina ke dunia luar. (Jenny Sondakh, 2013: 03)

Persalinn adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin. (Margareth & sukarni, 2013: 185)

2.1.2. Etiologi Persalinan

Menurut Sondakh tahun 2013 bahwa penyebab terjadi persalinan berkaitan dengan mulai terjadinya his sehingga menjadi awal mula terjadinya proses persalinan antara lain adalah

a. Teori penurunan progesteron

Kadar hormon progesteron akan mulai menurun pada kira-kira 1-2 minggu sebelum persalinan dimulai. Terjadinya kontraksi otot polos uterus pada persalinan akan menyebabkan rasa nyeri yang hebat yang belum diketahui secara pasti penyebabnya terdapat beberapa kemungkinan yaitu hipoksia pada miometrium yang sedang berkontraksi, adanya penekanan ganglia saraf di serviks dan uterus bagian bawah otot-otot yang saling bertautan, peregangan serviks pada saat dilatasi atau pendataran serviks, yaitu pemendekan saluran serviks dipanjang sekitar 2 cm menjadi hanya berupa muara melingkar dengan hampir setipis kertas.

b. Teori keregangan

Ukuran uterus yang semakin membesar dan mengalami peregangan akan mengakibatkan otot-otot yang mengalami iskemia sehingga mungkin dapat menjadi faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenta yang pada akhirnya membuat plasenta mengalami degenerasi. Ketika uterus berkontraksi dan menimbulkan tekanan pada selaput ketuban, tekanan hidrostatis, kantong amnion akan melebarkan saluran serviks

c. Teori oksitosin interna

Hipofisis posterior menghasilkan hormon oksitosin. Adanya perubahan keseimbangan antara estrogen dan progesteron dapat mengubah tingkat sensitivitas otot rahim dan akan mengakibatkan terjadinya kontraksi uterus yang disebut *Braxton Hicks*. Penurunan kadar hormon progesteron karena usia kehamilan yang sudah tua akan mengakibatkan aktivitas oksitosin meningkat.

d. Pengaruh janin hipofise

Hipofise dan kadar suprarenal janin memegang peranan penting karena itu pada ancephalus kelahiran sering lebih lama.

e. Teori prostaglandin

Kadar prostaglandin dalam kehamilan dari minggu ke 15 hingga aterm terutama saat kehamilan yang menyebabkan kontraksi myometrium.

2.1.3. Tanda Permulaan Persalinan

a. Terjadinya his persalinan

Menurut Rohani 2013 bahwa sifat his persalinan:

- 1) Pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan
- 2) Sifatnya teratur, interval makin pendek dan kekuatan makin besar
- 3) Makin beraktivitas (jalan), kekuatan akan bertambah.

b. Pengeluaran lendir dengan darah

Terjadinya his persalinan mengakibatkan terjadinya perubahan pada serviks yang akan menimbulkan:

- 1) Pendataran dan pembukaan

2) Pembukaan menyebabkan lender yang terdapat pada kanalis servikalis lepas.

3) Terjadi perdarahan karena kapile pembuluh darah pecah.

c. Pengeluaran cairan

Pada beberapa kasus persalinan akan terjadi pecah ketuban. Sebagian besar, keadaan ini terjadi menjelang pembukaan lengkap. Setelah adanya pecah ketuban, diharapkan proses persalinan akan berlangsung kurang dari 24 jam.

d. Hasil-hasil yang didapatkan pada pemeriksaan dalam

1) Perlunakan serviks

2) Pendataran serviks

3) Pembukaan serviks

Pada pemeriksaan dalam serviks mendatar dan pembukaan telah ada .

Menurut Rohani, 2013 Pemeriksaan dalam serviks mendatar dan pembukaan sebagi berikut :

Tabel 2.1

Pemeriksaan Dalam Serviks Mendatar Dan Pembukaan

Nulipara	Multipara
Serviks menipis 50 – 60 % dan pembukaan sampai 1 cm dengan dimulainya persalinan biasanya ibu mengalami penipisan seviks 50 – 100 % kemudian mulai terjadi pembukaan	Seringkali serviks tidak menipis pada awal persalinan, tetapi hanya membuka 1 -2 cm. biasanya pada multipara serviks akan membuka kemudian diteruskan dengan penipisan

Sumber : Rohani, 2013.

2.1.4. Faktor Esensial Persalinan

a. Faktor Passanger

Menurut Jenny J.S Sondakh (2013:4) Penumpang dalam persalinan adalah janin dan plasenta. Hal-hal yang perlu diperhatikan mengenai janin adalah ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin; sedangkan yang perlu diperhatikan pada plasenta adalah letak, besar dan luasnya

Hal yang menentukan kemampuan untuk melewati jalan lahir dari faktor passage adalah:

- 1) Letak (*Lie* atau *Situs*)
 - (a) Letak membujur atau longitudinal
 - (b) Letak lintang
 - (c) Letak miring (*oblique lie*)
- 2) Presentasi

Istilah presentasi digunakan untuk menyebutkan bagian janin yang masuk dibagian bawah rahim.

- a) Presentasi janin dan bagian janin yang terletak pada bagian depan jalan lahir, seperti:

- (1) Presentasi kepala (vertex, muka, dahi)

Table 2.2

Ukuran Kepala Bayi

Persalinan	Lingkaran melalui jalan lahir	Panjang (cm)	Diameter (cm)	<i>Hipomoklion</i>
------------	-------------------------------	--------------	---------------	--------------------

Belakang kepala	<i>Suboksipito bregmatika</i>	9,5	32	<i>Suboksiput</i>
Puncak	<i>Oksipito frontalis</i>	11,5	34	<i>Batang Hidung/ Frontalis</i>
Dahi	<i>Oksipito mentolis</i>	13,5	35	<i>Os Mandibularis</i>
Muka	<i>Submento bregmatika</i>	9,5	32	<i>Os Mento</i>

Sumber: Manuba, dkk. 2010.

(2) Presentasi bokong (bokong murni / frank breech), bokong kaki (complete breech), letak lutut atau letak kaki (incomplete breech)

(3) Presentasi bahu (Letak Lintang)

3) Sikap janin

Hubungan bagian janin (kepala) dengan bagian janin lainnya (badan), misalnya fleksi, defleksi, dll. Sikap janin yang fisiologi adalah badan janin dalam keadaan kifosis sehingga punggung menjadi konveks, kepala dalam sikap hiperfleksidengan dagu dekat dada, lengan bersilang didepan dada, tali pusar terletak diantara ekstremitas dan tungkai terlipat pada lipatan paha, serta lutut rapat pada lipatan badan. Sikap fisiologis ini akan menghasilkan sikap fleksi, tetapi jika dagu menjauhi dada hingga kepala menengadah dan tulang punggung berada dalam posisi lordosis, akan menghasilkan sikap defleksi.

4) Posisi janin

Hubungan bagian/ point penentu dari bagian terendah janin dengan panggul ibu, dibagi dalam 3 unsur:

- a) Sisi panggul ibu : kiri, kanan, dan melintang
 - b) Bagian terendah janin, oksiput, sacrum, dagu dan scapula
 - c) Bagian panggul ibu: depan, belakang
- 5) Bentuk/ukuran kepala janin menentukan kemampuan kepala untuk melewati jalan lahir
- a) Bagian tengkorak
 - (1) Os. Frontalis (tulang dahi)
 - (2) Os. Parietalis (tulang ubun-ubun)
 - (3) Os. Temporalis (tulang pelipis)
 - (4) Os. Oksipitalis (tulang belakang kepala)
 - b) Bagian sutura
 - (1) Sutura sagitalis (sela panah)
 - (2) Sutura koronaria (sela mahkota)
 - (3) Sutura lamdoidalis (sela lamda)
 - (4) Sutura frontalis (sela dahi)
 - c) Bagian ubun-ubun (fontanel)
 - (1) Ubun-ubun besar (fontanel mayor).
 - (2) Ubun-ubun kecil (fontanel minor)

PLASENTA

Menurut Jenny J.S Sondakh (2013;36), plasenta berfungsi sebagai jalur penghubung antara ibu dan anaknya, mengadakan sekresi endokrin, serta pertukaran selektif substansi yang dapat larut dan terbawa darah

melalui lapisan rahim dan bagian trofoblas yang mengandung pembuluh-pembuluh darah, termasuk makanan dari janin. Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013:35), fungsi plasenta yaitu menyalurkan berbagai antibodi dari ibu dan sebagai barrier (penghalang) terhadap janin dari kemungkinan masuknya mikroorganisme atau kavum.

Menurut Jenny J.S Sondakh (2013:36), struktur yang menyusun bagian plasenta yaitu yaitu:

1) Bentuk dan ukuran

Umumnya plasenta berbentuk bundar/ oval yang memiliki diameter 15-20 cm, tebal 2-3 cm, dan berat 500-600 gram. Sementara itu, tali pusat yang menghubungkan plasenta memiliki panjang 25-60 cm.

2) Letak plasenta dalam rahim

Letak plasenta berada didepan atau dibelakang dinding uterus, agak keatas ke arah fundus uteri. Hal ini adalah fisiologis karena pembukaan bagian atas korpus uteri lebih luas sehingga lebih banyak tempat untuk berimplementasi.

3) Pembagian plasenta

a) Bagian janin (*fetal portion*) terdiri atas korion frondosum dan vili.

b) Bagian maternal (*maternal portion*), terdiri dari desidua kompakta yang berasal dari beberapa lobus dan kotiledon sebanyak 15-20 buah. Bagian desidua basalis plasenta yang telah matang disebut sebagai lempeng korionik atau basal, dimana

melalui tali pusat, sirkulasi uteroplasenta akan berjalan ke ruang-ruang intervili

- c) Tali pusat. Tali pusat merentang dari pusat janin ke plasenta bagian permukaan janin. Panjang rata-rata tali pusat tersebut adalah 50-55 cm dan diameter sebesar jari (1-2,5 cm).

b. Faktor Passage

Merupakan jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks dan vagina. Syarat agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal. Passage terdiri dari:

- a. Bagian keras tulang-tulang panggul (rangka panggul)
 - 1) Os. Coxae meliputi os. ilium, os. ischium, dan os. Pubis
 - 2) Os. Sacrum = promotorium
 - 3) Os. Coccygis
- b. Bagian lunak : otot-otot, jaringan dan ligamen-ligamen
 - 1) Pintu Panggul

Pintu atas panggul (PAP) disebut inlet dibatasi oleh promontorium, linea inominata dan pinggir atas symphysis.
 - 2) Ruang tengah panggul (RTP) kira-kira pada spina ischiadica, disebut midlet.
 - 3) Pintu Bawah Panggul (PBP) dibatasi simfisis dan arkus pubis, disebut outlet.

4) Ruang panggul yang sebenarnya (pelvis cavity) berada antara inlet dan outlet.

c. Bidang-bidang:

1) Bidang Hodge I : dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas symphysis dan promontorium.

2) Bidang Hodge II : sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir bawah symphysis.

3) Bidang Hodge III: sejajar Hodge I dan II setinggi spina ischiadika kanan dan kiri.

4) Bidang Hodge IV : sejajar Hodge I, II dan III setinggi os coccygis

d. Ukuran – ukuran panggul :

1) Distansia spinarium : jarak antara kedua spina iliaca anterior superior (24 – 26 cm)

2) Distansia cristarium : jarak anantara kedua crista iliaca kanan dan kiri (28 – 30 cm)

3) Conjugate externa : 18 – 20 cm

4) Lingkar panggul : 80-90 cm

5) Conjugate diagonalis : dengan periksa dalam (12,5 cm)

6) Distansia tuberum : dengan ,menggunakan jangka oceander (10,5 cm)

e. Bentuk-bentuk panggul :

- 1) Ginekoid: bentuknya agak bulat, sudut sub pubis yang lebar, dinding samping panggul hampir sejajar, spina ischiadika yang lebar, ruang subsakroskiatik yang lebar
- 2) Android: bentuknya seperti jantung, sudut sub pubis yang sempit, spina ischiadika yang pendek atau menonjol, ruang subsakroskiatik yang sempit
- 3) Anthropoid: diameter konjugata yang panjang, sudut sub pubis yang sempit, ruang subsakroskiatik yang luas
- 4) Platipoloid: diameter konjugata yang sempit, diameter transversalis yang panjang, sudut sub pubis yang lebar

c. Faktor Power

Power adalah kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran dari ibu. Power merupakan tenaga primer atau kekuatan utama yang dihasilkan oleh adanya kontraksi dan retraksi otot-otot rahim.

a. Kekuatan yang mendorong janin keluar (power) terdiri dari:

- 1) His (kontraksi otot uterus)

Adalah kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Pada waktu kontraksi otot-otot rahim menguncup sehingga menjadi tebal dan lebih pendek. Kavum uteri menjadi lebih kecil serta mendorong janin dan kantung amnion ke arah segmen bawah rahim dan serviks.

- 2) Kontraksi otot-otot dinding perut

- 3) Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan
 - 4) Ketegangan dan ligmentous action terutama ligamentum rotundum.
- b. Kontraksi uterus/His yang normal karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna mempunyai sifat-sifat:
- 1) Kontraksi simetris
 - 2) Fundus dominan
 - 3) Relaksasi
 - 4) Involuntir : terjadi di luar kehendak
 - 5) Intermitten : terjadi secara berkala (berselang-seling).
 - 6) Terasa sakit
 - 7) Terkoordinasi
 - 8) Kadang dapat dipengaruhi dari luar secara fisik, kimia dan psikis
- c. Perubahan-perubahan akibat his:
- 1) Pada uterus dan servik
Uterus teraba keras/padat karena kontraksi. Tekanan hidrostatik air ketuban dan tekanan intrauterin naik serta menyebabkan serviks menjadi mendatar (effacement) dan terbuka (dilatasi).
 - 2) Rasa nyeri karena iskemia rahim dan kontraksi rahim. Juga ada kenaikan nadi dan tekanan darah.
 - 3) Pertukaran oksigen pada sirkulasi utero-plasenta kurang, maka timbul hipoksia janin. Denyut jantung janin melambat (bradikardi) dan kurang jelas didengar karena adanya iskemia fisiologis.

d. Dalam melakukan observasi pada ibu bersalin hal-hal yang harus diperhatikan dari his:

1) Frekuensi his.

Jumlah his dalam waktu tertentu biasanya permenit atau persepuluh menit.

2) Intensitas his

Intensitas dan frekuensi kontraksi uterus bervariasi selama persalinan, semakin meningkat waktu persalinan semakin maju. Telah diketahui bahwa aktifitas uterus bertambah besar jika wanita tersebut berjalan-jalan sewaktu persalinan masih dini.

3) Durasi atau lama his

Lamanya setiap his berlangsung diukur dengan detik, misalnya selama 40 detik.

4) Datangnya his

Apakah datangnya sering, teratur atau tidak.

5) Interval

Jarak antara his satu dengan his berikutnya, misalnya his datang tiap 2-3 menit.

d. Faktor Psikologi

Menurut Sondakh, 2013 yaitu lancar atau tidaknya proses persalinan banyak tergantung pada kondisi biologis, khususnya kondisi wanita yang bersangkutan. Namun juga perlu untuk diketahui bahwa hampir tidak ada tingkah laku manusia (yang disadari) dan proses

biologisnya yang tidak dipengaruhi oleh proses psikis. Dengan demikian, dapat dimengerti bahwa membesarnya janin dalam kandungan mengakibatkan ibu bersangkutan mudah lelah, badan tidak nyaman, tidak tidur nyenyak, sering kesulitan dalam bernapas, dan beban jasmanilah lainnya saat menjalani proses kehamilannya. Pada ibu bersalin terjadi beberapa perubahan psikologis diantaranya:

- 1) Rasa cemas pada bayinya yang akan lahir
- 2) Kesakitaan saat kontraksi dan nyeri
- 3) Ketakutan saat melihat darah

Rasa takut dan cemas yang dialami ibu akan berpengaruh pada lamanya persalinan, his kurang baik, dan pembukaan yang kurang lancer. Menurut Pitchard perasaan takut dan cemas merupakan faktor utama yang menyebabkan rasa sakit dalam persalinan dan berpengaruh terhadap kontraksi rahim dan dilatasi serviks sehingga persalinan lama. Apabila perasaan takut dan cemas yang dialami oleh ibu berlebihan, maka akan berujung pada stress. Beberapa hal yang dapat memengaruhi psikologi ibu meliputi;

- 1) Melibatkan psikologi ibu, emosi, persiapan intelektual
- 2) Pengalaman bayi sebelumnya
- 3) Kebiasaan adat
- 4) Hubungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.

Sikap negative yang mungkin muncul pada ibu menjelang proses persalinan adalah sebagai berikut:

- 1) Persalinan sebagai ancaman terhadap keamanan
- 2) Persalinan sebagai ancaman sebagai *self-image*
- 3) Medikasi persalinan
- 4) Nyeri persalinan dan kelahiran

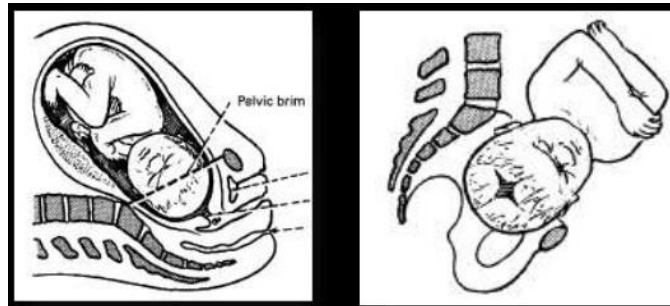
Oleh karena banyak sekali perubahan yang dialami ibu bersalin, maka penolong persalinan seperti bidan dituntut untuk melakukan asuhan sayang ibu. Pada asuhan sayang ibu, penolong persalinan harus memberikan dukungan psikologis dengan cara meyakinkan ibu bahwa persalinan merupakan proses yang normal, dan yakinkan bahwa ibu dapat melaluinya. Penolong persalinan dapat mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Hal tersebut dapat menunjukkan bahwa ibu mendapat perhatian lebih dan diberi dukungan selama persalinan dan kelahiran bayi oleh suami dan keluarga.

2.1.5. Mekanisme Persalinan

Berikut ini adalah mekanisme persalinan fisiologis (Manuaba, 2007):

a. Engagement

Kepala janin masuk pintu atas panggul dengan sumbu kepala janin dapat tegak lurus dengan pintu atas panggul (sinklismus) atau miring/ membentuk sudut dengan pintu atas panggul. Pada primigravida terjadi pada usia kehamilan 36 minggu, pada multigravida terjadi pada saat inpartu. Penyebab kepala engaged adalah adanya kontraksi Braxton Hicks, ketegangan dinding abdomen dan ketegangan ligamentum rotundum.

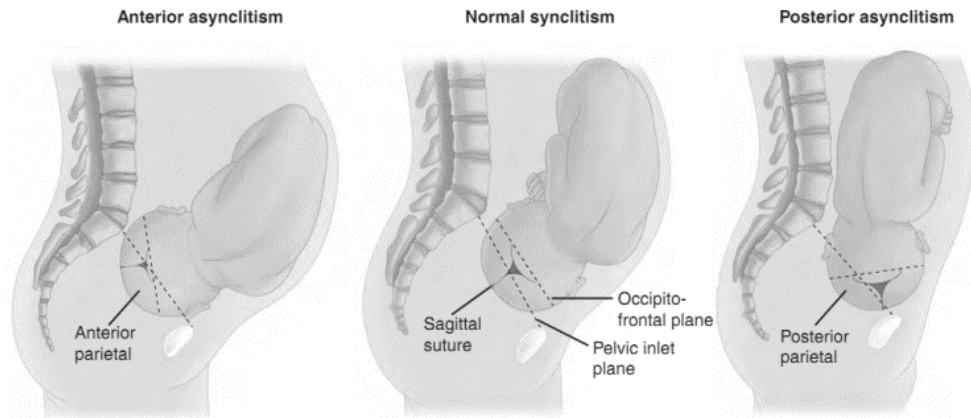


Gambar. 2.1. Engagement

Sumber: Sukarni dan Margareth. 2013.

b. Desensus

Penurunan kepala janin yang disebabkan oleh his saat mulai inpartu, tekana cairan amnion, tekanan langsung fundus pada bokong. Bentuk penurunan kepala ada 2 macam yaitu sinklitismus (sutura sagitalis berhimpitan dengan jalan lahir) dan deep transverse arrest (timbul akibat kegagalan turunnya kepala dan putar paksi dalam). Kepala melintasi PAP dapat dalam keadaan sinklitismus, ialah bila arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang pintu atas panggul. Kepala dapat pula masuk ke PAP dalam keadaan asinklitismus yaitu arah sumbu kepala janin miring dengan bidang pintu atas panggul. Asinklitismus anterior apabila kepala janin turun ke PAP dengan mengarah ke promontorium, sedangkan asinklitismus posterior apabila kepala masuk PAP dengan menghadap ke arah simfisis.

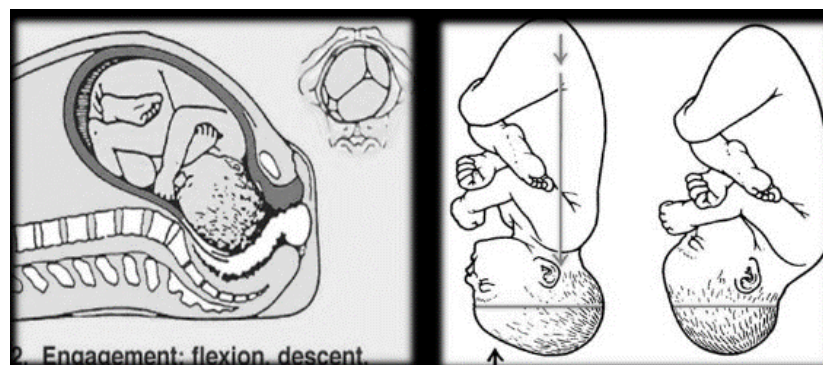


Gambar 2.2 Desensus

Sumber: Rohani. 2013.

c. Fleksi

Desensus kepala dengan kekuatan his akan menimbulkan fleksi kepala sehingga dagu akan menempel pada dada janin, posisi kepala berubah dari diameter oksipito-frontalis (puncak kepala) menjadi diameter suboksipito-bregmatikus (belakang kepala).



Gambar. 2.3 Fleksi

Sumber: Sulistyawati, Ari.dkk. 2010.

d. Internal rotasi (putar paksi dalam)

Kepala janin berputar sehingga suboksiput(hipomioklion) berada di bawah simfisis. Pada kondisi normal dengan adaptasi kepala dan pelvis yang baik, rotasi akan berlangsung seiring dengan penurunan kepala janin setelah mencapai dasar panggul. Putar paksi dalam selalu disertai turunnya kepala, putaran ubun-ubun kecil ke arah depan (ke bawah symphysis pubis) membawa kepala melewati distansia interspinarum dengan diameter biparietalis. Penyebab terjadinya internal rotasi adalah upaya kepala janin untuk menyesuaikan dengan jalan lahir.

e. Ekstensi

Setelah rotasi kepala janin menghadapi persalinan dengan suboksiput sebagai hipomioklion. Perputaran kepala dengan suboksiput sebagai hipomioklion menyebabkan terjadinya ekstensi. Ekstensi menyebabkan berturut-turut lahirnya oksiput, ubun-ubun besar, dahi, hidung, muka dan akhirnya dagu. Sementara ekstensi menyebabkan kepala lahir badan janin masuk ke pintu atas panggul.

f. Eksternal rotasi (Putar paksi luar)

Badan janin yang telah memasuki pintu atas panggul menyebabkan leher bebas bergerak sehingga leher berusaha kembali pada posisi semula yaitu oksiput akan berada sesuai dengan tulang belakang janin. Perputaran kepala menuju posisinya sehingga oksiput berada sesuai dengan tulang belakangnya yang disebut putar paksi luar.

g. Ekspulsi

Setelah putar paksi luar, bahu depan di bawah simfisis menjadi hipomoklion kelahiran bahu belakang, bahu depan menyusul lahir diikuti seluruh badan anak: (toraks, abdomen) dan lengan, pinggul/trokanter depan dan belakang, tungkai dan kaki. Pada tahap ekspulsi seluruh bagian badan bayi telah lahir

2.1.6. Tahapan Persalinan

Menurut Sondakh (2013) bahwa tahapan dari persalinan terdiri atas kala I (kala pembukaan), kala II (kala pengeluaran janin), kala III (pelepasan plasenta), dan kala IV (kala pengawasan/ observasi/ pemulihan).

a. Kala I

1) Definisi Kala I

Menurut Sukarni dan Margareth (2013) bahwa kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I dibagi menjadi 2 fase yaitu fase laten dan fase aktif.

- a) Fase laten persalinan dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap pembukaan serviks kurang dari 4 cm, biasanya berlangsung dalam 8 jam.
- b) Fase aktif persalinan yaitu frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat/ memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih), servik membuka dari 4 ke 10 cm,

biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih per jam hingga pembukaan lengkap (10cm), terjadi penurunan bagian terbawah janin. Fase aktif dibagi dalam 3 subfase yaitu:

- (1) Periode akselerasi, berlangsung 2 jam, pembukaan 3 cm menjadi 4 cm
- (2) Periode dilatasi maksimal, berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat dari 4 cm menjadi 9 cm
- (3) Periode deselerasi, berlangsung lambat selama 2 jam, pembukaan dari 9 cm menjadi 10 cm (lengkap)

Proses diatas fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida. Pada multigravida pun terjadi demikian, akan tetapi fase laten, fase aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pendek.

Berdasarkan kurve Friedman, diperhitungkan pembukaan pada primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/ jam. Mekanisme pembukaan serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primigravida, ostium uteri internum akan membuka lebih dulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis, kemudian ostium internum sudah sedikit terbuka. Ostium uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam waktu yang sama. Kala I telah berakhir apabila pembukaan serviks telah lengkap pada primigravida kala I berlangsung sekitar 12 jam, sedangkan pada multigravida berlangsung kira-kira 8 jam.

2) Perubahan Fisiologis Pada Kala I

a) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama terjadi kontraksi (sistol rata-rata naik) 10-20 mmHg, diastol naik 5-10 mmHg. Antar kontraksi, tekanan darah kembali seperti saat sebelum persalinan. Rasa sakit, takut dan cemas juga akan meningkatkan tekanan darah

b) Metabolisme

Metabolisme karbohidrat aerob dan anaerob akan meningkat secara berangsur-angsur disebabkan karena kecemasan dan aktivitas otot skeletal, peningkatan ini ditandai dengan adanya peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, curah jantung (*cardiac output*), pernapasan, dan kehilangan cairan.

c) Suhu tubuh

Adanya peningkatan metabolisme maka suhu tubuh sedikit meningkat selama persalinan. Selama dan setelah persalinan akan terjadi peningkatan, jaga agar suhu tubuh tidak lebih dari 0,5-1°C

d) Detak jantung

Berhubungan dengan peningkatan metabolisme, detak jantung akan meningkat secara dramatis selama kontraksi

e) Pernapasan

Terjadinya peningkatan metabolisme, maka terjadi sedikit terjadi peningkatan laju pernapasan yang dianggap normal, hiperventilasi yang lama dianggap tidak normal dan bisa menyebabkan alkalosis

f) Ginjal

Poliuri sering terjadi selama proses persalinan, mungkin dikarenakan adanya peningkatan *cardiac output*, peningkatan filtrasi glomerulus, dan peningkatan aliran plasma ginjal. Protein urin yang sedikit dianggap normal dalam persalinan

g) Gastrointestinal

Motilitas lambung dan absorpsi makanan padat secara substansi berkurang sangat banyak selama persalinan. Selain itu, berkurangnya pengeluaran getah lambung menyebabkan aktivitas pencegahan hampir berhenti dan pengosongan lambung menjadi sangat lambat, cairan tidak berpengaruh dan meninggalkan perut dalam waktu biasa. Mual dan muntah bisa terjadi sampai ibu mencapai kehamilan kala I

h) Hematologi

Hemoglobin meningkat sampai 1,2 gr/100 ml selama persalinan sehari pascapersalinan, kecuali terdapat perdarahan postpartum.

i) 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 serviks relatif pasif dibanding dengan segmen atas dan bagian ini berkembang menjadi jalan yang berdinding jauh lebih tipis untuk janin. Cincin retraksi terbentuk pada persambungan segmen bawah dan atas uterus. Segmen bawah rahim terbentuk secara bertahap ketika

kehamilannya bertambah tua dan kemudian menipis sekali pada saat persalinan. (Sukarni dan Margareth, 2013: 216)

j) Vagina dan Serviks

(1) Pendataran serviks disebut juga penipisan serviks.

Pemendekan saluran serviks dari 2 cm menjadi hanya berupa muara melingkar dengan tepi hampir setipis kertas. Proses ini terjadi atas ke bawah sebagai hasil dari aktivitas miometrium. Serabut-serabut otot setinggi os serviks internum ditarik ke atas dan dipendekkan menuju segmen bawah uterus, sementara os eksternum tidak berubah.

(2) Pembukaan serviks.

Pembukaan terjadi sebagai akibat dari kontraksi uterus serta tekanan yang berlawanan dari kantong membran dan bagian bawah janin. Kepala janin saat fleksi akan membantu pembukaan yang efisien. Pada primigravida pembukaan didahului oleh pendataran serviks, sedangkan pada multigravida pembukaan serviks dapat terjadi bersamaan dengan pendataran.

Tabel 2.3 Pemeriksaan Luar Dan Dalam

Pemeriksaan Luar	Pemeriksaan Dalam	Keterangan
Teraba 5/5 bagian		Kepala di atas PAP dan mudah digerakkan
Teraba 4/5 bagian	H I – II	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul sehingga sulit digerakkan
Teraba 3/5 bagian	H II – III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
Teraba 2/5 bagian	H III (+)	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
Teraba 1/5 bagian	H III – IV	Kepala di dasar panggul
Teraba 0/5 bagian	H IV	Kepala di perineum

Sumber : Abdul Bari Saifudin. 2002.

3) Perubahan Psikologi Kala I

Menurut Sondakh (2013) bahwa masalah yang mungkin terjadi menjelang ataupun pada saat vpersalinan di antaranya sebagai berikut :

a) Kecemasan Menghadapi Persalinan

Tindakan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut.

- (1) Kaji penyebab kecemasan
- (2) Orientasikan ibu terhadap lingkungan
- (3) Pantau TTV
- (4) Ajarkan teknik relaksasi
- (5) Pengaturan napas untuk memfasilitasi rasa nyeri akibat kontraksi uterus

b) Kurang Pengetahuan tentang Proses Persalinan

Tindakan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut :

- (1) Kaji tingkat pengetahuan
- (2) Beri informasi tentang proses persalinan dan penolongan persalinan yang akan dilakukan.
- (3) Informed consent
- c) Kemampuan Mengontrol Diri menurun (Pada kala I fase Aktif)
Tindakan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut ;
 - (1) Berikan dukungan emosi dan fisik
 - (2) Libatkan keluarga/suami untuk selalu mendampingi selama proses persalinan
- 4) Kebutuhan Dasar Kala I
Menurut Sulistyawati (2013) kebutuhan dasar kala I meliputi:
 - a) Aman, sesuai dengan *evidenced based* dan memberikan sumbangan pada keselamatan jiwa pasien
 - b) Memungkinkan pasien merasa aman, nyaman secara psikologi merasa didukung dan didengar
 - c) Meghormati praktik-praktik budaya, keyakinan agama, serta hak pasien atau keluarganya sebagai pengambil keputusan
 - d) Memastikan bahwa informasi yang diberikan adekuat serta dapat dipahami oleh pasien

b. Kala II

1) Pengertian kala II

Pada kala ini, his terkoordinir, kuat, cepat, dan lebih lama kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala telah turun memasuki ruang panggul sehingga

terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang menimbulkan rasa ingin mengejan. Tekanan pada rektum akibat penurunan kepala tersebut, menyebabkan ibu ingin mengejan seperti mau buang air besar, dengan tanda anus membuka. Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perinium meregang. Adanya his yang terpimpin, akan lahirlah kepala yang diikuti seluruh badan bayi. Kala II pada primi berlangsung 1 ½ jam dan pada multi ½ jam. Diagnosis kala II ditegakkan atas dasar pemeriksaan dalam yang menunjukkan pembukaan serviks telah lengkap dan terlihat bagian kepala bayi pada introitus vagina (crowning).

Tanda dan gejala kala II

- a. His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit.
- b. Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- c. Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan/atau vagina.
- d. Perineum terlihat menonjol.
- e. Vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka.
- f. Peningkatan pengeluaran lendir dan darah.

2) Perubahan Fisiologis Kala II

Menurut Sukarni dan Margareth (2013) bahwa perubahan fisiologis kala II meliputi sistem kardiovaskuler, sistem respirasi, pengaturan suhu, sistem urinaria, sistem muskuloskeletal, saluran cerna, dan sistem syaraf.

a) Sistem Kardiovaskuler

- (1) Kontraksi menurunkan aliran darah menuju uterus sehingga jumlah darah dalam sirkulasi ibu meningkat.
- (2) Resistensi perifer meningkat sehingga tekanan darah meningkat.
- (3) Tekanan darah meningkat rata-rata 15 mmHg saat kontraksi
- (4) Janin normalnya dapat beradaptasi tanpa masalah
- (5) Oksigen menurun selama kontraksi menyebabkan hipoksia tetapi dengan kadar yang masih adekuat tidak menimbulkan masalah serius.

b) Sistem Respirasi

- (1) Konsumsi oksigen meningkat
- (2) Percepatan pematangan surfaktan (*fetus-labor speeds-maturation of surfactant*) yaitu penekanan pada dada selama proses persalinan membersihkan paru-paru janin dari cairan yang berlebihan.

c) Pengaturan Suhu

- (1) Aktivitas otot yang meningkat menyebabkan sedikit kenaikan suhu
- (2) Keseimbangan cairan akan menyebabkan kehilangan cairan oleh karena meningkatnya kecepatan dan kedalaman respirasi yang disebut dengan retriksi cairan

d) Sistem Urinaria

- (1) Ginjal memekatkan urine

(2) Penekanan kepala janin menyebabkan tonus vesica kandung kemih menurun.

e) Sistem Musculoskeletal

(1) Hormone relaxin menyebabkan pelunakan kartilago diantara tulang

(2) Fleksibilitas pubis meningkat

(3) Nyeri punggung

(4) Janin menyebabkan kontraksi mendorong janin sehingga terjadi fleksi maksimal

f) Sistem Saluran Cerna

(1) Praktif inaktif selama persalinan

(2) Proses pencernaan dan pengosongan lambung memanjang

g) Sistem Syaraf

Janin menyebabkan kontraksi sehingga penekanan pada kepala janin mengakibatkan DJJ menurun

3) Perubahan Psikologi Kala II

a) Emotional distress

Tindakan yang dilakukan

(1) Dengarkan dan tanggap pertanyaan dan kekhawatiran ibu.

(2) Berikan dukungan, besarkan hatinya dan tentramkan hati ibu beserta anggota-anggota keluarganya

(3) Menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa aman.

b) Nyeri menurunkan kemampuan mengendalikan emosi

Tindakan yang dilakukan

- (1) Seorang pendamping yang hadir terus-menerus, sentuhan yang nyaman, dan dorongan dari orang yang memberikan dukungan.
 - (2) Perubahan posisi dan pergerakan
 - (3) Sentuhan dan masase
 - (4) Counterpressure untuk mengurangi tegangan pada ligament
 - (5) Pijatan ganda pada panggul
 - (6) Kompres hangat dan kompres dingin
 - (7) Berendam
- c) Lemah

Tindakan yang dilakukan: Anjurkan ibu untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang ia menginginkannya..

- d) Takut

Tindakan yang dilakukan: Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.

4) Kebutuhan Dasar Kala II

Menurut Sukarni dan Margareth (2013) bahwa peran petugas kesehatan adalah memantau dengan seksama dan memberikan dukunganserta kenyamanan pada ibu, bagi segi/perasaan maupun fisik.

Seperti:

- a) Memberikan dukungan terus menerus kepada ibu dengan:
 - (1) Mendampingi ibu agar merasa nyaman
 - (2) Menawarkan minum, mengipasi dan memijat ibu

b) Menjaga kebersihan diri:

- (1) Ibu tetap dijaga kebersihannya agar terhindar dari infeksi
- (2) Jika ada darah lender atau cairan ketuban segera dibersihkan

c) Kenyamanan bagi ibu:

- (1) Memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan/ketakutan ibu
- (2) Menjaga privasi ibu
- (3) Penjelasan tentang proses dan kemajuan persalinan
- (4) Penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan dan keterlibatan ibu
- (5) Mengatur posisi ibu
- (6) Menjaga kandung kemih tetap kosong, ibu dianjurkan berkemih sesering mungkin

c. Kala III

1) Definisi Kala III

Kala III persalinan dimulai setelah bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban, seluruh proses umumnya berlangsung 5-15 menit setelah bayi lahir. Dilakukan manajemen aktif kala III yang terdiri dari pemberian oksitosin, peregang tali pusat terkendali, dan masase fundus uteri.

Proses lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan mempertahankan tanda-tanda dibawah ini:

a) Uterus menjadi bundar

- b) Uterus terdorong keatas karena plasenta dilepas kesegmen bawah rahim
- c) Tali pusat bertambah panjang
- d) Terjadi semburan darah tiba-tiba.

Cara melahirkan plasenta adalah menggunakan teknik dorsokranial Pengeluaran selaput ketuban. Selaput janin biasanya lahir dengan mudah, namun kadang-kadang masih ada bagian lasenta yang tertinggal. Bagian tertinggal tersebut dapat dikeluarkan dengan cara:

- (1) Menarik pelan-pelan
- (2) Memutar atau memilinnya seperti tali
- (3) Memutar pada klem
- (4) Manual atau digital

Plasenta dan selput ketuban harus diperiksa secara teliti setelah dilahirkan. Apakah setiap bagian plasenta lengkap atau tidak lengkap. Bagian plasnta yang diperiksa yaitu permukaan maternal yang pada normalnya memiliki 6-20 kotiledon, permukaan vetal, dan apakan terdapat tanda-tanda plasenta suksenturia. Jika plasenta tidak lengkap, maka disebut ada sisa plasenta. Keadaan ini dapat menyebabkan perdarahan yang banyak dan infeksi. Kala III terdiri dari 2 fase, yaitu:

- (1) Fase pelepasan plasenta

Beberapa cara pelepasan plasenta antara lain:

- (a)Schultze

Proses lepasnya plasenta seperti menutup payung. Cara ini merupakan cara yang paling sering terjadi (80%). Bagian yang lepas terlebih dahulu adalah bagian tengah, lalu terjadi retroplasenta hematoma yang menolak plasenta mula-mula bagian tengah, kemudian seluruhnya. Menurut cara ini, perdarahan biasanya tidak ada sebelum plasenta lahir dan berjumlah banyak setelah plasenta lahir.

(b) Duncan

Berbeda dengan sebelumnya, pada cara ini lepasnya plasenta mulai dari pinggir 20%. Darah akan mengalir keluar antara selaput ketuban. Pengeluarannya juga serempak dari tengah dan pinggir plasenta

(2) Fase pengeluaran plasenta

Perasat-perasat untuk mengetahui lepasnya plasenta adalah:

(a) Kustner

Dengan meletakkan tangan disertai tekanan di atas simfisis, tali pusat ditegangkan, maka bila tali pusat masuk berarti belum lepas. Jika diam atau maju berarti sudah lepas

(b) Klein

Sewaktu ada his, rahim didorong sedikit. Bila tali pusat kembali berarti belum lepas, diam atau turun berarti lepas. (cara ini tidak digunakan lagi)

(c) Strassman

Tegangkan tali pusat dan ketok pada fundus, bila tali pusat bergetar berarti plasenta belum lepas, tidak bergetar berarti sudah lepas. Tanda-tanda plasenta telah lepas adalah rahim menonjol diatas simfisis, tali pusat bertambah panjang, rahim bundar dan keras, serta keluar darah secara tiba-tiba.

2) Perubahan Fisiologis Pada Kala III

Menurut Sondakh (2013) bahwa perubahan fisiologis pada kala III meliputi perubahan bentuk dan tinggi fundus, tali pusat memanjang, Dan semburan darah mendadak dan singkat.

a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus

Setelah bayi lahir dan sebelum myometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh, dan tinggi fundus biasanya terletak di bawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau berbentuk menyerupai buah pir atau alpukat, dan fundus berada dia atas pusat (sering kali mengarah ke sisi kanan).

b) Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva (tanda Ahfeld)

c) Semburan darah mendadak dan singkat

Darah yang terkumpul di belakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dan dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (*retroplacental*) dalam ruang diantara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas

tampungnya, maka darah akan tersembur keluar dari tepi plasenta yang terlepas.

3) Perubahan Psikologis pada Kala III

- a) Ibu ingin melihat, menyentuh dan memeluk bayinya
- b) Merasa gembira, lega dan bangga akan dirinya, juga merasa sangat lelah
- c) Memusatkan diri dan kerap bertanya apakah vaginanya perlu dijahit
- d) Menaruh perhatian terhadap plasenta

4) Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin Kala III

Kala III merupakan kala setelah keluarnya bayi sampai plasenta lahir.

Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu antara lain:

- a) Memberikan kesempatan kepada ibu untuk segera memeluk bayinya dan menyusuinya
- b) Informasi yang jelas mengenai keadaan pasien sekarang dan tindakan apa yang dilakukan.
- c) Penjelasan mengenai apa yang harus ia lakukan untuk membantu mempercepat kelahiran plasenta, yaitu kapan saat meneran dan posisi apa yang mendukung untuk pelepasan dan kelahiran plasenta
- d) Pencegahan infeksi pada kala III
- e) Memantau keadaan ibu (tanda vital, kontraksi, perdarahan)
- f) Melakukan kolaborasi/ rujukan bila terjadi kegawatdarutan

- g) Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi
- h) Memberikan motivasi dan pendamping selama kala III

d. Kala IV

1) Definisi Kala IV

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir 2 jam setelah proses tersebut. Observasi yang dilakukan pada kala IV meliputi kontraksi uterus, perdarahan dari jalan lahir, plasenta dan selaput ketuban lahir lengkap, kandung kemih kosong, luka perineum terawat, bayi dalam keadaan baik, ibu dalam keadaan baik

2) Perubahan Fisiologis Pada Kala IV

a) Uterus

Uterus terletak di tengah abdomen kurang lebih $\frac{2}{3}$ sampai $\frac{3}{4}$, antara simfisis pubis sampai umbilicus. Jika uterus ditemukan di bagian tengah di atas umbilicus, maka hal tersebut menandakan adanya darah dan bekuan di dalam uterus yang perlu ditekan dan dikeluarkan. Uterus yang berada di atas umbilicus dan bergeser, paling umum ke kanan, cenderung menandakan kandung kemih penuh. Uterus yang berkontraksi normal harus keras ketika disentuh.

b) Serviks, Vagina, dan Perineum

Keadaan serviks, vagina, dan perineum diinspeksi untuk melihat adanya laserasi, memar, dan pembentukan hematoma awal. Oleh karena inspeksi serviks dapat menyakitkan bagi ibu, maka hanya

dilakukan jika ada indikasi. Segera setelah kelahiran, serviks akan berubah menjadi bersifat patulous, terkulai, dan tebal. Tonus vagina dan tampilan jaringan vagina dipengaruhi oleh peregangan yang telah terjadi selama kala II persalinan. Adanya edema atau memar pada introitus.

c) Plasenta, Membran, dan Tali Pusat

Inspeksi unit plasenta membutuhkan kemampuan bidan untuk mengidentifikasi tipe-tipe plasenta dan insersi tali pusat. Bidan harus waspada apakah plasenta dan membrane lengkap, serta apakah terdapat abnormalitas, seperti ada simpul sejati pada tali pusat.

d) Penjahitan Episiotomi dan Laserasi

Penjahitan episiotomy dan laserasi memerlukan pengetahuan anatomi perineum, tipe jahitan, hemostasis, pembedahan aseptis, dan penyembuhan luka. Bidan juga harus mengetahui tipe benang dan jarum, instrument standar, dan peralatan yang tersedia di lingkungan praktik

e) Tanda Vital

Tekanan darah, nadi, dan pernapasan harus stabil pada level prapersalinan selama jam pertama pasca persalimam. Pemantauan tekanan darah dan nadi yang rutin selama interval ini adalah salah satu cara untuk mendeteksi syok akibat kehilangan darah yang

berlebihan. Suhu ibu berlanjut sedikit meningkat, tetapi biasanya dibawah 38 C

f) Sistem Gastrointestinal

Jika selama persalinan terdapat mual dan muntah, maka harus segera diatasi. Rasa haus umumnya dialami, dan banyak ibu melaporkan segera merasakan lapar setelah melahirkan.

g) Sistem Renal

Suatu hal yang umum terjadi jika kandung kemih hipotonik disertai retensi urin bermakna dan terjadi pembesaran. Hal ini disebabkan adanya tekanan dan kompresi pada kandung kemih dan uretra selama persalinan dan kelahiran. Mempertahankan kandung kemih tetap kosong selama persalinan dapat menurunkan terjadinya trauma. Setelah melahirkan, kandung kemih harus tetap kosong untuk mencegah uterus berubah posisi dan terjadinya atonia.

3) Perubahan Psikologi Kala IV

(Bonding dan Attachment)

Terjadi pada kala IV, dimana diadakan kontak antara ibu-ayah-anak, dan tetap dalam ikatan kasih, penting bagi perawat untuk memikirkan bagaimana agar hal tersebut dapat terlaksana partisipasi suami dalam proses persalinan merupakan salah satu upaya untuk proses ikatan kasih tersebut.

4) Kebutuhan Dasar Kala IV

a) Hidrasi dan nutrisi

Berikan segera minum sebanyak yang pasien inginkan, karena saat ini ia merasa haus akibat kelelahan dan pengeluaran keringat yang banyak saat persalinan. Berikan pasien makan sesuai dengan menu yang ada saat itu.

b) Hygiene dan kenyamanan pasien

c) Bimbingan dan dukungan BAK

d) Informasi dan bimbingan sejas-jelasnya mengenai apa yang terjadi dengan tubuhnya dan apa yang harus ia lakukan dengan kondisinya

e) Kehadiran bidan sebagai pendamping selama dua jam pascapersalinan serta keluarga atau orang-orang terdekatnya

f) Dukungan untuk menjalin hubungan awal dengan bayinya, terutama saat pemberian ASI awal

g) Posisi tubuh dan lingkungan yang nyaman setelah saat-saat berat menjalani persalinan

h) Pemberian analgesik

i) Tempat dan alas tidur yang bersih agar tidak terjadi infeksi

2.2. Konsep Manajemen Asuhan Persalinan

Dalam melaksanakan asuhan kebidanan hal-hal yang dilakukan meliputi pengkajian data, mengidentifikasi diagnosa dan masalah, mengidentifikasi diagnosa dan masalah potensial, mengidentifikasi kebutuhan segera, merencanakan tindakan/intervensi, melaksanakan

asuhan/implementasi, serta mengevaluasi tindakan yang sudah dilaksanakan. Langkah-langkah tersebut akan diuraikan sebagai berikut.

2.2.1. Kala I

a. Pengkajian Data

Pengkajian data meliputi kapan, dimana, dan oleh siapa pengkajian dilakukan. Adapun pengkajian data meliputi pengkajian data subjektif dan objektif yang akan dijelaskan sebagai berikut:

1) Subjektif

a) Biodata

Nama suami/istri :

Umur :

Agama :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Alamat :

Penghasilan :

b) Alasan Datang

Ditanyakan apakah alasan datang ini karena ada keluhan tanda-tanda persalinan. (Romauli, 2011, hal:163).

c) Keluhan Utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas kesehatan. Pada persalinan, informasi yang harus didapat dari pasien adalah kapan mulai terasa ada kencang-kencang di perut,

bagaimana intensitas dan frekuensinya, apakah ada pengeluaran cairan dari vagina yang berbeda dari air kemih, apakah sudah ada pengeluaran lendir yang disertai darah serta pergerakan janin untuk memastikan kesejahteraannya (Sulistyawati, 2013 : 221).

d) Riwayat Kebidanan

Digunakan sebagai data acuan untuk memprediksi jalannya proses persalinan dan untuk mendeteksi apakah ada kemungkinan penyulit selama proses persalinan (Sulistyawati, 2013 : 221).

e) Riwayat Menstruasi

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) merupakan data dasar yang diperlukan untuk menentukan usia kehamilan, apakah cukup bulan atau premature. (Rohani dkk, 2011 : 80).

Hari Perkiraan Lahir (HPL) merupakan data dasar yang digunakan untuk menentukan perkiraan bayi akan dilahirkan dimana akan dihitung dari HPHT (Rohani dkk, 2011 : 80).

f) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat keluarga memberi informasi tentang keluarga dekat pasien, termasuk orangtua, saudara kandung, dan anak-anak. Hal ini membantu mengidentifikasi gangguan genetik atau familial dan kondisi-kondisi yang dapat mempengaruhi status kesehatan wanita atau janin (Bobak, 2005 : 148). Contoh penyakit keluarga yang perlu ditanyakan : kanker, penyakit jantung, hipertensi, diabetes, penyakit ginjal, penyakit jiwa, kelainan bawaan, kehamilan ganda, TB,

epilepsi, kelainan darah, alergi, kelainan genetik (Hani dkk, 2011:88-89)

g) Riwayat Kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

(1) Kehamilan

Pengkajian mengenai berapa jumlah kehamilan pada ibu, apakah ibu pernah hamil ≥ 4 (grandemulti) dan apakah ibu mengalami masalah/gangguan saat kehamilan seperti mual dan muntah yang tiada henti dan membuat berat badan ibu menurun (hyperemesis), apakah ibu selama hamil mengkonsumsi tablet Fe lebih dari satu atau ibu sering merasa lemah, letih, dan lesu (anemia), apakah pernah keguguran atau keluarnya perdarahan secara pervaginam (abortus), apakah ibu pernah mengalami hamil anggur (mola hordatidosa), apakah pernah hamil diluar kandungan (kehamilan ektopok terganggu), apakah ibu pernah merasakan pusing yang hebat, pandangan kabur, dan bengkak-bengkak ditangan dan wajah (preeklampsi/eklampsi).

(2) Persalinan

Pengkajian dilakukan untuk mengetahui kapan terakhir kali ibu mengalami persalinan, apakah anak terkecil kurang dari 2 tahun (jarak yang terlalu dekat) ataukah persalinan terakhir ≥ 10 tahun yang lalu (primi tua sekunder), dengan UK aterm, premature, serotinus ataukah janin mati dalam kandungan dan untuk mengetahui cara persalinan spontan atau buatan yang dikarenakan

kelainan letak seperti letak sungsang maupun letak lintang ataukah kehamilan kembar, polihidramnion, oligohidramnion dan gawat janin sehingga ibu harus bersalin SC atau dengan bantuan alat seperti cunam, vakum, dan forcep.

(3) Nifas

Pengkajian dilakukan apakah ibu mengalami keluhan secara emosional (*baby blues*) terhadap bayinya dan keluhan fisik seperti panas tinggi dan nyeri pada bagian tubuh tertentu seperti tungkai dan bawah perut (infeksi), perdarahan yang memerlukan tindakan (sisa plasenta), kejang – kejang (preeklamsi/eklamsi), dan apakah ibu menyusui bayinya setelah persalinan secara eksklusif atau tidak, sehingga ibu mengalami masalah laktasi (pembengkakan payudara/mastitis/ abses).

h) Riwayat Pernikahan

Untuk mengetahui apakah ibu hamil pertama setelah menikah 4 tahun atau lebih dengan suami (primi tua) yang dapat membahayakan kondisi kesehatan ibu dan janin.

i) Riwayat Kehamilan Sekarang

Trimester I :

berisi tentang bagaimana awal mula terjadinya kehamilan, ANC dimana dan berapa kali, apakah selama hamil ibu mengalami keluhan yang dapat membahayakan kondisi ibu dan janin seperti perdarahan dan nyeri perut hebat (abortus, kehamilan ektopik, mola

hidatidosa) dan mual muntah yang tiada henti serta membuat berat badan ibu menurun (*hyperemesis gravidarum*) obat yang dikonsumsi, serta KIE yang didapat.

Trimester II :

berisi tentang ANC dimana dan berapa kali, apakah selama hamil mengalami keluhan yang merupakan tanda bahaya seperti pusing yang hebat, pandangan kabur, dan bengkak-bengkak ditangan dan wajah (*preeklamsi/eklamsi*), pecahnya ketuban secara merembes ataupun spontan (*KPD*) dan menanyakan obat yang dikonsumsi seperti tablet Fe apakah diminum secara teratur dan berapa banyak jumlahnya (apabila lebih dari satu menandakan anemia), serta KIE yang didapat. Sudah atau belum merasakan gerakan janin, usia berapa merasakan gerakan janin (gerakan pertama fetus pada *primigravida* dirasakan pada usia 18 minggu dan pada *multigravida* 16 minggu), serta imunisasi yang didapat.

Trimester III :

berisi tentang ANC dimana dan berapa kali, apakah ibu mengalami keluhan yang dapat mengarah kepada komplikasi seperti pusing yang hebat, pandangan kabur, tekanan darah tinggi, dan bengkak-bengkak ditangan dan wajah (*preeklamsi/eklamsi*) dan tidak adanya atau berkurangnya gerakan

janin menandakan gawat janin, obat yang dikonsumsi, serta KIE yang didapat.

j) Riwayat KB

Apakah selama KB ibu tetap menggunakan KB, jika iya ibu menggunakan KB jenis apa, sudah berhenti berapa lama, keluhan selama ikut KB dan rencana penggunaan KB setelah melahirkan. Hal ini untuk mengetahui apakah kehamilan ini karena faktor gagal KB atau tidak (Romauli, 2011:8).

k) Pola Aktivitas Sebelum Persalinan

(1) Pola Makan

Digunakan untuk mendapatkan gambaran bagaimana pasien mencukupi asupan gizinya selama hamil sampai dengan masa awal persalinan. Data fokusnya adalah : kapan atau jam berapa terakhir kali makan, makanan yang dimakan, jumlah makanan yang dimakan, apakah ibu memiliki alergi terhadap makanan tertentu.

(2) Pola Minum

Digunakan untuk mengetahui intake cairan yang akan menentukan kecenderungan terjadinya dehidrasi. Data fokusnya adalah: kapan terakhir kali minum, berapa banyak yang diminum, apa yang diminum (Sulistyawati, 2013 : 224).

(3) Pola Istirahat

Diperlukan untuk mempersiapkan energi menghadapi proses persalinan. Data fokusnya adalah: kapan terakhir tidur, berapa lama dan aktivitas sehari-hari (Sulistyawati, 2013 : 224). Apakah ibu mengalami keluhan yang mengganggu proses istirahat.

(4) Personal hygiene

Data ini berkaitan dengan kenyamanan pasien dalam menjalani proses persalinannya. Data fokusnya adalah: kapan terakhir mandi, keramas dan gosok gigi serta kapan terakhir ganti baju dan pakaian dalam (Sulistyawati, 2013 : 224). Apakah ibu memiliki keluhan keputihan yang berbau dan berwarna kuning atau hijau pada daerah kemaluan ibu

(5) Aktifitas Seksual

Data yang diperlukan adalah: keluhan, frekuensi dan kapan terakhir melakukan hubungan seksual (Sulistyawati, 2013 : 224).

2) Objektif

a) Pemeriksaan Umum

(1) Keadaan umum

Data ini dapat mengamati keadaan pasien secara keseluruhan (Sulistyawati, 2013 : 226).

(a) Baik

Jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan (Sulistyawati, 2013: 226).

(b) Lemah

Pasien kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain dan pasien sudah tidak mampu berjalan sendiri (Sulistyawati, 2013 : 226).

(2) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien dari keadaan komposmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati, 2013 : 226).

(3) Tanda-tanda Vital

Untuk mengenali dan mendeteksi kelainan dan penyulit atau komplikasi yang berhubungan dengan tanda-tanda vital pasien (Sulistyawati, 2013 : 226).

(a) Tekanan Darah

Kenaikan atau penurunan tekanan darah merupakan indikasi adanya gangguan hipertensi dalam kehamilan atau syok. Peningkatan tekanan darah sistol dan diastole dalam

batas normal dapat mengindikasikan ansietas atau nyeri (Rohani dkk, 2011 : 83).

(b) Nadi

Peningkatan denyut nadi dapat menunjukkan adanya infeksi, syok, ansietas atau dehidrasi. Nadi yang normal adalah tidak lebih dari 100 kali per menit (Rohani dkk, 2011 : 83).

(c) Pernafasan

Peningkatan frekuensi pernafasan dapat menunjukkan ansietas atau syok (Rohani dkk, 2011 : 83).

(d) Suhu

Peningkatan suhu menunjukkan adanya proses infeksi atau dehidrasi (Rohani dkk, 2011 : 83).

b) Pemeriksaan Fisik

(1) Kepala

Untuk menilai tentang nutrisi, hygiene dan kelainan pada organ-organ pasien yang dapat menghambat atau mempersulit proses persalinan (Sulistyawati, 2013 : 226).

(a) Rambut

Dikaji tentang warna, kebersihan dan mudah rontok atau tidak (Sulistyawati, 2013 : 226).

(b) Telinga

Dikaji tentang kebersihan dan adanya gangguan pendengaran (Sulistyawati, 2013 : 226).

(c) Mata

Dikaji apakah konjungtiva pucat (apabila terjadi keputihan pada konjungtiva maka mengindikasikan terjadinya anemia pada pasien yang mungkin dapat menjadi komplikasi pada persalinannya), dikaji sclera, kebersihan, kelainan pada mata dan gangguan penglihatan (rabun jauh/dekat) (Rohani dkk, 2011 : 83).

(d) Hidung

Dikaji tentang kebersihan dan adanya polip (Sulistyawati, 2013 : 227).

(2) Mulut

(a) Bibir

Dikaji apakah ada keputihan pada bibir (apabila terjadi keputihan pada bibir maka mengindikasikan terjadinya anemia pada pasien yang mungkin dapat menjadi komplikasi pada persalinannya), integritas jaringan (lembab, kering atau pecah-pecah) (Rohani dkk, 2011 : 83).

(b) Lidah

Dikaji apakah ada keputihan pada lidah (apabila terjadi keputihan pada lidah maka mengindikasikan terjadinya

anemia pada pasien yang mungkin dapat menjadi komplikasi pada persalinannya), kebersihannya (Rohani dkk, 2011 : 83).

(c) Gigi

Dikaji tentang kebersihan, adanya karies gigi (Sulistyawati, 2013 : 227).

(3) Leher

Digunakan untuk mengetahui apakah ada kelainan atau pembesaran pada kelenjar getah bening serta adanya parotitis (Sulistyawati, 2013 : 227).

(4) Dada

Untuk menilai adanya kelainan atau penyakit yang berhubungan dengan sistem respirasi dan kardiovaskuler serta digunakan untuk menilai apakah kolostrum sudah keluar (Sulistyawati, 2013 : 227).

(a) Bentuk

Dikaji tentang bentuknya apakah simetris atau tidak serta apakah ada retraksi intercosta (apabila ada retraksi intercostal menandakan adanya masalah pada sistem respirasi) (Sulistyawati, 2013 : 227).

(b) Payudara

Dikaji apakah ada kelainan bentuk pada payudara, apakah ada perbedaan besar pada masing-masing payudara, adakah hiperpigmentasi pada areola, adakah teraba nyeri dan masa

pada payudara, kolostrum, keadaan puting (menonjol, datar atau masuk ke dalam), kebersihan, bentuk Breast Holder (BH) (Sulistyawati, 2013 : 227).

(c) Denyut Jantung

Dikaji apakah ada bunyi tambahan pada jantung dan adanya disritmia jantung) (Sulistyawati, 2013 : 227).

(d) Gangguan Pernapasan

Dikaji adanya retraksi intercosta, adanya bunyi tambahan pada paru-paru (wheezing, ronchi) (Sulistyawati, 2013 : 227).

(5) Perut

Digunakan untuk menilai adanya kelainan pada abdomen serta memantau kesejahteraan janin, kontraksi uterus dan menentukan kemajuan proses persalinan (Sulistyawati, 2013 : 227-228).

(a) Bentuk

(b) Bekas Operasi Sc

(c) Striae

(d) Linea

(e) TFU

(f) Pemeriksaan Leopold

Digunakan untuk mengetahui letak, presentasi, posisi dan variasi janin. Pemeriksaan digunakan untuk memastikan

letak (misalnya lintang), presentasi (misalnya bokong)
(Rohani dkk, 2011 : 84).

(g) Kontraksi Uterus

(h) Taksiran Berat Janin (TBJ)

(i) Denyut Jantung Janin (DJJ)

(j) Palpasi Kandung Kemih

(6) Ekstremitas

Untuk menilai adanya kelainan pada ekstremitas yang dapat menghambat atau mempengaruhi proses persalinan (Sulistyawati, 2013 : 228).

(a) Atas

Dikaji apakah ada gangguan/kelainan pada ekstremitas atas serta bentuk dari ekstremitas (Sulistyawati, 2013 : 228).

(b) Bawah

Dikaji bagaimana bentuk ekstremitas bawah, adanya odema dan varises (Sulistyawati, 2013 : 228).

(7) Genetalia

Digunakan untuk mengkaji tanda-tanda inpartu, kemajuan persalinan, hygiene pasien dan adanya tanda-tanda infeksi vagina (Sulistyawati, 2013 : 228).

(a) Kebersihan

(b) Pengeluaran pervaginam

Adanya pengeluaran lendir darah (bloody show)

(c) Tanda-tanda infeksi

(d) Pemeriksaan dalam

(8) Anus

Digunakan untuk mengetahui kelainan pada anus seperti hemoroid yang berpengaruh dalam proses persalinan (Sulistyawati, 2013 : 228).

c) Pemeriksaan Penunjang

Digunakan untuk mengetahui keadaan ibu dan janin untuk mendukung proses persalinan (Sulistyawati, 2013 : 228).

(1)USG adalah pemeriksaan yang memberikan hasil gambar dua dimensi tentang janin atau embrio yang sedang berkembang di dalam perut ibu hamil.

(2)Laboratorium meliputi: kadar Hemoglobin (Hb) , Golongan Darah

b. Identifikasi Diagnosa dan Masalah

Diagnosa : G_ P_ _ _ _ Ab _ _ _ UK _ _ minggu T/H/I Punggung kanan/kiri inpartu Kala I fase laten/aktif persalinan dengan keadaan ibu dan janin baik

Data Subjektif : Ibu mengatakan merasa kenceng kenceng sejak jam ... keluar lendir darah dari jalan lahir ibu

Data Objektif : Keadaan Umum :Baik
kesadaran : composmentis
TD : 90/60-120/80 mmHg

Nadi	: 60-96x/menit
RR	: 12-20x/menit
Suhu	: 36,5 – 37,5 C
TB	: ... cm
BB hamil	: ... kg
LILA	: ... cm
TP	: ...

Palpasi Abdomen

Leopold I :TFU sesuai dengan usia kehamilan, teraba lunak, kurang bundar, kurang melenting (bokong).

Leopold II :Teraba datar, keras, dan memanjang kanan/kiri (punggung), dan bagian kecil pada bagian kanan/kiri.

Leopold II :Teraba keras, bundar, melenting, (kepala) bagian terendah, sudah masuk PAP atau belum.

Leopold IV :Untuk mengetahui seberapa jauh kepala masuk PAP (konvergen/ sejajar/ divergen).

Auskultasi :DJJ 120 – 160 x/menit.

Masalah:

1) Ibu merasa takut dengan proses persalinan

Subjektif : ibu mengatakan merasa takut dengan proses persalinan yang akan dialaminya

Objektif : ibu terlihat cemas

2) Ibu merasa bingung dengan apa yang harus dilakukan selama proses persalinan

Subjektif : ibu mengatakan tidak tahu harus berbuat apa selama proses persalinan

Objektif : ibu tampak bingung dan pasrah dengan apa yang terjadi

3) Tidak tahan dengan nyeri akibat kontraksi

Subjektif : ibu mengatakan tidak tahan dengan nyeri yang dirasakannya

Objektif : ibu tampak kesakitan dan kontraksi terasa semakin kuat

4) Merasa tidak percaya diri dengan kemampuan meneran

Subjektif : ibu mengatakan tidak percaya diri dengan kemampuannya meneran

Objektif : ibu tampak murung dan sedih

5) Bingung memilih posisi meneran

Subjektif : ibu mengatakan merasa tidak nyaman dengan posisinya meneran

Objektif : ibu tampak gelisah

c. Identifikasi Diagnose Dan Masalah Potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah yang ada (Sulistyawati, 2013 : 229).

Berikut adalah diagnosa potensial yang mungkin terjadi pada pasien bersalin:

- 1) Perdarahan intrapartum
- 2) Eklampsia
- 3) Partus lama
- 4) Infeksi intrapartum
- 5) Persalinan tidak maju
- 6) Asfiksia intrauterus
- 7) Mengidentifikasi dan Menetapkan

d. Identifikasi Kebutuhan Segera

Digunakan apabila terjadi situasi darurat dimana harus segera melakukan tindakan untuk menyelamatkan pasien (Sulistyawati, 2013 : 235).

e. Intervensi

Diagnosa : G _P _ _ _ Ab _ _ _ Uk ... minggu, janin T/H/I, Letak kepala, punggung kanan/punggung kiri kala I fase laten/aktif persalinan dengan keadaan ibu dan janin baik.

Tujuan : Ibu dan janin dalam keadaan baik, persalinan berjalan normal tanpa komplikasi

KH : Keadaan Umum : baik

Kesadaran : Compos mentis

Nadi : 60-80 x/menit

Suhu : 36,5°C-37,5°C

TD : 90/60 – 140/90 mmHg

RR : 16-24 x/menit

DJJ : Normal (120-160 x/menit), reguler

Intervensi :

(1) Beritahu ibu mengenai hasil pemeriksaanya, bahwa ia dalam keadaan normal

R/ Memberitahu mengenai hasil pemeriksaan kepada pasien merupakan langkah awal bagi bidan dalam membina hubungan komunikasi yang efektif sehingga dalam proses KIE akan tercapai pemahaman materi KIE yang optimal.

(2) Pantau tekanan darah dan nadi sesuai indikasi

R/ Stres mengaktifkan sistem adrenokortikal hipofisis-hipotalamik, yang meningkatkan retensi dan resorpsi natrium dan air dan meningkatkan sekresi kalium. Resorpsi natrium dan air dapat memperberat perkembangan toksemia intrapartum/hipertensi. Kehilangan kalium dapat memperberat penurunan aktivitas miometrik.

(3) Pantau pola kontraksi uterus

R/ Pola kontraksi hipertonic atau hipotonik dapat terjadi bila stress menetap

(4) Anjurkan klien untuk mengungkapkan perasaan, masalah dan rasa takut

R/ Stres, rasa takut dan ansietas mempunyai efek yang dalam pada proses persalinan, sering memperlama persalinan karena ketidakseimbangan epinefrin dan norepinefrin dapat meningkatkan disfungsi pola persalinan

(5) Berikan informasi tentang prosedur seperti pemantauan janin dan kemajuan persalinan normal

R/ Pendidikan antepartal dapat memudahkan persalinan dan proses kelahiran, membantu meningkatkan sikap positif dan atau rasa kontrol dan dapat menurunkan ketergantungan pada medikasi

(6) Dapatkan persetujuan terhadap prosedur. Jelaskan prosedur rutin dan kemungkinan risiko yang berhubungan dengan persalinan dan melahirkan

R/ Bila prosedur melibatkan tubuh klien, perlu bagi klien mendapatkan informasi yang tepat untuk membuat pilihan persetujuan

(7) Pantau suhu setiap 4 jam, lebih sering bila ada indikasi. Pantau tanda-tanda vital (TTV)/ DJJ

R/ Dehidrasi dapat menyebabkan peningkatan suhu, tekanan darah, nadi, pernafasan dan DJJ

(8) Dukung klien selama kontraksi dengan teknik pernafasan dan relaksasi

R/ Menurunkan ansietas dan memberikan distraksi, yang dapat memblok persepsi impuls nyeri dalam korteks serebral

(9) Ajarkan teknik pernafasan/relaksasi dan cara meneran dengan tepat untuk setiap fase persalinan

R/ Belajar meneran dan pernafasan untuk proses persalinan dapat menurunkan stress karena ibu telah mempersiapkan diri dan ibu menjadi lebih kooperatif terhadap petugas

- (10) Kaji kontraksi uterus/pola relaksasi, status janin, perdarahan pervagina dan dilatasi serviks
R/ Mengesampingkan kemungkinan komplikasi yang dapat disebabkan atau memperberat ketidaknyamanan persalinan
- (11) Lakukan pemeriksaan vagina awal, ulangi bila kontraksi atau perilaku klien menandakan kemajuan persalinan bermakna
R/ Pengulangan pemeriksaan vagina berperan dalam insiden infeksi saluran asenden
- (12) Tekankan pentingnya mencuci tangan yang baik dan tepat
R/ Menurunkan risiko yang dapat menyebabkan infeksi
- (13) Gunakan teknik aseptik selama pemeriksaan vagina
R/ Membantu mencegah pertumbuhan bakteri, membatasi kontaminasi dari pencapaian ke vagina
- (14) Melakukan maneuver leopold untuk menentukan posisi janin
R/. Abnormalitas lain seperti presentasi wajah, dagu dan posterior juga dapat memerlukan intervensi khusus untuk mencegah persalinan yang lama
- (15) Pantau dengan sering DJJ perhatikan variasi DJJ dan perubahan periodic pada respons terhadap kontraksi uterus
R/ DJJ harus direntang 120-160 kali per menit dengan variasi rata-rata, percepatan dalam respons terhadap aktivitas maternal, gerakan janin dan kontraksi uterus
- (16) Catat kemajuan persalinan

- R/ Persalinan lama/disfungsional dengan perpanjangan fase laten dapat menimbulkan masalah kelelahan ibu, stress berat, infeksi dan hemoragi karena atonia/rupture uterus, menempatkan janin pada risiko lebih tinggi terhadap hipoksia dan cedera
- (17) Posisikan klien miring ke kiri
- R/ Meningkatkan perfusi plasental, mencegah sindrom hipotensif telentang
- (18) Bantu tindakan kenyamanan misalnya gosokan punggung/kaki
- R/ Meningkatkan relaksasi, meningkatkan perasaan sejahtera
- (19) Anjurkan klien untuk berkemih setiap 1-2 jam
- R/ Mempertahankan kandung kemih bebas distensi yang dapat meningkatkan ketidaknyamanan, mengakibatkan kemungkinan trauma, mempengaruhi penurunan janin dan memperlama persalinan
- (20) Hitung waktu dan catat frekuensi, intensitas dan durasi pola kontraksi uterus setiap 30 menit
- R/ Memantau kemajuan persalinan dan memberikan informasi
- (21) Evaluasi pola kontraksi uterus
- R/ Peningkatan kekuatan/intensitas kontraksi uterus dapat meningkatkan masalah klien tentang kemampuan pribadi dan hasil persalinan (Doenges dkk, 2001 : 281)

f. Implementasi

Diagnosa : G_P_ _ _ _ Ab _ _ _ Uk ... minggu, janin T/H/I, Letak kepala, punggung kanan/punggung kiri kala I fase laten/aktif persalinan dengan keadaan ibu dan janin baik.

- 1) Menginformasikan kepada ibu mengenai hasil pemeriksaanya, bahwa ia dalam keadaan normal
- 2) Memantau tekanan darah dan nadi sesuai indikasi
- 3) Memantau pola kontraksi uterus
- 4) Menganjurkan klien untuk mengungkapkan perasaan, masalah dan rasa takut
- 5) Memberikan informasi tentang prosedur seperti pemantauan janin dan kemajuan persalinan normal
- 6) Mendapatkan persetujuan terhadap prosedur. Menjelaskan prosedur rutin dan kemungkinan risiko yang berhubungan dengan persalinan dan melahirkan
- 7) Memantau masukan / pengeluaran. Memperhatikan berat jenis urin. Menganjurkan klien untuk mengosongkan kandung kemih
- 8) Memantau suhu setiap 4 jam, lebih sering bila ada indikasi. Memantau tanda-tanda vital (TTV)/ DJJ
- 9) Mendukung klien selama kontraksi dengan teknik pernafasan dan relaksasi

- 10) Mendemonstrasikan teknik pernafasan/relaksasi dengan tepat untuk setiap fase persalinan, mengajarkan dan meninjau ulang posisi mendorong selama tahap II
- 11) Mengkaji kontraksi uterus/pola relaksasi, status janin, perdarahan pervaginam dan dilatasi serviks
- 12) Melakukan pemeriksaan vagina awal, mengulangi bila kontraksi atau perilaku klien menandakan kemajuan persalinan bermakna
- 13) Menekankan pentingnya mencuci tangan yang baik dan tepat
- 14) Menggunakan teknik *aseptic* selama pemeriksaan vagina
- 15) Melakukan *maneuver leopold* untuk menentukan posisi janin
- 16) Memantau dengan sering DJJ memperhatikan variasi DJJ dan perubahan periodic pada respons terhadap kontraksi uterus
- 17) Mencatat kemajuan persalinan
- 18) Memposisikan klien miring ke kiri
- 19) Membantu tindakan kenyamanan misalnya gosokan punggung/kaki
- 20) Menganjurkan klien untuk berkemih setiap 1-2 jam
- 21) Menghitung waktu dan mencatat frekuensi, intensitas dan durasi pola kontraksi uterus setiap 30 menit
- 22) Mengevaluasi pola konteraksi uterus

g. Evaluasi

Hasil evaluasi tindakan nantinya dituliskan setiap saat pada lembar catatan perkembangan dengan melaksanakan observasi dan pengumpulan data subyektif, obyektif, mengkaji data tersebut dan merencanakan terapi atas

hasil kajian tersebut. Jadi secara dini catatan perkembangan berisi uraian yang berbentuk SOAP, yang merupakan singkatan dari :

S :Ibu mengatakan sudah mengerti hasil pemeriksaan persalinan Kala I dan mengetahui kondisinya dan juga janinnya

O :Keadaan umum baik, tanda-tanda vital (nadi, suhu, pernafasan, tekanan darah) normal, TFU sesuai dengan usia kehamilan, DJJ normal, pembukaan serviks 0-10 cm, penipisan 25-100%, bagian terendah janin Ubun Ubun Kecil (UUK), tidak ada bagian terkecil atau berdenyut di sekitar bagian terendah janin.

A :G_ P_ _ _ Ab _ _ _ Uk ... minggu, janin T/H/I, Letak kepala, punggung kanan/kiri Kala I fase laten/aktif persalinan dengan keadaan ibu dan janin baik.

P:

- 1) Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan proses melahirkan bayi akan segera dimulai
- 2) Memberitahu ibu untuk mempersiapkan fisik dan mentalnya untuk melahirkan bayi
- 3) Memberitahu keluarga untuk mendukung ibu baik secara fisik dan psikologis serta menyiapkan rujukan apabila sewaktu-waktu terjadi kegawatdaruratan

2.2.2. Kala II

a. Data Subjektif

Data subjektif yang mendukung bahwa pasien dalam persalinan kala II adalah pasien mengatakan ingin meneran (Sulistiyawati,2014:233).

b. Data Objektif

- 1) Ekspresi wajah pasien serta bahasa tubuh (body language) yang menggambarkan susunan fisik dan psikologis pasien menghadapi kala II persalinan.
- 2) Vulva dan anus membuka, perineum menonjol.
- 3) Hasil pemantauan kontraksi
 - a) Durasi lebih dari 40 detik
 - b) Frekuensi lebih dari 3 kali dalam 10 menit
 - c) Intensitas kuat
- 4) Hasil pemeriksaan dalam menunjukkan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap.

c. Assesment

Diagnosa : G_ P_ _ _ _ Ab _ _ _ UK _ _ minggu T/H/I Punggung kanan/kiri Kala II persalinan dengan keadaan ibu dan janin baik.

d. Penatalaksanaan

- 1) Kenali tanda gejala kala II (dorongan meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva dan sfingter ani membuka)
- 2) Siapkan dan pastikan kelengkapan peralatan (patahkan ampul dan masukkan alat suntik sekali pakai kedalam partus set)
- 3) Kenakan baju penutup, celemek plastic bersih

- 4) Lepaskan semua perhiasan yang dipakai, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir dan keringkan lengan dengan handuk
- 5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan kanan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam
- 6) Hisap oksitosin 10 Internasional Unit (IU) ke dalam tabung suntik dan letakkan kembali di partus set atau wadah DTT tanpa mengontaminasi tabung suntik
- 7) Bersihkan vulva perineum, seka dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan memakai kapas yang dibasahi air DTT
- 8) Lakukan periksa dalam dengan menggunakan teknik aseptik
- 9) Dekontaminasi sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci tangan
- 10) Periksa DJJ setelah kontraksi berakhir
- 11) Beritahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap. Bantu ibu memilih posisi yang nyaman
- 12) Minta bantuan kepada keluarga untuk membantu menyiapkan posisi ibu untuk meneran
- 13) Lakukan pimpinan meneran pada ibu
- 14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok jika ibu belum merasa ada dorongan kuat meneran
- 15) Letakkan handuk bersih di atas perut ibu setelah kepala bayi terlihat sekitar 5-6 cm di depan vulva
- 16) Letakkan kain bersih di bawah bokong ibu

- 17) Buka partus set
- 18) Pakai sarung tangan DTT
- 19) Lindungi perineum dengan satu tangan saat kepala bayi terlihat 5-6 cm di depan vulva
- 20) Periksa lilitan tali pusat
- 21) Tunggu hingga bayi melakukan putar paksi luar secara spontan
- 22) Tempatkan tangan di masing-masing sisi muka bayi, bantu untuk melahirkan bahu
- 23) Lahirkan badan bayi
- 24) Lahirkan kaki bayi
- 25) Lakukan penilaian pada bayi baru lahir
- 26) Keringkan tubuh bayi(Sulistyawati, 2013:237)

2.2.3. Kala III

a. Data Subjektif

- 1) Pasien mengatakan bahwa bayinya telah lahir melalui vagina.
- 2) Pasien mengatakan bahwa ari-arinya belum lahir.
- 3) Pasien mengatakan bahwa perut bagian bawahnya terasa mulas.

b. Data Objektif

- 1) Bayi lahir secara spontan pervaginam pada tanggal ... jam ... jenis kelamin laki-laki/perempuan, normal ada kelainan, menangis spontan kuat, kulit warna kemerahan.
- 2) Plasenta belum lahir.
- 3) Tidak teraba janin kedua.

- 4) Teraba kontraksi uterus.

c. Assesment

Diagnosa : P_ _ _ _ Ab _ _ _ inpartu Kala III persalinan dengan keadaan ibu dan janin baik

d. Penatalaksanaan

- 1) Memindahkan klem dengan jarak 5-10 cm dari vulva
- 2) Meletakkan satu tangan di atas perut ibu dan tangan lainnya menegangkan tali pusat
- 3) Menegangkan tali pusat dan lakukan dorso kranial
- 4) Melakukan PTT
- 5) Melahirkan plasenta dengan menarik plasenta dengan lembut bergerak sepanjang kurva (lengkung) alamiah dari panggul, dengan sedikit arah posterior kemudian ke arah anterior pasien (sesuai sumbu karus).
- 6) Masase fundus uterus dengan gerakan melingkar hingga fundus menjadi kencang (keras).

2.2.4. Kala IV

a. Data Subjektif

- 1) Pasien mengatakan bahwa ari-arinya telah lahir.
- 2) Pasien mengatakan perutnya mulas.
- 3) Pasien mengatakan merasa lelah tapi bahagia.

b. Data Objektif

- 1) Plasenta telah lahir spontan lengkap pada tanggal ... jam ...

2) TFU berapa jari di bawah pusat.

3) Kontraksi uterus: baik/tidak

c. Assessment

Diagnosa : P_ _ _ _ Ab _ _ _ inpartu Kala III persalinan dengan keadaan ibu dan janin baik

d. Penatalaksanaan

- 1) Periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban utuh
- 2) Evaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum
- 3) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik
- 4) Biarkan bayi tetap kontak kulit di dada ibu
- 5) Lakukan pengukuran antropometri , berikan salep mata dan vitamin K
- 6) Berikan suntikan imunisasi Hb
- 7) Lanjutkan pemantauan kontraksi
- 8) Ajarkan ibu dan keluarga cara masase uterus dan menilai kontraksi
- 9) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
- 10) Periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik
- 11) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam klorin
- 12) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
- 13) Bersihkan ibu dengan air DTT
- 14) Pastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberi ASI serta beritahu keluarga untuk memberikan makanan dan minuman kepada ibu sesuai yang diinginkannya

- 15) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
- 16) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin
- 17) Cuci kedua tangan
- 18) Lengkapi partograf

