

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Persalinan

1. Definisi Persalinan

Persalinan normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) , dimana janin dilahirkan secara spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Yulizawati et al., 2019).

2. Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Terdapat lima faktor yang mempengaruhi persalinan menurut Sari & Rimandini, (2021) yaitu :

a. His

His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan. Tiap his dimulai sebagai gelombang dari salah satu sudut dimana tuba masuk ke dalam dinding uterus. Ditempat tersebut ada suatu pace maker dari mana gelombang his berasal. Gelombang bergerak ke dalam dan ke bawah dengan kecepatan 2 cm, tiap detik untuk mengikutsertakan seluruh uterus. His yang sempurna mempunyai kejang otot paling tinggi di fundus uteri yang lapisan ototnya paling tebal dan puncak kontraksi terjadi simultan diseluruh bagian uterus.

b. Passage (jalan lahir)

1) Tulang panggul

Tulang panggul dibentuk oleh gabungan ilium, iskiium, pubis, dan tulang-tulang sacrum. Terdapat empat sendi panggul yaitu simfisis pubis, sendi sakroilaka kiri dan kanan dan sendi sekrokosigeus. Diameter bidang pintu atas panggul, panggul tengah, pinntu bawag dan sumbu jalan lahir menentukan mungkin tidaknya persalinan pervaginam berlangsung dan bagaimana janin dapat menuruni jalan lahir. Sudut suppubis, yang menunjukkan jenis lengkung pubis serta panjang ramus

pubis dan diameter intertubersitas, merupakan bagian terpenting. Karena pada tahap awal janin harus melalui bagian bawah lengkung pubis maka sudut subpubis yang sempit kurang menguntungkan jika dibandingkan dengan lengkung yang bulat dan lebar.

2) Jaringan lunak

Jaringan lunak pada jalan lahir terdiri dari segmen bawah uterus yang dapat meregang, serviks, otot dasar panggul, vagina dan introitus (lubang luar vagina). Sebelum persalinan dimulai, uterus terdiri dari korpus uteri dan serviks uteri. Sebelum persalinan dimulai uterus terdiri dari korpus uteri dan serviks uteri. Saat persalinan dimulai kontraksi uterus menyebabkan korpus uteri berubah menjadi dua bagian, yakni bagian atas dan bagian bawah. Segmen bawah uterus secara bertahap membesar karena mengakomodasi isi dalam rahim, sedangkan bagian atas menebal dan kapasitas akomodasinya menurun. Kontraksi korpus uterus menyebabkan janin tertekan ke bawah, terdorong ke arah serviks. Serviks kemudian menipis dan berdilatasi secukupnya sehingga memungkinkan bagian pertama janin turun memasuki vagina. Sebenarnya saat turun, serviks ditarik ke atas dan lebih tinggi dari bagian terendah janin. Dasar panggul adalah lapisan otot yang memisahkan rongga panggul di bagian atas dari ruang perinium di bawahnya. Struktur ini membantu janin berotasi ke arah anterior saat menuruni jalan lahir. Vagina kemudian mengembang, sehingga memungkinkan janin ke dunia luar. Sebelumnya selama hamil jaringan lunak vagina berkembang sampai aterm. Hal ini membuat vagina dapat berdilatasi untuk mengakomodasi Janin.

c. Passanger (Janin dan Plasentanya)

Janin yang bergerak di sepanjang jalan lahir karena adanya interaksi dari beberapa faktor seperti presentasi janin, letak janin, sikap janin, posisi janin dan ukuran kepala janin itu yang disebut dengan passanger. Placenta juga disebut sebagai penumpang karena keluar dari jalan lahir menyertai janin. Namun pada kelahiran normal plasenta jarang menghambat proses persalinan (Ola & Penaten, 2023).

d. Passage (jalan lahir)

Dalam buku Kunang & Sulistianingsih, (2023), Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, bagian panggul yang keras, dasar panggul, vagina, dan introitus. Janin harus mampu menyesuaikan diri dengan jalan lahir yang relatif kaku ini, sehingga bentuk dan ukuran panggul harus diidentifikasi sebelum persalinan dimulai. Jalan lahir terbagi menjadi tiga bagian, yaitu bagian keras (tulang-tulang panggul), bagian lunak (segmen bawah rahim, serviks, vagina, otot, dan ligamen), dan otot dasar panggul.

e. Psikologis/ respon psikologis ibu.

Pengalaman sebelumnya, kesiapan emosional (cemas, stress dan takut) terhadap persiapan persalinan, support system/ dukungan sosial dan lingkungan, berpengaruh terhadap proses persalinan. Kelima faktor ini bersifat interdependen, dalam mengkaji pola persalinan abnormal wanita, seorang perawat mempertimbangkan interaksi kelima faktor ini dan bagaimana kelima faktor tersebut mempengaruhi proses persalinan (Saragi, 2021).

f. Position

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak memberi sejumlah keuntungan. Mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk dan jongkok (Yulizawati et al., 2019).

3. Tanda dan Gejala Persalinan

a. Timbulnya kontraksi uterus biasa juga disebut dengan his persalinan yaitu his pembukan yang mempunyai sifat sebagai berikut:

- 1) Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan.
- 2) Pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan.
- 3) Sifatnya teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya semakin besar.

4) Makin beraktifitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit). Kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan serviks.

b. Penipisan dan pembukaan serviks

Penipisan dan pembukaan serviks ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah tanda pemula.

c. *Bloody Show* (lendir disertai darah dari jalan lahir)

Dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari canalis cervicalis keluar dengan disertai dengan darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa capillary darah terputus (Kurniarum, 2016).

4. *Premature Rupture of Membrane*

Adalah keluarnya cairan banyak dengan sekoyong-koyong dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah dan selaput janin robek. Ketuban biasanya pecah kala satu pembukaan lengkap atau hampir lengkap dan dalam ini keluarnya cairan merupakan tanda yang lambat sekali. Tetapi kadang kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil. Walaupun demikian persalinan diharapkan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar.

5. Tahapan persalinan

Proses persalinan memiliki beberapa tahapan yang harus dilalui oleh ibu, tahapan persalinan menurut Indrayani, (2016) yaitu :

a. Kala I

Kala 1 persalinan dimulai ketika telah mencapai kontraksi uterus dengan frekuensi, intensitas, dan durasi yang cukup untuk menghasilkan pendataran dan dilatasi serviks yang progresif. Kala satu persalinan selesai ketika serviks sudah membuka lengkap sehingga memungkinkan kepala janin lewat. Berdasarkan kemajuan pembukaan maka Kala I dibagi menjadi:

1) Fase laten pada kala satu persalinan.

Di mulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap atau dimulai dari adanya pembukaan sampai pembukaan serviks mencapai 3 cm atau serviks membuka kurang dari 4 cm. Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam Pada fase ini kontraksi uterus meningkat, baik frekuensi durasi dan intensitasnya, yaitu dari 10-20 menit, lama 15-20 detik dengan intensitas cukup menjadi 5-7 menit lama 30-40 detik dan dengan intensitas yang kuat.

2) Fase aktif pada kala satu persalinan

Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kondisi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih). Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dan 1 cm hingga 2 cm (multipara) Pada umumnya, fase aktif berlangsung hampir atau hingga 6 jam Pada fase ini kontraksi uterus menjadi efektif ditandai dengan meningkatnya frekuensi, durasi dan kekuatan kontraksi. Tekanan puncak kontraksi yang dihasilkan mencapai 40-50 mmHg. Di akhir fase aktif kontraksi berlangsung antara 2-3 menit sekali, selama 60 detik dengan intensitas lebih dari 40 mmHg Fase aktif dibedakan menjadi fase akselerasi, fase dilatasi maksimal dan fase deselerasi.

a) Fase akselerasi

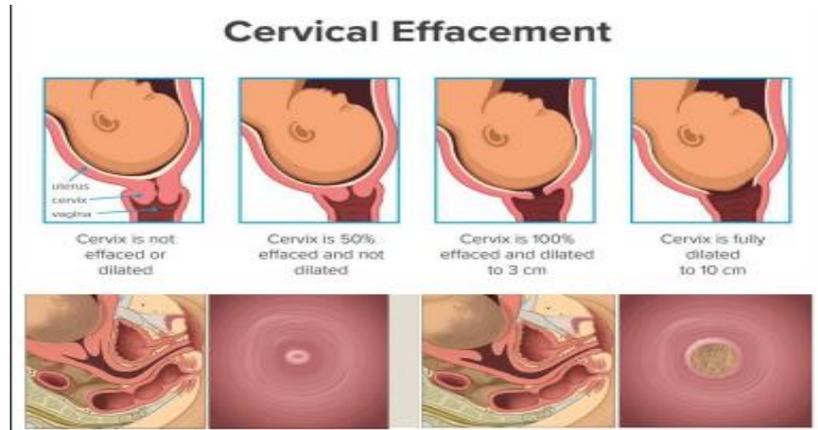
Dari pembukaan serviks 3 menjadi 4 cm umumnya berlangsung selama 2 jam Fase ini merupakan fase persiapan menuju fase berikutnya.

b) Fase dilatasi maksimal

Fase ini merupakan waktu ketika dilatasi serviks meningkat dengan cepat dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm selama 2 jam. Normalnya pembukaan serviks pada fase ini konsisten yaitu 2-3 cm perjam untuk multipara dan 1-2 cm per jam untuk primipara.

c) Fase deselerasi

Fase ini merupakan akhir fase aktif dimana dilatasi serviks dari 9 cm menuju pembukaan lengkap (10 cm). Dilatasi serviks pada fase ini kembali menjadi lambat rata-rata 1 cm per jam pada primipara namun pada multipara lebih cepat.



Gambar 1. Dilatasi dan *Effecemen Servix*
Sumber : Astuti, 2020.

Penatalaksanaan asuhan persalinan kala 1 meliputi pemenuhan nutrisi dan keseimbangan, kebersihan, kenyamanan, posisi, kontak fisik dan pijatan.

a) Nutrisi dan keseimbangan cairan.

Pemberian makanan padat pada ibu bersalin yang kemungkinan sewaktu-waktu memerlukan tindakan anestesi tidak disetujui, karena makanan yang tertinggal di lambung akan menyebabkan aspirasi pneumoni (tersedak dan masuk ke dalam saluran pernafasan) Alasan ini cukup logis karena pada proses persalinan, motilitas lambung, absorpsi lambung dan sekresi asam lambung menurun, sedangkan cairan tidak terpengaruh dan akan meninggalkan lambung dengan durasi waktu yang biasa, oleh karena itu ibu sangat dianjurkan untuk minum cairan yang manis dan berenergi sehingga kebutuhan kalorinya tetap akan terpenuhi.

b) Eliminasi selama persalinan.

Selama proses persalinan, ibu akan mengalami poliuri sehingga penting untuk difasilitasi agar kebutuhan eliminasi dapat terpenuhi. Jika ibu masih berada dalam awal kala 1, ambulasi dengan berjalan seperti aktivitas ke toilet akan membantu penurunan kepala janin.

Hal ini menguntungkan untuk penurunan bagian ter bawah janin atau kemajuan persalinan.

Jika kondisi ibu tidak memungkinkan untuk buang air kecil (BAK) sendiri di toilet, maka tugas bidan atau keluarga terdekat untuk misalnya menggunakan pispot di tempat tidur. Penting untuk menanyakan kepada ibu mengenai siapa yang ia inginkan untuk membantu BAK di atas empat tidur. Ini sangat berpengaruh terhadap psikologis ibu tidak hanya saat ia BAK namun untuk perkembangan kenyamanan psikologis di tahap proses persalinan selanjutnya. Ibu akan merasa sangat tidak nyaman ketika merasakan dorongan untuk buang air besar (BAB).

c) Posisi persalinan

Persalinan dan kelahiran merupakan suatu peristiwa yang normal, tanpa disadari dan mau tidak mau harus berlangsung. Untuk membantu ibu agar tetap tenang dan rileks sedapat mungkin bidan tidak boleh memaksakan pemilihan posisi yang diinginkan oleh ibu dalam persalinannya. Sebaiknya peranan bidan adalah untuk mendukung ibu dalam pemilihan posisi apapun yang dipilihnya menyarankan alternatif-alternatif hanya apabila tindakan ibu tidak efektif atau membahayakan bagi dirinya sendiri atau bagi bayinya.

Bila ada anggota keluarga yang hadir untuk melayani sebagai pendukung ibu, maka bidan bisa menawarkan dukungan pada orang yang mendukung ibu tersebut. Beberapa posisi yang dapat diambil antara lain rekumben lateral (miring), lutut dada tangan lutut, duduk, berdiri, berjalan, dan jongkok.

Posisi tersebut dapat membantu rotasi janin dari posisi posterior ke anterior. Setiap posisi yang mengarahkan uterus ke depan membantu gravitasi untuk membawa sisi yang lebih berat pada punggung janin ke arah depan, ke sisi bawah abdomen ibu posisinya membungkuk ke depan di atas kandungan atau jika sedang berada di tempat tidur membungkuk ke atas meja kecil yang biasa dipakai di tempat tidur. Selain itu posisi ke depan berlawanan dengan individu

penopang dalam posisi berdiri juga dapat dilakukan. Jika ibu berada di tempat tidur posisi rekumben miring ke kiri sangat dianjurkan karena akan membantu putaran rotasi kepala janin yang berada dalam posisi oksipito posterior kiri.

d) Mengurangi nyeri

Ibu mungkin tidak ingin bercakap-cakap tetapi ia mungkin akan merasa nyaman dengan kontak fisik. Pasangan atau pendamping hendaknya didorong untuk mau berpegangan tangan dengannya menggosok punggungnya, menyeka wajahnya dengan spons atau mungkin hanya mendekapnya. Sebagian pasangan suami istri mungkin ingin mempraktikkan dimana pasangannya (suami) mengelus elus perut dan paha ibu atau teknik-teknik lain yang serupa. Mereka yang menginginkan kelahiran yang aktif bisa mencoba stimulasi puting dan klitoris untuk mendorong pelepasan oksitosin dari kelenjar pituitari dan dengan demikian merangsang kontraksi uterus secara alamiah. Hal ini juga akan merangsang produksi endogenous opiates, yang memberikan sedikit analgesia alamiah.

b. Kala II

Kala II dapat dikatakan dengan kala pengeluaran, yang dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai lahirnya bayi. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida, berikut gejala utama pada kala II :

- 1) His semakin kuat interval 2-3 menit dan durasi 50 sampai 100 detik
- 2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak
- 3) Ketuban pecah pada pembukaan merupakan pendeteksi lengkap diikuti keinginan mengejan karena fleksus frankenhauser tertekan
- 4) His dan mengejan mendorong kepala bayi sehingga kepala bayi membuka pintu, subocciput bertindak sebagai hipomoglion berturut-turut lahir dahi, muka, serta dagu yang melewati perineum

- 5) Kepala lahir seutuhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyesuaian kepala dan punggung.
- 6) Setelah putar paksi luar, persalinan bayi ditolong dengan jalan
- 7) Setelah putaran paksi luar berlangsung maka persalinana bayi ditolong dengan jalan sebagai berikut:
 - a) Kepala dipegang pada occiput dan diabawah dagu, ditarik curam ke bawah untuk melahirkan bahu belakang
 - b) Setelah kedua bahu lahir, kemudian melahirkan sisa badan bayi Bayi kemudian lahir diikuti oleh air ketuban.

Berikut merupakan penatalaksanaan dalam asuhan persalinan kala II yaitu:

- 1) Membimbing ibu untuk meneran.
- 2) Bantu ibu untuk memperoleh posisi yang paling nyaman.
- 3) Anjurkan ibu untuk meneran.
- 4) Menolong kelahiran kepala dan membersihkan jalan nafas bayi.
- 5) Periksa tali pusat pada leher
- 6) Bantu melajhirkan bahu.
- 7) Melahirkan seluruh tubuh bayi
- 8) Bayi dikeringkan dan lakukan rangsangan taktil pada tubuh bayi.

c. Kala III

Kala III atau Kala Uri adalah periode persalinan yang dimulai dari lahirnya bayi sampai lahirnya plasenta Berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dan fundus uteri agak diatas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Berikut tanda-tanda lepasnya plasenta :

- 1) Uterus menjadi bundar
- 2) Uterus terdorong, plasenta dilepas ke bagian segmen bawah rahim
- 3) Tali pusat bertambah panjang
- 4) Terjadinya semburan darah secara tiba tiba

Berikut merupakan penatalaksanaan asuhan manajemen aktif pada kala III

- 1) Periksa uterus apakah ada janin kedua.
- 2) Pemberian suntikan oksitosin.
- 3) Lakukan peregangan tali pusat terkendali dengan penekanan secara dorso kranial
- 4) Massase uterus
- 5) Periksa kelengkapan plasenta.

d. Kala IV

Kala IV merupakan masa 1-2 jam setelah plasenta lahir. Adapun perubahan fisiologis yang terjadi pada kala IV adalah ibu mengalami kehilangan darah, rata-rata dalam batas normal jumlah darah adalah 250 ml. Pada kala IV ini ibu dan bayi semakin melekat. Pada 1 jam pertama yang disebut “*periode sensitive maternal*” yaitu proses membentuk ikatan dengan bayi. Pemantauan dan evaluasi kala IV meliputi :

- 1) Tanda vital
 - a) Tekanan darah dan nadi
Tekanan darah yang normal adalah kurang dari 140/90 mmHg.
 - b) Suhu
Suhu tubuh normalnya kurang dari 38°C, apabila suhu ibu mencapai lebih dari 38°C, kemungkinan yang terjadi adalah infeksi atau dehidrasi.
- 2) Tinggi fundus uteri dan kontraksi uterus.
Palpasi uterus untuk menentukan tonus dan tinggi fundus uteri. Uterus akan terasa lembek jika tidak berkontraksi dengan baik. Tinggi fundus yang normal saat segera persalinan adalah setinggi umbilikus dan saat setelah plasenta lahir normal tinggi fundus 1-3 jari dibawah pusat. Lakukan masase uterus setiap 15 menit selama satu jam pertama setiap 30 menit selama 1 jam berikutnya. Ajarkan ibu dan keluarga menilai uterus dan jumlah darah yang keluar dan bagaimana melakukan masase jika uterus menjadi lembek.
- 3) Darah (lokhia)
Selama beberapa hari pertama setelah persalinan, sekret rahim(lokhia) tampak merah (lokhia rubra), setelah 3-4 hari, lokhia

menjadi lebih pucat (lokhia serosa) dan di hari ke-10 lokhia tampak putih atau putih kekuningan (lokhia alba). Pemeriksaan perineum dan vagina pada kala IV dilakukan setiap 15 menit saat 1 jam pertama dan 30 menit pada 1 jam kedua.

4) Kandung kemih.

Pemantauan kandung kemih setiap 15 menit sekali pada 1 jam pertama dan 30 menit sekali pada 1 jam kedua pada kala IV.

5) Robekan jalan lahir

Robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Keluarnya bayi melalui jalan lahir sebagian besar menjadi faktor penyebab robekan pada vagina dan perineum.

Nilai perdarahan dan laserasi atau robekan perineum atau vagina (Fatimah & Iestari, 2019). Berikut laserasi di klasifikasikan berdasarkan luasnya robekan (Indrayani & Djami, 2016):

a) Derajat satu

Bagian yang terdapat laserasi yaitu mukosa vagina, fourchette posterior, kulit perineum. Pada derajat satu tidak di perlukan tindakan *heacting* jika tidak terdapat perdarahan aktif.

b) Derajat dua

Bagian laserasi pada derajat dua yaitu mukosa vagina, fourchette posterior, kulit perineum, otot perineum. Perlu tindakan *heacting* pada laserasi derajat dua.

c) Derjat tiga

Bagian laserasi pada derajat tiga yaitu mukosa vagina, fourchette posterior, kulit perineum, otot perineum, otot sfingterani eksternal.

d) Derajat empat

Bagian laserasi pada derajat empat yaitu mukosa vagina, fourchette posterior, kulit perineum, otot perineum, otot sfingterani eksternal, dinding rectum anterior. Penolong APN

tidak bekal keterampilan untuk reparasi laserasi perineum derajat tiga dan empat. Segera rujuk ke fasilitas rujukan.

6. Mekanisme Persalinan

Adalah gerakan posisi yang dilakukan janin untuk menyesuaikan diri terhadap pelvis ibu. Berikut adalah Gerakan utama pada mekanisme persalinan menurut Prihartini & Azizah, (2018) yaitu :

a) *Engagement*

Engagement terjadi ketika diameter biparietal kepala janin telah melalui pintu atas panggul (PAP) dan terjadi sebelum proses persalinan terjadi. Pada Primigravida kepala janin *Engagement* pada minggu ke 36, sedangkan pada Multigravida *Engagement* terjadi pada saat dimulainya inpartu, atau dapat juga jauh sebelum inpartu. Penyebab kepala *Engagement* pada PAP: kontraksi Braxton Hicks, ketegangan dinding abdomen, ketegangan ligamentum rotundum. Kepala janin *Engagement* dengan oksiput miring kanan/kiri, ke depan, atau ke belakang.

b) *Descent* (Penurunan)

Turunnya presentasi pada inlet. Disebabkan oleh tekanan cairan ketuban, tekanan langsung fundus uteri (fundus dominan), kontraksi diafragma dan otot perut serta masuknya bahan janin akibat kontraksi uterus. Bentuk penurunan adalah Sinklitismus (sutura Sagitalis berhimpitan dengan lahir) dan Deep Transverse arrest (timbul akibat kegagalan turunnya kepala dan putaran paksi dalam).

c) *Flexi*

Flexi meningkat selama persalinan. Tulang belakang janin bersentuhan lebih dekat dengan bagian posterior tengkorak. Tekanan ke bawah, pada aksis janin akan lebih mendesak oksiput daripada sinsiput. Sehingga akan meningkatkan fleksi. Keuntungan dari bertambahnya fleksi adalah bahwa ukuran kepala yang lebih kecil melalui jalan lahir: diameter sub occipito brematica (9,5 cm) menggantikan diameter sub occipito frontalis (11 cm).

Fleksi ini disebabkan karena anak didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir PAP, serviks, dinding panggul/dasar

panggul. Akibat dari kekuatan ini adalah terjadinya fleksi karena momen ini menimbulkan defleksi. Internal rotation (Putaran Paksi Dalam).

d) Internal rotation (Putaran Paksi Dalam)

- 1) Kepala janin berputar sehingga suboksiput (akan bertindak sebagai hipomoklion) berada di bawah simfisis.
- 2) Pada keadaan normal dengan adaptasi kepala dan pelvik yang baik, rotasi akan berlangsung seiring dengan penurunan kepala janin, setelah mencapai dasar panggul.
- 3) Pada kedudukan sub oksipito anterior kanan/kiri, maka sudut putarnya sekitar 45. Sedangkan jika melintang, sudut putarnya sekitar 90 dan jika kedudukannya dibelakang sudut putarnya dapat mencapai 135.
- 4) Penyebab terjadinya rotasi adalah upaya kepala janin untuk menyesuaikan diri dengan jalan lahir dan dibantu oleh faktor:
 - a) Kepala janin berbentuk oval sehingga akan mencari lingkaran terkecil melalui jalan lahir.
 - b) Lingkaran terkecil yang akan melalui jalan lahir adalah lingkaran suboksipitobregmatika.
 - c) Lingkaran ini dapat melalui jalan lahir karena telah terjadi fleksi terlebih dahulu.
 - d) Faktor jalan lahir: perbedaan panjang jalan lahir depan hanya 4 cm dibandingkan dengan jalan lahir belakang sekitar 12-12 cm. Diafragma pelvis di bagian depan membentuk "V form tempat tiga saluran penting, yaitu: vagina sebagai jalan lahir, urethra, anus yang dibatasi perinium.

e) Ekstensi

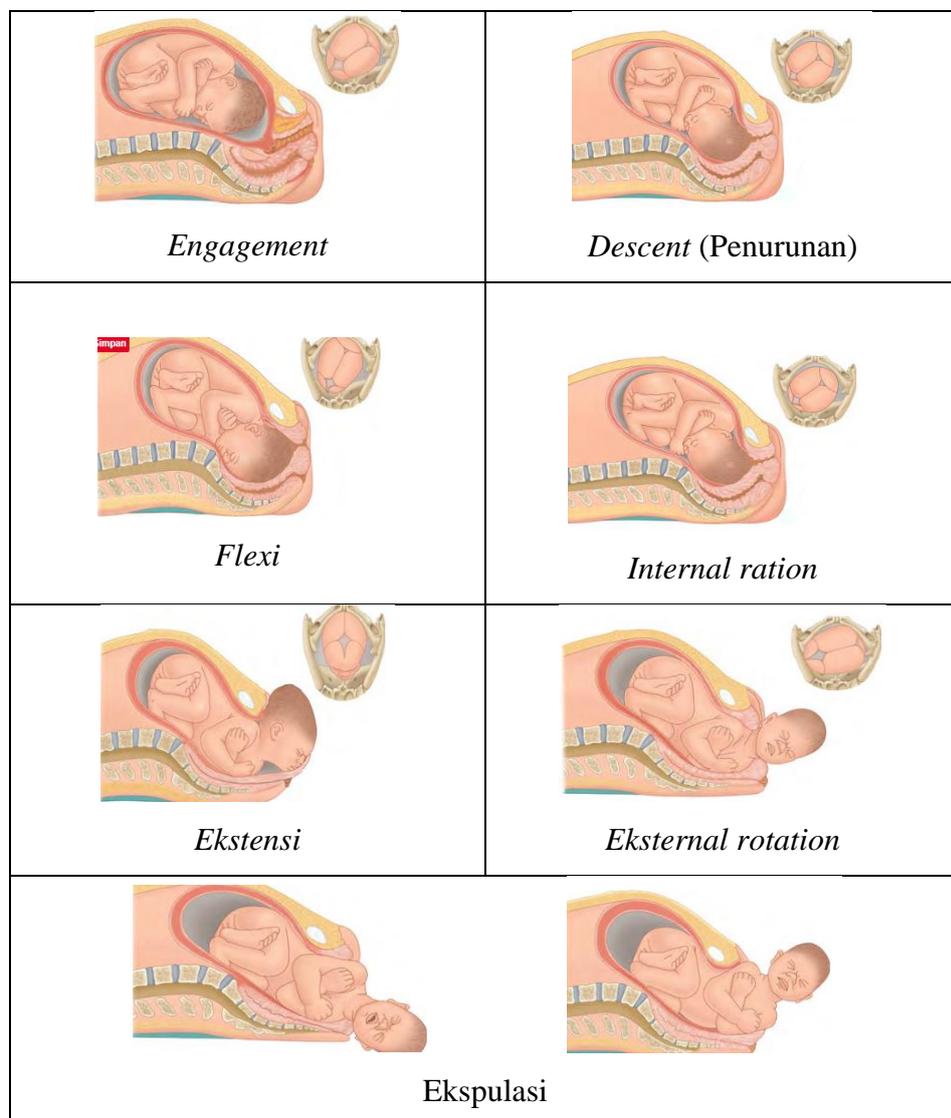
Setelah rotasi, kepala janin lahir dengan suboksiput sebagai hipomoklion. Perputaran kepala dengan suboksiput sebagai hipomoklion menyebabkan terjadi ekstensi. Ekstensi menyebabkan berturut-turut lahirnya oksiput ubun-ubun besar, dahi dan hidung.

f) Eksternal rotation (putaran paksi luar)

Setelah kepala lahir, kepala memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi leher akibat putar paksi dalam. Selanjutnya putar dilanjutkan hingga belakang kepala berhadapan dengan tuberischidium sepihak (sisi kiri).

g) Ekspulsi

Bahu depan di bawah symphysis dan menjadi hipomoglion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh tubuh bayi lahir searah paksi jalan lahir.



Gambar 2. Mekanisme persalinan, (Nurlina et al., 2023)

7. Persalinan Lama

Persalinan lama (partus kasep) adalah persalinan yang berjalan lebih dari 24 jam untuk primigravida dan atau 18 jam bagi multigravida. Persalinan lama adalah persalinan lama yang disertai komplikasi ibu maupun janin (Lubis & Sugiarti, 2021). Faktor penyebab terjadinya partus lama Riyanto, (2014) yaitu :

- 1) Kelainan letak janin
- 2) Panggul Sempit
- 3) Kelainan his
- 4) His persalinan yang tidak efisien, termasuk serviks yang kaku.

Upaya yang untuk mengefektifkan his antara lain, teknik ambulasi perubahan posisi, mengosongkan kandung kemih, stimulasi puting, dan pemberian makan dan minum serta mengurangi stressor dan kelelahan ibu juga efektif meningkatkan frekuensi his (Khoiriah, 2021).

8. Asuhan Sayang Ibu

Asuhan sayang ibu yang bisa diberikan pada ibu bersalin mulai dari kala I-IV (Yulizawati et al., 2019):

a. Kala I

Kala satu adalah suatu kala dimana dimulai dari timbulnya his sampai pembukaan lengkap. Asuhan yang dapat dilakukan antara lain :

- 1) Memberi dukungan emosional.
- 2) Pendamping anggota persalinan selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya.
- 3) Menghargai keinginan ibu untuk memilih pendamping pada saat persalinan.
- 4) Peran aktif anggota keluarga selama persalinan dengan cara :
 - a) Mengucapkan kata-kata yang membuat ibu semangat dan memuji ibu.
 - b) Membantu ibu bernafas dengan benar saat kontraksi.
 - c) Melakukan massage pada pinggang ibu dengan lembut.
 - d) Menyeka wajah ibu dengan lembut menggunakan tisu atau kain.
 - e) Menciptakan rasa kekeluargaan dan rasa aman.

- 5) Mengatur posisi ibu sehingga terasa nyaman
- 6) Memberikan cairan nutrisi dan dehidrasi (memberikan kecukupan energi dan mencegah dehidrasi) dengan memberi ibu makan atau roti, minum air mineal atau teh hangat. Karena dehidrasi menyebabkan kontraksi tidak teratur dan kurang efektif.
- 7) Memberikan keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur dan spontan.
- 8) Kandung kemih penuh menyebabkan gangguan kemajuan persalinan dan menghambat turunnya kepala, menyebabkan ibu tidak nyaman, meningkatkan resiko perdarahan pasca persalinan, meningkatkan resiko infeksi kandung kemih.
- 9) Pencegahan infeksi Tujuan dari pencegahan infeksi adalah untuk mewujudkan persalinan yang bersih dan aman bagi ibu dan bayi, menurunkan mordibitas dan mortalitas bayi baru lahir dan ibu.

b. Kala II

Kala dua adalah kala dimana dimulai dari pembukaan lengkap serviks sampai keluarnya bayi. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu antara lain :

- 1) Pendampingan ibu selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya oleh suami dan anggota keluarga yang lain.
- 2) Keterlibatan anggota keluarga dalam memberikan asuhan antara lain :
 - a) Membantu ibu berganti posisi.
 - b) Melakukan rangsangan taktil.
 - c) Memberikan makanan dan minum.
 - d) Menjadi teman bicara atau pendengar yang baik.
- e) Memberikan dukungan dan semangat selama persalinan sampai kelahiran bayinya.
- 3) Keterlibatan penolong persalinan selama proses persalinan dan kelahiran antara lain :
 - a) Memberikan dukungan dan semangat kepada ibu dan keluarga.
 - b) Menjelaskan tahapan dan kemajuan persalinan.
 - c) Melakukan pendampingan selama proses persalinan dan kelahiran.

- 4) Membuat hati ibu merasa tenang selama kala dua persalinan dengan cara memberikan bimbingan dan menawarkan bantuan kepada ibu.
- 5) Menganjurkan ibu meneran bila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran dengan cara memberikan kesempatan istirahat sewaktu tidak ada his.
- 6) Mencukupi asupan makan dan minum selama kala dua.
- 7) Memberikan rasa aman dan nyaman dengan cara:
 - a) Mengurangi perasaan tegang.
 - b) Membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi.
 - c) Memberikan penjelasan tentang cara dan tujuan setiap tindakan penolong.
 - d) Menjawab pertanyaan ibu.
 - e) Menjelaskan apa yang dialami ibu dan bayinya.
 - f) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan.
- 8) Pencegahan infeksi pada kala dua dengan membersihkan vulva dan perineum ibu.
- 9) Membantu ibu mengosongkan kandung kemih secara spontan.

c. Kala III

Kala tiga adalah kala dimana dimulainya dari keluarnya bayi sampai plasenta lahir. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu antara lain :

- 1) Memberikan kesempatan kepada ibu untuk memeluk bayinya dan menyusunya segera.
- 2) Memberitahu ibu setiap tindakan yang akan dilakukan.
- 3) Mencegah infeksi pada kala tiga.
- 4) Memantau keadaan ibu (tanda vital, kontraksi dan perdarahan).
- 5) Melakukan kolaborasi atau rujukan jika terjadi kegawatdaruratan.
- 6) Pemenuhan nutrisi dan hidrasi.
- 7) Memberikan motivasi dan pendampingan selama kala tiga.

d. Kala IV

Kala empat adalah kala dimana 1-2 jam setelah lahirnya plasenta. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu antara lain :

- 1) Memastikan tanda vital, tinggi fundus uteri (TFU), kontraksi uterus, perdarah dalam keadaan normal.
- 2) Membantu ibu untuk berkemih.
- 3) Mengajarkan ibu dan keluarganya cara massase uterus dan cara menilai kontraksi.
- 4) Menyelesaikan asuhan awal bayi baru lahir.
- 5) Mengajarkan ibu dan keluarga tentang tanda-tanda bahaya post partum seperti perdarahan, demam tinggi, bau busuk dari vagina, pusing, lemas, penyulit dalam menyusui bayinya dan terjadi kontraksi hebat.
- 6) Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan dehidrasi.
- 7) Pendampingan pada ibu selama kala empat.
- 8) Dukungan emosional.

9. Ambulasi dan Mobilisasi Dini

Ambulasi dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing ibu bersalin keluar dari tempat tidur dan membimbing secepat mungkin ibu berjalan. Ambulasi dini dilakukan secara berangsur-angsur. Pada ibu persalinan normal, sebaiknya ambulasi dilakukan setelah 2 jam (ibu boleh miring kiri atau ke kanan untuk mencegah adanya trombus) (Sutanto, 2018).

B. Teknik Rebozo

1. Pengertian

Teknik rebozo adalah praktik tradisional Meksiko yang telah digunakan selama berabad-abad untuk membantu penentuan posisi persalinan dan manajemen nyeri. Rebozo sendiri merupakan kain tenun panjang yang dililitkan pada tubuh ibu hamil dengan berbagai cara untuk memberikan dukungan dan meningkatkan posisi bayi secara umum untuk membantu meringankan ketidaknyamanan dan mendorong kemajuan persalinan. Salah satu teknik yang umum adalah “remas pinggul”, yaitu rebozo (Xspurts, 2023).

2. Manfaat

Teknik rebozo adalah terapi non farmakologi untuk mempercepat kala I pada ibu bersalin. Jika otot ligament ibu tegang dan dengan posisi melahirkan yang kurang bagus akan mengakibatkan rahim dalam posisi miring sehingga bayi sulit untuk turun ke panggul. Peletakan kain yang tepat membuat ibu merasa seperti di peluk sehingga dapat memicu hormone oksitosin yang membantu proses persalinan (Afrilia & Suksesty, 2023). Responden dari penelitian Iversen et al., (2017) mengatakan terapi dari teknik rebozo yang diberikan membuat otot-otot ibu rilek dan membuat ibu merasa nyaman selama proses persalinan. Teknik ini dapat membantu ibu untuk menjadi lebih rileks tanpa bantuan obat apapun. Hal ini membuat teknik ini sangat berguna ketika persalinan lama dan membuat ibu lebih nyaman. Selain itu, teknik ini juga dapat digunakan untuk memberikan ruang bayi sehingga bayi dapat berada di posisi yang seoptimal mungkin untuk persalinan (Simbolon & Siburian, 2021).

Posisi ibu bersalin merangkak memperluas ruang pelvic dan memudahkan bayi melakukan rotasi. Gerakan/goyangan dari rebozo yang lembut dan teratur merelaksasi otot-otot panggul, sehingga memudahkan bayi menuruni jalan lahir dan juga memicu keluarnya hormon endorphin/kesenangan yang membuat ibu merasa nyaman, rileks, dan mengurangi sakit. Relaksasi yang dialami ibu merangsang otak untuk menurunkan kadar hormon adrenalin dan meningkatkan produksi oksitosin yang merupakan faktor penting timbulnya kontraks uterus yang adekuat (Karaga et al., 2023). Teknik rebozo juga merupakan salah satu alternatif yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mudah digunakan dan juga dapat diterima oleh klien sehingga dapat memberikan implikasi psikologis dan klinis yang positif. Teknik rebozo dapat membuat tubuh rileks, mengurangi tingkat kecemasan, mempercepat proses persalinan, mengurangi intensitas nyeri persalinan, dan membuat para ibu bersalin merasakan partisipasi langsung yang dilakukan oleh bidan dan pendamping persalinan dengan dukungan psikologis saat melakukan teknik rebozo (Yuriati & Khoiriyah, 2021).

3. Pelaksanaan Teknik Rebozo

Teknik rebozo dapat dilakukan di fase awal persalinan yaitu di sela – sela kontraksi, dan dianjurkan dilakukan sesering mungkin untuk membuat ibu merasa lebih rileks dan nyaman Berikut ini adalah standar operasional teknik rebozo :

1) Rebozo *sifting*



Gambar 3. Rebozo *Sifting*
(Cohen & Thomas, 2015)

Dilakukan pada fase laten. Cara melakukannya sama seperti gerakan shifing pada kehamilan. Gerakan ini disebut ‘pengayakan’ dan kain di pindahkan dari satu sisi ke sisi lain untuk memberikan gerakan ritmis panggul yang menyenangkan yang dapat mendorong relaksasi dan dapat memudahkan pergerakan bayi. Pendamping melakukan teknik ini dengan sedikit menekuk kakinya dan tanpa menggunakan sepatu. Hal ini dapat membantu pendamping untuk dapat merasakan hubungan antara rebozo yang di pegang dengan tubuh ibu. Setelah 2-5 menit, tangan pendamping mungkin akan lelah. Pada saat ini, ibu boleh meminta pendampingan untuk memperlambat gerakannya secara bertahap untuk beberapa detik sampai akhirnya berhenti dan rebozo dilepaskan dari perut ibu (Simbolon & Siburian, 2021).

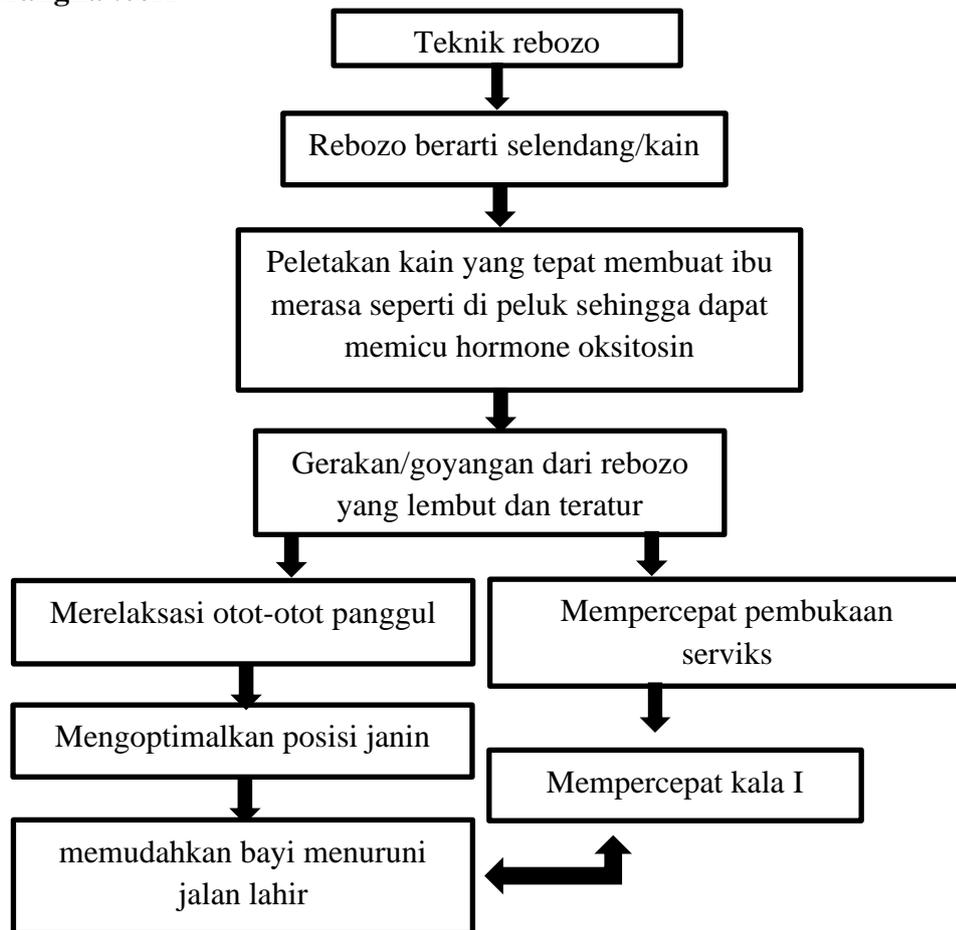
2) Rebozo *Shake The Apple Tree*



Gambar 4: Rebozo *Shake The Apple Tree*
(Cohen & Thomas, 2015)

Teknik ini dilakukan setelah memasuki fase aktif. Teknik ini dilakukan dengan menggoyang-goyangkan pinggul; ibu dengan gerakan yang teratur. Gerakan ini biasa disebut sebagai “pelvic massage: atau *shake the apple tree*. (Simbolon & Siburian, 2021). Teknik *shake the apple tree* ini dilakukan 2-5 menit, hentikan saat kontraksi berlangsung, dan berikan tekanan balik yang kuat pada sacrum ibu selama kontraksi dan melanjutkan kembali teknik setelah kontraksi (Cohen & Thomas, 2015). Teknik rebozo dapat dilakukan sesuai keinginan ibu yang membuatnya merasa lebih nyaman hingga pembukaan lengkap (10cm) (Tapanuli et al., 2021).

4. Kerangka teori



Gambar 5: Kerangka teori.

5. Hal Yang Harus Di Hindari Dalam Pelaksanaan Teknik Rebozo

- a) Menghindari penggunaan rebozo ketika ada gejala atau resiko keguguran seperti perdarahan atau nyeri kram di bagian bawah di awal kehamilan, mempunyai riwayat keguguran.
- b) Ketika *round ligament*, ibu merasa perut kencang atau kram di pertengahan atau akhir kehamilan.
- c) Teknik rebozo tidak dapat dilakukan pada ibu yang mengalami plasenta previa atau plasenta berada di posisi anterior.
- d) Selain itu, ibu hamil dengan DJJ tidak stabil, letak sungsang dengan selaput ketuban sudah pecah, atau adanya resiko terjadinya cord prolapse (tali pusat menumbung), perdarahan yang tidak normal, placental abruption (plasenta terlepas dari uterus sebelum bayi lahir), atau ibu merasa tidak nyaman, tidak boleh melakukan Teknik Rebozo (Simbolon & Siburian, 2021).

6. Hasil Penelitian Teknik Rebozo Dapat Mempercepat Kala I

- a) Dari hasil penelitian Simbolon & Siburian, (2021b), menunjukkan lama kala I pada kelompok intervensi sebelum perlakuan rebozo pada umumnya lama yaitu 42,9%, sesudah intervensi umumnya menjadi cepat (71,4,1%). Sedangkan pada kelompok kontrol lama kala I umumnya normal baik pada pretest (71,4%) dan post test (64,3%).
- b) Dari hasil penelitian mengenai Persalinan Nyaman dengan Teknik Rebozo di Klinik Pratama Alyssa Medika Kota Tangerang tahun 2021 terhadap 30 responden dapat disimpulkan bahwa ibu bersalin primigravida lama kala I dengan menggunakan tehnik rebozo berlangsung lebih cepat 1,20 dengan p-value 0,002(Afrilia & Suksesty, 2023).
- c) Terdapat pengaruh teknik rebozo terhadap lama persalinan kala I fase aktif pada ibu bersalin primigravida di Wilayah Kecamatan Ciparay Kabupaten Bandung Tahun 2023 dengan P value 0,001. Disarankan bagi tenaga kesehatan khususnya bidan agar dapat menerapkan teknik rebozo sebagai metode non farmakologis sebagai salah satu dalam mengurangi nyeri persalinan dan memperlancar proses persalinan (Karaga et al., 2023).

C. Manajemen Asuhan Kebidanan

1. Pendokumentasian Berdasarkan 7 Langkahh Varney

a. Langkah I

Mengumpulkan data dasar dengan melakukan pengkajian untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap dan akurat dari sumber yang berkaitan dengan kondisi klien (Handayani & Mulyati, 2017). Dalam Indrayani & Djami,(2016) pengumpulan data mencakup:

1) Subyektif

a) Identitas/ Biodata, yang berisikan

1) Nama

Ditanyakan nama pada ibu bersalin, agar memudahkan dalam memberikan pelayanan, dan dapat mengetahui identitas pasien.

2) Umur

Umur merupakan salah satu faktor penentu apakah usia ibu termasuk dalam usia produktif atau tidak.

3) Pendidikan

Pendidikan seorang ibu hamil dapat mempearuhi pegetahuan ibu juga tentang kehamilan.

4) Pekerjaan

Masalah utama jika bekerja saat hamil, adalah resiko terkena pajanan terhadap zat-zat fetotoksik, ketegangan fisik yang berlebihan, terlalu lelah, pengobatan atau komplikasi yang berhubungandengan kehamilan, dan masalah dengan usia kehamilan lanjut

5) Alamat

Meliputi no RT/RW, kelurahan, kecamatan, kabupatek/ kota, kode pos, no telp. Rumah, no hp, Email jika ada.

b) Status kesehatan

a) Keluhan utama yang berisikam keluhan yang ibu rasakan saat ini

b) Riwayat kehamilan ini, yaitu kehamilan yang keberapa, apakah pernah melahirkan atau abortus sebelumnya (G P A).

- 1) HPHT adalah hari pertama dari masa menstruasi normal terakhir.
 - 2) HPL (Hari perkiraan lahir)/ tafsiran persalinan
 - 3) Usia kehamilan
 - 4) Riwayat ANC (Antenatal Care). Berapa kali ibu melakukan kunjungan kebidan selama kehamiilan ini yang dimulai dari trimester I-III
 - 5) Pergerakan janin pertama kali yang dirasakan ibu
 - 6) Pergerakan janin yang di rasakan ibu dalam 24 jam terakhir berapa kali
 - 7) Merasakan kontraksi uterus sejak kapan
 - 8) Merasa pecah ketuban iya atau tidak
 - 9) Keluar darah dari kemaluan iya atau tidak, jumlahnya, banyakya
 - 10) Obat obatan yang dikonsumsi selama kehamilan ini
 - 11) Masalah selama kehamilan, apakah ibu pernah perdarahan, demam, hipertensi, sakit kepala hebat, gangguan pengelihatan, kaku kuduk, nyeri epigastrium.
 - 12) Kekhawatiran khusus terhadap kehamilan saat ini
- c) Riwayat kehamilan, persalinan san nifas masa lalu
Jumlah kehamilan, aborsi (spontan atau dengan obat- obat), jumlah anak yang lahir hidup, keadaan bayi saat lahir, berat badan lahir 2500 gram – 4000 gram dan komplikasi.
- d) Riwayat kesehatan
Apakah ibu menderita penyakit: Diabetes Mellitus, Hipertensi, Asma, Jantung, Hepatitis, TBC, Lain-lain yang dapat membahayakan kesehatan ibu dan mejadi komplikasi persalinan.
- e) Riwayat kontrasepsi
Untuk mengetahui apakah ibu oernah menggunakan kontrasepsi sebelum hamil, lama pemakaian, keluhan saat menggunakan KB, dan alasan berhenti menggunakan Kb.

- f) Aktivitas terakhir yang dilakukan ibu.
 - a) Nutrisi dan hidrasi, jenis makanan yang dimakan ibu, jenis makanan, porsi, terakhir minum, berapa jumlah minum ibu
 - b) Istirahat terakhir ibu
 - c) Eliminasi, kapan terakhir ibu BAK, BAB, apakah ada keluhan
 - d) Hubungan seksual yang ibu alami selama kehamilan
- g) Kegawatdaruratan, jika terjadi kegawat daruratan siapa pengambil keputusan, tempat rujukan yang dipilih, transportasi ke tempat rujukan, pendonor darah

2) Objektif menurut (Indrayani & Djami, 2016):

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : Untuk mengetahui keadaan umum ibu yaitu baik, sedang, buruk.

- a) Kesadaran : Untuk mengetahui tingkat kesadaran pada ibu yaitu composmentis, somnolen
- b) TTV : frekuensi nadi dapat sedikit meningkat (80 x/mnt –100 x/mnt).
- c) Tinggi Badan.

Tinggi badan normal pada ibu hamil, jika tinggi badan kurang dari normal (> 145) maka dicurigai panggul ibu sempit atau CPD dan akan berpengaruh pada poses persalinan.

d) Berat badan.

Selama trimester pertama berat badan ibu bertambah sebanyak 7-8 kg, selama trimester kedua dan trimester ke tiga berat badan ibu hamil meningkat sebanyak 0,5 kg

- e) Lila : Dilakukan pengukuran lila pada ibu melahirkan. Lila normal ibu hamil adalah 23,5 cm ibu hamil dengan lila \leq beresiko mengalami partus lama karena kekurangan energy yang nantinya dibutuhkan sebfai sumber tenaga.

2. Pemeriksaan fisik

- a) Kepala: pada kepala bersih atau tidak, oedema, bekas luka.
- b) Wajah: cloasma gravidarum, oedema.

- c) Mata: konjungtiva: merah mudah, sclera: putih, tidak ada oedema.
- d) Gigi: bersih, tidak ada caries.
- e) Leher: mengkaji tiroid, kemungkinan agak membesar selama kehamilan, tandai bila ada pembesaran, nodul, dan seterusnya, yang dapat mengindikasikan hipertiroidisme atau goiter dan dikaji lebih jauh adanya gangguan.
- f) Dada: melakukan inspeksi dan palpasi, dapat dicatat perubahan normal. Kulit tampak kekuningan dan terabahnya nodul memberi kesan kemungkinan karsinoma, warna kemerahan mengidentifikasi mastitis
- g) Perut: inspeksi dan palpasi, mengkaji pembesaran abdomen, striae, dan linea nigra, serta memeriksa TFU untuk mengetahui tafsiran berat badan janin dan kontraksi uterus.
 - 1) Leopold I: untuk menentukan tuanya kehamilan dan bagian apa yang terdapat dalam fundus.
 - 2) Leopold II: untuk menentukan dimana letaknya punggung anak dan dimana letak bagian-bagian kecil.
 - 3) Leopold III: untuk menentukan apa yang terdapat dibagian bawah dan apakah bagian bawah anak ini sudah atau belum terpegang oleh pintu atas panggul.
 - 4) Leopold IV: untuk menentukan apa yang menjadi bagian bawah dan berapa masuknya bagian bawah kedalam rongga panggul.
 - 5) MC donal dan TBBA: untuk menentukan tafsiran berat badan janin sesuai dengan tinggi fundus uteri, dengan menggunakan rumus:
Kepala sudah masuk PAP (Divergen) TFU – 11 X 155, dan kepala belum masuk PAP (convergen) TFU – 12 X 155.
- h) Ekstremitas: apakah ibu ada cacat bawaan, adanya oedema pada pergelangan kaki adalah normal dan memeriksa reflex patella. Hiperrefleksia dapat mengindikasikan hipertensi yang disebabkan oleh kehamilan.
 - 1) Vulva vagina dan anus: hemoroid. Oedema.

- 2) Vulva: bentuk normal, labia mayora menutupi labia minora, tidak ada Infeksi menular seksual, dan kelainan pada vagina atau varices, varices pada ibu hamil akan mengakibatkan perdarahan pada saat proses persalinan.
- 3) Anus: dapat dicatat bila ada ruam, benjolan, dan hemoroid, ibu yang menderita hemoroid sebaiknya dikaji untuk masalah konstipasi dan hemoroid dapat menyebabkan perdarahan.

3. Pemeriksaan dalam

- a. Indikasi: Dilakukan pemeriksaan dalam jika ada indikasi seperti ketuban pecah atau tiap 4 jam melakukan pemeriksaan dalam atau VT.
 - b. Tujuan: Dilakukan pemeriksaan untuk mengetahui kemajuan persalinan
 - c. Vagina toucher:
 - 1) Vulva/vagina ada kelainan atau tidak.
 - 2) Portio tebal atau tipis lunak.
 - 3) Pembukaan Kala I fase laten pembukaan 1 cm – 4 cm, fase aktif 4 cm – 10 cm.
 - 4) Ketuban (U: ketuban utuh, J: air ketuban jernih, M: air ketuban bercampur, D: air ketuban bercampur darah, K: air ketuban tidak ada atau kering).
 - 5) Molase berguna untuk memperkirakan seberapa jauh kepala bisa menyesuaikan dengan bagian keras panggul.
 - 0: Tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi.
 - 1: Tulang-tulang kepala janin saling bersentuhan,
 - 2: Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih bisa dipisahkan
 - 3: Tulang tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak bisa dipisahkan.
- ### 4. Pemeriksaan Laboratorium
- a. Urine: Untuk mengetahui ada tidaknya protein dalam urine,

dikarenakan terjadinya retensi air dan garam dalam tubuh. Protein + 1 dapat, mengindikasikan hipertensi akibat kehamilan, glikosuria ringan mungkin didapati pada keadaan normal, tetapi tetap membutuhkan pengkajian lebih lanjut, keadaan ini bisa mengindikasikan diabetes mellitus.

- b. Darah: dilakukan pada ibu hamil terutama adalah pemeriksaan kadar Hb dalam darah dan untuk mendeteksi faktor resiko kehamilan.

b. Langkah II Interpretasi data dasar

Menginterpretasikan data dasar dengan melakukan identifikasi dengan benar terhadap diagnose atau masalah klien (Handayani & Mulyati, 2017). Menurut Indrayani & Djami, (2016) mencari hubungan antara data atau fakta yang ada untuk menentukan sebab akibat, menentukan masalah dan diagnose, menentukan penyebab utama. Pada langkah ini, data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan menjadi masalah atau diagnose spesifik.

1) Diagnosa Kebidanan

G P A UK minggu, janin tunggal, hidup intrauteri, presentasi kepala keadaan ibu baik dan janin baik, inpartu kala 1 fase aktif.

a) Data Subyektif

- 1) Ibu mengatakan namanya Ny. X
- 2) Ibu mengatakan nyeri perut bagian bawah menjalar ke pinggang sejak
- 3) Ibu mengatakan keluar lendir darah dari jalan lahir sejak

b) Data Obyektif

- 1) Ku : baik, sedang, buruk
- 2) TTV: Tensi (Batas normal 90/60 mmHg- 130/90 mmHg), nadi (80 x/mnt-100 x/mnt), pernapasan: 12 x/mnt -20 x/mnt), suhu (36,5 ° C- 37,5 ° C)
- 3) DJJ normal 120 x/mnt-160 x/mntd). Pemeriksaan Leopold
- 4) Pemeriksaan Dalam.

2) Masalah

- a) Ibu merasa nyeri perut bagian bawah menjalar kepinggang
- b) Ibu merasa cemas menghadapi persalinannya
- c) Kebutuhan: Informasi tentang kemajuan persalinan, penerimaan sikap dan tingkah laku, relaksasi saat ada his, dukungan moril, nutrisi yang adekuat.

c. Langkah III Antisipasi masalah potensial

Kebutuhan adalah suatu bentuk asuhan yang harus diberikan kepada klien, baik klien tahu ataupun tidak tahu. Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Membutuhkan antisipasi, bila mungkin dilakukan pencegahan. Penting untuk melakukan asuhan yang aman (Handayani & Mulyati, 2017). Langkah ini membutuhkan antisipasi bila kemungkinan terjadi infeksi, perdarahan, hipertensi, persalinan macet, pusing yang berlebihan, pengeliatan kabur. Pada kasus potensial yang mungkin terjadi adalah perdarahan (Asih & Risneni, 2021).

d. Langkah IV : Tindakan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien (Handayani & Mulyati, 2017). Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera jika terjadi perdarahan. Tindakan segera ini dilakukan kolaborasi dengan dokter SpOG dan persiapan pemasangan infus (Asih & Risneni, 2021).

e. Langkah V: Perencanaan

Merencanakan asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yg menyeluruh meliputi apa yang sudah diidentifikasi dari klien dan dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi

berikutnya (Handayani & Mulyati, 2017). Rencana asuhan yang diberikan pada ibu bersalin yaitu:

- 1) Memberitahu keluarga hasil pemeriksaan yang dilakukan, baik proses persalinan dan kemajuan persalinan.
- 2) Observasi DJJ, his, dan nadi ibu setiap 30 menit, suhu setiap 2 jam, tekanan darah, pembukaan dan penurunan kepala setiap 4 jam atau bila ada indikasi melalui partograf.
- 3) Berikan dukungan dan semangat kepada ibu
- 4) Anjurkan ibu untuk tidur dalam posisi miring kiri atau kanan
- 5) Anjurkan ibu untuk makan dan minum saat tidak sedang kontraksi
- 6) Siapkan alat dan bahan yang diperlukan saat proses persalinan
- 7) Pimpin ibu meneran saat pembukaan lengkap
- 8) Lakukan asuhan persalinan normal sesuai 60 langkah APN (Asih & Risneni, 2021).

f. Langkah VI: Pelaksanaan

Melaksanakan rencana asuhan pada langkah ke lima secara efisien dan aman, jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (Handayani & Mulyati, 2017).

g. Langkah 7: Evaluasi

Dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnose (Handayani & Mulyati, 2017). Evaluasi pada kasus persalinan yaitu:

- 1) Ibu bersedia untuk beristirahat yang cukup
- 2) Ibu merasa tenang saat telah mengetahui kondisinya
- 3) Ibu bersedia untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya untuk menambah kekuatan saat proses persalinan
- 4) Ibu telah memilih posisi yang nyaman
- 5) Ibu telah mengetahui cara meneran yang baik

- 6) Bayi lahir normal, menangis kuat, gerak aktif
- 7) Keadaan bayi baik, sudah mendapatkan ASI

2. Pendokumentasian SOAP

a. Data Subjektif

Data subjektif ini berkaitan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat langsung atau ringkasan yang berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang menderita tuna wicara, dibagian data dibelakang huruf “S”, diberi tanda huruf “O” atau “X”. Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderitanya tuna wicara. Pada data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun (Handayani & Mulyati, 2017). Pengkajian data subjektif dalam persalinan menurut Asih & Risneni, (2021) yaitu :

- 1) Identitas, yang meliputi nama, umur, agama, suku bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat lengkap, no HP ibu dan suami.
- 2) Alasan datang/ alasan berkunjung
- 3) Menanyakan riwayat
 - a) Kesehatan terdahulu

Menanyakan apakah ibu memiliki riwayat penyakit radiovaskuler, hipertensi, diabetes militus, malaria, asma, HIV/AIDS, pernah/ operasi dinding abdomen/ SC, atau operasi lain.
 - b) Kesehatan sekarang riwayat

Untuk mengetahui apakah ibu sekarang memiliki riwayat penyakit radiovaskuler, hipertensi, diabetes militus, malaria, asma, HIV/AIDS
 - c) Kesehatan keluarga

Untuk mengetahui apakah keluarga ibu memiliki riwayat penyakit radiovaskuler, hipertensi, diabetes militus, malaria, asma, HIV/AIDS.
 - d) Riwayat kesehatan obstetric
 - 1) Riwayat obstetric berisikan riwayat haid, kapan ibu menarce, siklus haid ibu lama, HPHT, TP
 - 2) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu.

- 3) Riwayat kehamilan sekarang,
- e) Riwayat perkawinan
Status perkawinan, usia saat ibu kawin, lama perkawinan ibu.
- f) Riwayat KB
Apakah ibu pernah menggunakan Kb, alat kontrasepsi apa yang ibu gunakan, lama penggunaan, keluhan/ masalah yang di alami saat menggunakan KB, alasan berhenti menggunakan KB, rencana penggunaan Kb selanjutnya.
- g) Pola kebutuhan sehari hari, yaitu dari mulai pola nutrisi ibu sebelum dan selama hamil, pola eliminasi sebelum dan selama hamil, pola aktivitas sebelum dan selama hamil, pola istirahat ibu sebelum dan selama hamil, pola *personal hygiene* sebelum dan saat hamil, psikososial, kultural, spiritual, dan data pengetahuan ibu.

b. Data objektif

Data objektif adalah hasil pendokumentasian observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium, Catatan 35edic dan informasi dari keluarga atau orang lain yang dapat dimasukkan dalam data objektif sebagai penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis. Dalam buku Asih & Risneni, (2021) hal yang di lakukan pemeriksaan untuk ibu bersalin sesuai dengan data objektif yaitu :

- 1) Keadaan umum.
- 2) Tingkat kesadaran ibu.
- 3) Tanda tanda vital yang meliputi tekanan darah, nadi, suhu, respirasi.
- 4) Berat badan sekarang dan saat sebelum hamil.
- 5) Tinggi badan ibu
- 6) Lingkar lengan
- 7) Pemeriksaan fisik yang dimulai dari kulit kepala, rambut, muka, mata, hidung, mulut, telinga, leher, dada dan axilla, abdomen, genetalia, ekstermitas atas dan bawah

- 8) Status obstetrikus yaitu yang dimulai dari inspeksi muka, dada, yang dimulai dari mammae areola, puting susu menonjol, kelenjar Montgomery terlihat jelas, keluar kolostrum/ tidak. Abdomen yang dimana pemeriksaan dimulai dari adanya linea nigra, ada striae gravidarum, palpasi Leopold I-IV, pemeriksaan TFU. Auskultasi DJJ, kontraksi uterus, pemeriksaan panggul.
- 9) Genitalia, pengeluaran pervaginam. Pemeriksaan dalam portio, dilatasi/ pembukaan, pendataran, keadaan selaput ketuban, bagian terendah janin.
- 10) Pemeriksaan penunjang (pemeriksaan laboratorium).

c. Analisis data

Langkah ini merupakan hasil pendokumentasian analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis (Handayani & Mulyati, 2017).

Menurut (Asih & Risneni, 2021) didalam bukunya analisis data dalam pendokumentasian persalinan berisikan diagnose, masalah, diagnose potensial, dan identifikasi kebutuhan akan tindakan segera, kolaborasi atau konsultasi.

d. Penatalaksanaan

Menurut Asih & Risneni, (2021) penatalaksanaan merupakan mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif: penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/ follow up seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraan. Dalam penatalaksanaan pendokumentasian persalinan berisi :

- 1) Terapi dan asuhan
- 2) Pendidikan kesehatan
- 3) Konseling
- 4) Kolaborasi (bila diperlukan).