

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan melalui jalan lahir atau melalui jalan lahir lain, dengan atau tanpa bantuan. Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir yang dimulai sejak uterus berkontraksi yang menyebabkan perubahan pada serviks dan berakhir dengan lahirnya plasenta lengkap (Asrinah *et al*, 2023).

Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang dapat hidup di luar uterus melalui vagina secara spontan pada kehamilan cukup bulan (Dartiwen, 2019). Persalinan normal merupakan proses pengeluaran janin pada kehamilan 37-42 minggu secara spontan dengan presentasi belakang kepala, berlangsung kurang lebih 18 jam tanpa disertai adanya penyulit dan komplikasi (Walyani & Purwoastuti, 2019).

2. Jenis-Jenis Persalinan

Terdapat beberapa jenis persalinan yang di klasifikasikan yaitu sebagai berikut:

a. Berdasarkan cara persalinan

1) Persalinan normal (spontan)

Adalah proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala (LBK) dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.

2) Persalinan buatan

Adalah proses persalinan dengan bantuan dari tenaga luar.

3) Persalinan anjuran

Adalah persalinan yang baru dapat berlangsung setelah permulaannya dianjurkan dengan suatu perbuatan atau tindakan, misalnya dengan pemecahan ketuban atau diberi suntikan oksitosin (Kurniawan, 2016).

b. Berdasarkan umur kehamilan

1) Abortus

Pengeluaran buah kehamilan sebelum kehamilan 22 minggu atau bayi dengan berat badan kurang dari 500 gr.

2) Partus immaturus

Pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu dan 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500 gram dan 999 gram.

3) Partus prematurus

Pengeluaran buah kehamilan antara 28 minggu dan 37 minggu atau bayi dengan berat badan antara 1000 gram dan 2499 gram.

4) Partus maturus atau aterm

Pengeluaran buah kehamilan antara 37 minggu dan 42 minggu atau bayi dengan berat badan 2500 gram atau lebih.

5) Partus postmaturus atau serotinus

Pengeluaran buah kehamilan setelah kehamilan 42 minggu (Kurniawan, 2016).

c. Berdasarkan kondisi khusus

1) Persalinan *caesar*

Yaitu proses melahirkan ketika persalinan normal dikatakan tidak mungkin dilakukan. Operasi *caesar* dapat dilakukan apabila ada masalah darurat yang dapat mengancam nyawa ibu dan bayi.

2) Persalinan *Vaginal Birth After Caesarean* (VBAC)

Adalah persalinan normal setelah *caesar*, namun hal ini masih tergantung dari kondisi masing-masing ibu meskipun peluang keberhasilannya cukup besar, tetap saja ada kemungkinan risiko komplikasi yang dapat terjadi.

3) Persalinan tindakan

Adalah persalinan yang tidak dapat berjalan normal secara spontan atau tidak berjalan sendiri karena terdapat indikasi adanya penyulit persalinan yang dilakukan menggunakan alat bantu.

4) Persalinan tindakan *perabdominal sectio caesaria*

Merupakan alternatif terakhir untuk menyelamatkan nyawa ibu dan bayi, terutama bagi ibu dengan ukuran panggul yang sempit yang di kenal dengan istilah *Cephalopelvic Disproportion* (CPD) (Indryani, 2024).

d. Berdasarkan metode

1) Persalinan di dalam air (*Water Birth*)

Merupakan metode melahirkan normal yang mengharuskan ibu berendam di dalam bak atau kolam berisi air hangat.

2) Persalinan *gentle birth*

Salah satu persalinan alternatif yang mengimplementasikan prinsip *stressor* untuk mengurangi rasa sakit. Persalinan *gentle birth* merupakan sebuah filosofi dalam proses melahirkan, dimana proses melahirkan itu tenang, penuh kelembutan, serta memanfaatkan semua unsur alami dalam tubuh manusia (Indryani, 2024).

3. Etiologi Persalinan

Menurut Amelia & Chofifah (2019), etiologi dalam persalinan terdiri sebagai berikut:

a. Teori penurunan progesteron

Kadar hormon progesteron akan mulai menurun pada kira-kira 1-2 minggu sebelum persalinan dimulai. Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu dimana terjadi penimbunan jaringan ikat pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim sensitif terhadap oksitosin. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim, jika kadar progesteron turun akan menyebabkan tegangnya pembuluh darah dan menimbulkan his. Terjadi kontraksi otot polos uterus pada persalinan akan menyebabkan rasa nyeri yang hebat yang belum diketahui secara pasti penyebabnya, tetapi terdapat beberapa kemungkinan, yaitu:

1) Hipoksia pada miometrium yang sedang berkontraksi.

- 2) Adanya penekanan ganglia saraf di serviks dan uterus bagian bawah otot-otot yang saling bertautan.
 - 3) Peregangan serviks pada saat dilatasi atau pendataran serviks, yaitu pemendekan saluran serviks dari panjang sekitar 2 cm menjadi hanya berupa muara melingkar dengan tepi hampir setipis kertas. Peritoneum yang berada di atas fundus mengalami peregangan.
- b. Teori keregangan otot

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Ukuran uterus yang makin membesar dan mengalami penegangan akan mengakibatkan otot-otot uterus mengalami iskemia sehingga mungkin dapat menjadi faktor yang mengganggu sirkulasi uteroplasenta. Setelah melewati batas, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dimulai.
 - c. Teori oksitosin interna

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Menurunnya konsentrasi progesteron karena matangnya usia kehamilan menyebabkan oksitosin meningkatkan aktivitasnya dalam merangsang otot rahim untuk berkontraksi, dan akhirnya persalinan dimulai.
 - d. Teori plasenta menjadi tua

Proses penuaan plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Tuanya plasenta menyebabkan menurunnya kadar estrogen dan progesteron yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah, hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim.
 - e. Teori distensi rahim

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi utero-plasenta. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut, akhirnya terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

f. Teori iritasi mekanis

Di belakang serviks terletak ganglion servikal (*fleksus frankenhauser*). Bila ganglion ini di geser dan ditekan, akan timbul kontraksi uterus.

g. Teori hipotalamus-pituitari dan glandula suprarenalis

Glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan. Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan bayi anansephalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuknya hipotalamus.

h. Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua disangka sebagai salah satu penyebab permulaan persalinan. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 atau E2 yang diberikan secara intravena menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap usia kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu hamil sebelum melahirkan atau selama proses persalinan.

i. Teori fetal kortisol

Sapi yang diinfus hormon adrenokortikotropik (ACTH) dapat lahir prematur. Hal ini menunjukkan fetus mempunyai peranan penting dalam memulai persalinan.

4. Tanda-Tanda Persalinan

Adapun tanda-tanda terjadinya persalinan menurut (Prihatini & Azizah, 2018) yaitu:

a. Terjadinya his persalinan

His mempunyai sifat:

- 1) Pinggang terasa sakit menjalar ke depan
- 2) Sifat his teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar
- 3) Terjadi perubahan pada serviks
- 4) Jika pasien menambah aktivitasnya misalnya dengan berjalan, maka kekuatannya bertambah

b. *Bloody show* (pengeluaran lendir disertai darah melalui vagina)

Dengan his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan:

- 1) Pendataran dan pembukaan
- 2) Lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas
- 3) Kapiler pembuluh darah pecah, yang menjadikan perdarahan sedikit.

c. Pengeluaran cairan

Sebagian pasien mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun jika ternyata tidak tercapai, maka persalinan akhirnya di akhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum, atau *sectio caesaria*.

5. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Yulizawati *et al* (2019), terdapat beberapa faktor yang dapat memengaruhi proses persalinan, yaitu:

a. *Passageway*

Passageway atau jalan lahir dalam persalinan melibatkan segmen atas dan segmen bawah rahim. Segmen atas berperan aktif karena mengalami kontraksi dan dindingnya menjadi lebih tebal seiring dengan kemajuan persalinan. Sebaliknya, segmen bawah berperan pasif dan menjadi semakin tipis karena peregangan selama proses persalinan. Jalan lahir terdiri dari pelvis serta jaringan lunak seperti serviks, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina).

b. *Power*

Power adalah kekuatan yang digunakan untuk mendorong janin keluar. *Power* terdiri dari:

1) His (kontraksi otot uterus)

- a) Kontraksi (his) adalah kontraksi otot rahim selama persalinan, yang melibatkan kontraksi otot dinding perut, kontraksi diafragma panggul atau kekuatan mengejan, serta kontraksi ligamentum rotundum. Pembagian his dan sifat-sifatnya:

- (1) His pendahuluan: his tidak kuat, datangnya tidak teratur, menyebabkan keluarnya lendir darah atau *bloody show*.

- (2) His pembukaan (Kala I): menyebabkan pembukaan serviks, semakin kuat, teratur, dan sakit.
- (3) His pengeluaran (Kala II): untuk mengeluarkan janin, sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi.
- (4) His pelepasan uri (kala III): kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
- (5) His pengiring (kala IV): kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, terjadi pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

2) Tenaga mengejan

Power atau tenaga atau kekuatan yang mendorong bayi keluar.

c. *Passenger*

Passenger mencakup janin, plasenta, dan air ketuban. Janin bergerak melalui jalan lahir sebagai hasil interaksi beberapa faktor, seperti ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta dan air ketuban juga harus melewati jalan lahir, keduanya dianggap sebagai bagian dari penumpang yang menyertai janin.

d. *Position*

Mengubah posisi dapat mengurangi rasa lelah, memberikan kenyamanan, dan memperlancar sirkulasi darah. Posisi tegak, seperti berdiri, berjalan, duduk, dan jongkok, memungkinkan gaya gravitasi membantu menurunkan bagian terendah janin.

e. Psikologi

Psikologi adalah respon psikologis ibu terhadap proses persalinan melibatkan faktor psikologi yang mencakup persiapan fisik dan mental.

f. Penolong

Kompetensi dan pengetahuan yang dimiliki penolong sangat bermanfaat untuk memperlancar proses persalinan dan mencegah kematian maternal neonatal.

6. Tahapan Persalinan

Menurut (Walyani & Purwoastuti, 2019) pada proses persalinan di bagi menjadi 4 kala, yaitu:

a. Kala I: kala pembukaan

Waktu untuk pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan lengkap (10 cm). Dalam kala pembukaan dibagi menjadi 2 fase:

1) Fase laten

Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.

- a) Pembukaan kurang dari 4 cm
- b) Biasanya berlangsung kurang dari 8 jam

2) Fase aktif

- a) Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi adekuat/ 3 kali atau lebih dalam 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).
- b) Serviks membuka dari 4 ke 10, biasanya dengan kecepatan 1cm/lebih perjam hingga pembukaan lengkap (10 cm).
- c) Terjadi penurunan bagian terbawah janin berlangsung selama 6 jam dan di bagi atas 3 fase, yaitu:

Berdasarkan kurva friedman:

- a. Periode akselerasi, berlangsung selama 2 jam pembukaan menjadi 4 cm
- b. Periode dilatasi maksimal, berlangsung selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat dari 4 menjadi 9 cm
- c. Periode diselerasi, berlangsung lambat dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm atau lengkap.

b. Kala II: kala pengeluaran janin

Waktu uterus dengan kekuatan his ditambah kekuatan mengejan mendorong janin hingga keluar. Pada kala II ini memiliki ciri khas:

- 1) His terkoordinir, kuat, cepat dan lebih lama kira-kira 2-3menit sekali
 - 2) Kepala janin telah turun masuk ruang panggul dan secara reflektorik menimbulkan rasa ingin mengejan
 - 3) Tekanan pada rektum, ibu merasa ingin BAB, anus membuka
- Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang, dengan his dan mengejan yang dipimpin kepala akan lahir dan

diikuti seluruh badan janin. Lama pada kala II ini pada primi dan multipara berbeda yaitu:

- a) Primipara kala II berlangsung 1,5 jam-2 jam
 - b) Multipara kala II berlangsung 0,5 jam-1 jam.
- c. Kala III: kala uri

Yaitu waktu pelepasan dan pengeluaran uri (plasenta). Setelah bayi lahir kontraksi rahim berhenti sebentar, uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat dan berisi plasenta yang menjadi tebal 2 kali sebelumnya. Beberapa saat kemudian timbul his pengeluaran dan pelepasan uri, dalam waktu 1-5 menit plasenta terlepas terdorong ke dalam vagina dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan (*brand androw*) seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir, dan di sertai pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc.

Tanda kala III terdiri dari 2 fase:

- 1) Fase pelepasan uri

Mekanisme pelepasan uri terdiri atas:

- a) *Schultze*

Menurut cara ini perdarahan biasanya tidak ada sebelum uri lahir dan banyak setelah uri lahir.

- b) *Duncan*

Lepasnya uri mulai dari pinggir terlebih dahulu, kemudian darah akan mengalir semua antara selaput ketuban serempak dari tengah dan pinggir plasenta.

- 2) Fase pengeluaran uri

Perasat-perasat untuk mengetahui lepasnya uri yaitu:

- b) *Kustner*

Meletakkan tangan dengan tekanan pada/di atas simfisis, tali pusat diregangkan, bila plasenta masuk berarti belum lepas, bila tali pusat diam dan maju (memanjang) berarti plasenta sudah terlepas.

- c) *Klien*

Sewaktu ada his kita dorong sedikit rahim, bila tali pusat kembali berarti belum lepas, bila diam/turun berarti sudah terlepas.

d) *Strastman*

Tegangkan tali pusat dan ketuk pada fundus, bila tali pusat bergetar berarti belum lepas, bila tidak bergetar berarti sudah terlepas.

e) Rahim menonjol di atas simfisis

f) Tali pusat bertambah panjang

g) Rahim bundar dan keras (globular)

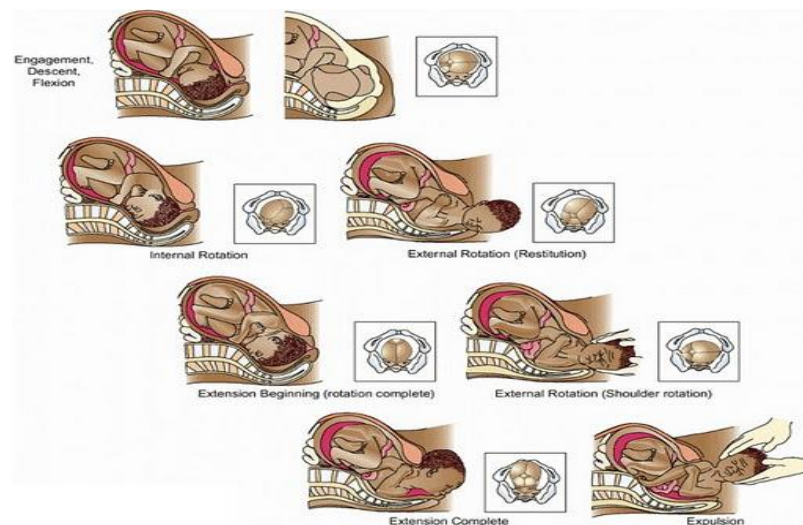
h) Keluar darah secara tiba-tiba.

d. Kala IV: tahap pengawasan

Tahap ini digunakan untuk melakukan pengawasan terhadap bahaya perdarahan yang dilakukan selama kurang lebih dua jam. Dalam tahap ini ibu masih mengeluarkan darah dari vagina, tapi tidak banyak yang berasal dari pembuluh darah yang ada di dinding rahim tempat terlepasnya plasenta, dan setelah beberapa hari akan mengeluarkan cairan sedikit darah yang disebut lokia yang berasal dari sisa-sisa jaringan.

7. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan merupakan serangkaian perubahan posisi dari bagian presentasi janin yang merupakan suatu bentuk adaptasi atau akomodasi bagian kepala janin terhadap jalan lahir. Presentasi janin paling umum dipastikan dengan palpasi abdomen dan kadang kala diperkuat sebelum atau pada saat awal persalinan dengan pemeriksaan vagina (*vaginal toucher*).



Gambar 1 Mekanisme Persalinan
(Sumber: Syaiful & Fatmawati, 2020)

Menurut Nurhayati & Eka (2019) mekanisme persalinan terdiri dari:

a. *Engagement* (penurunan kepala)

1) Masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul

Pada primigravida, masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul biasanya sudah terjadi pada bulan terakhir dari kehamilan, tetapi pada multigravida biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul biasanya ditunjukkan dengan sutura sagitalis yang berada di tengah-tengah jalan lahir, tepat di antara simphisis dan promontorium. Keadaan yang demikian dikatakan kepala dalam keadaan *synclitismus*. Pada *synclitismus os parietale* depan dan belakang sama tingginya. Jika sutura sagitalis agak ke depan mendekati simphisis atau agak ke belakang mendekati promontorium, maka dikatakan kepala dalam keadaan asinklitismus. Ada dua jenis asinklitismus, yaitu:

- a) Asinklitismus posterior: bila sutura sagitalis mendekati simphisis dan os parietal belakang lebih rendah dari *os parietal* depan.
- b) Asinklitismus anterior: bila sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga *os parietal* lebih rendah dari *os parietal* belakang.

Secara umum, derajat sedang asinklitismus pasti terjadi pada persalinan normal. Gerakan usinklitismus dapat menimbulkan disproporsi dengan panggul yang berukuran normal sekalipun. Penurunan kepala lebih lanjut terjadi pada kala I dan kala II persalinan. Hal tersebut disebabkan karena adanya kontraksi dan retraksi dari segmén atas rahim, yang menyebabkan tekanan langsung fundus pada bokong janin. Dalam waktu yang bersamaan terjadi relaksasi dari segmen bawah rahim, sehingga terjadi penipisan dan dilatasi serviks. Keadaan ini akan menyebabkan bayi terdorong ke dalam jalan lahir.

2) Majunya kepala

Pada primigravida, majunya kepala terjadi setelah kepala masuk ke dalam rongga panggul dan biasanya baru mulai pada kala II. Pada

multipara sebaliknya majunya kepala dan masuknya kepala dalam rongga panggul terjadi bersamaan. Majunya kepala ini bersamaan dengan gerakan-gerakan yang lain, yaitu fleksi, putaran paksi dalam, dan ekstensi. Penyebab majunya kepala, antara lain:

- a) Tekanan cairan intra uterin.
- b) Tekanan langsung oleh fundus pada bokong.
- c) Kekuatan mengejan.
- d) Melurusnya badan anak oleh perubahan bentuk rahim.

b. Fleksi

Pada awal persalinan, kepala bayi dalam keadaan fleksi yang ringan. Dengan majunya kepala, biasanya fleksi juga akan bertambah. Pada pergerakan ini, dagu dibawa lebih dekat ke arah dada janin sehingga ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun-ubun besar. Kondisi ini disebabkan karena adanya tahanan dari dinding serviks, dinding pelvis, dan lateral pelvis. Dengan adanya fleksi, diameter *suboccipito bregmatika* (9,5 cm) menggantikan diameter *suboccipito frontalis* (11 cm) sampai di dasar panggul, biasanya kepala janin berada dalam keadaan fleksi maksimal. Fleksi disebabkan oleh:

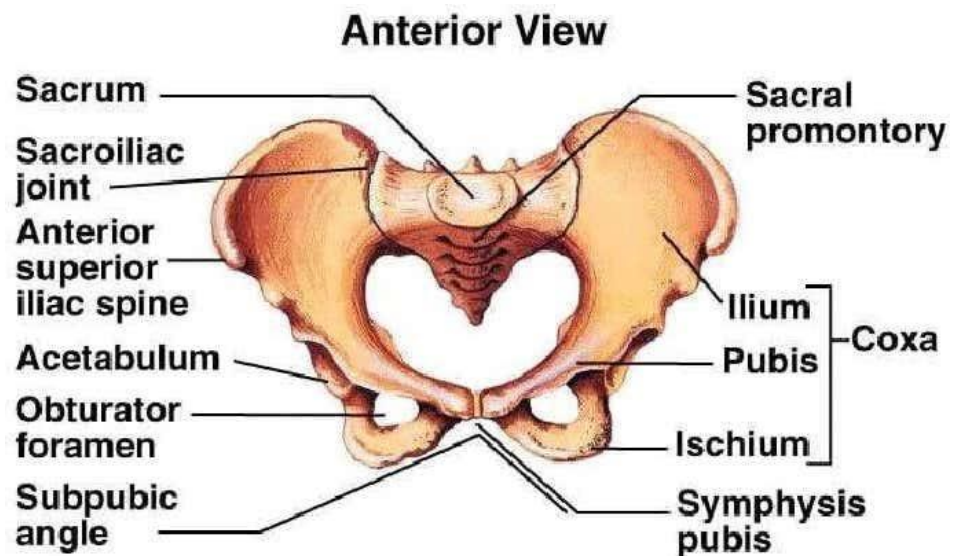
- 1) Persendian leher, dapat berputar ke segala arah termasuk mengarah ke dada.
- 2) Letak leher bukan di garis tengah, tetapi ke arah tulang belakang sehingga kekuatan his dapat menimbulkan fleksi kepala.
- 3) Terjadi perubahan posisi tulang belakang janin yang lurus sehingga dagu lebih menempel pada tulang dada janin.
- 4) Kepala janin yang mencapai dasar panggul dan menerima tahanan sehingga memaksa kepala janin mengubah kedudukannya menjadi fleksi untuk mencari lingkaran kecil yang akan melalui jalan lahir.

c. *Desensus*

Desensus adalah turunnya kepala di jalan lahir. Untuk menggambarkan tingkat *desensus* digunakan istilah "*station*" (level spina ischiadica). "*ostation*" berarti bahwa puncak kepala telah mengalami *desensus* setinggi spina ischiadica. Keadaan ini secara umum disebut sebagai *engagemen* oleh

karena diameter terbesar kepala sudah masuk ke pintu atas panggul. Bila puncak kepala sudah berada di bawah ketinggian spina ischiadica, maka keadaan ini ditandai dengan (+), seperti +2 yang berarti puncak kepala sudah berada 2 cm di bawah spina ischiadica.

Station -3 menunjukkan bahwa kepala masih "mengapung" dan *station* yang lebih besar dari +3 menunjukkan bahwa kepala sudah mengalami "crowning" dan siap untuk dilahirkan. Pada primigravida, *engagemen* (*station* 0 atau +1) umumnya sudah berlangsung beberapa hari atau beberapa minggu menjelang persalinan, pada multigravida, *station* -2, atau -3 sering terjadi sampai menjelang persalinan atau bahkan saat dilatasi serviks sudah hampir lengkap.



Gambar 2 Anatomi Panggul Wanita
(Sumber: Wirakhmi & Purnawan, 2021)

d. Rotasi dalam (putaran paksi dalam)

Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan janin memutar ke depan dan ke bawah simphisis. Pada presentasi belakang kepala, bagian yang terendah ialah daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar ke depan ke arah simphisis. Rotasi dalam berperan untuk menyelesaikan persalinan, karena rotasi dalam merupakan suatu usaha

untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir, khususnya bidang tengah dan pintu bawah panggul.

e. Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Kondisi tersebut disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya. Apabila kepala yang fleksi penuh pada waktu mencapai dasar panggul tidak melakukan ekstensi, maka kepala akan tertekan pada perineum dan dapat menembusnya.

Subocciput yang tertahan pada pinggir bawah simfisis akan menjadi pusat pemutaran (*hypomochlion*), maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum: ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut, dan dagu bayi dengan gerakan ekstensi.

f. Rotasi luar (putaran paksi luar)

Setelah kepala lahir, maka kepala bayi akan memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Gerakan ini disebut putaran restitusi (putaran balasan atau putaran paksi luar). Selanjutnya, putaran dilanjutkan hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber isciadicum sepihak. Gerakan yang terakhir ini adalah putaran paksi luar yang sebenarnya dan disebabkan karena ukuran bahu (diameter biacromial) menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul.

g. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai di bawah simfisis dan menjadi *hipomochlion* untuk kelahiran bahu belakang. Setelah kedua bayi lahir, selanjutnya seluruh badan bayi dilahirkan searah dengan paksi jalan lahir. Dengan kontraksi yang efektif, fleksi kepala yang adekuat, dan janin dengan ukuran yang rata-rata, sebagian besar oksiput yang posisinya posterior berputar cepat segera setelah mencapai dasar panggul, dan persalinan tidak begitu bertambah panjang.

8. Perubahan Fisiologi Persalinan

a. Perubahan fisiologis kala 1

Menurut Sulfianti, *et al* (2020) kala I adalah kala pelapisan yang berlangsung antara pembukaan 0 sampai pembukaan lengkap. Lama kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sementara multigravida 8 jam. Kala I dibagi menjadi 2 fase, antara lain:

- 1) Fase laten: dimulai dari awal kontraksi yang mengakibatkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap, proses ini berlangsung perlahan dengan pembukaan antara 1 hingga 3 cm, berlangsung selama 7 hingga 8 jam.
- 2) Fase aktif: Ketika bagian bawah janin mulai turun, frekuensi serta durasi kontraksi pada rahim meningkat (kontraksi dianggap memadai bila terjadi tiga kali atau lebih dalam rentang sepuluh menit dengan durasi 40 detik atau lebih).

Fase aktif terbagi menjadi tiga tahap, yaitu:

- a) Periode akselerasi (pembukaan 3-4 cm, selama 2 jam)
- b) Periode dilatasi maksimal (pembukaan 4-9 cm, selama 2 jam)
- c) Periode deselerasi (pembukaan 9-10 cm, selama 2 jam)

b. Perubahan fisiologis kala II

- 1) Kontraksi, dorongan dari otot-otot dinding

Dorongan ini menimbulkan rasa sakit dan merupakan satu-satunya tipe kontraksi yang dianggap alamiah. Kontraksi ini diatur oleh saraf internal, berlangsung tanpa disadari, dan tidak dapat dikendalikan oleh wanita yang melahirkan, baik dalam hal seberapa sering maupun lama waktunya. Karakteristik dari kontraksi ini adalah: Rasa sakit yang berasal dari fundus menyebar ke seluruh uterus dan kemudian menjalar ke punggung bawah.

- a) Alasan pasti untuk rasa sakit itu belum sepenuhnya dipahami. Beberapa kemungkinan penyebabnya antara lain:
 - (1) Kekurangan pasokan oksigen pada miometrium saat terjadi kontraksi.

- (2) Terdapat tekanan pada ganglion darah di serviks dan di area bawah rahim.
- (3) Serviks mengalami peregangan disebabkan oleh dilatasi yang terjadi.
- (4) Terjadi peregangan peritoneum, yang merupakan lapisan yang melapisi rahim.

2) Uterus

Pada uterus terdapat beberapa perbedaan:

- a) Bagian segmen atas: bagian ini berkontraksi dan akan terasa kencang saat disentuh selama kontraksi.
- b) Bagian segmen bawah: meliputi uterus dan serviks, adalah area yang meregang dan bersifat pasif, yang menyebabkan segmen bawah memendek.
- c) Batas antara segmen atas dan segmen bawah uterus membentuk cincin retraksi fisiologis. Adanya kontraksi uterus yang tidak terkoordinasi dapat menghasilkan cincin retraksi patologis yang dikenal sebagai *bandl*.

3) *Effacement* (penipisan) dan dilatasi (pembukaan) serviks

Effacement adalah proses pemendekan atau penipisan panjang saluran serviks. Dilatasi adalah pembesaran ukuran ostium uteri interna (OUI), yang kemudian diikuti oleh pembesaran ostium uteri eksterna (OUE). Proses dilatasi ini dipermudah oleh tekanan hidrostatik cairan amnion yang dihasilkan dari kontraksi uterus.

4) Perubahan pada vagina dan dasar panggul

Setelah pembukaan serviks lengkap dan ketuban pecah, terjadi perubahan terutama pada dasar panggul yang diregangkan oleh bagian depan janin. Saluran yang dinding-dindingnya menipis akibat regangan, kepala janin mendekati vulva, lubang vagina menghadap ke depan, dan anus menjadi terbuka. Perineum menonjol, dan tidak lama kemudian, kepala janin mulai tampak pada vulva.

c. Perubahan fisiologis kala III

Dimulai segera setelah bayi lahir hingga kelahiran plasenta, proses ini biasanya berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah kelahiran bayi, uterus terasa keras dengan fundus uteri terletak di atas pusar, dan beberapa menit kemudian, uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Plasenta biasanya lepas dalam waktu 6-15 menit setelah bayi lahir dan keluar secara spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta biasanya disertai dengan pengeluaran darah. Komplikasi yang dapat terjadi pada kala III adalah perdarahan akibat atonia uteri, retensi plasenta, dan perlukaan jalan lahir. Tempat implantasi plasenta mengalami pengerutan akibat pengosongan kavum uteri dan kontraksi lanjutan, yang menyebabkan plasenta terlepas dari tempat perlekatan dan dorongan darah di ruang uteri-plasenta membantu mendorong plasenta keluar. Otot uterus (miometrium) berkontraksi seiring dengan berkurangnya volume rongga uterus setelah bayi lahir. Penyusutan ini mengurangi area perlekatan plasenta. Karena area perlekatan mengecil sementara ukuran plasenta tetap sama, plasenta akan melipat, menebal, dan akhirnya terlepas dari dinding rahim. Setelah terlepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina.

d. Perubahan fisiologis kala IV

Tahap keempat persalinan dimulai dengan kelahiran plasenta dan berlangsung hingga dua jam setelahnya. Periode ini sangat kritis untuk mencegah kematian ibu, terutama akibat perdarahan. Selama tahap ini, bidan harus memantau kondisi ibu setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan. Jika kondisi ibu tidak stabil, pemantauan harus dilakukan lebih sering.

9. Perubahan Psikologis Persalinan

Fenomena psikologis yang menyertai proses persalinan bermacam-macam. Setiap wanita biasanya memiliki disposisi kepribadian yang definitif dan mewarnai persalinan bayinya. Setiap yang terjadi saat persalinan secara langsung memengaruhi psikologis dalam kelahiran. Perasaan dan sikap

seorang wanita dalam melahirkan sangat bervariasi dan dipengaruhi oleh banyak faktor diantaranya perbedaan struktur sosial, budaya, dan agama serta kesiapan ibu dalam menghadapi persalinan, pengalaman masa lalu, support system dan lingkungan. Partisipasi keterlibatan aktif seorang ibu selama persalinan merupakan persiapan alami dalam menerima seorang bayi, mereka menganggap sebuah persalinan adalah pengalaman yang penuh dengan perasaan yang melibatkan seluruh anggota keluarga, biasanya anggota keluarga ikut dalam penyuluhan prapersalinan dan ikut mengambil keputusan dalam perencanaan tindakan persalinan. Anggota keluarga merasakan kegembiraan ketika melihat kelahiran seorang bayi yang sebelumnya merasa cemas dan khawatir akan kemampuan sang ibu dalam menanggulangi rasa sakit dalam proses persalinan (Sulfianti *et al*, 2020).

10. Asuhan Sayang Ibu Dalam Persalinan

Asuhan sayang ibu yang dapat diberikan saat persalinan menurut Yulizawati *et al* (2019) adalah sebagai berikut:

a. Kala I

Kala I adalah suatu kala dimana dimulai dari timbulnya his sampai pembukaan lengkap. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah:

- 1) Memberikan dukungan emosional.
- 2) Pendampingan anggota keluarga selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya.
- 3) Menghargai keinginan ibu untuk memilih pendamping selama persalinan.
- 4) Peran aktif anggota keluarga selama persalinan dengan cara:
 - a) Mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati dan memuji ibu.
 - b) Membantu ibu bernafas dengan benar saat kontraksi.
 - c) Melakukan massage pada tubuh ibu dengan lembut.
 - d) Menyeka wajah ibu dengan lembut menggunakan kain.
 - e) Menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa aman.
- 5) Mengatur posisi ibu sehingga terasa nyaman.

- 6) Memberikan cairan nutrisi dan memberikan kecukupan energi untuk mencegah dehidrasi.
- 7) Memberikan keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi
- 8) Pencegahan infeksi.

b. Kala II

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

- 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 untuk berganti posisi.
 - b) Melakukan rangsangan taktil.
 - c) Memberikan makan dan minuman.
 - d) Menjadi teman bicara/pendengar yang baik.
 - e) Memberikan dukungan dan semangat selama persalinan sampai kelahiran bayinya.
- 3) Keterlibatan penolong persalinan selama proses persalinan & kelahiran dengan:
 - 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 tenteram selama kala II 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 II.
- 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 hasil pemeriksaan.
 - 8) Pencegahan infeksi pada kala II dengan membersihkan vulva dan perineum ibu.
 - 9) Membantu ibu mengosongkan kandung kemih secara spontan.
- c. Kala III
- Kala III adalah kala dimana dimulai dari keluarnya bayi sampai plasenta lahir. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah:
- 1) Memberikan kesempatan kepada ibu untuk memeluk bayinya dan menyusui segera.
 - 2) Memberitahu setiap tindakan yang akan dilakukan.
 - 3) Pencegahan infeksi pada kala III.
 - 4) Memantau keadaan ibu (tanda vital, kontraksi, perdarahan).
 - 5) Melakukan kolaborasi/rujukan bila terjadi kegawatdaruratan.
 - 6) Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi.
 - 7) Memberikan motivasi dan pendampingan selama kala III.
- d. Kala IV
- Kala IV adalah kala dimana 1-2 jam setelah lahirnya plasenta. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah:
- 1) Memastikan tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan dalam keadaan normal.
 - 2) Membantu ibu untuk berkemih.
 - 3) Mengajarkan ibu dan keluarganya tentang cara menilai kontraksi dan melakukan massase uterus.
 - 4) Menyelesaikan asuhan awal bagi bayi baru lahir.
 - 5) Mengajarkan ibu dan keluarganya tentang tanda-tanda bahaya post partum seperti perdarahan, demam, bau busuk dari vagina, pusing, lemas, penyulit dalam menyusui bayinya dan terjadi kontraksi hebat.
 - 6) Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi.
 - 7) Pendampingan pada ibu selama kala IV.
 - 8) Nutrisi dan dukungan emosional.

11. Asuhan 5 Benang Merah

Ada lima aspek dasar atau lima benang merah, yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan baik normal maupun patologis, lima benang merah menurut (Heni, 2020) adalah:

a. Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien. Keputusan itu harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan.

Tujuan langkah dalam membuat keputusan klinik:

- 1) Pengumpulan data utama dan relevan untuk membuat keputusan
- 2) Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah
- 3) Membuat diagnosa atau menentukan masalah yang terjadi dihadapi
- 4) Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan.

b. Asuhan sayang ibu

Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan yang diberikan adalah:

- 1) Panggil ibu sesuai dengan namanya, hargai dan perlakukan ibu sesuai martabatnya
- 2) Jelaskan semua asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan
- 3) Jelaskan proses persalinan
- 4) Anjurkan ibu untuk bertanya
- 5) Dengarkan dan tanggapilah pertanyaan ibu
- 6) Berikan dukungan pada ibu
- 7) Anjurkan ibu untuk ditemani suami/keluarga
- 8) Ajarkan keluarga cara memperhatikan dan mendukung ibu
- 9) Lakukan praktek pencegahan infeksi yang baik
- 10) Hargai privasi ibu
- 11) Anjurkan ibu memilih posisi persalinan
- 12) Anjurkan ibu untuk makan dan minum
- 13) Hargai praktek tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu

- 14) Hindari tindakan berlebihan yang membahayakan ibu
- 15) Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin
- 16) Membantu memulai IMD
- 17) Siapkan rencana rujukan (bila perlu)
- 18) Mempersiapkan persalinan dengan baik.

c. Pencegahan infeksi

Tindakan pencegahan infeksi yang dilakukan adalah:

- 1) Cuci tangan
- 2) Memakai sarung tangan dan perlengkapan pelindung lainnya
- 3) Menggunakan teknik asepsis atau aseptik
- 4) Memproses alat bekas pakai
- 5) Menangani peralatan tajam dengan aman
- 6) Menjaga kebersihan dan sanitasi lingkungan.

d. Pencatatan (rekam medik) asuhan persalinan

Pencatatan (pendokumentasian) adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Partograf adalah bagian terpenting dari proses pencatatan selama persalinan. Pencatatan rutin adalah penting karena:

- 1) Sebagai alat bantu untuk membuat keputusan klinik dan mengevaluasi kesesuaian dan keefektifan asuhan atau perawatan, mengidentifikasi kesenjangan pada asuhan yang diberikan dan untuk membuat perubahan dan peningkatan pada rencana asuhan atau perawatan.
- 2) Sebagai tolak ukur keberhasilan dalam proses membuat keputusan klinik.
- 3) Sebagai catatan permanen tentang asuhan, perawatan dan obat yang diberikan.
- 4) Dapat dibagikan di antara para penolong persalinan sehingga lebih dari satu penolong persalinan akan memberikan perhatian dan asuhan pada ibu atau bayi baru lahir.
- 5) Dapat mempermudah kelangsungan asuhan dari satu kunjungan ke kunjungan berikutnya, dari satu penolong persalinan ke penolong

persalinan lainnya, atau dari seorang penolong persalinan ke fasilitas kesehatan lainnya.

- 6) Dapat digunakan untuk penelitian atau studi kasus.
- 7) Diperlukan untuk memberi masukan data statistik nasional dan daerah, termasuk catatan kematian dan kesakitan ibu atau bayi baru lahir.

Aspek-aspek penting dalam pencatatan adalah:

- a) Tanggal dan waktu asuhan diberikan
- b) Identifikasi penolong persalinan.
- c) Paraf atau tanda tangan (dari penolong persalinan) pada semua catatan.
- d) Mencakup informasi yang berkaitan secara tepat, dicatat dengan jelas dan dapat dibaca.
- e) Suatu sistem untuk memelihara catatan pasien sehingga selalu siap tersedia.
- f) Kerahasiaan dokumen-dokumen medis.

e. Rujukan

Jika ditemukan suatu masalah dalam persalinan, sering kali sulit untuk melakukan upaya rujukan dengan cepat, hal ini karena banyak faktor yang mempengaruhi. Rujukan tepat waktu merupakan bagian dari asuhan sayang ibu dan menunjang terwujudnya program *safe motherhood*. Di bawah ini merupakan akronim (BAKSOKUDA) yang dapat di gunakan petugas kesehatan dalam mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi:

1) B (Bidan)

Pastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinaan yang kompeten untuk melaksanakan gawat darurat obstetri dan BBL untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

2) A (Alat)

Bawa perlengkapan dan alat-alat untuk asuhan persalinan, masa nifas, dan BBL (tambung suntik, selang IV, alat resusitasi, dan lain-lain) bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan ke fasilitas rujukan.

3) K (Keluarga)

Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut.

4) S (Surat)

Berikan surat keterangan rujukan ke tempat rujukan. Surat ini memberikan identifikasi mengenai ibu dan bayi, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil penyakit, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu dan bayi.

5) O (Obat)

Bawa obat-obat esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan.

6) K (Kendaraan)

Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman.

7) U (Uang)

Ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lainnya selama ibu dan bayi di fasilitas rujukan.

8) Da (Darah dan Doa)

Persiapkan darah baik dari anggota keluarga maupun kerabat sebagai persiapan jika terjadi penyulit.

B. Pemantauan Persalinan

1. Partograf

Menurut Wahyuni, *et al* (2023) partograf adalah alat bantu untuk membuat keputusan klinik, memantau, mengevaluasi dan penatalaksanaan selama fase aktif persalinan. Partograf dapat dipakai untuk memberikan peringatan awal bahwa suatu persalinan berlangsung lama, adanya gawat ibu dan janin, serta perlunya rujukan. Tujuan utama dan penggunaan partograf adalah untuk:

- a. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.

- b. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian, juga dapat melakukan deteksi secara dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama.

Jika digunakan secara tepat dan konsisten, maka partograf akan membantu penolong persalinan untuk:

- 1) Mencatat kemajuan persalinan.
- 2) Mencatat kondisi ibu dan janinnya.
- 3) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran.
- 4) Menggunakan informasi yang tercatat untuk secara dini mengidentifikasi adanya penyulit.

a) Pencatatan selama fase laten persalinan

Tanggal dan waktu harus dituliskan setiap kali membuat catatan selama fase laten persalinan. Semua asuhan dan intervensi harus dicatat.

Kondisi ibu dan bayi juga harus dinilai dan dicatat secara seksama, yaitu:

- (1) Denyut jantung janin: setiap 1/2 jam.
- (2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus: setiap 1/2 jam.
- (3) Nadi: setiap 1/2 jam.
- (4) Pembukaan serviks: setiap 4 jam.
- (5) Penurunan: setiap 4 jam.
- (6) Tekanan darah dan temperatur tubuh: setiap 4 jam.
- (7) Produksi urin, aseton dan protein: setiap 2 sampai 4 jam.

Jika ditemui tanda-tanda penyulit, penilaian kondisi ibu dan bayi, harus lebih sering dilakukan. Lakukan tindakan yang sesuai apabila dalam diagnosis keja ditetapkan adanya penyulit dalam persalinan.

b) Pencatatan selama fase aktif persalinan

Halaman depan partograf mencantumkan bahwa observasi dimulai pada fase aktif persalinan dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan, termasuk:

- 1) Informasi tentang ibu:
 - (a) Nama, umur
 - (b) Gravida, para, abortus (keguguran)
 - (c) Nomor catatan medis atau nomor puskesmas
 - (d) Tanggal dan waktu mulai dirawat (atau jika di rumah, tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu)
 - (e) Waktu pecahnya selaput ketuban.
- 2) Kondisi janin:
 - (a) Denyut jantung janin (DJJ)
 - (b) Warna dan adanya air ketuban
 - (c) Penyusupan (molase) kepala janin.
- 3) Kemajuan persalinan:
 - (a) Pembukaan serviks,
 - (b) Penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin,
 - (c) Garis waspada dan garis bertindak.
- 4) Jam dan waktu:
 - (a) Waktu mulainya fase aktif persalinan
 - (b) Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian.
- 5) Kontraksi uterus:
 - (a) Frekuensi dan lamanya.
- 6) Obat-obatan dan cairan yang diberikari:
 - (a) Oksitosin
 - (b) Obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan.
- 7) Kondisi ibu:
 - (a) Nadi
 - (b) Tekanan darah
 - (c) Temperatur tubuh
 - (d) Urin (volume, aseton atau protein).
- 8) Asuhan, pengamatan dan keputusan klinik lainnya (dicatat dalam kolom yang tersedia di sisi partograf atau di catatan kemajuan persalinan).

c. Mencatat temuan pada partograf

1) Informasi tentang ibu

Lengkapi bagian awal (atas) partograf secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai: "jam" pada partograf) dan perhatikan kemungkinan ibu datang dalam fase laten persalinan. Catat waktu terjadinya pecah ketuban.

2) Kesehatan dan kenyamanan janin

Kolom, lajur dan skala angka pada partograf adalah untuk pencatatan denyut jantung janin (DJJ), air ketuban dan penyusupan (kepala janin).

a) Denyut jantung janin (DJJ)

Denyut jantung janin (DJJ) dicatat setiap 30 menit sekali, dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ, kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus.

b) Warna dan adanya air ketuban

Nilai air ketuban setiap kali dilakukan pemeriksaan dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Catat temuan-temuan dalam kotak yang sesuai di bawah lajur DJJ. Gunakan lambang-lambang berikut ini:

- (1) U : Ketuban utuh (belum pecah).
- (2) J : Ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih.
- (3) M : Ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium.
- (4) D : Ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah.
- (5) K : Ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban ("kering").

c) Molase (penyusupan kepala janin)

Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, nilai penyusupan kepala janin. Catat temuan dikotak yang sesuai di bawah lajur air ketuban. Gunakan lambang-lambang berikut ini:

- (1) 0: Tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi.

- (2) 1: Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.
- (3) 2: Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih, tapi masih dapat dipisahkan.
- (4) 3: Tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat Dipisahkan.

3) Kemajuan persalinan

Kolom dan lajur kedua pada partograf adalah untuk pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 yang tertera di tepi kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks. Masing-masing angka mempunyai lajur dan kotak tersendiri. Setiap angka/kotak menunjukkan besarnya pembukaan serviks. Kotak yang satu dengan kotak yang lain pada lajur di atasnya, menunjukkan penambahan dilatasi sebesar 1 cm. Skala angka 1-5 juga menunjukkan seberapa jauh penurunan janin. Masing-masing kotak di bagian ini menyatakan waktu 30 menit.

4) Pembukaan serviks

Nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam (lebih sering dilakukan jika ada tanda tanda penyulit). Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf hasil temuan dan setiap pemeriksaan. Tanda "X" harus ditulis di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks. Beri tanda untuk temuan-temuan dan pemeriksaan dalam yang dilakukan pertama kali selama fase aktif persalinan di garis waspada. Hubungkan tanda "X" dan setiap pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus).

5) Penurunan bagian terbawah atau presentasi janin

Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam (setiap 4 jam), atau lebih sering jika ada tanda tanda penyulit, nilai dan catat turunnya bagian terbawah atau presentasi janin. Pada persalinan normal, kemajuan pembukaan serviks umumnya diikuti dengan turunnya bagian terbawah atau presentasi janin. Tapi terkadang, turunnya bagian terbawah atau presentasi janin baru terjadi setelah pembukaan serviks sebesar 7 cm.

6) Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik di mana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan 1 cm/jam. Pencatatan Selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (pembukaan kurang dari 1 cm/jam), maka harus dipertimbangkan adanya penyulit (misalnya fase aktif yang memanjang, macet dan lain-lain).

7) Jam dan waktu

a) Waktu mulainya fase aktif persalinan di bagian bawah partograf (pembukaan serviks dan penurunan) tertera kotak-kotak yang diberi angka 1-16. Setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.

b) Waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan di bawah lajur kotak untuk waktu mulainya fase aktif, tertera kotak-kotak untuk mencatat waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan. Setiap kotak menyatakan satu jam penuh dan berkaitan dengan dua kotak waktu tiga puluh menit pada lajur kotak di atasnya atau lajur kontraksi di bawahnya. Saat ibu masuk dalam fase aktif persalinan, catatkan pembukaan serviks di garis waspada. Kemudian catatkan waktu aktual pemeriksaan ini di kotak waktu yang sesuai. Sebagai contoh, jika pemeriksaan dalam menunjukkan ibu mengalami pembukaan 6 cm pada pukul 15.00 WIB, tuliskan tanda di garis waspada yang sesuai dengan angka 6 yang tertera di sisi luar kolom paling kiri dan catat waktu yang sesuai pada kotak waktu di bawahnya (kotak ketiga dan kiri).

8) Kontraksi uterus

Di bawah lajur waktu partograf terdapat lima lajur kotak dengan tulisan kontraksi per 10 menit di sebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan

detik. Nyatakan jumlah kontraksi yang terjadi dalam waktu 10 menit dengan mengisi angka pada kotak yang sesuai.

9) Obat-obatan dan cairan yang diberikan

Di bawah lajur kotak observasi kontraksi uterus tertera lajur kotak untuk mencatat oksitosin, obat-obat lainnya dan cairan IV.

a) Oksitosin

Jika tetesan (drip) oksitosin sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan IV dan dalam satuan tetesan per menit.

b) Obat-obatan lain dan cairan IV

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

10) Kesehatan dan kenyamanan ibu

Bagian terakhir pada lembar depan partograf berkaitan dengan kesehatan dan kenyamanan ibu.

a) Nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh Angka di sebelah kiri bagian partograf ini berkaitan dengan nadi dan tekanan darah ibu. Nilai dan catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan (lebih sering jika di curigai adanya penyulit). Beri tanda titik pada kolom waktu yang sesuai (.). Nilai dan catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan (lebih sering jika dianggap akan adanya penyulit). Beri tanda panah pada partograf pada kolom waktu yang sesuai nilai dan catat temperatur tubuh ibu (lebih jika meningkat, atau dianggap adanya infeksi) setiap 2 jam dan catat temperatur tubuh dalam kotak yang sesuai.

b) Volume urin, protein atau aseton. Ukur dan catat jumlah produksi urin ibu sedikitnya setiap 2 jam (setiap kali ibu berkemih). Jika memungkinkan setiap kali ibu berkemih, lakukan pemeriksaan adanya aseton atau protein dalam urin.

11) Asuhan, pengamatan dan keputusan klinik lainnya

Catat semua asuhan lain, hasil pengamatan dan keputusan klinik di sisi luar kolom partograf. atau buat catatan terpisah tentang kemajuan persalinan. Cantumkan juga tanggal dan waktu saat membuat catatan persalinan. Asuhan, pengamatan dan/atau keputusan klinik mencakup:

- a) Jumlah cairan peroral yang diberikan
- b) Keluhan sakit kepala atau penglihatan atau pandangan kabur

2. Delapan Belas Penapisan pada Persalinan

Rujuk ibu jika didapati salah satu atau lebih penyulit berikut (JNPKKR, 2017);

- a. Riwayat bedah *sectio caesarea* (SC)
- b. Perdarahan pervaginam
- c. Persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
- d. Ketuban pecah dengan meconium yang kental
- e. Ketuban pecah lama (lebih dari 24 jam)
- f. Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (kurang dari 37 minggu)
- g. Ikterus
- h. Anemia berat
- i. Tanda/gejala infeksi
- j. Preeclampsia atau hipertensi dalam kehamilan
- k. Tinggi fundus uteri 40 cm atau lebih
- l. Gawat janin
- m. Primipara dalam fase aktif persalinan dengan palpasi kepala janin masih 5/5
- n. Presentasi bukan belakang kepala
- o. Presentasi majemuk
- p. Kehamilan gemelli
- q. Tali pusat menubung
- r. Syok.

C. Asuhan Persalinan Normal

Asuhan persalinan normal (APN) adalah perawatan yang diberikan dengan cara yang bersih dan aman selama proses persalinan. Asuhan persalian normal mencakup 60 langkah yang dirancang untuk memastikan keselamatan dan kenyamanan ibu serta bayi:

1. Memantau tanda-tanda dan gejala fase kedua persalinan
 - a. Ibu merasakan dorongan untuk meneran.
 - b. Ibu mengalami peningkatan tekanan pada area rectum dan vagina.
 - c. Perineum tampak menonjol.
 - d. Vulva dan vaginanya tampak membesar dan pembukaan sfingter terlihat
2. Memastikan bahwa peralatan, bahan, dan obat-obatan penting telah siap digunakan. Memecahkan ampul oksitosin 10 IU dan menyiapkan tabung suntik steril sekali pakai dalam set persalinan.
3. Mengenakan pakaian pelindung atau celemek plastik yang bersih
4. Melepas semua perhiasan yang dikenakan, menggulung lengan baju hingga di atas siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir, lalu mengeringkannya dengan handuk sekali pakai yang bersih.
5. Menggunakan sarung tangan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan internal.
6. Mengambil oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkannya kembali ke dalam set persalinan tanpa mengkontaminasi tabung suntik.
7. Membersihkan vulva dan perineum dengan hati-hati, menyekanya dari depan ke belakang menggunakan kapas atau kasa yang telah dibasahi dengan air disinfeksi tingkat tinggi.
8. Dengan menggunakan teknik aseptik, lakukan pemeriksaan internal untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah sepenuhnya. Jika selaput ketuban belum pecah tetapi pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara merendam tangan yang masih memakai sarung tangan kotor dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Kemudian, cuci kedua tangan dengan air DTT.

10. Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi selesai untuk memastikan bahwa DJJ berada dalam rentang normal (100-160 denyut per menit).
11. Menginformasikan kepada ibu bahwa pembukaan serviks sudah lengkap dan kondisi janin baik. Membantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
 - a. Menunggu hingga ibu merasakan dorongan untuk meneran, sambil terus memantau kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif, dan mendokumentasikan temuan yang ada.
 - b. Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberikan semangat kepada ibu saat ia mulai meneran.
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu saat meneran (selama kontraksi, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
13. Memimpin proses meneran saat ibu merasakan dorongan kuat untuk meneran:
 - a. Membimbing ibu dalam proses meneran saat ia merasakannya dan memberikan dukungan serta semangat atas usaha ibu.
 - b. Membantu ibu mengambil posisi nyaman sesuai pilihannya (tanpa meminta ibu berbaring terlentang).
 - c. Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.
 - d. Mendorong keluarga untuk mendukung dan memberi semangat kepada ibu.
 - e. Menganjurkan asupan oral.
 - f. Menilai denyut jantung janin setiap 5 menit.
 - g. Jika bayi belum lahir atau proses kelahiran belum terjadi dalam waktu 120 menit (2 jam) untuk ibu primipara atau 60 menit (1 jam) untuk ibu multipara, segera lakukan rujukan.
 - h. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum merasa ingin meneran dalam 60 menit, sarankan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi dan beristirahat di antara kontraksi.
14. Jika kepala bayi sudah terlihat di vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
15. Tempatkan kain bersih yang dilipat sepertiga bagian di bawah bokong ibu.

16. Siapkan partus set.
17. Kenakan sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
18. Ketika kepala bayi sudah terlihat di vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang tertutup kain, dan letakkan tangan yang lain pada kepala bayi, membiarkan kepala bayi keluar 20 perlahan. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat saat kepala bayi lahir.
19. Dengan lembut, bersihkan muka, mulut, dan hidung bayi menggunakan kain atau kasa bersih.
20. Periksa apakah ada lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika diperlukan, kemudian teruskan proses kelahiran bayi.
 - a. Jika tali pusat melilit leher bayi dengan longgar, lepaskan lilitan tersebut melalui bagian atas kepala bayi
 - b. Jika tali pusat melilit leher dengan erat, klem tali pusat di dua titik dan potong.
21. Tunggu hingga kepala bayi melakukan rotasi paksi luar secara spontan untuk melahirkan bahu.
22. Setelah kepala bayi melakukan rotasi paksi luar, letakkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya, tarik bayi dengan lembut ke arah bawah dan luar hingga bahu anterior muncul di bawah simfisis pubis, kemudian tarik dengan lembut ke arah atas dan luar untuk melahirkan bahu posterior.
23. Setelah kedua bahu bayi lahir, telusuri tangan mulai dari kepala bayi yang berada di bawah menuju perineum, biarkan bahu dan lengan posterior bayi lahir ke tangan tersebut. Kontrol kelahiran siku dan tangan bayi saat melintasi perineum, gunakan lengan bawah untuk menyangga tubuh bayi saat lahir, dan gunakan tangan bagian atas untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
24. Setelah tubuh dan lengan bayi lahir, telusuri tangan yang berada di atas (anterior) dan punggung bayi untuk menyangga saat punggung dan kaki bayi keluar, pegang kedua mata kaki dengan hati-hati untuk membantu melahirkan kaki bayi.

25. Evaluasi bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian letakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (jika tali pusat terlalu pendek, tempatkan bayi dengan posisi yang sesuai). Jika bayi mengalami asfiksia, segera lakukan resusitasi.
26. Segera bungkus kepala dan tubuh bayi dengan handuk dan biarkan bayi melakukan kontak kulit dengan ibu. Lakukan penyuntikan oksitosin.
27. Jepit tali pusat dengan klem sekitar 3 cm dari pusat bayi. Lakukan urutan pada tali pusat dari klem ke arah ibu dan pasang klem kedua sekitar 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
28. Pegang tali pusat dengan satu tangan, lindungi bayi dari gunting, dan potong tali pusat di antara kedua klem tersebut.
29. Keringkan bayi, ganti handuk basah dengan handuk bersih dan kering, dan selimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutup bagian kepala bayi. Jika tali pusat terjepit dan bayi mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai.
30. Berikan bayi kepada ibu dan anjurkan ibu untuk memeluk bayinya serta memulai pemberian ASI jika ibu menginginkannya.
31. Letakkan kain bersih dan kering. Lakukan palpasi abdomen untuk memastikan tidak ada kemungkinan bayi kedua.
32. Beritahu ibu bahwa ia akan menerima suntikan.
33. Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit intramuskuler di gluteus atau 1/3 bagian atas paha kanan ibu, setelah memastikan dengan aspirasi terlebih dahulu. Lakukan penegangan tali pusat dengan terkendali.
34. Pindahkan klem pada tali pusat.
35. Tempatkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan gunakan tangan kiri untuk melakukan palpasi kontraksi serta menstabilkan uterus. Pegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
36. Tunggu hingga uterus berkontraksi, kemudian tarik tali pusat ke arah bawah dengan lembut untuk mengeluarkan plasenta.

37. Setelah plasenta terlepas, minta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil terus memberikan tekanan berlawanan arah pada uterus
- a. Jika tali pusat menjadi lebih panjang, pindahkan klem sehingga jaraknya sekitar 5-10 cm dari vulva.
 - b. Jika tali pusat belum terlepas setelah penegangan selama 15 menit:
 - 1) Berikan oksitosin 10 unit intramuskuler sekali lagi.
 - 2) Periksa kandung kemih dan lakukan kateterisasi teknik aspetik jika diperlukan.
 - 3) Minta keluarga untuk mempersiapkan rujukan.
 - 4) Lakukan penegangan tali pusat kembali setelah 15 menit.
 - 5) Rujuk ibu jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit setelah kelahiran bayi.
38. Jika plasenta terlihat di introitus vagina, lanjutkan proses kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Pegang plasenta dengan hati-hati menggunakan kedua tangan dan putar plasenta hingga selaput ketuban terlepas. Dengan lembut, lahirkan selaput ketuban tersebut. Jika selaput ketuban robek, gunakan sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan periksa vagina serta serviks ibu secara menyeluruh. Gunakan jari tangan atau klem atau forceps disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.
39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan pemijatan uterus dengan meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan pijatan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras). Periksa perdarahan.
40. Periksa plasenta yang menempel pada ibu dan janin, serta selaput ketuban, untuk memastikan bahwa semuanya lengkap dan utuh. Tempatkan plasenta dalam kantong plastik atau wadah khusus. Jika uterus tidak berkontraksi setelah pemijatan selama 15 detik, ambil tindakan yang sesuai.
41. Segera periksa adanya laserasi pada vagina dan perineum, dan jahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif. Lakukan prosedur pasca-persalinan yang diperlukan.

42. Tinjau kembali kondisi uterus dan pastikan bahwa uterus berkontraksi dengan baik.
43. Celupkan kedua tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin, kemudian bilas dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan keringkan dengan kain bersih dan kering.
44. Tempatkan klem tali pusat yang disinfeksi tingkat tinggi atau steril, atau ikatkan tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekitar 1 cm dari pusat tali pusat.
45. Ikatkan satu lagi simpul mati di bagian pusat tali pusat yang berlawanan dengan simpul mati pertama.
46. Lepaskan klem bedah dan rendam dalam larutan klorin 0,5%.
47. Selimuti kembali bayi atau tutupi bagian kepalanya. Pastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
48. Anjurkan ibu untuk mulai memberikan ASI.
49. Lanjutkan pemantauan kontraksi rahim dan perdarahan vagina.
 - a. Setiap 2-3 menit pada 15 menit pertama setelah melahirkan
 - b. Setiap 15 menit selama satu jam pertama setelah melahirkan
 - c. Setiap 20-30 menit pada jam kedua setelah melahirkan
 - d. Jika rahim tidak berkontraksi dengan baik, berikan perawatan yang tepat untuk menangani atonia uteri
 - e. Jika ada laserasi yang memerlukan jahitan, lakukan dengan anestesi lokal dan teknik yang sesuai.
50. Ajarkan kepada ibu atau keluarga cara melakukan pijatan rahim dan memeriksa kontraksi rahim.
51. Evaluasi jumlah kehilangan darah.
52. Periksa tekanan darah, denyut nadi, dan kondisi kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama setelah melahirkan, dan setiap 30 menit selama jam kedua setelah melahirkan.
 - a. Periksa suhu tubuh sekali per jam selama dua jam pertama setelah melahirkan.
 - b. Tindak lanjuti dengan tindakan yang sesuai berdasarkan temuan yang tidak normal.

53. Tempatkan semua peralatan dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi selama 10 menit. Setelah itu, cuci dan bilas pakaian.
54. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
55. Bersihkan ibu dengan air desinfeksi tingkat tinggi untuk menghilangkan cairan ketuban, lendir, dan darah. Bantu ibu mengenakan pakaian bersih dan kering.
56. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu untuk memberikan ASI dan sarankan keluarga untuk menyediakan minuman dan makanan yang diinginkan ibu.
57. Dekontaminasi area yang digunakan dengan larutan klorin 0,5% dan bilas dengan air bersih.
58. Rendam sarung tangan kotor dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit dengan membalik bagian dalam ke luar.
59. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir untuk dekontaminasi.
60. Lengkapi partograf (IBI, 2017).

D. Manajemen Asuhan Kebidanan Persalinan

1. Tujuh Langkah Varney

Tujuh langkah manajemen asuhan kebidanan menurut Helen Varney adalah sebagai berikut:

a. Langkah I: Pengumpulan Data Dasar

Langkah ini dilakukan dengan melakukan pengkajian melalui proses pengumpulan data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan pasien secara lengkap. Data yang dikumpulkan meliputi:

- 1) Keluhan yang disampaikan oleh klien.
- 2) Riwayat kesehatan klien.
- 3) Pemeriksaan fisik secara menyeluruh sesuai dengan kebutuhan.
- 4) Memeriksa catatan terbaru atau catatan sebelumnya.
- 5) Menilai data hasil laboratorium.

b. Langkah II: Interpretasi Data Dasar

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi data secara benar terhadap diagnosa atau masalah kebutuhan pasien. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga diteukan masalah atau diagnosa

yang spesifik. Kata masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa, namun membutuhkan penanganan yang dituangkan ke dalam sebuah rencana asuhan terhadap klien. Masalah adalah kesenjangan yang diharapkan dengan fakta/ kenyataan. Selain itu, sudah terpikirkan perencanaan yang dibutuhkan terhadap masalah.

c. Langkah III: Identifikasi diagnosa atau masalah potensial

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial yang lain berdasarkan beberapa masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi yang cukup dan apabila memungkinkan dilakukan proses pencegahan atau dalam kondisi tertentu pasien memerlukan tindakan segera.

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

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

e. Langkah V: Perencanaan asuhan secara menyeluruh

Setelah beberapa kebutuhan pasien ditetapkan, diperlukan perencanaan menyeluruh terhadap masalah dan diagnosa yang ada. Dalam proses perencanaan asuhan secara menyeluruh juga dilakukan identifikasi beberapa data yang tidak lengkap agar pelaksanaan secara menyeluruh dapat teratasi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau masalah yang berkaitan, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap perempuan tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya. Setiap rencana asuhan harus disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu bidan dan klien agar dapat

dilaksanakan asuhan kebidanan secara efektif, karena pada akhirnya perempuan itulah yang akan melaksanakan rencana itu atau tidak. Semua asuhan yang dikembangkan secara menyeluruh harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang *up to date* serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan atau tidak akan dilakukan oleh klien.

f. Langkah VI: Pelaksanaan perencanaan

Tahap ini merupakan tahap pelaksanaan dari semua rencana sebelumnya, baik terhadap masalah pasien maupun diagnosa yang ditegakkan. Pelaksanaan ini dapat dilakukan oleh bidan secara mandiri maupun berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya.

g. Langkah VII: Evaluasi

Merupakan tahap akhir dalam manajemen kebidanan, yaitu dengan melakukan evaluasi dari perencanaan maupun pelaksanaan yang dilakukan oleh bidan. Evaluasi sebagai bagian dari pelayanan secara komprehensif dan selalu berubah sesuai dengan kondisi atau kebutuhan klien. Evaluasi efektif dari asuhan yang telah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah telah terpenuhi sesuai dengan apa yang diidentifikasi dalam masalah dan diagnosa. Rencana tersebut bisa dianggap efektif jika memang efektif pelaksanaannya, ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif (Indryani, 2024).

2. Data Fokus SOAP

Catatan perkembangan pada persalinan dengan dokumentasi SOAP menurut Suprapti & Mansur (2018) adalah:

a. Data Subjektif

Data subjektif berkaitan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat langsung atau ringkasan yang berhubungan langsung dengan diagnosis yaitu sebagai berikut:

- 1) Ibu datang ke TPMB tanggal berapa dan pukul berapa
- 2) Ibu mengatakan mulas-mulas sejak pukul berapa

- 3) Ibu mengatakan merasakan nyeri pada perut bagian bawah yang menjalar ke punggung bawah
- 4) Ibu mengatakan mulas dan nyeri semakin kuat dan sering
- 5) Ibu mengatakan terdapat pengeluaran lendir bercampur darah dari jalan lahir
- 6) Ibu mengatakan tidak terdapat pengeluaran air-air dari jalan lahir
- 7) Ibu mengatakan gelisah dan tidak nyaman.

b. Objektif

Data objektif adalah hasil pendokumentasian observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium, catatan medik 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 yaitu sebagai berikut:

- 1) Wajah tampak meringis saat adanya kontraksi
- 2) Ketuban utuh
- 3) Pengeluaran lendir bercampur darah
- 4) Adanya dilatasi serviks
- 5) Adanya dorongan untuk meneran
- 6) Adanya tekanan pada anus
- 7) Perineum menonjol
- 8) Vulva membuka

c. Analisis

- 1) Diagnosa Aktual: Ny. D usia 26 tahun G1P0A0 usia kehamilan 40 minggu, janin hidup tunggal intra uterin presentasi kepala dengan inpartu kala I fase aktif.
- 2) Diagnosa Potensial: partus lama, *fetal distress*, *fetal death*, ruptur uteri.

d. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan merupakan mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, segera, secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan. Tujuan penatalaksanaan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya.

- 1) Rencana asuhan kala I
 - a) Lakukan *informed consent*
 - b) Lakukan penilaian terhadap nyeri yang dirasakan oleh ibu
 - c) Lakukan pelaksanaan terapi *birth ball*
 - d) Lakukan observasi persalinan kala I dan observasi DJJ pada lembar partograf
 - e) Lakukan asuhan sayang ibu:
 - (1) Menawarkan ibu untuk memilih pendamping atau didampingi selama persalinan
 - (2) Memberikan dukungan moral
 - (3) Memberikan kenyamanan
 - (4) Memberikan makan dan minum
 - (5) Menawarkan kebebasan posisi persalinan yang nyaman bagi ibu
 - f) Rujuk ibu bila terjadi persalinan partus lama, *fetal distress*, *fetal death* dan ruptur uteri
- 2) Rencana asuhan kala II dan III, antara lain:
 - a) Amati tanda gejala kala II
 - b) Bantu melahirkan bayi sesuai SOP APN
 - c) Amati tanda gejala kala III
 - d) Lakukan manajemen aktif kala III
- 3) Rencana asuhan kala IV, antara lain:
 - a) Pantau tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan, TFU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan
 - b) Lakukan observasi keadaan ibu dan bayi tiap 15 menit pada 1 jam pertama
 - c) Lakukan observasi keadaan ibu dan bayi tiap 30 menit pada 1 jam kedua.