

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Persalinan Normal

1. Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses melahirkan bayi, plasenta, dan selaput ketuban yang keluar dari uterus berlangsung 12 sampai 14 jam. Persalinan terjadi pada kehamilan cukup bulan 37-42 minggu, lahir spontan dengan presentasi kepala tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin.(6)

2. Tanda Gejala Persalinan

a. Tanda-tanda persalinan sudah dekat

1) Lightening

Lightening adalah proses penurunan bagian presentasi bayi ke panggul terjadi pada dua minggu sebelum persalinan atau usia kehamilan diatas 36 minggu. hal ini membuat ibu mengalami nyeri perut bagian bawah, sulit untuk berjalan, dan kram pada kaki.(6)

2) Pollikasuria

Pada akhir kehamilan kepala janin sudah mulai masuk ke pintu atas panggul yang menyebabkan kandung kemih tertekan. Hal ini membuat ibu lebih sering berkemih.(6)

3) False labor

3-4 minggu sebelum persalinan ibu akan merasakan kontraksi palsu *Braxton Hicks*. Kontraksi ini bersifat: tidak teratur, lamanya his pendek, tidak bertambah kuat, jika dibawah jalan nyerinya berkurang.(6)

4) Perubahan cervix

Awal kehamilan cervix tertutup, panjang dan kurang lunak sedangkan pada awal persalinan cervix menjadi lebih lembut/lunak, mengalami pembukaan dan penipisan cervix. Perubahan cervix tergantung individu dan paritasnya.(6)

b. Tanda-tanda persalinan

1) Timbulnya kontraksi uterus

Disebut dengan his persalinan yang mempunyai sifat: nyeri dari punggung menjalar ke perut bagian depan, sifatnya teratur, intervalnya makin pendek dan kekuatannya makin besar, dan memiliki pengaruh pada pembukaan cervix.(6)

2) Penipisan dan pembukaan cervix

Ditandai dengan adanya pengeluaran lendir darah dari jalan lahir, hal ini mencirikan kematangan cervix dan merupakan tanda awal persalinan.(6)

3) Bloody show (pengeluaran lendir disertai darah melalui vagina)

Merupakan tanda persalinan yang akan terjadi, dalam 24 jam hingga 48 jam). Bloody show terjadi karena adanya pendaratan atau penipisan pada cervix yang membuat lendir dari canalis cervicalis keluar disertai dengan sedikit darah. Hal ini menyebabkan lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa capillar terputus.(6)

4) Premature Rupture of Membrane (Ketuban Pecah Dini)

Adalah keluarnya cairan dari jalan lahir, terjadi akibat ketuban pecah atau selaput ketuban robek. Pecah saat akhir kala 1 persalinan yaitu pembukaan lengkap atau hampir lengkap tetapi jika pecah sebelum awal persalinan kondisi ini disebut Ketuban Pecah Dini (KPD). Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlansung dalam waktu 24 jam.(6)

3. Tahapan Persalinan

a. Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dengan frekuensi dan kekuatan yang teratur dan meningkat, hingga serviks membuka lengkap 10 cm. Kala 1 terdiri dari 2 fase yaitu fase laten dan fase aktif.(6)

- 1) Fase laten dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan terjadinya penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap hingga membuka kurang lebih 4 cm, umumnya berlangsung 8 jam.(6)
- 2) Fase aktif dimulai dari pembukaan 4 cm hingga pembukaan lengkap 10 cm. Pada primigravida berlangsung selama 12 jam dan pada multigravida 8 jam, kecepatan pembukaan serviks 1 cm perjam primigravida atau lebih 1-2 cm pada multigravida. Fase aktif terbagi menjadi 3 fase yaitu fase akselerasi, dilatasi maksimal dan deselerasi.(6)
 - a) Fase akselerasi
Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm
 - b) Fase dilatasi maksimal
Dalam waktu 2 jam pembukaan sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm
 - c) Fase deselerasi
Pembukaan menjadi sangat lambat dalam waktu 2 jam, dari 9 cm menjadi lengkap atau 10 cm

b. Kala II

Dimulai dengan pembukaan lengkap 10 cm dan berakhir dengan lahirnya bayi disebut juga kala pengeluaran bayi. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Terdapat tanda dan gejala kala II serta tanda pasti kala II yaitu:.(6)

- 1) Tanda dan gejala kala II: Ibu ingin meneran, adanya tekanan pada anus, Perineum menonjol, Vulva vagina dan sphincter ani membuka, His lebih kuat dan lebih cepat 2-3 menit sekali, Pengeluaran lendir bercampur darah.(6)
- 2) Tanda pasti kala II ditentukan melalui pemeriksaan dalam: Pembukaan serviks telah lengkap 10 cm. dan Terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina.(6)

c. Kala III

Kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta serta selaput ketuban berlangsung kurang lebih 30 menit. Terdapat

Tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu perubahan bentuk dan tinggi fundus uterus, tali pusat menjulur keluar didepan vulva dan semburan darah tiba-tiba. Dan terdapat Manajemen Aktif Kala III yaitu: pemberian suntikan oksitosin 1 menit pertama setelah bayi lahir, melakukan penegangan tali pusat terkendali, dan masase fundus uteri. (6)

d. Kala IV

Dimulai setelah lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama (post partum). Fase ini merupakan paling kritis bagi ibu dan bayi serta rentan terjadinya pendarahan pada ibu. Karena keduanya telah mengalami perubahan fisik yang luar biasa, yaitu ibu melahirkan bayi dari rahimnya dan bayi sedang beradaptasi dengan dunia luar rahim. Bidan harus memastikan bahwa ibu dan bayi dalam kondisi stabil dan dapat mengambil tindakan yang tepat.(6)

4. Perubahan Fisiologis dan Psikologis pada Persalinan

a. Perubahan Fisiologis persalinan

1) Perubahan Fisiologis pada Kala I

a) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama terjadinya kontraksi (sistol naik 10-20 mmHg, diastol naik 5-10 mmHg). Rasa sakit, takut, dan cemas akan meningkatkan tekanan darah.(7)

b) Metabolisme

Metabolisme karbohidrat aerob dan anaerob akan meningkat secara berangsur-angsur disebabkan karena kecemasan dan aktivitas otot skeletal, peningkatan ini ditandai dengan adanya peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, curah jantung dan pernafasan.(7)

c) Suhu Tubuh

Oleh karena adanya peningkatan metabolisme maka suhu tubuh sedikit meningkat sebelum persalinan. Selama dan setelah persalinan akan terjadi peningkatan sekitar 0,5-1°C.(7)

d) Detak jantung

Oleh karena adanya peningkatan metabolisme tubuh maka adanya peningkatan detak jantung secara drastis selama kontraksi.(7)

e) Pernapasan

Terjadi sedikit peningkatan laju pernapasan yang dianggap normal, hiperventilasi (pernapasan cepat) yang lama dianggap tidak normal dan menyebabkan alkalosis (kondisi tubuh dimana darah banyak mengandung basa atau alkali).(7)

f) Sistem Ginjal

Poliuria sering terjadi selama proses persalinan, dikarenakan adanya peningkatan cardiac output, peningkatan filtrasi glomerulus, dan peningkatan aliran plasma ginjal. Proteinuria yang sedikit dianggap normal dalam persalinan.(7)

g) Sistem Gastrointestinal

Motilitas lambung dan absorpsi makanan padat secara substansi berkurang sangat banyak selama persalinan. Selain itu, berkurangnya pengeluaran getah lambung menyebabkan pengosongan lambung menjadi lambat.(7)

h) Sistem Hematologi

Hematologi meningkat 1,2 gr/100 ml selama persalinan dan akan kembali pascapersalinan kecuali jika terjadi pendarahan postpartum.(7)

2) Perubahan Fisiologis Kala II

a) Tekanan darah meningkat 15-25 mmHg selama kontraksi kala II, usaha meneran ibu dapat meningkatkan tekanan darah. Oleh sebab itu diperlukan evaluasi tekanan darah yang cermat di antara kontraksi.(7)

b) Peningkatan metabolisme terus berlanjut sampai kala dua diakibatkan adanya peningkatan otot rangka karena adanya usaha meneran ibu.(7)

c) Frekuensi nadi meningkat selama kala II.

d) Terjadinya peningkatan suhu 0,5-1°C.

- e) Pernapasan sama pada saat kala I persalinan normal.
 - f) Penurunan motilitas lambung dan absorpsi yang hebat sampai kala II. Maka pada kala II sering terjadi mual dan muntah, tetapi mual dan muntah sesekali merupakan hal yang normal kecuali jika konstan dan menetap selama persalinan merupakan hal yang abnormal dan merupakan indikasi komplikasi seperti ruptur uteri dan toksemia.
 - g) Perubahan ginjal dan hematologik sama dengan persalinan kala I.
- 3) Perubahan Fisiologis Kala III
- Pada kala III persalinan, otot uterus menyebabkan berkurangnya ukuran rongga uterus secara tiba-tiba setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran rongga uterus ini menyebabkan implantasi plasenta. Karena tempat implantasi menjadi semakin kecil sedangkan ukuran plasenta tidak berubah. Oleh karena itu, plasenta akan menekuk, menebal, kemudian terlepas dari dinding uterus. Setelah lepas plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau bagian atas vagina.(7)
- 4) Perubahan Fisiologis Kala IV
- a) Tanda vital
Pemantauan tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan), kontraksi uterus, kandung kemih, pengeluaran darah pada kala empat dilakukan setiap 15 menit pada jam pertama, dan setiap 30 menit pada jam kedua. Pemeriksaan suhu dilakukan 2 kali selama 2 jam, masing-masing setiap 1 jam.(7)
 - b) Tekanan darah
Biasanya tidak berubah, akan tetapi tekanan darah berkemungkinan rendah setelah melahirkan karena adanya pendarahan. Jika tekanan darah tinggi menandakan terjadinya preeklampsia postpartum. Tekanan darah normal < 140/90 mmHg. Jika tekanan darah ibu < 90/60 mmHg dan nadi > 100 kali permenit, hal ini terjadi karena adanya demam atau pendarahan pada ibu.(7)

c) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali permenit. Setelah melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat, tetapi jika melebihi 100 kali permenit itu adalah hal abnormal dan ini disebabkan oleh infeksi atau pendarahan postpartum yang tertunda.(7)

d) Suhu

Suhu sedikit meningkat, tetapi dalam batas normal (di bawah 38°C). Jika dalam 24 jam post-partum suhu tubuh ibu pasca bersalin mencapai 38°C atau lebih, hal ini terjadi karena dehidrasi atau infeksi sebelum persalinan.(7)

e) Pernapasan

Jika suhu tubuh dan denyut nadi normal, maka pernapasan akan normal. Pernapasan normal, teratur, dengan frekuensi 16-20 kali per menit, kecuali ada gangguan khusus pada sistem pernapasan.(7)

f) Sistem gastrointestinal

Selama 2 jam pasca persalinan sering terjadi mual dan muntah, maka atasi dengan posisi tubuh setengah duduk atau duduk ditempat tidur. Perasaan haus pasti dirasakan oleh pasien, maka beri pasien minum agar tidak terjadi dehidrasi.(7)

g) Sistem ginjal

Selama 2-4 jam pasca persalinan kandung kemih masih dalam keadaan hipotonik akibat adanya alostaksis sehingga mengakibatkan kandung kemih penuh. Maka usahakan untuk selalu mengosongkan kandung kemih guna mencegah uterus berubah posisi dan tidak terjadi atonia uteri. Karena uterus yang berkontraksi dengan buruk akan menyebabkan pendarahan dan nyeri.(7)

b. Perubahan Psikologis Persalinan

1) Perubahan Psikologis Kala I

Ibu yang bersalin mengalami perubahan emosional yang tidak stabil.(7)

2) Perubahan Psikologis Kala II

Pada Kala II ibu mengalami perubahan emosi yang tidak stabil, peran keluarga terdekat serta suami sangat penting untuk mendukung ibu agar ibu tidak cemas dan tidak khawatir.(7)

3) Perubahan Psikologis Kala III

a) Ibu senang, gembira dan bangga akan dirinya, ia juga merasa lelah.(7)

b) Ibu ingin melihat anaknya, menyentuh, dan memeluknya.

c) Ia juga ingin segera plasenta atau ari-ari segera lahir.(7)

4) Perubahan Psikologis Kala IV

Kala IV dimulai setelah plasenta lahir dan 2 jam sesudahnya. Ibu sudah tenang karena bayi dan plasenta sudah lahir. Pada kala IV ini Ada hal yang diperhatikan dan di observasi yaitu tingkat kesadaran, pemeriksaan tanda-tanda vital, kontraksi uterus, dan pendarahan tidak boleh lebih dari 500 cc karena hal ini dianggap abnormal. Serta dilakukan pemantauan kala IV dan pemantauan keadaan umum ibu.(7)

5. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

a. Passage (Panggul/Jalan Lahir Ibu)

Passage atau faktor jalan lahir dibagi terbagi 2 bagian yaitu bagian keras : tulang panggul dan bagian lunak

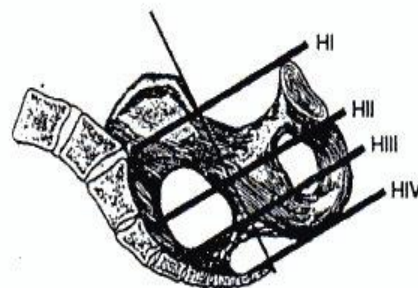
- 1) Bagian Keras Panggul dibentuk oleh empat buah tulang panggul yaitu 2 tulang pangkal paha (Os coxae) terdiri dari Os ilium/tulang usus, Os ichium/tulang duduk, Os pubis/tulang kemaluan, 1 tulang kelangkang (Os sacrum), 1 tulang tungging/ekor (Os cocygis). Bagian keras panggul juga terdiri atas artikulasi (simfisis pubis, artikulasi sakro-iliaka, artikulasi sakro-koksigus), ruang panggul (pelvis mayor dan

pelvis minor), pintu panggul (Pintu atas panggul, Bidang tengah panggul) dan terdapat bidang hoodge.(6)

a) Bidang hoodge

Bidang hodge adalah bidang semu untuk menentukan kemajuan persalinan yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam/vagina toucher (VT). Adapun bidang hodge sebagai berikut :.(6)

- (1) Hodge I : Bidang setinggi Pintu Atas Panggul (PAP) yang dibentuk oleh promontorium, artikulasio sakro iliaca, sayap sacrum, linea inominata, ramus superior os pubis, dan tepi atas symfisis pubis.
- (2) Hoodge II : Bidang sejajar dengan hoodge 1, terletak setinggi pinggir sympsis.
- (3) Hoodge III : Bidang sejajar hoodge I dan II, terletak setinggi spina ischiadika.
- (4) Hoodge IV : Bidang sejajar hoodge I,II,III, terletak setinggi os coccygeus.



Gambar 2.1: Bidang hooge

- 2) Bagian lunak panggul tersusun atas segmen bawah rahim, serviks uteri dan vagina, juga otot-otot, jaringan ikat dan ligament yang menyokong alat urogenital musculus dan ligamentum yang menyelubungi dinding dalam dan bawah panggul :.(6)

b. Passanger (janin).(6)

- 1) Sikap janin

Hubungan bagian-bagian janin dengan sumbu janin terhadap tulang punggungnya. Umumnya berada dalam sikap fleksi.

2) Letak janin

Hubungan antara sumbu panjang janin dan sumbu panjang ibu.

3) Presentasi janin

Untuk menentukan bagian terbawah janin yang dapat diperiksa saat melakukan pemeriksaan dalam.

4) Posisi janin

Digunakan untuk menetapkan bagian janin yang berada dibagian bawah. Posisi janin yang dapat berada pada sebelah kanan, kiri, depan atau belakang terhadap sumbu ibu.

c. Power (Kekuatan)

Adalah kekuatan atau tenaga yang dapat mendorong anin keluar. Kekuatan tersebut yaitu his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi ligamen.(6)

d. Psikologis

Ibu bersalin yang didampingi oleh suami dan orang-orang yang dicintainya cenderung mengalami proses persalinan yang lebih lancar dibandingkan dengan ibu bersalin yang tanpa didampingi suami atau orang-orang yang dicintainya. Maka hal ini menunjukkan bahwa Keadaan emosi, jiwa dan mental ibu sangat mempengaruhi kelancaran proses persalinan.(6)

e. Penolong

Kompetensi yang dimiliki penolong sangat mempengaruhi kelancaran proses persalinan dan mencegah kematian maternal neonatal.(6)

6. Mekanisme Persalinan Normal

a. Masuknya kepala janin dalam PAP

Masuknya kepala ke dalam PAP biasanya dengan sutura sagitalis melintang menyesuaikan dengan letak punggung. Contoh: apabila dalam palpasi didapatkan punggung kiri maka sutura sagitalis akan teraba melintang kekiri atau posisi jam 3 atau sebaliknya apabila punggung

kanan maka sutura sagitalis melintang ke kanan atau posisi jam 9 dan pada saat itu kepala dalam posisi fleksi ringan.(6)

1) Sinklitismus

Dikatakan sinklitismus jika sutura sagitalis berada pada posisi di tengah-tengah jalan lahir yaitu tepat di antara symphysis dan promontorium dalam posisi os parietale berada didepan dan belakang serta sama tingginya. Jika terdapat situasi sutura sagitalis dalam diameter anteroposterior dari PAP maka masuknya kepala akan menjadi sulit karena menempati ukuran yang terkecil dari PAP.

2) Asinklitismus

Dikatakan asinklitismus jika sutura sagitalis agak ke depan mendekati symphysis atau agak ke belakang mendekati promontorium. Terdapat Acynclitismus posterior yaitu posisi sutura sagitalis mendekati symphysis dan os parietale belakang lebih rendah dari os parietale depan. Dan Acynclitismus anterior adalah posisi sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietale depan lebih rendah dari os parietale belakang. Pada saat kepala masuk PAP biasanya dalam posisi asynclitismus posterior ringan dan akan terfiksasi. Peristiwa ini disebut dengan engagement.

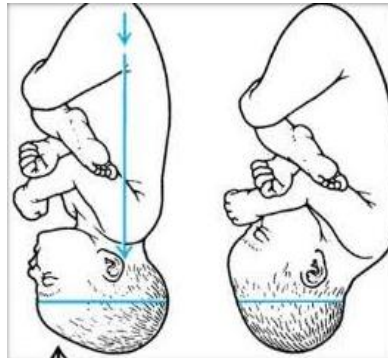
b. Majunya kepala janin

Pada primigravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk ke rongga panggul dan biasanya terjadi mulai pada kala II sedangkan pada multigravida majunya kepala dan masuknya kepala dalam rongga terjadi secara bersamaan. Majunya kepala bersamaan dengan gerakan fleksi, putar paksi dalam dan extensi. Majunya kepala disebabkan karena tekanan cairan intrauterin, tekanan langsung oleh fundus uteri pada bokong, kekuatan mengedan dan melurusnya badan bayi oleh perubahan bentuk rahim.(6)

c. Fleksi

Dengan majunya kepala, fleksi akan bertambah hingga ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun-ubun besar. Saat fleksi kepala memasuki rongga panggul pada ukuran yang terkecil, yaitu diameter sub oksipitobregmatika

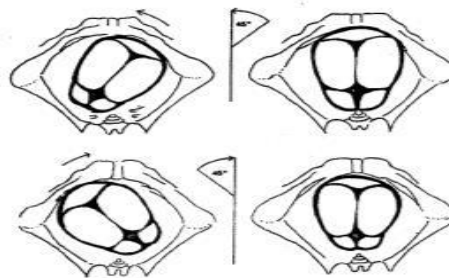
9,5 cm dan sirkumferensia sub oksipitobregmatika 32 cm, ketika sampai di dasar panggul kepala janin dalam keadaan fleksi maksimal. Fleksi terjadi disebabkan karena janin didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir PAP, cervix, dinding panggul atau dasar panggul.(6)



Gambar 2.2: Kepala Fleksi

d. Putaran paksi dalam

Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan bawah simfisis. Dalam proses rotasi, ubun-ubun kecil akan berputar ke arah depan sampai dasar panggul sehingga dasar panggul ubun-ubun kecil berada di bawah simfisis. Putaran paksi dalam mutlak diperlukan untuk kelahiran kepala, karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah panggul dan pintu bawah panggul.(6)



Gambar 2.3 Putaran paksi dalam

e. Ekstensi

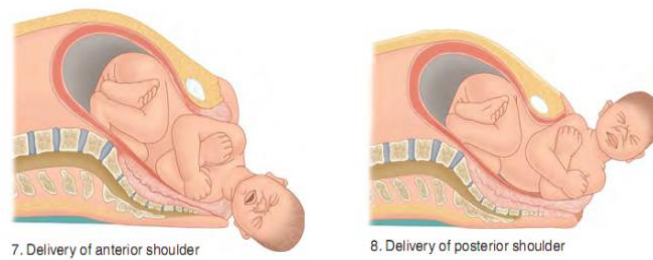
Setelah putaran paksi dalam selesai serta kepala janin sudah sampai di dasar panggul dan ubun-ubun kecil dibawah simfisis, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk dapat melewati pintu bawah panggul. Bila tidak terjadi ekstensi, kepala akan tertekan pada perineum.(6)



Gambar 2.4: Ekstensi

f. Putaran paksi luar

Putaran paksi luar adalah gerakan kembali sebelum putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung janin. Saat putaran paksi luar bahu melintasi PAP dalam posisi miring, didalam rongga panggul bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya, apabila kepala sudah dilahirkan bahu akan berada dalam posisi depan belakang. Maka lahirkan bahu depan terlebih dahulu baru kemudian bahu belakang selanjutnya lahirkan bayi seluruhnya.(6)



Gambar 2.5: Putaran paksi luar

g. **Expulsi**

Setelah putaran paksi luar selesai, bahu depan sampai dibawah simfisis dan menjadi hipomoklion untuk kelahiran bahu belakang. Setelah kedua bahu lahir selanjutnya seluruh badan bayi dilahirkan searah dengan sumbu jalan lahir.(6)

7. Langkah-langkah Asuhan Persalinan Normal (APN).(8)

Melihat Tanda dan Gejala Kala Dua.

1. Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua.
 - a. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - b. Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vaginanya.
 - c. Perineum menonjol.
 - d. Vulva dan spingter ani membuka.

Menyiapkan Pertolongan Persalinan

2. Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan.
3. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
4. Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih. Lepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
5. Pakai sarung tangan DTT untuk melakukan pemeriksaan dalam.

6. Memasukkan oksitosin 10 unit ke dalam spuit dengan teknik one hand, gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril, pastikan tidak terjadi kontaminasi.

Memastikan Pembukaan Lengkap dan Keadaan Janin Baik

7. Membersihkan vulva dan perineum dan mengganti sarung tangan jika terkontaminasi
8. Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 % kemudian lepaskannya dan rendam dalam keadaan terbalik selama 10 menit. Cuci tangan setelah sarung tangan dilepas.
10. Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120 - 160 kali/menit).
 - a. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
 - b. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.

Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk Membantu Proses Pimpinan Meneran

11. Beritahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu untuk menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
 - a. Tunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran, lakukan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin, sesuai dengan pedoman penatalaksanaan fase aktif. Dokumentasikan semua temuan yang ada.
 - b. Menjelaskan kepada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran dengan benar.
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi meneran. Jika timbul rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat maka bantu ibu dalam

posisi setengah duduk atau posisi yang diinginkan serta pastikan ibu nyaman.

13. Laksanakan bimbingan meneran saat ibu merasa ada dorongan yang kuat untuk meneran:
 - a. Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif
 - b. Mendukung dan memberi semangat pada saat meneran dan perbaiki meneran apabila caranya tidak sesuai.
 - c. Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang).
 - d. Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.
 - e. Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
 - f. Berikan asupan cairan per-oral (minum).
 - g. Menilai DJJ
 - h. Segera rujuk jika bayi belum lahir atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (primigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (multigravida).
14. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi dan beristirahat di antara kontraksi. Jika bayi belum lahir setelah 60 menit meneran maka lakukan rujukan pada ibu.

Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

15. Letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm (*crowning*).
16. Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
17. Membuka partus set
18. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

Menolong Kelahiran Bayi

Lahirnya Kepala

19. Saat kepala bayi dengan diameter 5 - 6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering,

sedangkan tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan sambil bernafas cepat dan dangkal.

20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi
 - a. Jika tali pusat melilit leher janin secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b. Jika tali pusat melilit leher bayi secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara kedua klem tersebut.
21. Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

Lahirnya Bahu

22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
23. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah bawah.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran lengan atas berlanjut ke punggung, bokong tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya.

Penanganan Bayi Baru Lahir

25. Lakukan penilaian BBL awal (selintas)
 - a. Apakah bayi menangis kuat atau bernafas tanpa kesulitan ?
 - b. Apakah bayi bergerak dengan aktif ?
 - c. Jika bayi tidak menangis, tidak bernapas, megap-megap. Maka segera lakukan tindakan resusitasi (25 langkah ini berlanjut ke langkah-langkah prosedur resusitasi bayi baru lahir dengan asfiksia)
26. Keringkan dan posisikan tubuh bayi di atas perut ibu.

- a. Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya tanpa membersihkan verniks kecuali bagian tangan.
 - b. Ganti handuk basah dengan handuk kering.
 - c. Pastikan bayi dalam kondisi aman di atas perut ibu.
27. Periksa kembali perut ibu untuk memastikan tidak ada janin kedua
28. Beritahu ibu bahwa penolong (bidan) akan menyuntikkan oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit secara IM di 1/3 paha bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
30. Dengan menggunakan klem, jepit tali pusat (dua menit setelah bayi lahir) pada sekitar 3 cm dari tali pusat bayi. Dari sisi luar klem penjepit, dorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan lakukan penjepitan kedua 2 cm dari klem pertama.
31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat.
- a. Dengan satu tangan, angkat tali pusat yang telah dijepit kemudian lakukan pengguntingan tali pusat (lindungi perut bayi) diantara kedua klem tersebut.
 - b. Ikat tali pusat dengan benang kesisi berlawanan dan lakukan ikatan kedua menggunakan simpul kunci.
 - c. Lepaskan klem yang arah bayi dan masukkan ke dalam wadah yang disediakan (bengkok).
32. Tempatkan bayi untuk melakukan kontak kulit ibu ke bayi (*skin to skin*).
- a. Letakkan bayi posisi telungkup di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel dengan baik di dinding dada perut ibu dengan posisi lebih rendah dari putting payudara. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

Penatalaksanaan Aktif Kala III

33. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
34. Letakkan satu tangan kiri diatas kain pada perut ibu, ditepi simfisis, tangan kanan menegangkan tali pusat.

35. Setelah uterus berkontaksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang atas (dorso cranial) secara berhati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontaksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas.
- Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan simulasi puting susu.

Mengeluarkan Plasenta

36. Lakukan penegangan dan dorongan dorso cranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat mengikuti posros/curva jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso cranial).
- Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan melahirkan plasenta.
 - Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat, maka lakukan :
 - Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM.
 - Lakukan katektisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.
 - Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
 - Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
 - Segera rujuk jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir.
 - Bila terjadi perdarahan, lakukan plasenta manual.
37. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpelin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang disediakan (wadahnya datar).
- Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.

Rangsang Taktil (massage) Uterus

38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan difundus dan lakukan massase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).
- a. Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik melakukan rangsangan taktil.

Menilai Pendarahan

39. Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke tempat khusus.
40. Evaluasi kemungkinan robekan/laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

Melakukan Asuhan Pasca Persalinan

41. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
42. Mencuci tangan (masih menggunakan sarung tangan) dengan air bersih, lalu keringkan dengan handuk kering.

Evaluasi

43. Lanjutkan pemantauan kontraksi, kandung kemih dan mencegah perdarahan pervaginam.
- a. 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan
 - b. Setiap 15 mneit pada 1 jam pertama pascapersalinan
 - c. Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan
 - d. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melakukan asuhan yang sesuai untuk penatalaksana atonia uteri.
44. Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan massase dan menilai kontraksi.
45. Evaluasi dan mengestimasi jumlah darah yang keluar.
46. Memeriksa nadi ibu setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan.
- a. Memeriksa suhu tubuh ibu setiap 15 menit selama sejam pertama
 - b. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

47. Periksa kembali kondisi bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit) serta suhu tubuh normal (36,5 - 37,5°C).

Kebersihan dan Keamanan

48. Tempatkan semua peralatan habis pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.

49. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ketempat sampah sesuai.

50. Bersihkan badan ibu dengan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pembalut dan pakaian yang bersih dan kering.

51. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.

52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5% (lebih baik menggunakan spray atau semprotan).

53. Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan tersebut selama 10 menit lalu lepaskan semua APD.

54. Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan dengan tissue.

Setelah 1 jam IMD

55. Pakai sarung tangan DTT di kedua tangan

56. Berikan salf mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K₁ 1 mg secara IM di paha kiri antrolateral. Lakukan pemeriksaan fisik BBL (penimbangan dan pengukuran).

57. Berikan suntikan imunisasi Hepatitis B (setelah 1 jam penyuntikan Vitamin K₁), di paha kanan antrolateral.

a. Letakkan bayi dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan.

b. Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusui didalam satu jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusui.

58. Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan tersebut selama 10 menit.
59. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan dengan tissue.

Dokumentasi

60. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda-tanda vital dan asuhan kala IV.

8. Kehamilan Resiko Tinggi

a. Pengertian

Kehamilan Resiko Tinggi merupakan kehamilan yang memungkinkan terjadinya komplikasi pada saat persalinan dari risiko yang dimiliki ibu dibandingkan dengan kehamilan normal. (9)

b. Faktor Kehamilan Resiko Tinggi.(9)

- 1) Ada potensi gawat obstetri (Faktor risiko kelompok I).
 - a) Primi muda
 - (1) terlalu muda, hamil pertama umur ≤ 16 tahun
 - b) Primi tua
 - (1) Terlalu tua, hamil pertama umur ≥ 35 tahun
 - (2) Terlalu lambat hamil, setelah kawin ≥ 4 tahun
 - c) Usia ibu terlalu ≥ 35 tahun
 - d) Jarak kehamilan terlalu dekat ≤ 2 tahun
 - e) Jarak kehamilan terlalu jauh ≥ 10 tahun
 - f) Jumlah anak terlalu banyak ≥ 4
 - g) Ibu dengan tinggi badan 145 cm atau kurang (terlalu pendek)
 - h) Riwayat obstetri buruk (persalinan dengan tindakan seperti induksi dan forceps, abortus, manual plasenta, bekas operasi sesar)
- 2) Ada gawat obstetri (faktor risiko kelompok II).
 - a) Penyakit pada ibu hamil
 - (1) Anemia
 - (2) Malaria
 - (3) TBC paru
 - (4) Penyakit jantung

- (5) Diabetes melitus
 - (6) Infeksi menular seksual
 - (7) Preeklampsia
 - (8) HIV/AIDS
 - (9) Toksoplasmosis
- 3) Ada gawat darurat obstetri (faktor risiko kelompok III).
- a) Perdarahan pada kehamilan
 - (1) Plasenta previa
 - (2) Solusio plasenta
 - (3) Preeklamsia berat/eklamsia
- 4) Faktor-faktor yang lainnya
- a) Penyebab kehamilan risiko pada ibu hamil adalah karena kurangnya pengetahuan ibu tentang kesehatan reproduksi.
 - b) Rendahnya status sosial ekonomi dan pendidikan yang rendah serta pengetahuan ibu yang kurang tentang tujuan atau manfaat pemeriksaan kehamilan.
- c. Cara Menghitung Skor.(9)
- 1) Definisi
- Cara untuk mendeteksi dini kehamilan berisiko menggunakan skor Poedji Rochjati. Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi 3 kelompok yaitu, kehamilan resiko rendah (KRR), kehamilan risiko tinggi (KRT), dan kehamilan risiko sangat tinggi (KRST).
- a) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2
 - b) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10
 - c) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor \geq 12
- 2) Tujuan
- a) Melakukan pengelompokan sesuai dengan risiko kehamilannya, dan mempersiapkan tempat persalinan yang aman sesuai dengan kebutuhannya.

- b) Melakukan pemberdayaan terhadap ibu hamil, suami, maupun keluarga agar mempersiapkan mental, biaya untuk rujukan terencana.
- 3) Fungsi
- a) Alat komunikasi untuk edukasi kepada ibu hamil, suami maupun keluarga untuk kebutuhan pertolongan mendadak ataupun rujukan terencana.
 - b) Alat peringatan bagi petugas kesehatan. Semakin tinggi skor, maka semakin intensif pula perawatan dan penanganannya.
- 4) Cara pemberian skor
- a) Kondisi ibu hamil umur, paritas dan faktor risiko diberi nilai 2,4 dan 8.
 - b) Pada umur dan paritas diberi skor 2 sebagai skor awal.
 - c) Tiap faktor risiko memiliki skor 4 kecuali pada letak sungsang, luka bekas sesar, letak lintang, perdarahan antepartum, dan preeklamsia berat/eklamsia diberi skor 8.
- 5) Pencegahan kehamilan resiko tinggi
- a) Informasi dan edukasi/KIE untuk kehamilan dan persalinan aman.
 - (1) Kehamilan risiko rendah (KRR) dengan jumlah skor 2. Persalinan dapat dirumah ataupun polindes, tetapi penolongnya harus bidan. Dukun hanya membantu pada saat masa nifas.
 - (2) Kehamilan risiko tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10.
Harus diberi penyuluhan untuk bersalin di bidan praktik, puskesmas, polindes, atau langsung di rumah sakit saja. Terutama pada letak lintang primigravida, dengan tinggi badan rendah.
 - (3) Kehamilan risiko sangat tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12 . Diberi penyuluhan untuk langsung di rujuk ke rumah sakit dengan alat lengkap dan dibawah pengawasan dokter spesialis.
 - b) Memeriksa kehamilan secara teratur minimal 4 kali.

- c) Imunisasi TT dua kali selama kehamilan dengan jarak satu bulan, untuk pencegahan tetanus neonatorum
- d) Makan makanan bergizi selama kehamilan
- e) Menghindari hal-hal yang menimbulkan komplikasi pada ibu hamil. Bekerja terlalu keras, merokok, minum alkohol, pecandu narkoba yang menyebabkan cacat bawaan pada janin, obat-obatan.
- f) Jika terdapat tanda-tanda kehamilan risiko tinggi maka langsung periksa ke puskesmas, polindes, bidan, rumah bersalin, atau rumah sakit.

9. Grandemultipara

a. Definisi Grandemultipara

Grandemultipara adalah wanita yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih.(10)

b. Faktor yang mempengaruhi paritas

1) Pendidikan

Makin tinggi pendidikan seseorang, maka makin mudah dalam menerima informasi, sehingga kemampuan ibu dalam berpikir lebih rasional. Ibu yang mempunyai pendidikan tinggi akan lebih berpikir rasional bawa jumlah anak yang ideal adalah 2 orang.(10)

2) Pekerjaan

Pekerjaan adalah simbol status seseorang dimasyarakat. Pekerjaan jembatan untuk memperoleh uan dalam rangka memenuhi kebutuhan hidup dan untuk mendapatkan tempat pelayanan kesehatan yang diinginkan. Banyak anggapan bahwa status pekerjaan seseorang yang tinggi, maka boleh mempunyai anak banyak karena mampu dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari.

3) Latar belakang budaya

Adanya anggapan budaya yang mempengaruhi paritas yaitu antara lain anggapa bahwa semakin banyak jumlah anak, maka semakin banyak rezeki

4) Pengetahuan

Semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang, maka perilaku akan lebih bersifat langgen. Dengan kata lain ibu yang tahu dan paham tentang jumlah anak yang ideal, maka ibu akan berperilaku sesuai dengan apa yang ia ketahuan.

10. Kewenangan Bidan Dalam Pelayanan Asuhan Kebidanan

Kewenangan bidan di atur dalam UU NO 4 Tahun 2019 pasal 49 sampai pasal 51. (11) dan ketentuan pelayanan dalam melakukan tindakan diatur dalam Permenkes no 28 tahun 2017 pasal 18 sampai 21.(12)

Menurut UU No 4 Tahun 2019 bidan berwenang untuk :

a. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa sebelum hamil

Asuhan kebidanan pada masa sebelum hamil yang dapat dilakukan yaitu konseling pada masa sebelum hamil.(12)

b. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa kehamilan normal

Asuhan yang dapat dilakukan oleh bidan yaitu melakukan antenatal pada kehamilan, penyuluhan dan konseling, pemberian tablet penambah darah, bimbingan pada kelompok ibu hamil dan pemberian surat keterangan kehamilan.(12)

c. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa persalinan dan menolong persalinan normal

Asuhan pada masa persalinan yang dapat dilakukan yaitu melakukan pertolongan persalinan normal, melakukan episiotomi, penjahitan luka jalan lahir derajat 1 dan II, melakukan pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala III, dan memberikan surat keterangan kelahiran.(12)

d. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa nifas

Asuhan yang dapat dilakukan oleh bidan yaitu bimbingan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan promosi air susu ibu eksklusif, penyuluhan dan konseling dan pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas.(12)

e. Melakukan pertolongan pertama kegawatdaruratan ibu hamil, bersalin, nifas dan rujukan.

- f. Melakukan deteksi dini kasus risiko dan komplikasi pada masa kehamilan, masa persalinan, pascapersalinan, masa nifas serta asuhan pascakeguguran dan dilanjutkan dengan rujukan.(12)
- g. Memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, bayi, balita dan anak prasekolah
Asuhan yang dapat diberikan oleh bidan yaitu konseling dan penyuluhan meliputi pemberian komunikasi, informasi, edukasi (KIE) kepada ibu dan keluarga tentang perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, tanda bahaya pada bayi baru lahir, pelayanan kesehatan, imunisasi, gizi seimbang, Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), dan tumbuh kembang.(12)
- h. Memberikan imunisasi sesuai program Pemerintah Pusat
- i. Melakukan pemantauan tumbuh kembang pada bayi, balita dan anak prasekolah serta deteksi dini kasus penyulit, gangguan tumbuh kembang, dan rujukan.
Asuhan yang dapat diberikan yaitu kegiatan penimbangan berat badan, pengukuran lingkar kepala, pengukuran tinggi badan, stimulasi deteksi dini, dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang balita dengan menggunakan Kusiner Pra Skrining Perkembangan (KPSP). (12)
- j. Memberikan pertolongan pertama kegawatdaruratan pada bayi baru lahir dilanjutkan dengan rujukan
- k. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana
Asuhan yang dapat diberikan yaitu melakukan komunikasi, informasi, edukasi, konseling, dan memberikan pelayanan kontrasepsi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Menurut Permenkes No 28 Tahun 2017 pasal 21 bidan berwenang melakukan pelayanan kontrasepsi oral, kondom, dan suntikan.(12)

B. Aplikasi Manajemen Kebidanan pada Intranatal Care

1. Kala I

a. Data Subjektif.

1) Identitas Ibu

- a) Untuk mengkaji nama, usia/tanggal lahir (menentukan apakah ibu dalam persalinan beresiko), agama, pendidikan terakhir,

suku/bangsa, alamat. Data ini untuk mengenali identitas pasien.
(7)

2) Riwayat pasien.(7)

a) Keluhan utama

(1) Kapan mulai terasa kencang-kencang diperut, bagaimana intensitas dan frekuensinya (adekuat/tidak, teratur/tidak)

(2) Apakah ada pengeluaran cairan dari vagina selain urine, apakah sudah ada pengeluaran lendir disertai darah, dan pergerakan janin untuk memastikan kesejahteraan janin.

b) Riwayat menstruasi

Gambaran tentang keadaan organ reproduksinya.

c) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas dan KB yang lalu

Untuk mengetahui apakah ibu memiliki riwayat penyulit saat kehamilan, persalinan dan nifas. Untuk KB agar mengetahui alat kontrasepsi yang ibu gunakan.

d) Riwayat kesehatan

Sebagai data “warning” atau kemungkinan terjadinya penyulit saat persalinan.

e) Status perkawinan

Untuk mengetahui pendamping persalinan.

f) Pola makan dan minum

Untuk mengetahui asupan nutrisi dan hidrasi ibu tercukupi.

g) Pola istirahat, Personal hygiene, dan Aktivitas Seksual

Untuk ibu mempersiapkan energi dan kenyamanan pasien dalam menjalani proses persalinannya dan mengetahui kapan terakhir kali berhubungan dan terdapat keluhan atau tidak.

h) Keadaan lingkungan

Mempengaruhi status kesehatan pasien dan keluarga.

i) Respon keluarga terhadap persalinan

Psikologis pasien

b. Data Objektif.

- 1) Keadaan umum : Baik/Lemah
- 2) Kesadaran : Compos Mentis/Somnolen/Koma/Apatis
- 3) Tanda-tanda vital : Tekanan darah 120/80 mmHg atau 110/70mmHg diukur 4 jam sekali, Nadi 60-100x/menit (jika >100x/menit, adanya infeksi/perdarahan), Suhu 36.5°C diukur 4 jam sekali (jika <36.5°C, adanya infeksi).(7)

4) Pemeriksaan fisik.(7)

- a) Kepala : Simetris, tidak ada pembengkakan
- b) Telinga : Bersih
- c) Mata : Sklera tidak kuning dan konjungtiva tidak pucat,
- d) Hidung : Tidak ada polip, simetris
- e) Mulut : Tidak ada epulis, tidak ada lesi
- f) Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran vena jugularis
- g) Dada : Tidak ada massa, tidak ada retraksi dada
- h) Payudara : Simetris, tidak ada massa, puting susu menonjol
- i) Abdomen: Tidak ada bekas operasi, dan cek terdapat striae gravidarum dan linea nigra atau tidak pada ibu

Palpasi Leopold

Leopold I : Mengukur TFU. Teraba lunak, bulat dan tidak melenting (bokong)

Leopold II : Bagian kiri perut teraba bagian kecil dan tidak beraturan (ekstremitas). Bagian kanan perut ibu teraba rata, memanjang keras seperti papan (punggung)

Leopold III: Bagian terbawah janin teraba keras, melenting, tidak dapat digerakkan (presentasi kepala, kepala sudah masuk panggul)

Leopold IV : Kedua tangan tidak bertemu (divergen) dan penurunan kepala (kepala sudah masuk Pintu Atas Panggul)

Palpasi Abdomen

Kontraksi menghitung frekuensi, durasi, intensitas. Contoh kontraksi 2x tiap 10 menit, kuat, teratur. Durasi 40-50 detik

Auskultasi Abdomen

DJJ 120-160x/menit, jelas dan teratur, punctum maksimum di kanan bawah pusat

j) Genetalia : tidak ada edema, tidak ada varises, adanya pengeluaran pervagina lendir darah. Porsio tebal/tipis lunak, pembukaan 1-10 cm, presentasi janin, penurunan kepala, selaput ketuban utuh/pecah

k) Anus : Tidak terdapat haemoroid

5) Pemeriksaan penunjang

USG dan Laboratorium (Hb, golongan darah, protein urine, glukosa urine)

c. Analisa

Ny.....Usia.....Hamil.....Minggu inpartu kala 1 fase.....janin tunggal hidup presentasi.. keadaan ibu dan janin.....

d. Penatalaksanaan.(7)

- 1) Memberitahu hasil pemeriksaan.
- 2) Mengatur aktivitas dan posisi nyaman ibu sesuai keinginannya.
- 3) Libatkan suami dalam pendampingan persalinan.
- 4) Bimbing pasien untuk rileks.
- 5) Jaga kebersihan diri pasien.
- 6) Menganjurkan ibu untuk berjalan kecil atau anjurkan untuk miring ke kiri. Hal kedua ini dapat mempercepat pembukaan serviks.
- 7) Menganjurkan ibu untuk makan atau minum.
- 8) Bimbing dan bantu pasien untuk berkemih.
- 9) Siapkan alat partus, set hecing, pakaian pasien dan pakaian bayi.
- 10) Diskusikan posisi persalinan yang akan dipilih.
- 11) Observasi keadaan pasien, janin, dan kemajuan persalinan.
- 12) Bidan terus memantau tanda-tanda vital ibu tekanan darah setiap 4 jam pada fase laten dan fase aktif, suhu badan setiap 4 jam fase laten dan 2 jam fase aktif, nadi setiap 30-60 menit fase laten dan fase aktif,

denyut jantung anin setiap 1 jam fase laten dan 30 menit fase aktif, kontraksi setiap 1 jam fase laten dan 30 menit fase aktif, pembukaan serviks setiap 4 jam fase laten dan aktif, penurunan setiap 4 jam fase laten dan aktif.

13) Lakukan pemeriksaan vagina 4 jam kemudian.

14) Bidan harus tetap menjaga privasi ibu dalam persalinan.

2. Kala II

a. Data Subjektif

Terdapat keluhan tanda gejala kala II pada ibu seperti ingin meneran atau terasa ingin buang air besar.(7)

b. Data Objektif.(7)

1) Kondisi Umum : Baik/lemah

2) Tanda-tanda vital : Tekanan darah 120/80 mmHg, Nadi 60-100x/menit, Pernapasan normal, teratur, dengan frekuensi 16-20 kali per menit, kecuali ada gangguan khusus pada sistem pernapasan, suhu 36,5°C.

3) Pemeriksaan Abdomen

Kontraksi (durasi lebih dari 40 detik, frekuensi lebih dari 3 kali dalam 10 menit, intensitas kuat/tidak, teratur/tidak), DJJ 120-160x/menit, cek kandung kemih penuh/kosong.

4) Pemeriksaan Genetalia

Pemeriksaan tanda gejala kala II seperti perineum menonjol, vulva membuka serta kemajuan persalinan, pembukaan dan penipisan serviks sudah lengkap, selaput ketuban apabila selaput ketuban sudah tidak ada maka periksa karakteristik air ketuban, presentasi dan penurunan kepala.

c. Analisa

Inpartu Kala II

d. Penatalaksanaan.(7)

1) Jaga kebersihan pasien

2) Atur posisi persalinan

- 3) Berikan hidrasi
- 4) Libatkan suami dalam pendampingan persalinan
- 5) Berikan dukungan mental
- 6) Lakukan pertolongan persalinan kala II.

3. Kala III

a. Data Subjektif

Pasien mengatakan bayinya telah lahir dan mengatakan ari-arinya belum keluar. Ibu merasa mulas.(7)

b. Data Objektif.(7)

1) Pada bayi : jam lahir, bayi lahir spontan, jenis kelamin, menangis kuat, kulit kemerahan, tonus otot bergerak aktif.

2) Abdomen

Pemeriksaan bentuk dan tinggi uterus, pemeriksaan adanya janin kedua. Kontraksi baik

3) Genetalia

Pemeriksaan adanya tali pusat memanjang di depan vulva serta terdapat semburan darah secara tiba-tiba.

c. Analisa

Inpartu Kala III

d. Penatalaksanaan.(7)

1) Berikan pujian kepada pasien dan suami

2) Berikan hidrasi pada pasien

3) Berikan suntikan oksitosis dosis 0,5 cc secara IM

4) Lakukan pemotongan tali pusat

5) Membersihkan bagian bawah bokong pasien dari air ketuban dan darah

6) Atur posisi pasien.

7) Melakukan manajemen aktif kala III yaitu memberikan suntik oksitosin, mengendalikan tegangan pada tali pusat, masase fundus uteri segera mungkin setelah plasenta lahir.

- 8) Kontraksi uterus baik, mengecek kelengkapan plasenta (plasenta lahir spontan, jumlah kotiledon, selaput ketuban utuh/tidak, perdarahan sedang.

4. Kala IV

a. Data Subjektif

Ibu merasakan mulas setelah plasenta lahir.(7)

b. Data Objektif.(7)

1) Kondisi umum : baik/lemah

2) Tanda-tanda vital

Pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi, suhu setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan.

3) Abdomen

TFU 1-2 jari dibawah pusat diperiksa setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua, serta periksa kandung kemih kosong/penuh dan kontraksi baik.

4) Genetalia

Mengecek pengeluaran darah dipantau selama 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Apakah perdarahan lebih dari 500 cc dan memeriksa vagina, dan perineum ibu apakah ada laserasi yang membutuhkan jahitan.

c. Analisa

Inpartu Kala IV

d. Penatalaksanaan.(7)

1) Observasi tanda vital pasien, kontraksi uterus, kandung kemih tiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.

2) Bimbing pasien dan pantau pelaksanaan IMD selama kala IV

3) Observasi jalan lahir dan perdarahan dilanjutkan dengan penjahitan luka perineum

4) Menganjurkan ibu untuk makan dan minum agar memulihkan tenaga ibu lagi dan tidak terjadinya dehidrasi.

- 5) Bidan membersihkan ibu dan memberikan pakaian bersih serta kering, mempersilahkan ibu untuk istirahat, menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya, dan membantu ibu jika ingin ke kamar mandi.
- 6) Berikan injeksi vitamin K dosis 1 cc secara IM dan salep mata pada bayi, imunisasi Hepatitis B dosis 0,5 cc secara IM pada bayi. Lakukan pengukuran antropometri pada bayi (BB, PB, LK, LD)

