POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG

ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN NORMAL PADA NY. D DI PMB ERMA YENTI, SST KABUPATEN AGAM TAHUN 2023

Laporan Tugas Akhir

Diajukan ke Program Studi D3 Kebidanan Bukittinggi Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang Sebagai Persyaratan Dalam Menyelesaikan Pendidikan Diploma Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang

Oleh:

Hesti Arta Mefia
NIM: 204210411

PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN BUKITTINGGI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG
TAHUN 2023

PERNYATAAN PERSETUJUAN

ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN NORMAL PADA NY.D DI PMB ERMA YENTI, SST KABUPATEN AGAM TAHUN 2023

Oleh:

HESTI ARTA MEFIA

NIM: 204210411

Laporan Tugas Akhir ini telah diperiksa dan disetujui oleh Pembimbing Laporan Tugas Akhir Program Studi D3 Kebidanan Bukittinggi Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang dan telah siap untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Laporan Tugas Akhir Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang

Bukittinggi, Juni 2023

Menyetujui,

Pembimbing Utama	Pembimbing Pendamping
Siti Khadijah, S.Si.T, M.Biomed	**Supiyah, S.Kp, M.Kep**
NIP. 19610731 198803 2 002	NIP. 19580708 198501 2 001

Ketua Program Studi D3 Kebidanan Bukittinggi
Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang

Ns. Lisma Evareny, S. Kep, MPH
NIP. 19670915 199003 2 001

PERNYATAAN PENGESAHAN PENGUJI

ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN NORMAL PADA NY.D DI PMB ERMA YENTI, SST KABUPATEN AGAM TAHUN 2023

Oleh:
Hesti Arta Mefia
NIM: 204210411

Laporan Tugas Akhir ini telah diuji dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Laporan Tugas Akhir Program Studi D3 Kebidanan Bukittinggi Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang dan dinyatakan memenuhi syarat untuk diterima

Bukittinggi, Juni 2023
Tim Penguji.

Ketua Penguji

Arneti, SST, M.Keb
NIP. 19820305 200312 2 001

Anggota Penguji I	Anggota Penguji II	Anggota Penguji III
Hasrah Murni, S.Si.T, M.Biomed	**Siti Khadijah, S.Si.T, M.Biomed**	**Supiyah, S.Kp, M.Kep**
NIP. 19630212 198412 2 001	NIP. 19810731 198803 2 002	NIP. 195807081985012001

Ketua Program Studi D3 Kebidanan Bukittinggi
Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang

Ns. Fitrah Evareny, S. Kep, MPH
NIP. 19670915 199003 2 001

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :
Nama : Hesti Arta Mefia
NIM : 204210411
Program Studi : D3 Kebidanan Bukittinggi

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan Laporan Tugas Akhir yang berjudul :

ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN NORMAL PADA NY.D DI PMB ERMA YENTI, SST KABUPATEN AGAM TAHUN 2023

Apabila suatu saat nanti saya terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah di tetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Bukittinggi, Juni 2023

HESTI ARTA MEFIA
NIM. 204210411

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan berbagai kemudahan, petunjuk serta karunia yang tak terhingga sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir yang berjudul "Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Normal Di PMB Erma Yenti, SST Kabupaten Agam Tahun 2023" dengan baik dan tepat waktu.

Laporan tugas akhir ini penulis susun untuk memenuhi salah satu persyaratan memperoleh derajat Ahli Madya Kebidanan di Program Studi D3 Kebidanan Bukittinggi Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang.

Laporan tugas akhir ini dapat selesai berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Renidayati, S. Kp, M. Kep, Sp. Jiwa selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Padang.
2. Ibu Dr. Yuliva, S.ST, M. Kes selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Padang.
3. Ibu Ns. Lisma Evareny, S. Kep, MPH selaku Ketua Program Studi D3 Kebidanan Bukittinggi Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Padang yang telah memberikan bimbingan, arahan serta motivasi kepada penulis, sehingga laporan tugas akhir ini dapat terwujud.
4. Ibu Siti Khadijah, S, Si, T, M. Biomed selaku pembimbing utama dan ibu Supiyah, S.Kp, M.Kep selaku pembimbing pendamping yang telah

memberikan bimbingan, arahan serta motivasi kepada penulis, sehingga laporan tugas akhir ini dapat terwujud.

5. Ibu Arneti, SST, M.Keb selaku ketua penguji dan ibu Hasrah Murni, S.Si.T, M.Biomed selaku penguji I yang telah memberikan bimbingan, arahan serta motivasi kepada penulis, sehingga laporan tugas akhir ini dapat terwujud.
6. Pimpinan praktik mandiri ibu Erma Yenti, SST beserta pegawai yang telah memberi izin dan membantu penelitian ini.
7. Ny.D yang telah bersedia menjadi subjek dalam penulisan laporan tugas akhir ini.
8. Orang tuaku tercinta yang telah memberikan dukungan baik moril maupun materil, serta kasih sayang yang tiada terkira dalam setiap langkah kaki penulis.
9. Seluruh teman-teman mahasiswa Program Studi D3 Kebidanan Bukittinggi Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Padang yang telah memberikan dukungan baik berupa motivasi maupun kompetisi yang sehat dalam penyusunan laporan tugas akhir ini.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang ikut andil dalam terwujudnya laporan tugas akhir ini.

Penulis menyadari bahwa laporan tugas akhir ini masih belum sempurna, hal ini karena adanya kekurangan dan keterbatasan kemampuan penulis. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan demi kesempurnaan laporan tugas akhir ini.

Bukittinggi, Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL i

HALAMAN PERSETUJUAN ii

HALAMAN PENGESAHAN iii

HALAMAN PERNYATAAN iv

RIWAYAT HIDUP v

KATA PENGANTAR vi

DAFTAR ISI viii

DAFTAR TABEL x

DAFTAR LAMPIRAN xi

ABSTRAK xii

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang 1
1.2 Rumusan Masalah 4
1.3 Tujuan 4
1.4 Manfaat 5
1.5 Ruang Lingkup 6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teoritis Kasus 7
2.1.1 Definisi Persalinan 7
2.1.2 Fisiologi Persalinan 8
2.1.3 Kebutuhan Ibu Bersalin 18
2.1.4 Gejala Klinis Persalinan 26
2.1.5 Komplikasi Persalinan 47
2.1.6 Penatalaksanaan Asuhan Kebidanan Persalinan Normal 49
2.1.7 Evidence Based 63
2.1.8 Upaya Pencegahan 65
2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan 66
2.3 Kerangka Pikir 69

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian 70

3.2 Waktu dan tempat penelitian..... 70
3.3 Subjek Studi Kasus 70
3.4 Instrument studi kasus..... 71
3.5 Teknik pengumpulan data..... 71
3.6 Analisis data..... 72

BAB IV PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Lokasi Penelitian 73
4.2 Tinjauan Kasus 74
4.3 Pembahasan 103

BAB V PENUTUP

5.1 Kesimpulan 118
5.2 saran 119

DAFTAR PUSTAKA 120

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 4.1 Pendokumentasian Kala I Persalinan Normal..... 81
Tabel 4.2 Pendokumentasian Kala II Persalinan Normal 84
Tabel 4.3 Pendokumentasian Kala III Persalinan Normal..... 89
Tabel 4.4 Pendokumentasian Kala IV Persalinan Normal..... 93

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Ganchart

Lampiran 2 Instrumen Pengkajian Pada Ibu Bersalin

Lampiran 3 Partograf

Lampiran 4 Informed Consent

Lampiran 5 Kontrak Bimbingan

Lampiran 6 Lembar Konsultasi

Lampiran 7 Surat Izin Penelitian

Lampiran 8 SAP

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI PADANG
PRODI D3 KEBIDANAN BUKITTINGGI

Laporan Tugas Akhir, Juni 2023
Hesti Arta Mefia

Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Normal Pada Ny.D Di Praktik Mandiri Bidan Erma Yenti, SST Kabupaten Agam Tahun 2023

xiii+ 121 Halaman +4 Tabel + 8 Lampiran

ABSTRAK

Kejadian komplikasi persalinan berupa perdarahan sebanyak 26,1%, ketuban pecah dini 8,1%, demam 3,6%, kejang dan pingsan 3,4%, persalinan lama 1%, dan komplikasi lainnya 21,4%. Bidan sebagai tenaga kesehatan yang paling banyak memberikan pertolongan persalinan, diharapkan mampu memberikan pelayanan yang professional sehingga dapat berperan dalam menurunkan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB), salah satu upaya adalah melakukan pertolongan persalinan sesuai standar asuhan persalinan normal. Tujuan penelitian untuk mengetahui asuhan kebidanan pada ibu bersalin normal di PMB Erma Yenti, SST tahun 2023 berdasarkan manajemen asuhan kebidanan dengan pendokumentasian SOAP.

Jenis penelitian ini menggunakan desain studi kasus dengan metode deskriptif. Penelitian ini dilakukan di PMB Erma Yenti, SST pada bulan Januari sampai Juni 2023. Subjek penelitian adalah ibu bersalin normal dimulai dari kala I sampai kala IV persalinan. Pengumpulan data menggunakan teknik wawancara, observasi dan pemeriksaan. Analisis data dilakukan dengan cara membandingkan praktik lapangan dengan teori dan jurnal-jurnal.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar asuhan kebidanan sesuai dengan teori, pengkajian data subjektif, objektif, assessment, pelaksanaan sesuai dengan teori, namun terjadi kesenjangan antara teori dan praktek dalam implementasi asuhan karena tidak dilakukan IMD pada kala III.

Kesimpulan asuhan kebidanan ibu bersalin normal di PMB Erma Yenti, SST sebagian besar sudah dilakukan sesuai dengan teori. Oleh karena itu, diharapkan bidan dapat meningkatkan mutu pelayanan dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi khususnya dalam asuhan kebidanan sesuai *evidence based.*

Kata Kunci : Asuhan Kebidanan, Persalinan, Normal
Daftar Pustaka: 25 (2017-2022)

POLYTECHNIC HEALTH MINISTRY OF PADANG
D3 MIDWIFERY PROGRAM IN BUKITTINGGI

Final Project Report, June 2023
Hesti Arta Mefia

Intranatal Care For Normal Maternity Mothers Ny.D In Private Midwife Erma Yenti, SST Agam District in 2023

xiii+ 121 pages + 4 Tables + 8 attachment

ABSTRACT

The incidence of labor complications in the form of bleeding was 26.1%, premature rupture of membranes was 8.1%, fever was 3.6%, seizures and fainting was 3.4%, prolonged labor was 1%, and other complications were 21.4%. Midwives as health workers who provide the most delivery assistance, are expected to be able to provide professional services so that they can play a role in reducing maternal mortality (RMM) and infant mortality (IMR), one of the efforts is to provide birth assistance according to standard normal delivery care. The aim of this study was to determine midwifery care for women with normal births at PMB Erma Yenti, SST in 2023 based on midwifery care management with SOAP documentation

This type of research uses a case study design with a descriptive method. This research was conducted at PMB Erma Yenti, SST from January to June 2023. The subjects of the study were women who gave birth normally from the first stage to the fourth stage of labor. Collecting data using interview techniques, observation and examination. Data analysis was carried out by comparing field practice with theory and journals.

The results showed that most of the midwifery care was in accordance with theory, subjective, objective data assessment, assessment, implementation according to theory, but there was a gap between theory and practice in the implementation of care because IMD was not carried out in stage III.

The conclusion of intranatal care at PMB Erma Yenti, SST has mostly been carried out according to theory. Therefore, it is expected that midwives can improve the quality of service by following developments in science and technology, especially in midwifery care according to evidence based.

Key Words : Intranatal, Care, Normal
Biblioghraphy : 25 (2017-2022)

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Persalinan adalah suatu proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan normal adalah proses persalinan yang melalui kejadian secara alami dengan adanya kontraksi rahim ibu dan dilalui dengan pembukaan untuk mengeluarkan bayi.[1]

United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) menyebutkan bahwa, memasuki tahun 2021 terjadi persalinan sebanyak 371,504 diseluruh dunia, Indonesia menempati peringkat kelima terbanyak persalinan di seluruh dunia.[2]

Data Kementerian Kesehatan pada tahun 2020 persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan di Indonesia sebesar 89,8%. Sedangkan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan sebesar 86%. Dapat dikatakan bahwa masih terdapat 3,8% persalinan yang ditolong tenaga kesehatan namun tidak dilakukan di fasilitas kesehatan. Pada tahun tersebut, capaian persalinan ditolong tenaga kesehatan sebesar 90,95% dan capaian persalinan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas layanan kesehatan sebesar 88,75% artinya sebanyak 2.2% persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan namun tidak dilakukan di fasilitas kesehatan. Sedangkan di Sumatera Barat presentase ibu bersalin tahun 2019 sebanyak 114,903, sedangkan persalinan yang ditolong tenaga kesehatan sebesar 81,0%.[3]

Kejadian komplikasi persalinan di Sumatera Barat menurut data SDKI 2012 adalah sebesar 44,3%. Kejadian komplikasi persalinan tersebut berupa perdarahan 26,1%, ketuban pecah dini 8,1%, demam 3,6%, kejang dan pingsan 3,4%, persalinan lama 1%, dan komplikasi lainnya 21,4%.[4]

Data Direktorat Kesehatan Keluarga per 14 September 2021 tercatat sebanyak 1.086 ibu meninggal dengan hasil pemeriksaan tes usap PCR/antigen positif. Sementara, dari data Pusat Data dan Informasi Kemenkes jumlah bayi meninggal yang dengan hasil tes usap/PCR positif tercatat sebanyak 302 orang.[5]

Komunikasi data Kementerian Kesehatan pada 11 Januari 2022, jumlah kematian ibu tahun 2021 sejumlah 1.188 kasus. Dibandingkan tahun 2020 terdapat 745 kasus kematian ibu, tahun 2021 mengalami peningkatan kasus kematian ibu sebesar 443 kasus sehingga menjadi kematian terbanyak tahun 2021 karena dikarenakan Covid-19 dengan persentase 40%.[6]

Bidan merupakan salah satu tenaga kesehatan utama dalam upaya penurunan AKI dan AKB. Untuk itu dibutuhkan tenaga bidan yang terampil dalam melakukan prosedur klinis dengan kemampuan analisis, kritis dan tepat dalam pelaksanaan asuhan pada perempuan. Keterlibatan bidan dalam asuhan persalinan normal dapat menurunkan AKI di Indonesia.[7]

Upaya pemerintah dalam penurunan AKI Kementerian Kesehatan melakukan koordinasi dalam peningkatan pelayanan sistem kesehatan untuk Ibu dan bayi. Beberapa upaya yang dilakukan yaitu membangun rumah sakit yang disebut Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) dan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED), diharapkan semua rumah sakit harus mampu melayani pasien-pasien yang mengalami kesulitan pada saat

persalinan. Selain itu, Fasilitas Kesehatan seperti Puskesmas juga didorong agar mampu melakukan deteksi dini terhadap adanya potensi gangguan atau kelainan pada kesehatan ibu hamil.[8]

Bidan sebagai tenaga kesehatan yang paling banyak memberikan pertolongan persalinan, diharapkan mampu memberikan pelayanan yang professional sehingga dapat berperan dalam menurunkan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB), salah satu upaya adalah melakukan pertolongan persalinan sesuai standar asuhan persalinan normal.[9]

Hasil penelitian Sri Styaningsih, persalinan pervaginam atau persalinan normal memiliki makna yang luar biasa karena dengan persalinan normal seorang ibu merasa menjadi ibu yang sesungguhnya (Sri Styaningsih, 2021).[10]

Hasil penelitian yang dilakukan Singgih Fitriasari menunjukkan bahwa dari implementasi kualitas pelayanan (*reability, responsiveness, assurance, emphaty,* dan *tangibles*) yang dilakukan di rumah sakit sudah menunjukkan upaya untuk menciptakan kepuasan kepada pasiennya, pihak rumah sakit juga mengutamakan pelayanan guna kesembuhan pasien dan diperlakukan secara adil serta fasilitas dan sarana rumah sakit cukup baik.[11]

Pentingnya asuhan kebidanan pada ibu bersalin penulis ingin melakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin normal di PMB Erma Yenti, SST. Untuk menyusun proposal ini dengan judul "Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin Normal di PMB Erma Yenti, SST Tahun 2023" yang bertujuan untuk mengurangi angka kematian ibu (AKI) dan peningkatan pelayanan kesehatan ibu.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dari penelitian ini adalah "Bagaimana Pelaksanaan Asuhan Kebidanan pada ibu Bersalin Normal di PMB Erma Yenti tahun 2023?"

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui Asuhan Kebidanan pada ibu Bersalin Normal di PMB Erma Yenti, SST tahun 2023, berdasarkan manajemen asuhan kebidanan dengan pendokumentasian SOAP.

1.3.2 Tujuan Khusus

1) Mengetahui Pengkajian Data Subjektif pada ibu Bersalin Normal di PMB Erma Yenti, SST tahun 2023
2) Mengetahui Pengkajian Data Objektif pada ibu Bersalin Normal di PMB Erma Yenti, SST tahun 2023
3) Mengetahui Assesment pada ibu Bersalin Normal di PMB Erma Yenti, SST tahun 2023
4) Mengetahui Rencana Asuhan Kebidanan pada ibu Bersalin Normal di PMB Erma Yenti, SST tahun 2023
5) Mengetahui pelaksanaan Asuhan Kebidanan pada ibu Bersalin Normal di PMB Erma Yenti, SST tahun 2023
6) Mengetahui evaluasi Asuhan Kebidanan pada ibu Bersalin Normal di PMB Erma Yenti, SST tahun 2023

1.4 Manfaat

Penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi berbagai pihak:

1.4.1 Penulis

Menerapkan ilmu yang telah diperoleh dan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan serta mengembangkan konsep pemikiran dalam memecahkan masalah sesuai dengan teori yang telah di pelajari di pendidikan dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin.

1.4.2 Lahan Praktek

Sebagai bahan informasi dan referensi dalam memberikan asuhan kebidanan persalinan yang berkualitas kepada ibu bersalin normal dan sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

1.4.3 Institusi Pendidikan

Hasil studi kasus ini dimanfaatkan sebagai masukan dalam pemberian asuhan kebidanan pada ibu bersalin dan dijadikan referensi di perpustakaan.

1.5 Ruang Lingkup

Banyak faktor yang mempengaruhi asuhan kebidanan pada ibu bersalin normal yaitu passage (panggul ibu), power (kekuatan ibu), dan pasanger (buah kehamilan). Sebagai bidan salah satu tugasnya adalah melakukan asuhan pada ibu bersalin normal dengan baik dan benar dan sesuai standar yang telah ditetapkan. Oleh karena itu ruang lingkup dari laporan penelitian ini adalah asuhan kebidanan ibu Bersalin Normal di PMB Erma Yenti, SST tahun 2023.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teoritis Kasus

2.1.1 Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Bentuk persalinan berdasarkan degfinisi adalah sebagai berikut:

1) Persalinan spontan. Bila persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.
2) Persalinan buatan. Bila proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.
3) Persalinan anjuran. Bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan.

Persalinan adalah suatu proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi mengakibatkan perubahan serviks. Persalinan normal adalah proses persalinan yang melalui kejadian secara alami dengan adanya kontraksi rahim ibu dan dilalui dengan pembukaan untuk mengeluarkan bayi.

Dari pengertian diatas persalinan adalah proses alamiah dimana terjadi dilatasi servik, lahirnya bayi dan plasenta dari Rahim ibu. Persalinan normal disebut juga alami karena terjadi secara alami. Jadi secara umum persalinan normal adalah

proses persalinan yang melalui kejadian secara alami dengan adanya kontraksi Rahim ibu dan dilalui dengan pembukaan untuk mengeluarkan bayi.[1]

2.1.2 Fisiologi persalinan

1. Sebab- sebab Mulainya Persalinan

Terjadinya persalinan belum diketahui dengan pasti, sehingga menimbulkan beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya persalinan. Perlu diketahui bahwa ada dua hormone yang dominan saat hamil, yaitu[11]:

1) Estrogen
   (1) Meningkatkan sensitivitas otot Rahim
   (2) Memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, dan rangsangan mekanik.
2) Progesterone
   (1) Menurunkan sensitivitas otot rahim.
   (2) Menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin dan rangsangan mekanik.
   (3) Menyebabkan otot polos dan otot rahim relaksasi.

Ada beberapa teori yang menjelaskan tentang sebab terjadinya persalinan:

1) Teori Penurunan Progesteron

   Villi koriales mengalami perubahan-perubahan, sehingga kadar estrogen dan progesterone menurun. Menurunnya kadar kedua hormon ini terjadi kira-kira 1-2 minggu sebelum partus dimulai. Selanjutnya otot rahim menjadi sensitif terhadap oksitosin. Penurunan kadar progesteron pada tingkat tertentu menyebabkan otot rahim mulai kontraksi.

2) Teori Oksitosin

Menjelang persalinan, terjadi peningkatan reseptor oksitosin dalam otot rahim, sehingga mudah terangsang saat disuntikkan oksitosin dan menimbulkan kontraksi. Diduga bahwa oksitosin dapat meningkatkan pembentukan prostaglandin dan persalinan dapat berlangsung terus.

3) Teori Keregangan Otot Rahim

Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenter sehingga plasenta mengalami degenerasi. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang sampai batas tertentu. Apabila batas tersebut sudah terlewati, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

4) Teori Prostaglandin

Prostaglandin sangat meningkat pada cairan amnion dan desidua dari minggu ke-15 hingga aterm, dan kadarnya meningkat hingga ke waktu partus. Diperkirakan terjadinya penurunan progesteron dapat memicu interleukin-1 untuk dapat melakukan “hidrolisis gliserofosfolipid”, sehingga terjadi pelepasan dari asam arakidonat menjadi prostaglandin, PGE2 dan PGF2 alfa. Terbukti pula bahwa saat mulainya persalinan, terdapat penimbunan dalam jumlah besar asam arakidonat dan prostaglandin dalam cairan amnion. Di samping itu, terjadi pembentukan prostasiklin dalam miometrium, desidua, dan korion leave. Prostaglandin dapat melunakkan serviks dan merangsang kontraksi, bila diberikan dalam bentuk infus, per os, atau secara intravaginal.

5) Teori Janin

Terdapat hubungan hipofisis dan kelenjar suprarenal yang menghasilkan sinyal kemudian diarahkan kepada maternal sebagai tanda bahwa janin telah siap lahir. Namun mekanisme ini belum diketahui secara pasti.

6) Teori Berkurangnya Nutrisi

Teori berkurangnya nutrisi pada janin diungkapkan oleh Hippocrates untuk pertama kalinya. Hasil konsepsi akan segera dikeluarkan bila nutrisi telah berkurang.

7) Teori Plasenta Menjadi Tua

Plasenta yang semakin tua seiring dengan bertambahnya usia kehamilan akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron sehingga timbul kontraksi rahim.

2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Keberhasilan proses persalinan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor ibu (power, passange, psikologis), faktor janin, plasenta dan air ketuban (passenger), dan faktor penolong persalinan. Hal ini sangat penting, mengingat beberapa kasus kematian ibu dan bayi yang disebabkan oleh tidak terdeteksinya secara dini adanya salah satu dari factor-faktor tersebut.[12]

1) Power (Tenanga/ Kekuatan) Istilah power mengacuh kepada kekuatan kontraksi uterus. Kontraksi uterus akan menghasilkan penipisan (effacement) dan dilatasi serviks yang lengkap.

(1) His (Kontraksi Uterus) Merupakan kekuatan kontraksi uterus karena otototot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominal, terkordinasi dan

relaksasi. Kontraksi ini bersifat involunter karena berada dibawah saraf intrinsic.

(2) Tenaga Mengedan Setelah pembukaan lengkap dan ketuban pecah atau dipecahkan, serta sebagian presentasi sudah berada di dasar panggul, sifat kontraksinya berubah, yakni bersifat mendorong keluar dibantu dengan keinginan ibu untuk mengedan atau usaha volunter Keinginan mengodan ini disebabkan karena, kontraksk otototot dinding perut yang mengakibatkan peninggim tekanan intra abdomen dan tekanan ini menekan uterus pada semua si dan menambah kekuatan untuk mendorong keluar, tenaga ini serupa dengan tenaga mengedan sewaktu buang ar besar (BAB) tapi jauh lebih kuat.

2) Passange (Jalan Lahir)

Passange atau jalan lahir berarti lintasan yang harus dijalani oleh janin sebelum meninggalkan uterus ibunya yang terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks, dan vagina. Syarat agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan, maka jalan lahir tersebut barus normal.

3) Passenger (Janin, Pasenta, dan Air Ketuban)

(1) Janin Passenger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin.

(2) Plasenta Plasenta juga harus melewati jalan lahir maka dia di anggap sebagai bagian dari passenger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan normal.

(3) Cairan ketuban dapat membantu dalam proses kelahiran sebab akibat adanya cairan ini terdapat gaya gesek antara bayi dan saluran reproduksi ibu yang menjadi lebih kecil, cairan ketuban berperan untuk pelumas saat terjadi persalinan.

3. Perubahan Fisiologi Persalinan

1) Perubahan Uterus[12]

Di uterus terjadi perubahan saat masa persalinan, perubahan yang terjadi sebagai berikut:

(1) Kontraksi uterus yang dimulai dari fundus uteri dan menyebar ke depan dan ke bawah abdomen.

(2) Segmen Atas Rahim (SAR) dan Segmen Bawah Rahim (SBR)

a) SAR dibentuk oleh corpus uteri yang bersifat aktif dan berkontraksi Dinding akan bertambah tebal dengan majunya persalinan sehingga mendorong bayi keluar.

b) SBR dibentuk oleh istmus uteri bersifat aktif relokasi dan dilatasi. Dilatasi makin tipis karena terus diregang dengan majunya persalinan.

2) Perubahan Bentuk Rahim

Setiap terjadi kontraksi, sumbu panjang rahim bertambah panjang sedangkan ukuran melintang dan ukuran muka belakang berkurang. Pengaruh perubahan bentuk rahim ini:

(1) Ukuran melintang menjadi turun, akibatnya lengkungan punggung bayi turun menjadi lurus, bagian atas bayi tertekan fundus, dan bagian tertekan Pintu Atas Panggul.

(2) Rahim bertambah panjang sehingga otot-otot memanjang diregang dan menarik. Segmen bawah rahim dan serviks akibatnya menimbulkan terjadinya pembukaan serviks sehingga Segmen Atas Rahim (SAR) dan Segmen Bawah Rahim (SBR).

3) Faal Ligamentum Rotundum

(1) Pada kontraksi, fundus yang tadinya bersandar pada tulang punggung berpindah ke depan mendesak dinding perut depan kearah depan. Perubahan letak uterus pada waktu kontraksi ini penting karena menyebabkan sumbu rahim menjadi searah dengan sumbu jalan lahir.

(2) Dengan adanya kontraksi dari ligamentum rotundum, fundus uteri tertambat sehingga waktu kontraksi fundus tidak dapat naik ke atas.

4) Perubahan Serviks

(1) Pendataran serviks/Effasement Pendataran serviks adalah pemendekan kanalis servikalis dari 1-2 cm menjadi satu lubang saja dengan pinggir yang tipis.

(2) Pembukaan serviks adalah pembesaran dari ostium eksternum yang tadinya berupa suatu lubang dengan diameter beberapa milimeter menjadi lubang dengan diameter kira-kira 10 cm yang dapat dilalui bayi. Saat pembukaan lengkap, bibir portio tidak teraba lagi. SBR, serviks dan vagina telah merupakan satu saluran.

5) Perubahan Pada Sistem Urinaria

Pada akhir bulan ke 9, pemeriksaan fundus uteri menjadi lebih rendah, kepala janin mulai masuk Pintu Atas Panggul dan menyebabkan kandung kencing tertekan sehingga merangsang ibu untuk sering kencing. Pada kala I, adanya kontraksi uterus/his menyebabkan kandung kencing semakin tertekan. Poliuria sering terjadi selama persalinan, hal ini kemungkinan disebabkan karena peningkatan cardiac output, peningkatan filtrasi glomerolus, dan peningkatan aliran plasma ginjal. Poliuri akan berkurang pada posisi terlentang. Proteinuri sedikit dianggap normal dalam persalinan.

Wanita bersalin mungkin tidak menyadari bahwa kandung kemihnya penuh karena intensitas kontraksi uterus dan tekanan bagian presentasi janin atau efek anestesia lokal. Bagaimanapun juga kandung kemih yang penuh dapat menahan penurunan kepala janin dan dapat memicu trauma mukosa kandung kemih selama proses persalinan. Pencegahan (dengan mengingatkan ibu untuk berkemih di sepanjang kala I) adalah penting. Sistem adaptasi ginjal mencakup diaforesis dan peningkatan IWL (Insensible Water Loss) melalui respirasi.

6) Perubahan Pada Vagina Dan Dasar Panggul

(1) Pada kala I ketuban ikut meregangkan bagian atas vagina sehingga dapat dilalui bayi.

(2) Setelah ketuban pecah, segala perubahan terutama pada dasar panggul yang ditimbulkan oleh bagian depan bayi menjadisaluran dengan dinding yang tipis.

(3) Saat kepala sampai di vulva, lubang vulva menghadap ke depan atas. Dari luar peregangan oleh bagian depan nampak pada perineum yang menonjol dan menjadi tipis sedangkan anus menjadi terbuka.

(4) Regangan yang kuat ini dimungkinkan karena bertambahnya pembuluh darah pada bagian vagina dan dasar panggul, tetapi kalau jaringan tersebut robek akan menimbulkan perdarahan banyak.

7) Perubahan System Kardiovaskuler (Meliputi Tekanan Darah Dan Jantung)

Selama persalinan, curah jantung meningkat 40 % sampai 50 % dibandingkan dengan kadar sebelum persalinan dan sekitar 80% sampai 100 % dibandingkan dengan kadar sebelumnya. Peningkatan curah jantung ini terjadi karena pelepasan katekolamin akibat nyeri dan karena kontraksi otot abdomen dan uterus.

Seiring dengan kontraksi uterus sekitar 300 sampai 500 ml darah dipindahkan ke volume darah sentral (sulivan et al, 1985). Dalam studi klasik, Hendrik dan Quilligan (1956) mendemonstrasikan bahwa nyeri dan ansietas dapat meningkatkan curah jantung sekitar 50 % sampai 60 %. Karena kontraksi uterus dapat menyebabkan kompresi bermakna pada aorta dan arteria iliaka, sebagian besar peningkatan curah jantung dialirkan ke ekstermitas atas dan kepala.

Pada setiap kontaksi uterus, aliran darah di cabang-cabang arteri uterus yang menyuplai ruang intervillli menurun dengan cepat sesuai dengan besarnya kontraksi. Penurunan ini tidak berhubungan dengan perubahan yang bermakna dalam tekanan perfusi sistemik, tetapi lebih berhubungan dengan peningkatan tahanan vaskuler lokal di dalam uterus. Tekanan vena istemik meningkat saat darah kembali dari vena uterus yang membengkak. Pada kala I, sistolik rata-rata meningkat 10 mm hg dan tekanan diastolik ratarata meningkat sebesar 5-19 mmhg selama kontraksi, tetapi tekanan tidak banyak berubah. Diantara waktu kontraksi kala II terdapat peningkatan 30/25 mmhg selama kontraksi dari 10/5 sampai 10 mmhg. Jika wanita mengejan dengan kuat, terjadi kompensasi tekanan darah,

seringkali terjadi penurunan tekanan darah secara dramatis saat wanita berhenti mengejan di akhir kontaksi.

8) Perubahan Pada Metabolisme Karbohidrat Dan Basal Metabolisme Rate

Ketika persalinan dimulai, terjadi penurunan hormon progesteron yang mengakibatkan perubahan pada sistem pencernaan menjadi lebih lambat sehingga makanan lebih lama tinggal di lambung, akibatnya banyak ibu bersalin yang mengalami obstivasi atau peningkatan getah lambung sehingga terjadi mual dan muntah.

9) Perubahan Pada System Pernapasan

Waktu persalinan berlangsung, ibu mengeluarkan lebih banyak CO2 dalam setiap nafas. Selama kontraksi uterus yang kuat, frekuensi dan kedalaman pernafasan meningkat sebagai responns terhadap peningkatan kebutuhan oksigen akibat pertambahan laju metabolik. Ratarata PaCO2 menurun dari 32 mm hg pada awal persalinan menjadi 22 mm hg pada akhir kalaI.

Menahan nafas saat mengejan selama kala II persalinan dapatmengurangi pengeluaran CO2. Masalah yang umum terjadi adalah hiperventilasi maternal, yang menyebabkan kadar PaCO2 menurun dibawah 16 sampai 18 mm hg. Kondisi ini dapat dimanifestasikan dengan kesemutan pada tangan dan kaki, kebas dan pusing. Jikapernafasan dangkal dan berlebihan, situasi kebalikan dapat terjadi karena volume rendah. Mengejan yang berlebihan atau berkepanjangan selama Kala II dapat menyebabkan penurunan oksigen sebagai akibat sekunder dari menahan nafas. Pernafasan sedikit meningkat karena adanya kontraksi uterus dan peningkatan metabolisme dan diafragma tertekan oleh janin. Hiperventilasi yang lama dianggap tidak normal dan dapat menyebabkan terjadinya alkalosis.

10) Perubahan Pada Gastrointestinal

Motilitas lambung dan absorbsi makanan padat secara substansial berkurang banyak sekali selama persalinan aktif dan waktu pengosongan lambung. Efek ini dapat memburuk setelah pemberian narkotik. Banyak wanita mengalami mual muntah saat persalinan berlangsung, khususnya selama fase transisi pada kala I persalinan. Selain itu pengeluaran getah lambung yang berkurang menyebabkan aktifitas pencernaan berhenti danpengosongan lambung menjadi sangat lamban. Cairan meninggalkan perut dalam tempo yang biasa.

Mual atau muntah terjadi sampai ibu mencapai akhir kala I. Ketidaknyamanan lain mencakup dehidrasi dan bibir kering akibat bernafas melalui mulut. Karena resiko mual dan muntah, beberapa fasilitas pelayanan bersalin membatasi asupan oral selama persalinan. Es batu biasanya diberikan untuk mengurangi ketidaknyaman akibat kekeringan mulut dan bibir. Beberapa fasilitas layanan lain mengijinkan minum air putih, jus dan ice pop. Banyak fasilitas lain memberikan asupan cairan melalui intravena.

11) Perubahan Pada Hematologi

Haemoglobin akan meningkat selama persalinan sebesar 1,2 gr % dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan pada hari pertama pasca persalinan kecuali terjadi perdarahan. Peningkatan leukosit secara progresif pada awal kala I (5.000) hingga mencapai ukuran jumlah maksimal pada pembukaan lengkap (15.000). Haemoglobin akan meningkat selama persalinan sebesar 1,2 gr % dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan pada hari pertama pasca persalinan kecuali terjadi perdarahan. Peningkatan leukosit terjadisecara progresif

pada awal kala I (5.000) hingga mencapai ukuran jumlah maksimal pada pembukaan lengkap (15.000).

12) Nyeri

Nyeri dalam persalinan dan kelahiran adalah bagian dari respon fisiologis yang normal terhadap beberapa faktor. Selama Kala I persalinan, nyeri yang terjadi pada kala I terutama disebabkan oleh dilatasi serviks dan distensi segmen uterus bawah. Pada awal kala I, fase laten kontraksi pendek dan lemah, 5 sampai 10 menit atau lebih dan berangsung selama 20 sampai 30 detik.

2.1.3 Konsep Kebutuhan Ibu Bersalin

Persalinan merupakan proses yang panjang, oleh sebab itu terdapat beberapa kebutuhan ibu bersalin yang perlu dipersiapkan yaitu sebagai berikut:

1. Kebutuhan Fisik Ibu Bersalin

    1) Kebutuhan nutrisi dan cairan

        World Health Organization (WHO) merekomendasikan bahwa dikarenakan kebutuhan energi yang begitu besar pada Ibu melahirkan dan untuk memastikan kesejahteraan ibu dan anak, tenaga kesehatan tidak boleh menghalangi keinganan Ibu yang melahirkan untuk makan atau minum selama persalinan (WHO, 1997 dalam William L, and Wilkins, 2010). Persatuan dokter kandungan dan ginekologi Kanada merekomendasikan kepada tenaga kesehatan untuk menawarkan Ibu bersalin diet makanan ringan dan cairan selama persalinan (Persatuan dokter kandungan dan ginekologi Kanada, 1998 dalam William L, and Wilkins, 2010).

2) Makanan yang Dianjurkan Selama Persalinan

Makanan yang disarankan dikonsumsi pada kelompok Ibu yang makan saat persalinan adalah roti, biskuit, sayuran dan buah-buahan, yogurt rendah lemak, sup, minuman isotonik dan jus buah-buahan (O'Sullivan et al, 2009). Menurut Elias (2009) Nutrisi dan hidrasi sangat penting selama proses persalinan untuk memastikan kecukupan energi dan mempertahankan kesimbangan normal cairan dan elektrolit bagi Ibu dan bayi. Cairan isotonik dan makanan ringan yang mempermudah pengosongan lambung cocok untuk awal persalinan.

Pemenuhan kebutuhan eliminasi selama persalinan perlu difasilitasi oleh bidan, untuk membantu kemajuan persalinan dan meningkatkan kenyamanan pasien. Anjurkan ibu untuk berkemih secara spontan sesering mungkin atau minimal setiap 2 jam sekali selama persalinan. Kandung kemih yang penuh, dapat mengakibatkan:

(1) Menghambat proses penurunan bagian terendah janin ke dalam rongga panggul, terutama apabila berada di atas spina isciadika
(2) Menurunkan efisiensi kontraksi uterus/his
(3) Mengingkatkan rasa tidak nyaman yang tidak dikenali ibu karena bersama dengan munculnya kontraksi uterus
(4) Meneteskan urin selama kontraksi yang kuat pada kala II
(5) Memperlambat kelahiran plasenta
(6) Mencetuskan perdarahan pasca persalinan, karena kandung kemih yang penuh menghambat kontraksi uterus.

3) Kebutuhan *Hygiene* (Kebersihan Personal)

Kebutuhan *hygiene* (kebersihan) ibu bersalin perlu diperhatikan bidan dalam memberikan asuhan pada ibu bersalin, karena personal hygiene yang baik dapat membuat ibu merasa aman dan relax, mengurangi kelelahan, mencegah infeksi, mencegah gangguan sirkulasi darah, mempertahankan integritas pada jaringan dan memelihara kesejahteraan fisik dan psikis. Tindakan personal hygiene pada ibu bersalin yang dapat dilakukan bidan diantaranya: membersihkan daerah genetalia (vulva-vagina, anus), dan memfasilitasi ibu untuk menjaga kebersihan badan dengan mandi. Mandi pada saat persalinan tidak dilarang. Pada sebagian budaya, mandi sebelum proses kelahiran bayi merupakan suatu hal yang harus dilakukan untuk mensucikan badan, karena proses kelahiran bayi merupakan suatu proses yang suci dan mengandung makna spiritual yang dalam. Secara ilmiah, selain dapat membersihkan seluruh bagian tubuh, mandi juga dapat meningkatkan sirkulasi darah, sehingga meningkatkan kenyamanan pada ibu, dan dapat mengurangi rasa sakit. Selama proses persalinan apabila memungkinkan ibu dapat diijinkan mandi di kamar mandi dengan pengawasan dari bidan. Pada kala I fase aktif, dimana terjadi peningkatan bloodyshow dan ibu sudah tidak mampu untuk mobilisasi, maka bidan harus membantu ibu untuk menjaga kebersihan genetalianya untuk menghindari terjadinya infeksi intrapartum dan untuk meningkatkan kenyamanan ibu bersalin. Membersihkan daerah genetalia dapat dilakukan dengan melakukan vulva hygiene

menggunakan kapas bersih yang telah dibasahi dengan air Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT), hindari penggunaan air yang bercampur antiseptik maupun lissol. Bersihkan dari atas (vestibulum), ke bawah (arah anus) Tindakan ini dilakukan apabila diperlukan, misal setelah ibu BAK, setelah ibu BAB, maupun setelah ketuban pecah spontan. Pada kala II dan kala III, untuk membantu menjaga kebersihan diri ibu bersalin, maka ibu dapat diberikan alas bersalin (under pad) yang dapat menyerap cairan tubuh (lendir darah, darah, air ketuban) dengan baik.Apabila saat mengejan diikuti dengan faeses, maka bidan harus segera membersihkannya, dan meletakkannya di wadah yang seharusnya.Sebaiknya hindari menutupi bagian tinja dengan tisyu atau kapas ataupun melipat undarpad. Pada kala IV setelah janin dan placenta dilahirkan, selama 2 jam observasi, maka pastikan keadaan ibu sudah bersih.Ibu dapat dimandikan atau dibersihkan di atas tempat tidur.Pastikan bahwa ibu sudah mengenakan pakaian bersih dan penampung darah (pembalut bersalin, underpad) dengan baik. Hindari menggunakan pot kala, karena hal ini mengakibatkan ketidaknyamanan pada ibu bersalin.Untuk memudahkan bidan dalam melakukan observasi, maka celana dalam sebaiknya tidak digunakan terlebih dahulu, pembalut ataupun underpad dapat dilipat disela-sela paha.

4) Kebutuhan Istirahat

Selama proses persalinan berlangsung, kebutuhan istirahat pada ibu bersalin tetap harus dipenuhi. Istirahat selama proses persalinan (kala I, II, III maupun IV) yang dimaksud adalah bidan memberikan

kesempatan pada ibu untuk mencoba relax tanpa adanya tekanan emosional dan fisik. Hal ini dilakukan selama tidak ada his (disela-sela his). Ibu bisa berhenti sejenak untuk melepas rasa sakit akibat his, makan atau minum, atau melakukan hal menyenangkan yang lain untuk melepas lelah, atau apabila memungkinkan ibu dapat tidur. Namun pada kala II, sebaiknya ibu diusahakan untuk tidak mengantuk. Setelah proses persalinan selesai (pada kala IV), sambil melakukan observasi, bidan dapat mengizinkan ibu untuk tidur apabila sangat kelelahan. Namun sebagai bidan, memotivasi ibu untuk memberikan ASI dini harus tetap dilakukan. Istirahat yang cukup setelah proses persalinan dapat membantu ibu untuk memulihkan fungsi alat-alat reproduksi dan meminimalisasi trauma pada saat persalinan.

5) Posisi dan Ambulasi

Posisi persalinan yang akan dibahas adalah posisi persalinan pada kala I dan posisi meneran pada kala II. Ambulasi yang dimaksud adalah mobilisasi ibu yang dilakukan pada kala I.Persalinan merupakan suatu peristiwa fisiologis tanpa disadari dan terus berlangsung / progresif. Bidan dapat membantu ibu agar tetap tenang dan rileks, maka bidan sebaiknya tidak mengatur posisi persalinan dan posisi meneran ibu.Bidan harus memfasilitasi ibu dalam memilih sendiri posisi persalinan dan posisi meneran, serta menjelaskan alternatif-alternatif posisi persalinan dan posisi meneran bila posisi yang dipilih ibu tidak efektif.

2. Patient *Safety* pada Persalinan

1) Pelajari Proses Persalinan

Seperti jaman bersekolah, belajar untuk menghadapi ujian adalah hal yang penting untuk menuntun kemudahan mengerjakan ujian tersebut. Persiapan melahirkan normal utama yang harus dilakukan para ibu adalah mempelajari proses persalinan yang akan Anda lewati. Mungkin banyak ibu-ibu yang justru menghindari mempelajari hal ini karena takut menjadi gentar melakukan persalinan secara normal. Namun dokter kandungan mengatakan ibu yang mengerti mengenai proses persalinan biasanya akan lebih aktif dalam proses melahirkan dan akan memberi hasil akhir yang lebih memuaskan. Mengambil kelas untuk ibu melahirkan atau membaca buku panduan mengenai proses persalinan merupakan langkah konkrit yang dapat Anda lakukan.

2) Pilihlah Dokter Kandungan dan Dokter Anak yang Cocok Dengan Anda

Mengingat pilihan Anda untuk melahirkan secara normal, memilih dokter kandungan yang proaktif dengan pilihan Anda merupakan persiapan melahirkan normal yang penting. Ketika Anda melahirkan, dokter kandungan Anda akan berperan sebagai orang yang memimpin persalinan, sehingga pilihlah dokter yang dapat bekerjasama dengan Anda. Pilihlah tenaga kesehatan dimana Anda nyaman bersamanya. Selain itu, Anda juga dapat mulai memilih dokter anak yang akan memeriksa atau merawat anak Anda setelah persalinan.

3) Bergurulah dengan Ibu yang Telah Melalui Masa Persalinan

Pengalaman adalah guru yang terbaik.Bagi Anda yang belum pernah

melahirkan tentunya belum memiliki pengalaman yang dapat Anda jadikan panduan. Maka, mempelajari pengalaman orang lain merupakan persiapan melahirkan normal yang penting. Selain menjadi panduan dalam proses melahirkan, ibu yang berpengalaman juga dapat membantu Anda dalam mendiskusikan masa setelah melahirkan seperti cara merawat bayi, stressnya menghadapi keadaan baru dan cara menyusui. Pastikan Anda memilih ibu yang jujur dan tidak banyak mengeluh atau melebih-lebihkan pengalamannya.

4) Persiapkan Tubuh

Proses melahirkan mempunyai komplikasi, baik yang Caesar maupun yang normal. Maka persiapan melahirkan normal yang tak kalah penting adalah menjaga kesehatan tubuh Anda.Makanlah makanan yang bergizi dan seimbang serta jangan kurang tidur. Menjaga kebersihan tubuh, organ intim dan kebersihan makanan merupakan hal yang tidak dapat Anda sepelekan menjelang proses persalinan.

3. Kebutuhan Psikologi Ibu Bersalin

1) Kebutuhan Rasa Aman

Disebut juga dengan “safety needs”.Rasa aman dalam bentuk lingkungan psikologis yaitu terbebas dari gangguan dan ancaman serta permasalahan yang dapat mengganggu ketenangan hidup seseorang.

2) Kebutuhan akan Rasa Cinta dan memiliki atau Kebutuhan Social

Disebut juga dengan “*love and belongingnext needs*”. Pemenuhan kebutuhan ini cenderung pada terciptanya hubungan social yang harmonis dan kepemilikan.

3) Kebutuhan Harga diri

Disebut juga dengan "*self esteem needs*". Setiap manusia membutuhkan pengakuan secara layak atas keberadaannya bagi orang lain. Hak dan martabatnya sebagai manusia tidak dilecehkan oleh orang lain, bilamana terjadi pelecehan harga diri maka setiap orang akan marah atau tersinggung.

4) Kebutuhan Aktualisasi Diri

Disebut juga "*self actualization needs*". Setiap orang memiliki potensi dan itu perlu pengembangan dan pengaktualisasian. Orang akan menjadi puas dan bahagia bilamana dapat mewujudkan peran dan tanggungjawab dengan baik.[12]

2.1.4 Gejala Klinis Persalinan

Secara klinis dapat dinyatakan partus dimulai bila timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang disertai darah (bloody show). Lendir yang disertai darah ini berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka atau mendatar. Sedangkan darahnya berasal dari pembuluh-pembuluh kapiler yang berada di sekitar kanalis servikalis itu pecah karena pergeseran-pergeseran ketika serviks membuka.[13]

1. Tanda – tanda persalinan

1) Kontraksi (His)[13]

Ibu terasa kenceng-kenceng sering, teratur dengan nyeri dijalarkan dari pinggang ke paha.Hal ini disebabkan karena pengaruh hormon oksitosin yang secara fisiologis membantu dalam proses pengeluaran

janin. Ada 2 macam kontraksi yang pertama kontraksi palsu (Braxton hicks) dan kontraksi yang sebenarnya. Pada kontraksi palsu berlangsung sebentar, tidak terlalu sering dan tidak teratur, semakin lama tidak ada peningkatan kekuatan kontraksi. Sedangkan kontraksi yang sebenarnya bila ibu hamil merasakan kenceng-kenceng makin sering, waktunya semakin lama, dan makin kuat terasa, diserta mulas atau nyeri seperti kram perut. Perut bumil juga terasa kencang. Kontraksi bersifat fundal recumbent/nyeri yang dirasakan terjadi pada bagian atas atau bagian tengah perut atas atau puncak kehamilan (fundus), pinggang dan panggul serta perut bagian bawah. Tidak semua ibu hamil mengalami kontraksi (His) palsu. Kontraksi ini merupakan hal normal untuk mempersiapkan rahim untuk bersiap mengadapi persalinan.

2) Pembukaan Serviks, dimana Primigravida >1,8cm dan Multigravida 2,2cm

   Biasanya pada bumil dengan kehamilan pertama, terjadinya pembukaan ini disertai nyeri perut. Sedangkan pada kehamilan anak kedua dan selanjutnya, pembukaan biasanya tanpa diiringi nyeri. Rasa nyeri terjadi karena adanya tekanan panggul saat kepala janin turun ke area tulang panggul sebagai akibat melunaknya rahim. Untuk memastikan telah terjadi pembukaan, tenaga medis biasanya akan melakukan pemeriksaan dalam (vaginal toucher).

3) Pecahnya Ketuban dan Keluarnya Bloody Show.

Pecahnya ketuban dalam bahasa medis disebut bloody show karena lendir ini bercampur darah. Itu terjadi karena pada saat menjelang persalinan terjadi pelunakan, pelebaran, dan penipisan mulut rahim. Bloody show seperti lendir yang kental dan bercampur darah. Menjelang persalinan terlihat lendir bercampur darah yang ada di leher rahim tsb akan keluar sebagai akibat terpisahnya membran selaput yang menegelilingi janin dan cairan ketuban mulai memisah dari dinding rahim.

Tanda selanjutnya pecahnya ketuban, di dalam selaput ketuban (korioamnion) yang membungkus janin, terdapat cairan ketuban sebagai bantalan bagi janin agar terlindungi, bisa bergerak bebas dan terhindar dari trauma luar. Terkadang ibu tidak sadar saat sudah mengeluarkan cairan ketuban dan terkadang menganggap bahwa yang keluar adalah air pipisnya. Cairan ketuban umumnya berwarna bening, tidak berbau, dan akan terus keluar sampai ibu akan melahirkan. Keluarnya cairan ketuban dari jalan lahir ini bisa terjadi secara normal namun bias juga karena ibu hamil mengalami trauma, infeksi, atau bagian ketuban yang tipis (locus minoris) berlubang dan pecah. Setelah ketuban pecah ibu akan mengalami kontraksi atau nyeri yang lebih intensif. Terjadinya pecah ketuban merupakan tanda terhubungnya dengan dunia luar dan membuka potensi kuman/bakteri untuk masuk. Karena itulah harus segera dilakukan penanganan dan dalam waktu kurang dari 24 jam bayi harus lahir apabila belum lahir dalam waktu

kurang dari 24 jam maka dilakukan penangana selanjutnya misalnya caesar.

2. Tahapan Persalinan

Secara klinis dapat dinyatakan partus dimulai bila timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang disertai darah (bloody show). Lendir yang disertai darah ini berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka atau mendatar. Sedangkan darahnya berasal dari pembuluh-pembuluh kapiler yang berada di sekitar kanalis servikalis itu pecah karena pergeseranpergeseran ketika serviks membuka (Wiknjosastro dkk, 2005).

1) Kala I (Pembukaan Jalan Lahir)[12]

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan servix hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I berlangsung 18 – 24 jam dan terbagi menjadi dua fase yaitu fase laten dan fase aktif. Proses membukanya serviks sebaga akibat his dibagi dalam 2 fase, yaitu:

(1) Fase laten: berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm. Fase laten diawali dengan mulai timbulnya kontraksi uterus yang teratur yang menghasilkan perubahan serviks.

(2) Fase aktif: dibagi dalam 3 fase lagi yakni: Fase akselerasi. Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm tadi menjadi 4 cm. Fase dilatasi maksimal. Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm. Fase deselerasi. Pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam, pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap. Fase-fase

tersebut dijumpai pada primigravida. Pada multigravida pun terjadi demikian akan tetapi terjadi dalam waktu yang lebih pendek.

Fisiologi kala 1:

(1) Uterus.

Kontraksi uterus mulai dari fundus dan terus menyebar ke depan dan ke bawah abdomen. Kontraksi berakhir dengan masa yang terpanjang dan sangat kuat pada fundus. Selagi uterus kontraksi berkontraksi dan relaksasi memungkinkan kepala janin masuk ke rongga pelvik.

(2) Serviks.

Sebelum onset persalinan, serviks berubah menjadi lembut: Effacement (penipisan) serviks berhubungan dengan kemajuan pemendekan dan penipisan serviks. Panjang serviks pada akhir kehamilan normal berubah – ubah (beberapa mm sampai 3 cm). Dengan mulainya persalinan panjangnya serviks berkurang secara teratur sampai menjadi pendek (hanya beberapa mm). Serviks yang sangat tipis ini disebut sebagai menipis penuh Dilatasi berhubungan dengan pembukaan progresif dari serviks. Untuk mengukur dilatasi/diameter serviks digunakan ukuran centimeter dengan menggunakan jari tangan saat peeriksaan dalam. Serviks dianggap membuka lengkap setelah mencapai diameter 10 cm ¬ Blood show (lendir show) pada umumnya ibu akan mengeluarkan darah sedikit atau sedang dari serviks.

2) Kala II (Pengeluaran)

Kala II persalinan adalah tahap di mana janin dilahirkan. Pada kala II, his menjadi lebih kuat dan lebih cepat, kira-kira 2 sampai 3 menit sekali. Saat

kepala janin sudah masuk di ruang panggul, maka pada his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektoris menimbulkan rasa mengedan. Wanita merasakan tekanan pada rektum dan hendak buang air besar. Kemudian perineum mulai menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka. Labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada waktu his. Dengan his dan kekuatan mengedan maksimal, kepala janin dilahirkan dengan presentasi suboksiput di bawah simfisis, dahi, muka dan dagu. Setelah istirahat sebentar, his mulai lagi untuk mengeluarkan badan dan anggota badan bayi. Pengertian Persalinan kala II dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi. Tanda dan gejala kala II Tanda-tanda bahwa kala II persalinan sudah dekat adalah:

(1) Ibu ingin meneran
(2) Perineum menonjol
(3) Vulva vagina dan sphincter anus membuka
(4) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat
(5) His lebih kuat dan lebih cepat 2-3 menit sekali.
(6) Pembukaan lengkap (10 cm)
(7) Pada Primigravida berlangsung rata-rata 1.5 jam dan multipara rata-rata 0.5 jam

Fisiologi kala 2 yaitu:

(1) His menjadi lebih kuat, kontraksinya selama 50 -100 detik, datangnya tiap 2-3 menit

(2) Ketuban biasanya pecah pada kala ini ditandai dengan keluarnya cairan kekuningkuningan sekonyong-konyong dan banyak

(3) Pasien mulai mengejan

(4) Pada akhir kala II sebagai tanda bahwa kepala sudah sampai di dasar panggul, perineum menonjol, vulva menganga dan rectum terbuka

(5) Pada puncak his, bagian kecil kepala nampak di vulva dan hilang lagi waktu his berhenti, begitu terus hingga nampak lebih besar. Kejadian ini disebut “Kepala membuka pintu”

(6) Pada akhirnya lingkaran terbesar kepala terpegang oleh vulva sehingga tidak bisa mundur lagi, tonjolan tulang ubun-ubun telah lahir dan suboccipu t ada di bawah symphisis disebut “Kepala keluar pintu”

(7) Pada his berikutnya dengan ekstensi maka lahirlah ubun-ubun besar, dahi dan mulut pada commissura posterior. Saat ini untuk primipara, perineum biasanya akan robek pada pinggir depannya karena tidak dapat menahan regangan yang kuat tersebut

(8) Setelah kepala lahir dilanjutkan dengan putaran paksi luar, sehingga kepala melintang, vulva menekan pada leher dan dada tertekan oleh jalan lahir sehingga dari hidung anak keluar lendir dan cairan

(9) Pada his berikutnya bahu belakang lahir kemudian bahu depan disusul seluruh badan anak dengan fleksi lateral, sesuai dengan paksi jalan lahir

(10) Setelah anak lahir, sering keluar sisa air ketuban, yang tidak keluar waktu ketuban pecah, kadang-kadnag bercampur darah

(11) Lama kala II pada primi ± 50 menit pada multi ± 20 menit

3) Kala III (Kala Uri)

Kala III persalinan berlangsung sejak janin lahir sampai plasenta lahir. Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian, uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pada tahap ini dilakukan tekanan ringan di atas puncak rahim dengan cara Crede untuk membantu pengeluaran plasenta. Plasenta diperhatikan kelengkapannya secara cermat, sehingga tidak menyebabkan gangguan kontraksi rahim atau terjadi perdarahan sekunder.

Fisiologi kala III:

Segera setelah bayi dan air ketuban sudah tidak lagi berada di dalam uterus, kontraksi akan terus berlangsung dan ukuran rongga uterus akan mengecil. Pengurangan dalam ukuran uterus ini akan menyebabkan pengurangan dalam ukuran tempat melekatnya plasenta. Oleh karena tempat melekatnya plasenta tersebut menjadi lebih kecil, maka plasenta akan menjadi tebal atau mengkerut dan memisahkan diri dari dinding uterus. Sebagian dari pembuluhpembuluh darah yang kecil akan robek saat plasenta lepas. Tempat melekatnya plasenta akan berdarah terus hingga uterus seluruhnya berkontraksi. Setelah plasenta lahir, dinding uterus akan berkontraksi dan menekan semua pembuluh-pembuluh darah ini yang akan menghentikan perdarahan dari tempat melekatnya plasenta tersebut. Sebelum uterus berkontraksi, wanita tersebut bisa kehilangan darah 350-360 cc/menit dari tempat melekatnya plasenta tersebut. Uterus tidak bisa sepenuhnya

berkontraksi hingga plasenta lahir dahulu seluruhnya. Oleh sebab itu, kelahiran yang cepat dari plasenta segera setelah ia melepaskan dari dinding uterus merupakan tujuan dari manajemen kebidanan darikala III yang kompeten.

Tanda-tanda Klinik dari Pelepasan Plasenta :

(1) Semburan darah

(2) Pemanjatan tali pusat

(3) Perubahan dalam posisi uterus:uterus naik di dalam abdomen

Pemantauan kala III:

(1) Palpasi uterus untuk menentukan apakah ada bayi yang kedua. Jika ada maka tunggu sampai bayi kedua lahir

(2) Menilai apakah bayi beru lahir dalam keadaan stabil, jika tidak rawat bayi segera

4) Kala IV (2 Jam Setelah Melahirkan)

Kala IV persalinan ditetapkan berlangsung kira-kira dua jam setelah plasenta lahir. Periode ini merupakan masa pemulihan yang terjadi segera jika homeostasis berlangsung dengan baik. Pada tahap ini, kontraksi otot rahim meningkat sehingga pembuluh darah terjepit untuk menghentikan perdarahan. Pada kala ini dilakukan observasi terhadap tekanan darah, pernapasan, nadi, kontraksi otot rahim dan perdarahan selama 2 jam pertama. Selain itu juga dilakukan penjahitan luka episiotomi. Setelah 2 jam, bila keadaan baik, ibu dipindahkan ke ruangan bersama bayinya.

Fisiologi kala IV yaitu setelah plasenta lahir tinggi fundus uteri kurang lebih 2 jari dibawah pusat. Otot-otot uterus berkontraksi, pembuluh darah yang ada diantara anyaman-anyaman otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan.

Tujuh (7) Langkah Pemantauan Yang Dilakukan Kala IV:

(1) Kontraksi Rahim**.**

Kontraksi dapat diketahui dengan palpasi. Setelah plasenta lahir dilakukan pemijatan uterus untuk merangsang uterus berkontraksi. Dalam evaluasi uterus yang perlu dilakukan adalah mengobservasi kontraksi dan konsistensi uterus. Kontraksi uterus yang normal adalah pada perabaan fundus uteri akan teraba keras. Jika tidak terjadi kontraksi dalam waktu 15 menit setelah dilakukan pemijatan uterus akan terjadi atoniauteri.

(2) Perdarahan.

Perdarahan: ada/tidak, banyak/biasa

(3) Kandung kencing**.**

Kandung kencing: harus kosong, kalau penuh ibu diminta untuk kencing dan kalau tidak bisa lakukan kateterisasi. Kandung kemih yang penuh mendorong uterus keatas dan menghalangi uterus berkontraksi sepenuhnya.

(4) Luka-luka: jahitannya baik/tidak, ada perdarahan/tidak.

Evaluasi laserasi dan perdarahan aktif pada perineum dan vagina. Nilai perluasan laserasi perineum. Derajat laserasi perineum terbagi atas:

a) Derajat I Meliputi mokosa vagina, fourchette posterior dan kulit perineum. Pada derajat I ini tidak perlu dilakukan penjahitan, kecuali jika terjadi perdarahan.

b) Derajat II Meliputi mokosa vagina, fourchette posterior, kulit perineum dan otot perineum. Pada derajat II dilakukan penjahitan dengan teknik jelujur.

c) Derajat III Meliputi mokosa vagina, fourchette posterior, kulit perineum, otot perineum dan otot spingter ani external

d) Derajat IV Derajat III ditambah dinding rectum anterior

e) Pada derajat III dan IV segera lakukan rujukan karena laserasi ini memerlukan teknik dan prosedur khusus.

(5) Uri dan selaput ketuban harus lengkap

(6) Keadaan umum ibu: tensi, nadi, pernapasan, dan rasa sakit

a) Keadaan Umun Ibu. Periksa Setiap 15 menit pada jam pertama setelah persalinan dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan jika kondisi itu tidak stabil pantau lebih sering. Apakah ibu membutuhkan minum. Apakah ibu akan memegang bayinya

b) Pemeriksaan tanda vital.

c) Kontraksi uterus dan tinggi fundus uteri: Rasakan apakah fundus uteri berkontraksi kuat dan berada dibawah umbilicus. Periksa fundus: 2-3 kali dalam 10 menit pertama. Setiap 15 menit pada jam pertama setelah persalinan. Setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan. Masage fundus (jika perlu) untuk menimbulkan kontraksi.

(7) Bayi dalam keadaan baik.

3. Mekanisme Persalinan

Tahapan mekanisme turunnya kepala janin menurut Mochtar[14]:

1) Kepala terfiksasi pada PAP (engagement)

Engagement pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan sedangkan pada multigravida dapat terjadi pada awal persalinan. engagement adalah peristiwa ketika diameter biparetal (Jarak antara dua paretal) melewati pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang atau oblik di dalam jalan lahir dan sedikit fleksi. Masuknya kepala akan mengalami ksulitan bila saat masuk ke dalam panggu dengan sutura sgaitalis dalam antero posterior. Jika kepala masuk kedalam pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang di jalan lahir, tulang parietal kanan dan kiri sama tinggi, maka keadaan ini disebut sinklitismus. Kepala pada saat melewati pintu atas panggul dapat juga dalam keadaan dimana sutura sgaitalis lebih dekat ke promontorium atau ke simfisis maka hal ini disebut asinklitismus.

2) Turun (descent)

(1) Dimulai sebelum persalinan/inpartu. Penurunan kepala terjadi bersamaan dengan mekanisme lainnya.

(2) Kekuatan yang mendukung yaitu:

a. Tekanan cairan amnion

b. Tekanan langsung fundus ada bokong

c. Kontraksi otot-otot abdomen

d. Ekstensi dan pelurusan badan janin atau tulang belakang janin

3) Fleksi

i. Gerakan fleksi di sebabkan karena janin terus didorong maju tetapi kepala janin terlambat oleh serviks, dinding panggul atau dasar panggul

ii. Kepala janin, dengan adanya fleksi maka diameter oksipito frontalis 12 cm berubah menjadi suboksipito bregmatika 9 cm

iii. Posisi dagu bergeser kearah dada janin

iv. Pada pemeriksaan dalam ubun-ubun kecil lebih jelas teraba daripada ubun-ubun besar

4) Putar paksi dalam di dasar panggul

(1) Rotasi dalam atau putar paksi dalam adalah pemutaran bagian terendah janin dari posisi sebelumnya kearah depan sampai dibawah simpisis. Bila presentasi belakang kepala dimana bagian terendah janin adalah ubun-ubun kecil maka ubun-ubun kecil memutar ke depan sampai berada di bawah simpisis. Gerakan ini adalah upaya kepala janin untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir yaitu bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul. Rotasi dalam terjadi bersamaan dengan majunya kepala. Rotasi ini terjadi setelah kepala melewati Hodge III (setinggi spina) atau setelah didasar panggul. Pada pemeriksaan dalam ubun-ubun kecil mengarah ke jam 12.

(2) Sebab-sebab adanya putar paksi dalam yaitu: · Bagian terendah kepala adalah bagian belakang kepala pada letak fleksi. · Bagian belakang kepala mencari tahanan yang paling sedikit yang disebelah depan yaitu hiatus genitalis.

5) Ekstensi: terjadi moulage kepala janin, ekstensi, hipomoklion di bawah simfisis

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya. Pada kepala bekerja dua kekuatan, yang satu mendesak nya ke bawah dan satunya disebabkan tahanan dasar panggul yang menolaknya ke atas. Setelah suboksiput tertahan pada pinggir bawah symphysis akan maju karena kekuatan tersebut di atas bagian yang berhadapan dengan suboksiput, maka lahirlah berturut- turut pada pinggir atas perineum ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi. Suboksiput yang menjadi pusat pemutaran disebut hypomochlion.

6) Rotasi eksternal: putar paksi luar (restitusi)

terjadinya gerakan rotasi luar atau putar paksi luar dipengaruhi oleh faktor-faktor panggul, sama seperti pada rotasi dalam.

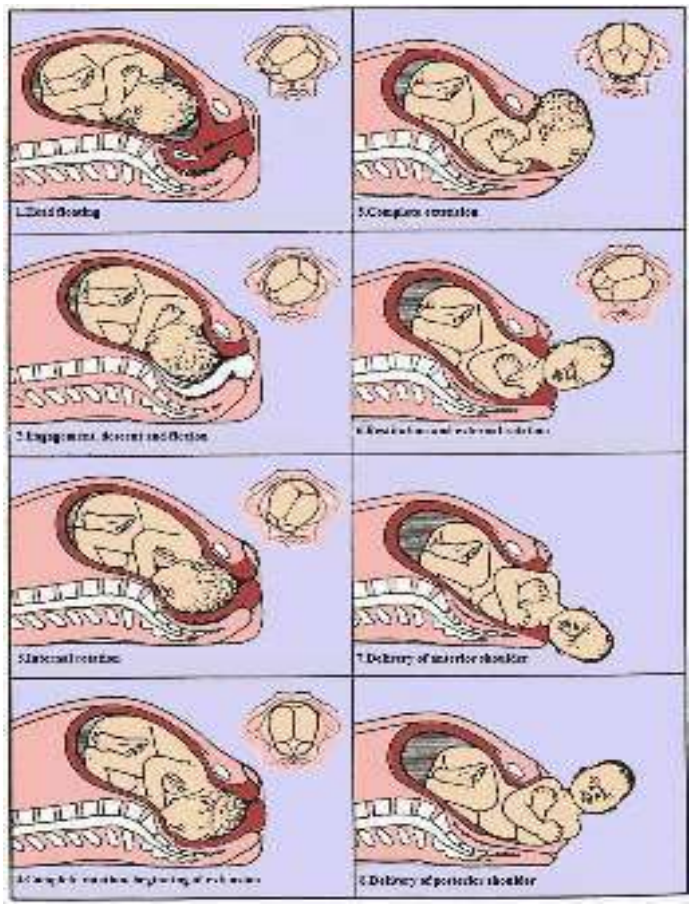
(1) Merupakan gerakan memutar ubun-ubun kecil ke arah punggung janin, bagian belakang kepala berhadapan dengan tuber iskhiadikum kanan atau kiri, sedangkan muka janin menghadap salah satu paha ibu. Bila ubun-ubun kecil pada mulanya disebelah kiri maka ubun-ubun kecil akan berputar kearah kiri, bila pada mulanya ubun-ubun kecil disebelah kanan maka ubun-ubun kecil berputar ke kanan.

(2) Gerakan rotasi luar atau putar paksi luar ini menjadikan diameter biakromial janain searah dengan diameter anteroposterior pintu bawah panggul, dimana satu bahu di anterior di belakang simpisis dan bahu yang satunya di bagian posterior dibelakang perineum.

(3) Sutura sagitalis kembali melintang.

7) Ekspulsi total: cara melahirkan bahu depan, bahu belakang, seluruh badan dan ekstremitas.

Setelah terjadinya rotasi luar, bahu depan berfungsi sebagai hypomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian setelah kedua bahu lahir disusul lahirlah trochanter depan dan belakang sampai lahir janin seluruhnya. Gerakan kelahiran bahu depan, bahu belakang dan seluruhnya.



Gambar 2.1

2.1.4 Komplikasi persalinan

Komplikasi persalinan merupakan keadaan penyimpangan dari normal yang secara langsung dapat menyebabkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi, sehingga

perlu dilakukan upaya penyelamatan jiwa ibu dan bayi agar mendapatkan pelayanan dan penanganan yang lebih sesuai dengan kegawatdaruratannya.[15]

Adapun komplikasi pada KALA I, II, III, IV sebagai berikut:

1) Perdarahan pervaginam (kecuali lender bercampur darah).
2) Persalinan premature (usia kehamilan kurang dari 37 minggu).
3) Ketuban pecah dan Mekonium kental.
4) KPD lebih dari 24 jam atau KPD usia kehamilan kurang dari 37 minggu.
5) Tekanan darah lebih dari 160/110 atau terdapat protein urine (PEB).
6) DJJ kurang dari 100 atau lebih dari 180x/menit pada dua kali penilaian dengan jarak 5 menit (gawat janin).
7) Persalinan macet atau partus lama.

   Secara umum, penyebab persalinan yang macet adalah kondisi tulang panggul ibu yang terlampau sempit dan menyebabkan bayi susah untuk lahir. Persalinan macet ini juga bisa disebabkan oleh gangguan beberapa penyakit yang menyebabkan sang ibu kepayahan mengeluarkan kepala bayi saat persalinan. Hal lain yang membuat proses persalinan macet adalah faktor usia sang ibu, paritas, konsistensi mulut rahim, berat badan sang janin, gizi ibu, psikis si ibu dan penyakit semisal anemia.
8) Atonia Uteri.

   Atonia uteri (relaksasi otot uterus) adalah uteri tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan pemijatan fundus uteri (plasenta telah lahir). Atonia uteri adalah kegagalan serabut-serabut otot miometrium uterus untuk berkontraksi dan memendek. Hal ini merupakan penyebab pendarahan postpartum yang paling penting dan biasa terjadi segera setelah bayi lahir

hingga 4 jam setelah persalinan. Atoria uteri dapat menyebabkan perdarahan hebat dan dapat mengarah pada terjadinya syok hipovelemik.

9) Retensio Plasenta.

Retensio plasenta merupakan terlambatnya kelahiran plasenta selama setengah jam setelah kelahiran bayi. Sewaktu bagian plasenta (satu atau lebih lobus) tertinggal, maka uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif dan keadaaan ini dapat menimbulkan pendarahan.

10) Emboli Air Ketuban.

Ini merupakan komplikasi persalinan yang paling serius, namun sangat jarang terjadi, yaitu ketika sejumlah kecil cairan ketuban yang melindungi janin dalam rahim masuk ke aliran darah ibu, khusunya pada kasus persalinan yang sulit. Cairan ini beredar ke paru-paru dan dapat menyebabkan pembuluh nadi paru-paru menyempit. Penyempitan ini dapat menyebabkan peningkatan denyut jantung, irama jantung yang tidak beraturan, syok, bahkan henti jantung dan kematian. Pembekuan darah yang meluas juga merupakan komplikasi yang umum terjadi dan membutuhkan perawatan emergensi.[14]

2.1.5 Penatalaksanaan Asuhan Kebidanan Persalinan Normal

Menurut Kementerian Kesehatan RI, Penatalaksanaan pada asuhan persalinan normal antara lain[13]:

1) Asuhan Persalinan Kala I

(1) Mendiagnosis inpartu

(2) Tanda-tanda yang harus diperhatikan dalam membuat diagnosis inpartu yaitu, penipisan dan pembukaan servik, kontraksi uterus yang

mengakibatkan pembukaan serviks (minimal 2 kali dalam 10 menit), keluar lendir bercampur darah (blood show) melalui vagina.

(3) Pemantauan his yang adekuat Pemantauan his yang adekuat dilakukan dengan cara menggunakan jarum detik. Secara hati-hati, letakkan tangan penolong di atas uterus dan palpasi, hitung jumlah kontraksi yang terjadi dalam kurun waktu 10 menit dan tentukan durasi atau lama setiap kontraksi yang terjadi. Pada fase aktif, minimal terjadi dua kontraksi dalam 10 menit dan lama kontraksi adalah 40 detik atau lebih. Di antara dua kontraksi akan terjadi relaksasi dinding uterus.

(4) Memberikan asuhan sayang ibu selama proses persalinan Persalinan saat yang menegangkan dan dapat menggugah emosi ibu dan keluarganya atau bahkan dapat menjadi saat yang menakutkan bagi ibu. Upaya untuk mengatasi gangguan emosional dan pengalaman yang menegangkan tersebut sebaiknya dilakukan melalui asuhan sayang ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayinya.

(5) Penapisan untuk mendeteksi kemungkinan komplikasi gawat darurat kala I persalinan Pada saat memberikan asuhan bagi ibu bersalin, penolong harus selalu waspada terhadap kemungkinan timbulnya masalah atau penyulit. Ingat bahwa menunda pemberian asuhan kegawatdaruratan akan meningkatkan risiko kematian dan kesakitan ibu dan bayi baru lahir. Selama anamnesis dan pemeriksaan fisik tetap waspada terhadap indikasi kegawatdaruratan. Langkah dan tindakan yang akan dipilih sebaiknya dapat memberikan manfaat dan memastikan bahwa proses persalinan akan berlangsung aman dan

lancar sehingga akan berdampak baik terhadap keselamatan ibu dan bayi yang akan dilahirkan.

(6) Persiapan perlengkapan, bahan dan obat yang diperlukan Harus tersedia daftar perlengkapan, bahan dan obat yang diperlukan untuk asuhan persalinan dan kelahiran bayi serta adanya serah terima antar petugas pada saat pertukaran waktu jaga. Setiap petugas harus memastikan kelengkapan dan kondisinya dalam keadaan aman dan siap pakai.

2) Asuhan persalinan kala II

(1) Mendiagnosis kala II Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks lengkap dan berakhir dengan lahirnya bayi.

(2) Mengenal tanda gejala kala II dan tanda pasti kala II Memperhatikan adanya dorongan untuk meneran, adanya tekanan pada anus, perineum menonjol dan vulva–vagina dan sfingter ani membuka serta meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah

(3) Amniotomi Apabila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap, maka perlu dilakukan tindakan amniotomi. Perhatikan warna air ketuban yang keluar saat dilakukan amniotomi. Jika terjadi pewarnaan mekonium pada air menunjukkan adanya hipoksia dalam rahim atau selama proses persalinan.

(4) Episiotomi Indikasi untuk melakukan episiotomi untuk mempercepat kelahiran bayi apabila didapatkan adanya gawat janin dan bayi akan segera dilahirkan dengan tindakan, penyulit kelahiran per vagina, jaringan parut pada perineum atau vagina yang memperlambat kemajuan persalinan.

3) Asuhan persalinan kala III

(1) Tujuan manajemen aktif kala III (MAK III) Tujuan MAK III adalah untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah perdarahan, dan mengurangi kehilangan darah selama kala III persalinan jika dibandingkan dengan penatalaksanaan fisiologis.

(2) Mengetahui fisiologi kala III Pada kala III persalinan, otot uterus berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus. Tempat implantasi plasenta mengalami pengerutan akibat pengosongan kavum uteri dan kontraksi lanjutan, sehingga plasenta dilepaskan dari pelekatannya dan pengumpulan darah pada ruang uteroplasenter akan mendorong plasenta ke luar dari jalan lahir. Terdapat tanda-tanda lepasnya plasenta, yaitu perubahan bentuk dan tinggi fundus uterus, tali pusat memanjang dan semburan darah mendadak.

(3) Keuntungan manajemen aktif kala III Beberapa keuntungan manajemen aktif kala III yaitu, persalinan kala III menjadi singkat, mengurangi jumlah kehilangan darah dan mengurangi kejadian retensio plasenta.

(4) Langkah Manajemen Aktif Kala III

a) Pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit setelah bayi lahir.

b) Melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT)

c) Masase fundus uteri

d) Deteksi atonia uteri Deteksi atonia uteri di mana 15 menit masase fundus uteri tidak berkontraksi. Penatalaksanaannya yaitu bidan

melakukan kompresi bimanual interna dan kompresi bimanual eksterna.

4) Asuhan persalinan kala IV

(1) Pemantauan kala IV Pemantauan Kala IV setiap 15 menit pada jam pertama, dan setiap 30 menit pada jam ke dua. Keadaan yang dipantau meliputi keadaan umum ibu, tekanan darah, pernapasan, suhu dan nadi, tinggi fundus uteri, kontraksi, kandung kemih, dan jumlah darah.

(2) Memeriksa dan menilai perdarahan Periksa dan temukan penyebab perdarahan meskipun sampai saat ini belum ada metode yang akurat untuk memperkirakan jumlah darah yang keluar. Estimasi perdarahan yaitu, apabila perdarahan menyebabkan terjadinya perubahan tanda vital (hipotensi), maka jumlah darah yang keluar telah mencapai 1.000–1.200 ml. Apabila terjadi syok hipovolemik, maka jumlah perdarahan telah mencapai 2.000–2.500 ml.

(3) Penjahitan perineum Jika ditemukan robekan perineum atau adanya luka episiotomi lakukan penjahitan laserasi perineum dan vagina yang bertujuan menyatukan kembali jaringan tubuh dan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu. Kewenangan bidan pada laserasi grade 1 dan 2, berikut derajat laserasi perineum dan vagina.

1. Langkah Asuhan Persalinan Normal

Menurut kementerian Kesehatan, terdapat 58 langkah asuhan persalinan normal (APN) yaitu[16]:

1) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala II

(1) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran (Dor – Ran)

(2) Ibu merasa tekanan semakin meningkat pada rektum dan vagina (Tek – Nus).

(3) Perineum menonjol dan menipis (Per – Jol)

(4) Vulva, vagina dan sfingter ani membuka (Vul – Ka)

2) Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 IU dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.

3) Mengenakan celemek plastik yang bersih, sepatu tertutup kedap air, tutup kepala, masker, kacamata.

4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk bersih/tissue.

5) Memakai satu sarung tangan Dekontaminasi Tingkat Tinggi (DTT) atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.

6) Mengisap oksitosin 10 IU ke dalam tabung suntik dengan memakai sarung tangan DTT dan meletakkan kembali da atas partus set.

7) Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah yang telah dibasahi air DTT, dengan gerakan dari depan ke belakang. Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, bersihkan dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kassa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi. Dengan teknik aseptik, lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila

selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.

8) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

9) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) segera setelah kontraksi terakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal.

   (1) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.

   (2) Mendokumentasikan hasil – hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil – hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.

10) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.

   (1) Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran, melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan – temuan.

   (2) Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.

11) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).

12) Melakukan bimbingan meneran pada saat ibu merasakan ada dorongan kuat untuk meneran:

(1) Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran

(2) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran

(3) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (tidak meminta ibu berbaring telentang).

(4) Menganjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi

(5) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu

(6) Menganjurkan asupan cairan per oral

(7) Menilai DJJ setiap 5 menit

(8) Jika kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam 60 menit (1 jam) untuk ibu multipara, segera dirujuk.

(9) Menganjurkan ibu untuk berjalan, jongkok, atau pengambilan posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi – kontraksi tersebut dan beristirahat diantara kontraksi.

(10) Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm.

13) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.

14) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.

15) Pakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

16) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5 – 6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi

dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan sambil bernapas cepat dan dangkal.

17) Dengan lembut menyeka mulut dan hidung bayi dengan kain atau kassa bersih.

18) Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi.

    (1) Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi

    (2) Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklem di dua bagian lalu potong ditengahnya.

19) Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.

20) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal, anjurkan ibu meneran saat ada kontraksi, dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal sehingga bahu depan lahir, kemudian gerakkan ke arah distal dan atas untuk melahirkan bahu belakang.

21) 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 atas

22) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing- masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).

23) Melakukan penilaian dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi diatas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat pendek, letakkan bayi di tempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, segera lakukan resusitasi.
24) Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Membiarkan bayi diatas perut ibu. Lakukan penyuntikan oksitosin/IM.
25) Setelah 2 menit pascapersalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
26) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit, dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut. Mengikat tali pusat dengan benang steri; pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
27) Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai.
28) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan mulai pemberian air susu ibu (ASI) jika ibu menghendaki.
29) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
30) Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.

31) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10unit IM di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.

32) Memindahkan klem pada tali pusat.

33) Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat diatas tulang pubis dan menggunakan tangan ini untuk.melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain

34) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati – hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikutnya mulai. Jika uterus berkontraksi, minta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan putting susu

35) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.

    (1) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 – 10 cm dari vulva.

    (2) Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit:

        a) Mengulangi pemberian oksitosin 10unit IM

b) Menilai kandung kemih dan dilakukan kateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.

c) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan

d) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.

e) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

36) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan disinfektan tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari – jari tangan, klem, atau forseps disinfektan tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.

37) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus uteri dan melakukan massase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras)

38) Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta dalam kantung plastik atau tempat khusus. Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan massase fundus selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai.

39) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.
40) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
41) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfektan tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain bersih dan kering.
42) Menempatkan klem tali pusat disinfektan tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
43) Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
44) Melepaskan klem dan meletakkannya kedalam larutan klorin 0,5%.
45) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya, memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
46) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI
47) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam:
    (1) 2 – 3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan
    (2) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan
    (3) Setiap 20–30 menit pada jam kedua pascapersalinan
    (4) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksanaan atonia uteri.
    (5) Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesia lokal dan menggunakan taktik yang sesuai.

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

49) Mengevaluasi kehilangan darah.

50) Memeriksa tekanan darah, nadi dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan.

    (1) Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan

    (2) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

51) Menempatkan semua peralatan di dalam larutabn klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit), mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.

52) Membuang bahan – bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.

53) Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfektan tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

54) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.

55) Mendekontaminasikan daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.

56) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

57) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

58) Melengkapi patograf (halaman depan dan belakang).

2. Partograf

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan.

Tujuan utama penggunanan partograf:

1. Mencatat hasil observasi dan menilai kemajuan persalinan.
2. Mendeteksi apakah persalinan berjalan normal atau terdapat penyimpangan, dengan demikian dapat melakukan deteksi dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama.

Parograf harus digunakan:

1) Untuk semua ibu dalam kala I fase aktif (fase laten tidak dicatat di partograf tetapi di tempat terpisah seperti di KMS ibu hamil atau rekam medik)

2) Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat (spesialis obgyn, bidan, dokter umum, residen swasta, rumah sakit, dll).

3) Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran.

Kondisi ibu dan bayi yang dicatat dalam partograf:

1) DJJ tiap 30 menit

2) Frekuensi dan durasi kontraksi tiap 30 menit

3) Nadi tiap 30 menit

4) Pembukaan serviks tiap 4 jam

5) Penurunan bagian terbawah janin tiap 4 jam

6) Tekanan darah dan temperatur tubuh tiap 4 jam

7) Urin, aseton dan protein tiap 2-4 jam.

Partograf tidak boleh dipergunakan pada kasus:

1) Wanita pendek, tinggi kurang dari 145 cm

2) Perdarahan antepartum

3) Preeklamsi – eklamsi

4) Persalinan premature

5) Bekas sectio sesarea

6) Kehamilan ganda

7) Kelainan letak janin

8) Fetal distress

9) Dugaan distosia karena panggul sempit

10) Kehamilan dengan hidramnion

11) Ketuban pecah dini

12) Persalinan dengan induksi

Kala Persalinan

1) Kala I adalah saat mulainya persalinan sesungguhnya sampai pembukaan lengkap

2) Kala II adalah saat dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi

3) Kala III adalah saat lahirnya bayi sampai keluarnya plasenta

4) Kala IV adalah saat keluarnya plasenta sampai keadaan ibu post partum menjadi stabil

Fase-Fase dalam Kala I Persalinan

1) Fase laten persalinan: pembukaan serviks kurang dari 4 cm

2) Fase aktif persalinan: pembukaan serviks dari 4 sampai 10 cm

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

1) Denyut jantung janin: setiap ½ jam

2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus: setiap ½ jam

3) Nadi: setiap ½ 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 2-4 jam

Pencatatan kondisi ibu dan janin meliputi:

1) Informasi tentang ibu, Nama, umur, Gravida, para, abortus, Nomor catatan medis/nomor puskesmas, Tanggal dan waktu mulai dirawat (atau jika di rumah, tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu) Lengkapi bagian awal (atas) partograf secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai "jam") dan perhatikan kemungkinan ibu datang dalam fase laten persalinan. Tidak kalah penting, catat waktu terjadinya pecah ketuban.

2) Kondisi bayi Kolom pertama adalah digunakan untuk mengamati kondisi janin.Yang diamati dari kondisi bayi adalah DJJ, air ketuban dan penyusupan (kepala janin)

   (1) DJJ Menilai dan mencatat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Tiap kotak menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri

menunjukkan DJJ. Catat DJJ 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. Kisaran normal DJJ 110-160 x/menit.

(2) Warna dan adanya air ketuban Menilai air ketuban dilakukan bersamaan dengan periksa dalam. Warna air ketuban hanya bisa dinilai jika selaput ketuban telah pecah. Lambang untuk menggambarkan ketuban atau airnya: U : selaput ketuban utuh (belum pecah) J : selaput ketuban telah pecah dan air ketuban jernih M : selaput ketuban telah pecah dan air ketuban bercampur mekonium D : selaput ketuban telah pecah dan air ketuban bercampur darah K : selaput ketuban telah pecah dan air ketuban kering (tidak mengalir lagi) Mekonium dalam air ketuban tidak selalu berarti gawat janin. Merupakan indikasi gawat janin jika juga disertai DJJ di luar rentang nilai normal.

(3) Penyusupan (molase) tulang kepala Penyusupan tulang kepala merupakan indikasi penting seberapa jauh janin dapat menyesuaikan dengan tulang panggul ibu. Semakin besar penyusupan semakin besar kemungkinan disporposi kepal panggul. Lambang yang digunakan: 0: tulang –tulang kepala janin terpisah, sutura mudah dipalpasi 1: tulang-tulang kepa janin sudah saling bersentuhan 2: tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih bisa dipisahkan 3: tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

3) Kemajuan persalinan.

Kolom kedua untuk mengawasi kemajuan persalinan yang meliputi: pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah janin, garis waspada dan garis bertindak dan waktu.

(1) Pembukaan serviks

Angka pada kolom kiri 0-10 menggambarkan pembukaan serviks. Menggunakan tanda X pada titik silang antara angka yang sesuai dengan temuan pertama pembukaan serviks pada fase aktif dengan garis waspada. Hubungan tanda X dengan garis lurus tidak terputus.

(2) Penurunan bagian terbawah Janin

Tulisan "turunnya kepala" dan garis tidak terputus dari 0-5 pada sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda "·" pada waktu yang sesuai dan hubungkan dengan garis lurus.

(3) Jam dan Waktu

Waktu berada dibagian bawah kolom terdiri atas waktu mulainya fase aktif persalinan dan waktu aktuall saat pemeriksaan. Waktu mulainya fase aktif persalinan diberi angka 1-16, setiap kotak: 1 jam yang digunakan untuk menentukan lamanya proses persalinan telah berlangsung. Waktu aktual saat pemeriksaan merupakan kotak kosong di bawahnya yang harus diisi dengan waktu yang sebenarnya saat kita melakukan pemeriksaan.

4) Kontraksi Uterus

Terdapat lima kotak mendatar untuk kontraksi. Pemeriksaan dilakukan setiap 30 menit, raba dan catat jumlah dan durasi kontaksi dalam 10 menit. Misal jika dalam 10 menit ada 3 kontraksi yang lamanya 20 setik maka arsirlah

angka tiga kebawah dengan warna arsiran yang sesuai untuk menggambarkan kontraksi 20 detik (arsiran paling muda warnanya).

5) Obat-obatan dan cairan yang diberikan

Catat obat dan cairan yang diberikan di kolom yang sesuai. Untuk oksitosin dicantumkan jumlah tetesan dan unit yang diberikan.

6) Kondisi Ibu

Catat nadi ibu setiap 30 menit dan beri tanda titik pada kolom yang sesuai. Ukur tekanan darah ibu tiap 10 menit dan beri tanda ↕ pada kolom yang sesuai. Temperatur dinilai setiap dua jam dan catat di tempat yang sesuai.

7) Volume urine, protein dan aseton

Lakukan tiap 2 jam jika memungkinkan.

8) Data lain yang darus dilengkapi dari partograf adalah:

(1) Data atau informasi umum

(2) Kala I

(3) Kala II

(4) Kala III

(5) Kala IV

(6) bayi baru lahir

Diisi dengan tanda centang (⎷) dan diisi titik yang disediakan.[19]

2.1.6 Upaya pencegahan

Melakukan kegiatan P4K yaitu Pemeriksaan kehamilan yang dilakukan oleh bidan sebagai upaya untuk meningkatkan pengetahuan ibu hamil, suami dan keluarga tentang Kehamilan berisiko; Bahaya kehamilan; Ajakan pada ibu, suami dan keluarga untuk merencanakan persalinan.[14]

Tujuan P4K antara lain Suami, keluarga dan masyarakat paham tentang bahaya persalinan; Adanya rencana persalinan yang aman; Adanya rencana kontrasepsi yang akan di pakai; Adanya dukungan masyarakat, Toma, kader, dukung untuk ikut KB pasca persalinan; Adanya dukungan sukarela dalam persiapan biaya, transportasi, donor darah; Memantapkan kerjasama antara bidan, dukun bayi dan kader.

Menjelaskan Tanda Bahaya Kehamilan:

1) Perdarahan pada hamil muda / tua
2) Bengkak di kaki, tangan, atau wajah disertai sakit kepala dan atau kejang
3) Demam atau panas tinggi
4) Air Ketuban keluar sebelum waktunya
5) Bayi di kandungan gerakannya berkurang atau tidak bergerak
6) Muntah terus dan tidak mau makan

2.1.7 Evidence Based Persalinan

Tujuan Asuhan persalian normal yaitu mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat optimal.[12]

Dengan begitu setiap intervensi yang akan diaplikasikan dalam asuhan persalinan normal harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan.

Beberapa Evidence Based dalam persalinan adalah sebagai berikut:

a. Asuhan sayang ibu pada setiap kala

Adapun asuhan sayang ibu berdasarkan EBM (Evidence Based Midwifery) yang dapat meningkatkan tingkat kenyamanan ibu bersalin anatara lain:

1) Ibu tetap diperbolehkan makan dan minum karena disaat ibu bersalin diperlukan energi yang besar.
2) Ibu diperbolehkan memilih siapa pendamping persalinan untuk dapat memberikan dukungan baik secara emosional maupun fisik kepada ibu selama persalinan. Ibu yang memperoleh dukungan emosional selama persalinan akan mengalami waktu persalinan yang lebih singkat, intervansi yang lebih sedikit, sehingga persalinan akan lebih baik.[15]
3) Mengatur posisi persalinan kala II

Adapun posisi yang dianjurkan pada proses persalinan anatara lain posisi setengah duduk, berbaring miring, berlutut.

b. Doula dalam persalinan

Kata doula berasal dari Yunani yang bermakna pelayan perempuan. Kini, istilah doula dipakai untuk profesi pendamping bagi ibu yang ingin menjalani proses persalinan lebih cepat, dan pemulihan kondisi emosional dan fisik setelah persalinan. Kehadiran doula dalam persalinan terbukti mengurangi komplikasi kelahiran, dan juga mempercepat lahirnya bayi tanpa sakit yang berlebihan bagi ibu.[15]

c. Inisiasi menyusui dini (IMD)

Yaitu proses menyusui bayi segera setelah dilahirkan, dimana bayi dibiarkan mencari putting susu ibunya sendiri (tidak disodorkan ke putting susu). Proses ini berguna untuk meningkatkan kasih sayang antara ibu dan bayi serta merangsang hormon oksitosin untuk membuat rahim berkontraksi untuk proses pelepasan plasenta, mencegah perdarahan dan mengurangi nyeri.[15]

d. Penundaan pemotongan tali pusat

Pemotongan tali pusat segera setelah bayi lahir tidak sangat menguntungkan baik bagi bayi maupun bagi ibunya. Salah satunya dapat menyebabkan ikterik neonaturum.

e. Tindakan episiotomy

Episiotomy pada proses persalinan sangat rutin dilakukan apalagi pada primigravida. Padahal berdasarkan tindakan rutin ini tidak boleh dilakukan pada saat proses persalinan karena dapat menyebabkan perdarahan, pemicu infeksi pada ibu yang mengalami status gizi buruk, menyebabkan rasa nyeri yang hebat dan luka episiotomy membutuhkan waktu sembuh yang lebih lama.

Tetapi ada indikasi yang diperbolehkan melakukan tindakan episiotomy pada saat persalinan antara lain:

1) Bayi berukuran besar
2) Perineum sangat kaku
3) Perineum pendek
4) Persalinan dengan alat bantu sungsang

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

Pelaksanaan dapat dilakukan seleruhnya oleh bidan atau bersama-sama dengan klien atau anggota tenaga kesehatan, asuhan yang telah dilakukan harus dilakukan harus di catat secara benar, jelas dan singkat, logis dalam suatu metode pendokumentasian. Bidan tetap memegang tanggung jawab untuk mengarahkan kesinambungan asuhan berikutnya, kaji ulang apakah rencana telah dilaksanakan, dokumentasian di buat dalam bentuk manajemen varney.[17]

Tinjauan Manajemen 7 langkah Varney Proses manajemen kebidanan terdiri dari tujuh langkah yang berurutan dan setiap langkah disempurnakan secara periodik. Langkah-langkah tersebut adalah sebagai berikut:

3. Langkah 1: Pengumpulan Data Dasar

   Pada langkah ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi kepada klient secars lengkap. Pada langkah ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klient. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Bila klient mengajukan komplikasi yang perlu dikonsultasikan dengan dokter dalam manajemen kolaborasi bidan akan melakukan konsultasi.

4. Langkah 2: Interpretasi Data Dasar

   Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klient berdasarkan interpretasi yang benar atas dasar data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik.

5. Langkah 3: Mengidentifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial

   Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis / masalah potensial ini benar-benar terjadi

6. Langkah 4: Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

   Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klient. Langkah keempat mencerminkan sikap kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menunggu intervensi dokter.

7. Langkah 5: Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh

   Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang menyeluruh, ditentukan langkah-langkah sebelumnya. Langkah-langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini informasi atau data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini haruslah rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up tu date

serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan atau tidak akan dilakukan klien.

8. Langkah 6: Melakukan Perencanaan

   Pada langkah ini, rencana asuhan yang menyeluruh di langkah kelima harus dilakukan secara efisien dan aman. Perencanan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagiannya lagi dilakukan oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya.

9. Langkah 7: Evaluasi

   Pada langkah ini dilakukan evalusai keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifik asi di asa dan diagnosis.

Manajemen asuhan Kebidanan mengacu pada KEPEMENKES NO.938/MENKES/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan Kebidanan, meliputi:

1) Standar I: Pengkajian

   Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

   Kriteria Pengkajian meliputi:

   (1) Data tepat, akurat dan lengkap.

   (2) Terdiri dari data subyektif (hasil anamnesa, biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya).

(3) Data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang).

2) Standar II: Perumusan Diagnosa dan Masalah Kebidanan.

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Kriteria Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan meliputi:

(1) Diagnoa sesuai dengan nomenklatur kebidanan.

(2) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.

(3) Dapat diselesaikan dengan Asuhan Kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

3) Standar III: Perencanaan.

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

Kriteria Perencanaan meliputi:

(1) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif.

(2) Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga.

(3) Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga.

(4) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.

(5) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

4) Standar IV: Implementasi.

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Kriteria Implementasi, meliputi:

(1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosialsSpiritual-kultural.

(2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (inform consent).

(3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based.

(4) Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan.

(5) Menjaga privacy klien/pasien.

(6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.

(7) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.

(8) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.

(9) Melakukan tindakan sesuai standar.

(10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

5) Standar V: Evaluasi.

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

Kriteria Evaluasi, meliputi:

(1) Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.

(2) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan atau keluarga.

(3) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.

(4) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

6) Standar VI: Pencatatan Asuhan Kebidanan.

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

Kriteria Pencatatan Asuhan Kebidanan, meliputi:

(1) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam Medis/KMS/Status Pasien/Buku KIA).

(2) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP:

a) S adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa.

b) O adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.

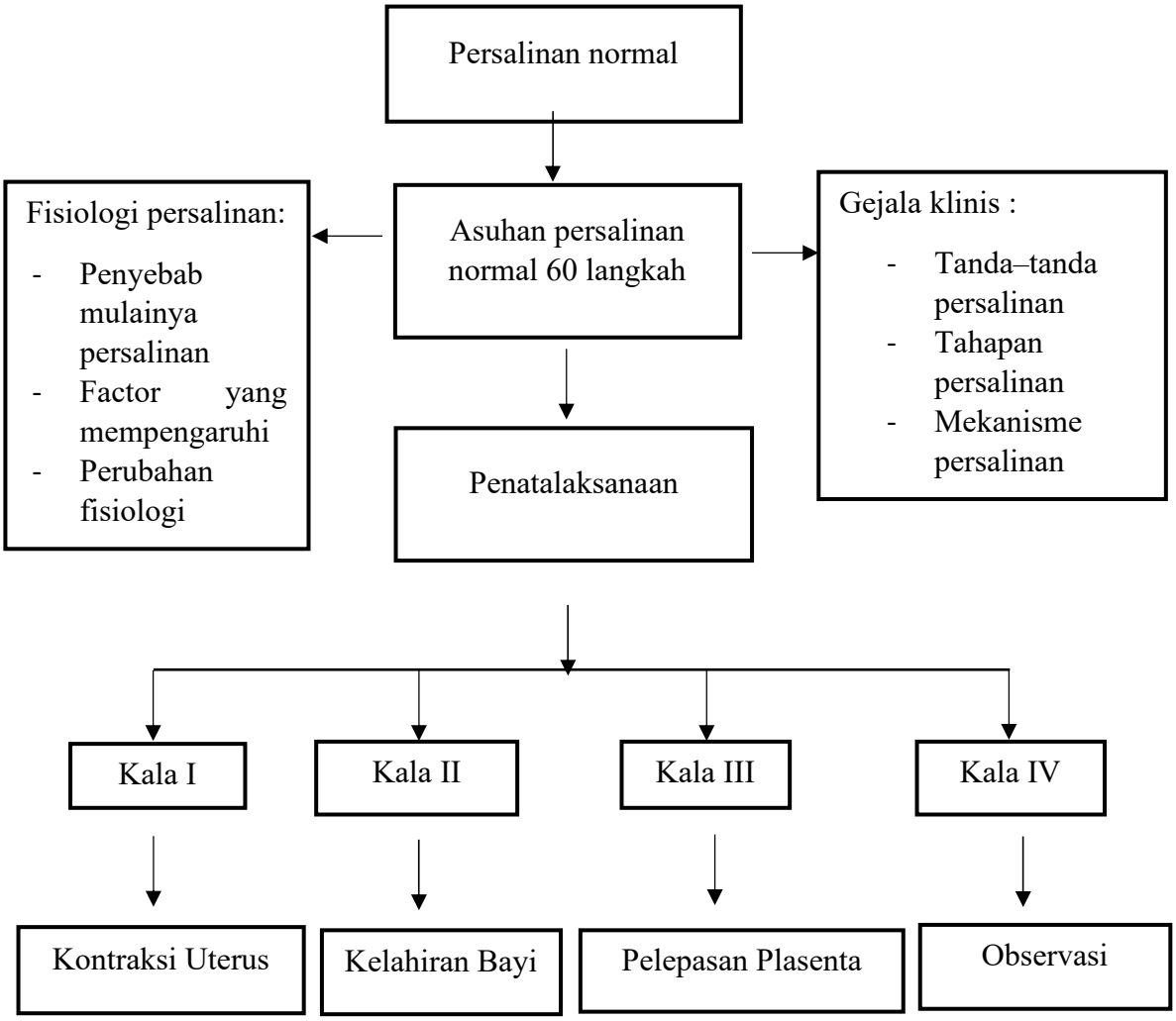
c) A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

d) P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif: penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan[18]

2.3 Kerangka Pikir

Kerangka Pikir Persalinan Normal Sebagai Berikut:

Bagan 2.1



BAB III
METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini dilakukan menggunakan desain case study (studi atau penelusuran kasus) dengan metode penelitian deskriptif dan jenis penelitian kualitatif. Pada penelitian ini langkah-langkah yang dilakukan untuk mendapatkan data-data yang diperlukan yaitu, pengumpulan data, klasifikasi, pengelolaan atau analisis data.

Jenis metode penelitian yang digunakan yaitu Laporan Kasus, merupakan suatu kasus yang dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal, kasus yang diangkat oleh penulis tentang Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Normal di PMB Erma Yenti, SST Kabupaten Agam tahun 2023.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

1) Penelitian ini dilakukan di PMB Erma Yenti, SST
2) Penelitian ini dilakukan pada bulan Januari sampai bulan Mei 2023

3.3 Subyek Studi Kasus

Subjek studi kasus dengan asuhan kebidanan ini adalah Ny. “D” dengan usia kehamilan 40 minggu, kemudian diikuti sampai ibu bersalin di PMB Erma Yenti, SST.

3.4 Instrumen Studi Kasus

Instrumen pengumpulan data yang digunakan:

1) Format pengkajian ibu bersalin normal.
2) Buku dan alat tulis.

3) Dopler, stetoskop, termometer, tensimeter, reflek hummer, partus set, hecting set, pita centimeter, jam, rekam medis, buku KIA, APD level 2.

3.5 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dalam penelitian studi kasus ini adalah dengan dua metode, yaitu:

1) Interview/wawancara (data subjektif)

   Melakukan wawancara langsung pada ibu Bersalin serta keluarga untuk mengumpulkan data dengan menggunakan format pengkajian data, yang dilaksanakan pada kunjungan saat persalinan.

2) Pemeriksaan fisik (data objektif)

   Pemeriksaan fisik digunakan untuk mengetahui keadaan fisik ibu bersalin dimana pemeriksaan dilakukan secara sistematis dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi

3) Observasi (data pelaksanaan)

   Dalam hal ini observasi pengamatan dapat berupa pemeriksaan umum meliputi : keadaan umum, tanda vital (tekanan darah, pernafasan, nadi, suhu), penimbangan berat badan, pengukuran tinggi badan, pengukuran lingkar lengan atas (LILA), pemeriksaan fisik head to toe (rambut, wajah, mata, mulut, leher, payudara, abdomen, genetalian, dan ekstremitas), pemeriksaan kebidanan (ukur tinggi fundus, palpasi leopold I- leopold IV), dan auskultasi denyut jantung janin, serta pemeriksaan penunjang (pemeriksaan HB dan protein urine).

3.6 Analisis Data

Analisa data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan dan bahan-bahan lain, sehingga dapat mudah dipahami dan temuannya dapat diinformasikan kepada orang lain.

Analisa data yang dilakukan sesuai dengan standar asuhan kebidanan dengan manajemen 7 langkah varney dalam bentuk pendokumentasian SOAP. Data yang sudah diperokh kemudian dibandingkan dengan teori yang telah dipelajari dari buku sumber.

Proses manajemen asuhan kebidanan ini terdiri dari tujuh langkah yang berurutan yaitu: Pengkajian data, interpretasi data, identifikasi diagnosa/ masalah potensial, identifikasi diagnosis/ masalah potensial yang membutuhkan tindakan segera, kolaborasi dan rujukan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Asuhan yang telah dilakukan harus dicatat secara benar, jelas, singkat, logis dalam suatu metode pendokumentasian. Pendokumentasian dilakukan dalam bentuk SOAP.