

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kehamilan

1. Pengertian

Kehamilan merupakan waktu transisi, yakni suatu masa antara kehidupan sebelum memiliki anak yang sekarang berada dalam kandungan dan kehidupan nanti setelah anak tersebut lahir (Sukarni dan Wahyu, 2013).

Masa kehamilan yaitu dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Lamanya kehamilan mulai dari ovulasi sampai partus adalah kira-kira 280 hari, dan tidak lebih 300 hari (43 minggu). Kehamilan 40 minggu ini disebut matur (cukup bulan). Bila kehamilan lebih dari 43 minggu disebut kehamilan postmatur. Kehamilan antara 28 dan 36 minggu disebut kehamilan prematur (Pre et al., 2017).

Kehamilan merupakan masa yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari). Kehamilan ini dibagi atas 3 semester yaitu; kehamilan trimester pertama mulai 0-14 minggu, kehamilan trimester kedua mulai 14-28 minggu, dan kehamilan trimester ketiga mulai 28-42 minggu (Arum et al., 2021)

2. Tujuan Antenatal Care (ANC)

Secara umum tujuan asuhan kehamilan adalah sebagai berikut:

- a. Memantau kemajuan kehamilan, memastikan kesejahteraan ibu dan tumbuh kembang janin.
- b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik dan mental ibu.
- c. Mengenali secara dini adanya ketidak normalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan.
- d. Mempersiapkan ibu agar dapat melahirkan dengan selamat
- e. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima bayi
Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal(Pemeriksaan et al., 2019)

3. Perubahan Fisiologi Kehamilan

1. Uterus

lebih nyata menjadi bagian korpus uteri dan berkembang menjadi segmen bawah rahim (SBR). Pada kehamilan tua karena kontraksi otot bagian atas uterus, SBR menjadi lebih lebar dan tipis, tampak batas nyata antara bagian atas yang lebih tebal dan SBR yang lebih tipis yaitu lingkaran retraksi fisiologis dinding uterus.

2. Payudara

Payudara pada kehamilan 12 minggu ke atas dari puting susu dapat keluar cairan berwarna putih agak jernih disebut kolostrum.

3. Vagina

mengakibatkan bertambah panjang dinding vagina. Peningkatan volume sekresi vagina, berwarna keputihan, menebal, dan pH antara 3,5-6 hasil dari peningkatan produksi asam laktat glikogen dihasilkan epitel vagina.

4. Sistem respirasi

Pada 32 minggu ke atas karena usus-usus tertekan uterus yang membesar ke arah diafragma kurang leluasa bergerak mengakibatkan kebanyakan wanita mengalami derajat kesulitan bernafas.

5. Sirkulasi darah

Meningkat seiring pembesaran uterus. Walaupun aliran darah uterus meningkat 20 kali lipat, ukuran konseptus meningkat lebih cepat.

6. Sistem endokrin

Adanya peningkatan hormon estrogen dan progesteron serta terhambatnya pembentukan FSH dan LH.

7. Sistem perkemihan

Pada akhir kehamilan kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kemih akan tertekan kembali.

8. Sistem pencernaan

Terjadi konstipasi karena pengaruh hormon progesteron yang meningkat. Selain itu perut kembung juga terjadi karena tekanan uterus yang membesar dalam rongga perut, serta panas perut karena terjadinya aliran balik asam gastrik ke esophagus bagian bawah.

9. System Muskuloskeletal

Perubahan tubuh secara bertahap dan peningkatan berat badan ibu hamil menyebabkan postur dan cara berjalan wanita berubah secara menyolok.

10. System Kardiovakuler

ukuran dan posisi jantung (Kusmiyati, dkk, 2010; h.66). Peningkatan volume darah dan curah jantung menimbulkan perubahan hasil auskultasi yang umum terjadi selama masa hamil mengiringi perub

11. Kulit

Pigmentasi yang lebih gelap terjadi pada puting dan areola mammae, wajah (cloasma/ topeng kehamilan), garis tengah abdomen (dari atas umbilicus hingga rambut pubis) atau disebut linea nigra(li, 2010).

4. Perubahan Psikologi Pada Ibu Hamil

1. Kehamilan trimester 1

Trimester pertama sering dianggap periode penyesuaian.

Penyesuaian yang dilakukan wanita terhadap kenyataan ini dan arti semua ini bagi dirinya merupakan tugas psikologis yang paling penting pada trimester pertama kehamilan.

Sebagian besar wanita merasa sedih dan ambivalen tentang kenyataan bahwa ia hamil. Kurang lebih 80% wanita mengalami kekecewaan, penolakan, kecemasan, depresi, dan kesedihan. Hingga kini masih diragukan bahwa seorang wanita lajang bahkan telah merencanakan dan menginginkan kehamilan atau telah berusaha keras untuk hamil tidak mengatakan pada dirinya sedikitnya satu kali bahwa ia sebenarnya berharap tidak hamil. Keseragaman kebutuhan ini perlu dibicarakan dengan wanita karena ia cenderung menyembunyikan ambivalensi atau perasaan negatifnya ini karena perasaan tersebut bertentangan dengan apa yang menurutnya semestinya ia rasakan. Jika ia tidak dibantu memahami dan menerima ambivalensi dan perasaan negatif tersebut sebagai suatu hal yang normal dalam kehamilan, maka ia akan merasa sangat bersalah jika nantinya bayi yang ia kandung meninggal saat dilahirkan atau terlahir cacat atau abnormal. Fokus wanita adalah pada dirinya sendiri. Beberapa wanita, terutama mereka yang telah merencanakan kehamilan atau telah berusaha keras untuk hamil, merasa suka cita sekaligus tidak percaya bahwa dirinya telah hamil dan mencari bukti kehamilan tiap jengkal pada tubuhnya. Trimester pertama sering menjadi waktu yang sangat

menyenangkan untuk melihat apakah kehamilan berkembang dengan baik. Hal ini akan terlihat jelas terutama pada wanita yang telah beberapa kali mengalami keguguran dan bagi para tenaga kesehatan profesional wanita yang cemas akan memungkinkan terjadinya keguguran kembali atau terotoma.(Pre et al., 2017:34)

2. Trimester II

sering dikenal sebagai periode kesehatan yang baik, yakni periode ketika wanita merasa nyaman dan bebas dari segala ketidaknyamanan yang normal dialami saat hamil. Namun trimester kedua juga merupakan fase ketika wanita menelusur dan paling banyak mengalami kemunduran. Trimester kedua sebenarnya terbagi atas dua fase yaitu pra queckening dan pasca queckening. Queckening menunjukkan adanya kenyataan kehidupan yang terpisah, yang menjadi dorongan bagi wanita dalam melaksanakan tugas psikologis utamanya pada trimester kedua, yakni mengembangkan identitas sebagai ibu bagi dirinya sendiri yang berbeda dari ibunya. Queckening memudahkan wanita untuk mengkonsep tualisasi banyinya sebagai individu yang terpisah dari dirinya sendiri. Kesadaran baru ini merupakan perubahan dalam fokusnya dari diri sendiri kepada bayi yang dikandungnya.(Pre et al., 2017:35)

3. Kehamilan trimester III

Trimester ketiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Sejumlah ketakutan muncul pada trimester ketiga. Wanita mungkin merasa cemas dengan kehidupannya sendiri, seperti apakah banyinya nanti akan lahir abnormal, terkait persalinan dan kelahiran 9 nyeri, kehilangan kendali, hal-hal lain yang tidak diketahui), apakah ia akan menyadari bahwa ia akan bersalin, atau banyinya tidak mampu keluar karena perutnya sudah luar biasa besar. Atau apakah organ vitalnya akan mengalami cedera akibat tendangan bayi (Pre et al., 2017: 36)

5. Tanda Dan Gejala Kehamilan

Tanda-tanda Diagnosa Kehamilan Perubahan endokronologis, fisiologis, dan anatomis yang menyertai kehamilan menimbulkan gejala dan tanda yang memberikan bukti adanya kehamilan. Gejala dan tanda tersebut diklasifikasikan menjadi 3 kelompok yaitu tanda persumptif (tidak pasti), tanda-tanda kemungkinan, dan tanda- tanda positif kehamilan.

1. Bukti persumptif kehamilan (Tanda tidak pasti hamil)

Bukti persumptif kehamilan umumnya didasarkan pada gejala-gejala subjektif berupa:

a. Mual muntah atau tanpa muntah

b. Gangguan berkemih

c. Fatigue

d. Persepsi adanya gerakan jani Yang termasuk tanda persuntif adalah

a) Terhentinya menstruasi

b) Perubahan pada payudara

c) Perubahan warna mukosa vagina

d) Meningkatnya pigmentasi kulit dan timbulnya striae abdomen

e) Yang terpenting apakah wanita yang bersangkutan merasa dirinya hamil(Pre et al., 2017:36)

2. Bukti kemungkinan hamil

Tanda-tanda kemungkinan kehamilan mencakup

a. Pembesaran abdomen

b. Perubahan bentuk, ukuran, dan konsistensi uterus

c. Perubahan anatomis pada serviks

d. Kontraksi braxton hiks

e . Ballotement

f. Adanya gonadotropin korionik di urine atau serum(Pre et al., 2017:37)

3. Bukti positif hamil

- a) Identifikasi kerja jantung janin yang terpisah dan tersendiri dari kerja jantung wanita hamil.
- b) Persepsi gerakan janin aktif oleh pemeriksa
- c) Pengenalan mudigah dan janin setiap saat selama kehamilan dengan tehnik sonografi atau pengenalan janin yang lebih tua secara radiografis pada paruh kedua kehamilan (Pre et al., 2017:38)

6. Standar Pelayanan Antenatal

Pelayanan antenatal sesuai standar adalah pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil minimal 4 kali selama kehamilan dengan jadwal satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester keduadan dua kali pada trimester ketiga yang dilakukan oleh Bidan, Dokter dan dokter Spesialis Kebidanan baik yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta yang memiliki Surat Tanda Register (STR). (Pemeriksaan et al., 2019:14)

Standar pelayanan antenatal adalah pelayanan yang dilakukan kepada ibu hamil dengan memenuhi kriteria 10 T yaitu:

- a) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan.
- b) Ukur tekanan darah.
- c) Nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas/LILA).
- d) Ukur tinggi puncak rahim (fundus uteri).
- e) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ).
Skринing status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus toksoid (TT) bila diperlukan.
- f) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama Kehamilan
- g) Tes laboratorium, tes kehamilan, pemeriksaan hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya), pemeriksaan protein urin (bila ada indikasi yang pemberian pelayanannya disesuaikan dengan trimester kehamilan).
- h) Tatalaksana/penanganan kasus sesuai kewenangan.
- i) Temuwicara (konseling). (Pemeriksaan et al., 2019: 41).

7. Menentukan Usia Kehamilan Dan Tafsiran Persalinan

Menentukan usia kehamilan bisa dilakukan dengan berbagai cara di antaranya adalah sebagai berikut:

1) Rumus Neagle

Untuk menggunakan rumus ini, digunakan hari pertama haid terakhir ibu (HPHT) yaitu tanggal ditambah 7, bulan dikurang 3

atau ditambah 9, tahun ditambah 1 atau tetap.(Utami et al., 2019).

2) Mc Donald

Tinggi fundus dikalikan 2 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam bulan obstetrik dan bila dikalikan 8 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam minggu.(Utami et al., 2019).

3) Tinggi fundus uteri menurut leopold

Tabel 2.1 Tinggi Fundus Uteri

Tinggi fundus uteri	Umur kehamilan
1 atau 2 jari di atas simpisis	12 minggu
Pertengahan simpisis	16 minggu
3 jari di bawahpusat	20 minggu
Pertengahan pusat	24 minggu
3 jari di ataspusat	28 minggu
Pertengahan pusat dan px	32 minggu
3 jari di bawah px	36 minggu
Pertengahan pusat dan px (sudahmasuk PAP)	40 minggu

8. Asuhan Kehamilan

didalam memberikan asuhan kehamilan sebagaimana tertuang dalam standar pelayanan kebidanan sebagai berikut :

Standar 1 :

Identifikasi ibu hamil.Melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk penyuluhan dan motivasi untuk pemeriksaan dini dan teratur.

Standar 2 :

Pemeriksaan dan pemantauan antenatal. Sedikitnya 4 kali pemeriksaan kehamilan. Pemeriksaan meliputi: anamnesis dan pemantauan ibu dan janin, mengenal kehamilan risiko tinggi, imunisasi, nasehat dan penyuluhan, mencatat data yang tepat setiap kunjungan, tindakan tepat untuk merujuk.

Standar 3 : Palpasi abdominal.

Standar 4 : Pengelolaan anemia pada kehamilan.

Standar 5 : Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan.

Standar 6 : Persiapan persalinan. (Tyastuti & Puji, Wahyuningsih, 2016).

9. Faktor risiko pada masa kehamilan

- a. Umur : terlalu muda yaitu dibawah 20 tahun dan terlalu tua yaitu diatas 35 tahun
- b. Paritas : paritas 0 (primi gravidarum, belum pernah melahirkan) dan paritas > 3
- c. Interval : jarak persalinan terakhir dengan awal kehamilan sekurang-kurangnya 2 tahun.
- d. Tinggi badan kurang dari 145 cm
- e. Lingkar lengan atas kurang dari 23,5 cm (Knowledge et al., 2022)

10. Tanda Bahaya Kehamilan

- a. Ibu hamil mengalami perdarahan atau mengeluarkan bercak darah terus menerus dari jalan lahir, baik itu pada usia kehamilan muda maupun tua.
- b. Nyeri pada perut bagian bawah.
- c. Bengkak di kaki, tangan, atau wajah disertai sakit kepala atau bahkan kejang-kejang.
- d. Demam atau panas tinggi.
- e. Air ketuban keluar sebelum waktunya, sehingga dapat memicu terjadinya infeksi pada janin. Gerakan bayi dalam kandungan berkurang atau tidak bergerak, bergerak, sama sekali.
- f. Ibu Hamil muntah terus menerus dan tidak bisa makan sama sekali. (Tyastuti & Puji, Wahyuningsih, 2016:72)

1. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

a. Nutrisi

1) Kalori

Seorang wanita selama kehamilan memiliki kebutuhan energi yang meningkat. Tubuh ibu memerlukan sekitar 80.000 tambahan kalori pada kehamilan. Dari jumlah tersebut, berarti setiap harinya sekitar 300 tambahan kalori dibutuhkan ibu hamil. (Arum et al., 2021)

2) Protein

Tambahan protein diperlukan selama kehamilan untuk persediaan nitrogen esensial guna memenuhi tuntutan pertumbuhan jaringan ibu dan janin. Asupan yang dianjurkan 60 g/hari.(Arum et al., 2021)

3) Asam folat

Ibu hamil disarankan mengkonsumsi asam folat v 400 ug.(Arum et al., 2021)

4) Zat besi

Jumlah zat besi yang dibutuhkan untuk kehamilan tunggal normal adalah sekitar 1000 mg, 350 mg untuk pertumbuhan janin dan plasenta, 450 mg untuk peningkatan masa sel darah merah ibu, dan 240 mg untuk kehilangan basal. Tambahan zat besi dalam bentuk garam ferrous dengan dosis 30 mg/ hari, sedangkan wanita yang beresiko tinggi mengalami defisiensi zat besi memerlukan dosis yang lebih tinggi yaitu 60 mg/hari.(Arum et al., 2021)

5) Zink

Jumlah zink yang direkomendasikan RDA selama masa hamil adalah 25 mg/hari. Jumlah ini dengan mudah dapat diperoleh dari daging, kerang, roti, gandum, atau sereal.(Arum et al., 2021)

6) Kalsium, asupan kalsium yang direkomendasikan adalah 1200 mg/hari.(Arum et al., 2021)

7) Oksigen

Kebutuhan oksigen berkaitan dengan perubahan system pernapasan pada masa kehamilan. Kebutuhan oksigen meningkat sebagai respon tubuh terhadap ekspektasi laju metabolisme, untuk menambah masa jaringan pada payudara, hasil konsepsi dan masa uterus, dan lainnya.(Arum et al., 2021)

8) Higiene personal

Ibu hamil harus melakukan gerakan membersihkan dari depan kebelakang ketika selesai berkemih dan harus menggunakan tisu yang bersih, lembut, menyerap air, berwarna putih, dan tidak mengandung parfum. Ibu hamil harus minum air 8-12 gelas sehari, atau minum susu atau yogurt dapat menurunkan pH saluran kemih.(Arum et al., 2021)

9) Pakaian

Seorang ibu hamil mengalami perubahan pada fisiknya. Sebaiknya ibu menggunakan Pakaian longgar yang nyaman.(Arum et al., 2021)

10) Seksual

Melakukan hubungan seks aman selama tidak menimbulkan rasa tidak nyaman. Sampai saat ini belum ada hasil riset yang membuktikan bahwa koitus dan orgasme dikontrindikasikan selama masa hamil untuk wanita yang sehat secara medis. (Arum et al., 2021)

11) Istirahat/tidur

Ibu hamil sebaiknya tidur dengan posisi miring ke kiri, bukan miring kanan atau terlentang agar tidak mengganggu aliran darah di rahim. Waktu yang diperlukan untuk tidur pada ibu hamil yaitu selama 2 jam untuk tidur siang dan 8 jam untuk tidur malam. (Arum et al., 2021)

12) Imunisasi vaksin TT Waktu pemberian imunisasi tetanus toksoid selama kehamilan adalah dua kali dengan dosis yang sama. Pemberian pertama sebaiknya trimester satu supaya pemberian kedua jaraknya tidak terlalu dekat sehingga pemberian antibodi optimal. Pemberian kedua memiliki jarak waktu minimal 4 minggu dari pemberian pertama, dengan catatan paling lambat 2 minggu sebelum melahirkan. (Arum et al., 2021).

B. PERSALINAN

1. Pengertian

Persalinan menurut WHO adalah persalinan yang dimulai secara spontan, beresiko rendah pada awal persalinan, dan tetap demikian selama proses persalinan. Bayi dilahirkan secara spontan dalam presentasi belakang kepala pada usia kehamilan antara 37 minggu sampai dengan 42 minggu lengkap. Setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam kondisi sehat. (li, 2010)

2. Jenis Jenis persalinan

persalinan dibedakan 3 jenis yaitu (a) Persalinan spontan adalah bila seluruh persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri; (b) Persalinan buatan adalah bila persalinan berlangsung dengan bantu tenaga dari luar; (c) Persalinan anjuran adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan pemberian rangsang. (li, 2010)

3. Proses terjadinya persalinan

- a. Teori kerenggangan, otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dimulai.
- b. Teori penurunan progesteron, progesteron menurun menjadikan otot rahim sensitif sehingga menimbulkan his atau kontraksi
- c. Teori oksitosin, pada akhir kehamilan kadar oksitosin bertambah sehingga dapat mengakibatkan his

- d. Teori prostaglandin, pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan.
- e. Teori plasenta menjadi tua, semakin bertambahnya usia kehamilan, plasenta menjadi tua dan menyebabkan villi corialis mengalami perubahan sehingga kadar estrogen dan progesteron turun. Hal ini menimbulkan kekejangan pembuluh darah dan menyebabkan kontraksi rahim.
- f. Teori distensi rahim, keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus sehingga mengganggu sirkulasi uteroplacenter (Wiknjosastro, 2014).

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Beberapa faktor yang mempengaruhi persalinan menurut Wiknjosastro (2014) .

1. Power (kekuatan)

Power atau tenaga megejan meliputi his (kontraksi ritmis otot polos uterus), kekuatan megejan ibu, keadaan kardiovaskular, respirasi dan metabolik ibu. ibu mengalami kontraksi involunter dan volunteer secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus.

2. Passage (jalan lahir)

Keadaan jalan lahir atau *passage* terdiri atas panggul ibu, yakni bagian tulang keras, dasar panggul, vagina, dan introitus. Panggul terdiri atas bagian keras dan bagian lunak. Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, panggul ibu lebih berperan dalam proses persalinan. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul ditentukan sebelum dimulai persalinan. Rongga panggul yang normal adalah pintu atas panggul (PAP) berbentuk bundar, sacrum lebar dan melengkung, promontorium tidak menonjol kedepan, kedua spina ischiadica tidak menonjol kedalam, sudut arcus pubis cukup luas. Ukuran konjugata vera (ukuran muka belakang pintu atas panggul yaitu dari bawah symphysis ke promontorium) adalah 10-11 cm, ukuran diameter transversa (ukuran serong pintu atas panggul) 12-14 cm, pintu bawah panggul ukuran muka melintang 10-10,5 cm. Jalan lahir dianggap tidak normal dan kemungkinan dapat menyebabkan hambatan persalinan apabila panggul sempit seluruhnya, panggul sempit sebagian, panggul miring, panggul seperti corong dan terdapat tumor dalam panggul. Bidang Hodge bertujuan untuk menentukan sampai dimana bagian terendah janin turun dalam panggul dalam persalinan yaitu:

1) Bidang Hodge I

Bidang datar yang melalui bagian atas simfisis dan promontorium. Bidang ini dibentuk pada lingkaran pintu atas panggul (PAP).

2) Bidang Hodge II

Bidang yang sejajar dengan bidang Hodge I terletak setinggi bagian bawah simfisis.

3) Bidang Hodge III

Bidang yang sejajar dengan bidang Hodge I dan II, terletak setinggi spina ischiadica kanan dan kiri.

4) Bidang Hodge IV

Bidang yang sejajar dengan Hodge I, II, III, terletak setinggi os coccygis.

3. *Passanger* (janin)

Cara penumpang (*passanger*) atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena harus melalui jalan lahir, plasenta juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin.

4. *Psyche* (psikologi)

Faktor psikologis ketakutan dan kecemasan sering menjadi penyebab lamanya persalinan, his menjadi kurang baik, pembukaan menjadi kurang lancar. Perasaan takut dan

cemas merupakan factor utama yang menyebabkan rasa sakit dalam persalinan dan berpengaruh terhadap kontraksi rahim dan dilatasi serviks sehingga persalinan menjadi lama.

5. Penolong

Penolong persalinan adalah seorang yang memiliki pengetahuan dan keterampilan tertentu untuk membantu ibu dalam menjalankan proses persalinan. Faktor penolong memegang peranan penting dalam membantu ibu bersalin karena mempengaruhi kelangsungan hidup ibu dan bayi.

4. Tanda Bahaya Persalinan

- a. Tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg .
- b. Temperatur lebih dari 38⁰C, Nadi lebih dari 100 x/menit dan DJJ kurang dari 120 x/menit atau lebih dari 160 x/menit.
- c. Kontraksi kurang dari 3 kali dalam 10 menit, berlangsung kurang dari 40 detik, lemah saat di Partograf melewati garis waspada pada fase aktif.
- d. Cairan amniotic bercampur meconium, darah dan bau darah

5. Tanda-Tanda Persalinan

a. Lightening

Beberapa minggu sebelum persalinan, calon ibu merasa bahwa keadaannya menjadi lebih baik. Ia merasa kurang sesak, tetapi sebaliknya ia merasa bahwa berjalan

sedikit lebih sukar, dan sering diganggu oleh perasaan nyeri pada anggota bawah.

b. Pollakisuria

Pada akhir bulan ke 9, berdasarkan hasil pemeriksaan didapatkan epigastrium kendur, fundus uteri lebih rendah dari pada kedudukannya, dan kepala janin sudah mulai masuk kedalam pintu atas panggul. Keadaan ini menyebabkan kandung kemih tertekan sehingga merangsang ibu untuk sering kencing yang disebut pollakisuria.

c. False labor

Merupakan peningkatan dari kontraksi braxton hicks. His pendahuluan ini bersifat:

- 1) Nyeri yang hanya terasa pada perut bagian bawah
- 2) Tidak teratur
- 3) Lamanya his pendek, tidak bertambah kuat dengan majunya waktu dan bila dibawah jalan-jalan malah sering berkurang
- 4) Tidak ada pengaruh pada pendataran atau pembukaan serviks

d. Perubahan serviks

Pada akhir bulan ke 9 hasil pemeriksaan serviks menunjukkan bahwa serviks yang tadinya tertutup, panjang dan kurang lunak. Namun kondisinya berubah menjadi lembut, beberapa menunjukkan telah terjadi pembukaan dan penipisan. Perubahan ini berbeda untuk masing-masing ibu. Misalnya, pada multipara sudah terjadi pembukaan 2 cm namun pada primipara sebagian besar masih dalam keadaan tertutup.

e. Energi spurt

Beberapa ibu akan mengalami peningkatan energi kira-kira 24-28 jam sebelum persalinan mulai. Setelah beberapa hari sebelumnya merasa kelelahan fisik karena tuanya kehamilan maka ibu mendapati satu hari sebelum persalinan dengan energi yang penuh. Peningkatan energi ibu ini tampak dari aktivitas yang dilakukannya seperti membersihkan rumah, mengepel, mencuci perabot rumah tangga, dan pekerjaan rumah lainnya sehingga ibu akan kehabisan tenaga menjelang kelahiran bayi, persalinan menjadi panjang dan sulit.

f. Gastrointestinal upsets

Beberapa ibu mungkin mengalami tanda-tanda, seperti diare, obstipasi, mual dan muntah karena efek penurunan hormon terhadap sistem pencernaan.

6. Tahapan Persalinan

a. Kala I (kala pembukaan)

Kala I dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka (10 cm). Tanda-tanda persalinan yaitu terjadi his persalinan memancar dari pinggang ke perut bagian bawah, adanya pengeluaran lendir bercampur darah. Selain itu tanda lainnya adalah terjadinya penipisan dan pembukaan serviks dan pecahnya kantung ketuban (Varney, 2010).

Proses membukanya servik sebagai akibat his dibagi dalam 2 fase, yaitu:

1) Faselaten

Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap Berlangsung hingga pembukaan serviks membuka kurang dari 4 cm, pada umumnya fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam , kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih antara 20 sampai 30 detik .

2) Fase aktif

Frekuensi dan kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat / memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung 40 detik atau lebih) . Dari pembukaan 4 cm sampai pembukaan 10 cm akan terjadi dengan cepat rata - rata 1 cm perjam (multipara atau multigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm pada multipara . Terjadi penurunan bagian terbawah janin Fase aktif dibagi menjadi 3 fase , yaitu :

- a) Fase akselerasi dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
- b) Fase dilatasi maksimal dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4cm maksimal 9 cm.
- c) Fase deselerasi pembukaan menjadi lambat. Dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap .

a. Kala II (pengeluaran)

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Menurut Manuaba (2016), gejala dan tanda kala dua persalinan yaitu ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi , ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum dan atau vaginanya, perineum menonjol, vulva-sfingter ani membuka,

meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah. Tanda pasti kala dua ditentukan melalui pemeriksaan dalam (informasi obyektif) yang hasilnya adalah pembukaan serviks telah lengkap atau terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina. Bila dasar panggul sudah berelaksasi, kepala janin tidak masuk lagi diluar his dan dengan his dan kekuatan mengedan maksimal kepala janin dilahirkan dengan suboksiput di bawah simpisis dan dahi, muka dan dagu melewati perineum. Setelah istirahat sebentar, his mulai lagi mengeluarkan badan dan anggota bayi. Pada primigravida kala dua berlangsung rata-rata 1,5 jam dan pada multipara rata-rata 0,5 jam (Manuaba, 2010).

a. Kala III (kala uri)

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uterus agak diatas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah (WHO, 2014).

Tanda Tanda lepasnya plasenta, menurut (Johariyah, 2012) :

a. Uterus menjadi bundar

- b. Uterus terdorong ke atas, karena plasenta dilepaskan ke segmen bawah rahim.
- c. Tali pusat bertambah panjang
- d. Adanya semburan darah tiba-tiba

b. Kala IV

Kala IV mulai dari lahirnya plasenta dan lamanya 2 jam. Dalam kala itu diamati apakah tidak terjadi perdarahan postpartum (Mochtar, 2011).

7. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

- a. Tenaga (*Power*) adalah kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan meliputi:
 - 1. His (kontraksi otot rahim)
 - 2. Kontraksi otot dinding perut
 - 3. Kontraksi dengan diafragma pelvis atau kekuatan mengejan
 - 4. Ketegangan dan kontraksi ligamentum rotundum (Manuaba, 2010)
- b. Janin dan plasenta (*Passenger*) keadaan janin meliputi letak janin dan presentasi. Presentasi digunakan untuk menentukan bagian janin yang ada di bagian bawah rahim yang dijumpai pada palpasi atau pada pemeriksaan dalam (Manuaba, 2010).
- c. Jalan lahir (*Passage*) yang paling penting dan menentukan proses persalinan adalah pelvis minor. Terdiri dari susunan tulang yang kokoh dihubungkan oleh persendian dan jaringan

ikat yang kuat. Jalan lahir adalah pelvis minor atau panggul kecil. Panggul kecil ini terdiri dari pintu atas panggul, bidang terluas panggul, bidang sempit panggul dan pintu bawah panggul (Manuaba, 2008).

- d. Psikis ibu dalam persalinan akan sangat mempengaruhi daya kerja otot-otot yang dibutuhkan dalam persalinan. Baik itu yang otonom maupun yang sadar. Jika seorang ibu menghadapi persalinan dengan rasa tenang, maka persalinan akan terasa mudah untuk ibu tersebut. Namun jika ia merasa tidak ingin ada kehamilan dan persalinan, maka hal ini akan menghambat proses persalinan (Manuaba, 2010).
- e. Penolong : dalam persalinan ibu tidak mengerti apa yang dinamakan dorongan ingin mengejan asli atau yang palsu. Untuk itu bidan dapat membantunya mengenali tanda dan gejala persalinan sangat dibutuhkan. Tenaga ibu akan menjadi sia-sia jika saat untuk mengejan yang ibu lakukan tidak tepat (Manuaba, 2010).

8. Perubahan fisiologis pada persalinan

1. Perubahan Fisiologis kala I

a. Perubahan pada uterus

Uterus terdiri dari dua komponen fungsional utama myometrium dan serviks. Berikut ini akan dibahas tentang kedua komponen fungsional dengan perubahan yang terjadi pada kedua komponen tersebut. Kontraksi uterus bertanggung jawab terhadap penipisan dan pembukaan servik dan pengeluaran bayi dalam persalinan. Kontraksi uterus saat persalinan sangat unik karena kontraksi ini merupakan kontraksi otot yang sangat sakit. Kontraksi

ini bersifat involunter yang bekerja dibawah control saraf dan bersifat intermitten yang memberikan keuntungan berupa adanya periode istirahat/reaksi diantara dua kontraksi.

b. Perubahan serviks

Kala I persalinan dimulai dari munculnya kontraksi persalinan yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan pembukaan servik lengkap.

c. Kardiovaskuler

Pada setiap kontraksi, 400 ml darah dikeluarkan dari uterus dan masuk kedalam sistem vaskuler ibu. Hal ini akan meningkatkan curah jantung meningkat 10% – 15%. Perubahan tekanan darah meningkat selama terjadi kontraksi (sistolik rata – rata naik 15 mmHg, diastolic 5 – 10 mmHg), antara kontraksi tekanan darah kembali normal pada level sebelum persalinan. Rasa sakit, takut dan cemas juga akan meningkatkan tekanan darah perubahan metabolisme selama persalinan metabolisme aerob maupun anaerob terus menerus meningkat seiring dengan kecemasan dan aktivitas otot. Peningkatan metabolisme ini ditandai dengan meningkatnya suhu tubuh, nadi, pernafasan, cardiac output dan kehilangan cairan.

d. Perubahan ginjal

Poliuri akan terjadi selama persalinan selama persalinan.

Ini mungkin disebabkan karena meningkatnya curah jantung

selama persalinan dan meningkatnya filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal.

e. Perubahan hematologi

Hemoglobin meningkat sampai 1.2 gram/100ml selama persalinan dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan sehari setelah pasca salin kecuali ada perdarahan pot partum.

2. Perubahan Fisiologi kala II

a. Tekanan darah

Tekanan darah dapat meningkat 15 sampai 25 mmHg selama kontraksi pada kala dua. Upaya mendedan pada ibu juga dapat memengaruhi tekanan darah menyebabkan tekanan darah meningkat dan kemudian menurun dan pada akhirnya berada sedikit di atas normal. Oleh karena itu, diperlukan evaluasi tekanan darah dengan cermat diantara kontraksi. Rata – rata peningkatan tekanan darah 10 mmHg di antara kontraksi ketika wanita telah mendedan adalah hal yang normal.

b. Metabolisme

Peningkatan metabolisme yang terus menerus berlanjut sampai kala dua disertai upaya mendedan pada ibu yang akan menambah aktivitas otot – otot rangka untuk memperbesar peningkatan metabolisme.

c. Denyut nadi

Frekuensi denyut nadi ibu bervariasi pada setiap kali mencedan. Secara keseluruhan frekuensi nadi meningkat selama kala dua persalinan disertai takikardi yang mencapai puncaknya pada saat persalinan.

d. Suhu

Peningkatan suhu tertinggi terjadi pada saat persalinan dan segera setelahnya. Peningkatan normal adalah 0.5 sampai 10c.

e. Perubahan sistem pernafasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernafasan masih normal diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi

f. Perubahan ginjal

Polyuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Polyuria menjadi kurang jelas pada posisi terlentang karena posisi ini membuat aliran urine berkurang selama kehamilan.

g. Perubahan gastrointestinal

Penurunan motilitas lambung berlanjut sampai kala dua. Muntah normalnya hanya terjadi sesekali. Muntah yang konstan

dan menetap merupakan hal yang abnormal dan kemungkinan merupakan indikasi komplikasi obstetric seperti ruptur uterus.

h. Perubahan hematologi

Hemoglobin meningkat rata – rata 1.2 gm/ 100 ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal.

3. Perubahan fisiologis kala III

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta teraba keras dengan fundus uteri diatas pusat beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 menit – 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah. Komplikasi yang dapat timbul pada kala II adalah perdarahan akibat atonia uteri, retensio plasenta, perlukaan jalan lahir, tanda gejala tali pusat. Tempat implantasi plasenta mengalami pengerutan akibat pengosongan kavum uteri dan kontraksi lanjutan sehingga plasenta dilepaskan dari perlekatannya dan pengumpulan darah pada ruang utero – plasenter akan mendorong plasenta keluar.

4. Perubahan Fisiologis kala IV

Persalinan kala IV dimulai dengan kelahiran plasenta dan berakhir 2 jam kemudian. Periode ini merupakan saat paling kritis

untuk mencegah kematian ibu, terutama kematian disebabkan perdarahan. Selama kala IV, bidan harus memantau ibu setiap 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam kedua setelah persalinan. Jika kondisi ibu tidak stabil, maka ibu harus dipantau lebih sering. Setelah pengeluaran plasenta, uterus biasanya berada pada tengah dari abdomen kira – kira 2/3 antara symphysis pubis dan umbilicus atau berada tepat diatas umbilicus.

1. Mekanisme Persalinan Normal

Menurut Fitriana, dkk (2018) pada persalinan normal terdapat beberapa mekanisme yang dialami oleh ibu bersalin.

Mekanisme tersebut adalah sebagai berikut :

a. Masuknya kepala janin dalam PAP

Melintang kekiri atau posisi jam 3 atau sebaliknya apabila punggung kanan maka sutura sagitalis melintang kekanan atau posisi jam 9. Pada saat itu kepala dalam posisi fleksi ringan. Jika sutura sagitalis dalam diameter anteroposterior dari PAP, maka masuknya kepala akan menjadi sulit karena menempati ukuran yang terkecil dari PAP. Jika sutura sagitalis pada posisi tengah jalan lahir yaitu tepat diantara simpysis dan promontorium, maka dikatakan dalam posisi "*synclitismus*" pada posisi ini os parietela depan dan belakang sama tingginya. Jika sutura sagitalis agak kedepan mendekati simpysis atau agak kebelakang mendekati promontorium, maka yang kita hadapi adalah posisi "*asynclitismus*". *Acynclitismus psterior* adalah posisi

sutura sagitalis mendekati simpisis dan osparietale belakang lebih rendah dari os parietale depan. *Acynclitismus anterior* adalah posisi sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietal depan lebih rendah dari os parietal belakang. Saat kepala masuk PAP biasanya dalam posisi asynclitimus posterior ringan, sedangkan saat kepala janin masuk PAP akan terfiksasi yang disebut dengan engagement.

b. Majunya Kepala Janin

Pada primigravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk ke rongga dan biasanya baru mulai pada kala II. Pada multi gravida majunya kepala dan masuknya kepala dalam rongga panggul terjadi bersamaan. Majunya kepala bersamaan dengan gerakan-gerakan lain, yaitu fleksi, putaran paksi dalam, dan ekstensi. Majunya kepala janin ini disebabkan tekanan cairan intrauteri, tekanan langsung oleh fundus uteri oleh bokong, kekuatan mengedan dan melurusnya badan bayi oleh perubahan bentuk rahim.

c. Fleksi

Fleksi kepala janin memasuki ruang panggul dengan ukuran yang paling kecil yaitu dengan diameter suboccipito bregmatikus (9,5 cm) menggantikan suboccipito frontalis(11 cm). Fleksi disebabkan karena janin didorong maju dan sebakiknya mendapatkan tahanan dari pinggir PAP, serviks, dinding panggul atau dasar panggul. Akibatnya ada dorongan diatas kepala janin menjadi fleksi karena momen yang

menimbulkan fleksi lebih besar daripada momen yang menimbulkan defleksi. Sampai didasar panggul kepala janin berada dalam posisi fleksi maksimal. Kepala turun menemui diafragma pelvis yang berjalan dari belakang atas ke bawah depan. Akibat kombinasi elastisitas, diafragma pelvis dan tekanan intrauterin maka kepala mengadakan rotasi yang disebut sebagai putaran paksi dalam.

d. Putaran Paksi Dalam

Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa, sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar kedepan dan kebawah simpisis. Pada presentasi belakang pada bagian kepala terendah, biasanya daerah ubun-ubun kecil dan bagian ini akan memutar ke depan ke bawah simpisis. Putaran paksi dalam mutlak diperlukan untuk kelahiran kepala, karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul.

Putaran paksi dalam terjadi bersamaan dengan majunya kepala dan tidak terjadi sebelum kepala sampai di hodge III, kadang-kadang baru terjadi setelah kepala sampai didasar panggul. Sebab-sebab terjadinya putaran paksi dalam, adalah sebagai berikut:

- 1) Pada letak fleksi bagian kepala merupakan bagian terendah dari kepala

- 2) Bagian terendah dari kepala mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitalis antara muskulus levator ani kiri dan kanan
- 3) Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter anterior posterior.

e. Ekstensi

Setelah putaran paksi dalam selesai dan kepala sampai didasar panggul terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan di atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk dapat melewati pintu bawah panggul. Rotasi UUK akan berputar kearah depan, sehingga didasar panggul UUK berada dibawah simfisis dengan suboksiput sebagai hipomoklion kepala mengadakan gerakan defleksi untuk dapat dilahirkan. Saat ada his vulva akan lebih membuka, kepala janin makin tampak, perineum menjadi makin lebar dan tipis, anus membuka dinding rektum. Kekuatan his dan kekuatan mengedan, maka berturut-turut tampak bregmatikus, dahi, muka dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi. Sesudah kepala lahir, kepala akan segera berotasi (berputar) yang disebut dengan putaran paksi luar.

f. Putaran Paksi Luar

Putaran paksi luar adalah gerakan kembali sebelum putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan

punggung janin. Bahu melintasi PAP dalam posisi miring. Didalam rongga panggul bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya hingga didasar panggul. Apabila kepala telah dilahirkan, bahu akan berada dalam posisi depan belakang. Selanjutnya, dilahirkan bahu depan terlebih dahulu baru kemudian bahu belakang kemudian bayi lahir seluruhnya.

10. Perubahan fisiologis pada persalinan

a. Perubahan Fisiologis kala I

1. Perubahan pada uterus

Uterus terdiri dari dua komponen fungsional utama myometrium dan serviks. Berikut ini akan dibahas tentang kedua komponen fungsional dengan perubahan yang terjadi pada kedua komponen tersebut. Kontraksi uterus bertanggung jawab terhadap penipisan dan pembukaan servik dan pengeluaran bayi dalam persalinan. Kontraksi uterus saat persalinan sangat unik karena kontraksi ini merupakan kontraksi otot yang sangat sakit. Kontraksi ini bersifat involunter yang beketrja dibawah control saraf dan bersifat intermitten yang memberikan keuntungan berupa adanya periode istirahat/reaksi diantara dua kontraksi.

2. Perubahan serviks

Kala I persalinan dimulai dari munculnya kontraksi persalinan yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan pembukaan servik lengkap.

3. Kardiovaskuler

Pada setiap kontraksi, 400 ml darah dikeluarkan dari uterus dan masuk kedalam sistem vaskuler ibu. Hal ini akan meningkatkan curah jantung meningkat 10% – 15%. Perubahan tekanan darah meningkat selama terjadi kontraksi (sistolik rata – rata naik 15 mmHg, diastolic 5 – 10 mmHg), antara kontraksi tekanan darah kembali normal pada level sebelum persalinan. Rasa sakit, takut dan cemas juga akan meningkatkan tekanan darah perubahan metabolisme selama persalinan metabolisme aerob maupun anaerob terus menerus meningkat seiring dengan kecemasan dan aktivitas otot. Peningkatan metabolisme ini ditandai dengan meningkatnya suhu tubuh, nadi, pernafasan, cardiac output dan kehilangan cairan.

4. Perubahan ginjal

Poliuri akan terjadi selama persalinan selama persalinan. Ini mungkin disebabkan karena meningkatnya curah jantung selama persalinan dan meningkatnya filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal.

5. Perubahan hematologi

Hemoglobin meningkat sampai 1.2 gram/100ml selama persalinan dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan sehari setelah pasca salin kecuali ada perdarahan post partum.

2. Perubahan Fisiologi kala II

a. Tekanan darah

Tekanan darah dapat meningkat 15 sampai 25 mmHg selama kontraksi pada kala dua. Upaya mendedan pada ibu juga dapat memengaruhi tekanan darah menyebabkan tekanan darah meningkat dan kemudian menurun dan pada akhirnya berada sedikit di atas normal. Oleh karena itu, diperlukan evaluasi tekanan darah dengan cermat diantara kontraksi. Rata – rata peningkatan tekanan darah 10 mmHg di antara kontraksi ketika wanita telah mendedan adalah hal yang normal.

b. Metabolisme

Peningkatan metabolisme yang terus menerus berlanjut sampai kala dua disertai upaya mendedan pada ibu yang akan menambah aktivitas otot – otot rangka untuk memperbesar peningkatan metabolisme.

c. Denyut nadi

Frekuensi denyut nadi ibu bervariasi pada setiap kali mendedan. Secara keseluruhan frekuensi nadi meningkat selama kala dua persalinan disertai takikardi yang mencapai puncaknya pada saat persalinan.

d. Suhu

Peningkatan suhu tertinggi terjadi pada saat persalinan dan segera setelahnya. Peningkatan normal adalah 0.5 sampai 1.0°C.

e. Perubahan sistem pernafasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernafasan masih normal diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi

f. Perubahan ginjal

Polyuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Polyuria menjadi kurang jelas pada posisi terlentang karena posisi ini membuat aliran urine berkurang selama kehamilan.

g. Perubahan gastrointestinal

Penurunan motilitas lambung berlanjut sampai kala dua. Muntah normalnya hanya terjadi sesekali. Muntah yang konstan dan menetap merupakan hal yang abnormal dan kemungkinan merupakan indikasi komplikasi obstetric seperti rupture uterus.

h. Perubahan hematologi

Hemoglobin meningkat rata – rata 1.2 gm/ 100 ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal.

3. Perubahan fisiologis kala III

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta teraba keras dengan fundus uteri diatas pusat beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 menit – 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah. Komplikasi yang dapat timbul pada kala II adalah perdarahan akibat atonia uteri, retensio plasenta, perlukaan jalan lahir, tanda gejala tali pusat. Tempat implantasi plasenta mengalami pengerutan akibat pengosongan kavum uteri dan kontraksi lanjutan sehingga plasenta dilepaskan dari perlekatannya dan pengumpulan darah pada ruang utero – plasenter akan mendorong plasenta keluar.

4. Perubahan Fisiologis kala IV

Persalinan kala IV dimulai dengan kelahiran plasenta dan berakhir 2 jam kemudian. Periode ini merupakan saat paling kritis untuk mencegah kematian ibu, terutama kematian disebabkan perdarahan. Selama kala IV, bidan harus memantau ibu setiap 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam kedua setelah persalinan. Jika kondisi ibu tidak stabil, maka ibu harus dipantau lebih sering. Setelah pengeluaran plasenta, uterus biasanya berada

pada tengah dari abdomen kira – kira 2/3 antara symphysis pubis dan umbilicus atau berada tepat diatas umbilicus.

11. Mekanisme Persalinan Normal

Menurut Fitriana, dkk (2018) pada persalinan normal terdapat beberapa mekanisme yang dialami oleh ibu bersalin.

Mekanisme tersebut adalah sebagai berikut :

a. Masuknya kepala janin dalam PAP

Melintang kekiri atau posisi jam 3 atau sebaliknya apabila punggung kanan maka sutura sagitalis melintang kekanan atau posisi jam 9. Pada saat itu kepala dalam posisi fleksi ringan. Jika sutura sagitalis dalam diameter anteroposterior dari PAP, maka masuknya kepala akan menjadi sulit karena menempati ukuran yang terkecil dari PAP. Jika sutura sagitalis pada posisi tengah jalan lahir yaitu tepat diantara simpysis dan promontorium, maka dikatakan dalam posisi "*synclitismus*" pada posisi ini os parietela depan dan belakang sama tingginya. Jika sutura sagitalis agak kedepan mendekati simpisis atau agak kebelakang mendekati promontorium, maka yang kita hadapi adalah posisi "*asynclitismus*". *Acynclitismus posterior* adalah posisi sutura sagitalis mendekati simpisis dan osparietale belakang lebih rendah dari os parietale depan. *Acynclitismus anterior* adalah posisi sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietal depan lebih rendah dari os parietal belakang. Saat

kepala masuk PAP biasanya dalam posisi asynclitimus posterior ringan, sedangkan saat kepala janin masuk PAP akan terfiksasi yang disebut dengan engagement.

b. Majunya Kepala Janin

Pada primigravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk ke rongga dan biasanya baru mulai pada kala II. Pada multi gravida majunya kepala dan masuknya kepala dalam rongga panggul terjadi bersamaan. Majunya kepala bersamaan dengan gerakan-gerakan lain, yaitu fleksi, putaran paksi dalam, dan ekstensi. Majunya kepala janin ini disebabkan tekanan cairan intrauteri, tekanan langsung oleh fundus uteri oleh bokong, kekuatan mengedan dan melurusnya badan bayi oleh perubahan bentuk rahim.

c. Fleksi

Fleksi kepala janin memasuki ruang panggul dengan ukuran yang paling kecil yaitu dengan diameter suboccipito bregmatikus (9,5 cm) menggantikan suboccipito frontalis(11 cm). Fleksi disebabkan karena janin didorong maju dan sebakiknya mendapatkan tahanan dari pinggir PAP, serviks, dinding panggul atau dasar panggul. Akibatnya ada dorongan diatas kepala janin menjadi fleksi karena momen yang menimbulkan fleksi lebih besar daripada momen yang menimbulkan defleksi. Sampai didasar panggul kepala janin berada dalam posisi fleksi

maksimal. Kepala turun menemui diafragma pelvis yang berjalan dari belakang atas ke bawah depan. Akibat kombinasi elastisitas, diafragma pelvis dan tekanan intrauterin maka kepala mengadakan rotasi yang disebut sebagai putaran paksi dalam.

d. Putaran Paksi Dalam

Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa, sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar kedepan dan kebawah simpisis. Pada presentasi belakang pada bagian kepala terendah, biasanya daerah ubun-ubun kecil dan bagian ini akan memutar ke depan ke bawah simpisis. Putaran paksi dalam mutlak diperlukan untuk kelahiran kepala, karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul. Putaran paksi dalam terjadi bersamaan dengan majunya kepala dan tidak terjadi sebelum kepala sampai di hodge III, kadang-kadang baru terjadi setelah kepala sampai didasar panggul. Sebab-sebab terjadinya putaran paksi dalam, adalah sebagai berikut:

- 4) Pada letak fleksi bagian kepala merupakan bagian terendah dari kepala

- 5) Bagian terendah dari kepala mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitalis antara muskulus levator ani kiri dan kanan
- 6) Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter anterior posterior.

e. Ekstensi

Setelah putaran paksi dalam selesai dan kepala sampai didasar panggul terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan di atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk dapat melewati pintu bawah panggul. Rotasi UUK akan berputar kearah depan, sehingga didasar panggul UUK berada dibawah simfisis dengan suboksiput sebagai hipomoklion kepala mengadakan gerakan defleksi untuk dapat dilahirkan. Saat ada his vulva akan lebih membuka, kepala janin makin tampak, perineum menjadi makin lebar dan tipis, anus membuka dinding rektum. Kekuatan his dan kekuatan mengedan, maka berturut-turut tampak bregmatikus, dahi, muka dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi. Sesudah kepala lahir, kepala akan segera berotasi (berputar) yang disebut dengan putaran paksi luar.

f. Putaran Paksi Luar

Putaran paksi luar adalah gerakan kembali sebelum putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung janin. Bahu melintasi PAP dalam posisi miring. Didalam rongga panggul bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya hingga didasar panggul. Apabila kepala telah dilahirkan, bahu akan berada dalam posisi depan belakang. Selanjutnya, dilahirkan bahu depan terlebih dahulu baru kemudian bahu belakang kemudian bayi lahir seluruhnya.

12. Asuhan Persalinan

Asuhan Persalinan Normal (APN) merupakan asuhan yang diberikan secara bersih dan aman selama persalinan berlangsung. Menurut Sarwono (2016), APN terdiri dari 60 langkah yaitu:

Melihat Tanda dan gejala Kala Dua

1. Tanda dan gejala kala dua.
 - a. Ibu mempunyai dorongan ingin meneran.
 - b. Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada anus.
 - c. Perineum menonjol.
 - d. Vulva dan sfingter ani membuka.

Menyiapkan pertolongan persalinan

2. Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set
3. Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
4. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
5. Memakai satu sarung tangan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
6. Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali dipartus set/wadah desinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengotaminasi tabung suntik).

Memastikan pembukaan lengkap dengan janin baik

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air desinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan cara seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa

yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi, langkah #9)

8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap lakukan amniotomi.
9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan.
10. Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit).

Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran

11. Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin bayi. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ibu merasa nyaman).

13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran:

Persiapan pertolongan kelahiran bayi

14. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.

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

16. Membuka partus set. Membuka sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan untuk menolong kelahiran bayi.

17. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan Ibu meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.

18. Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kassa yang bersih.

19. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi:

- a. Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi
 - b. Jika tali pusat melilit leher dengan erat, mengklempnya didua tempat dan memotongnya.
20. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan Lahir bahu
 21. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan masing-masing sisi muka bayi. Mengajukan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya dengan lembut menariknya kearah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior
 22. Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
 23. Setelah tubuh dan lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada diatas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk

menyangga saat punggung dan kaki lahir. Memegang kedua mata kaki dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

Penanganan bayi baru lahir

24. Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi ditempat yang memungkinkan). Bila bayi asfiksia, lakukan resusitasi.
25. Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi. Lakukan penyuntikan oksitoksin.
26. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (kearah ibu).
27. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
28. Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala bayi membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai.

29. Membiarkan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya
30. Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
31. Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.
32. Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitoksin 10 unit I.M di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibubagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.

Penegangan tali pusat terkendali

33. Memindahkan klem pada tali pusat.
34. Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu tepat di atas tulang pubis dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
35. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian mengeluarkan Plasenta
36. Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambilm menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah

atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.

a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva.

b. Jika tali pusat tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit :

1. Mengulangi pemberian oksitoksin 10 unit LM.

2. Menilai kandung kemih dan dilakukan katektisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.

3. Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.

4. Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.

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

37. Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forseps

desinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.

Pemijatan uterus

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

Menilai perdarahan

39. Memeriksa kedua plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta dalam kantong plastik atau tempat khusus. Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai.
40. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

Melakukan prosedur pasca persalinan

41. Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
42. Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air desinfeksi tingkat

tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.

43. Menempatkan klem tali pusat desinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikatkan tali desinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
44. Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
45. Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%
46. Menyelimuti kembali bayi atau menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
47. Menganjurkan ibu untuk melakukan pemberian ASI.
48. Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan vagina.
 - a. 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
 - b. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
 - c. Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.
 - d. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.
 - e. Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesia lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.

49. Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
50. Mengevaluasi kehilangan darah.
51. Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
52. Memeriksa temperatur suhu tubuh sekali setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan.
53. Melakukan tindakan yang sesuai dengan temuan yang tidak normal.

Kebersihan dan keamanan

54. Menempatkan semua peralatan didalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas pakaian setelah dekontaminasi
 - a. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai
 - b. Membersihkan ibu dengan menggunakan air desinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
 - c. Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.

- d. Mendekontaminasi daerah yang digunakan dengan larutan klorin 0,5 % dan membilas dengan air bersih. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 %, membalikkan bagian dalam ke luar untuk merendamnya dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
- e. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

Dokumentasi

- f. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

C. Nifas

1. Pengertian Nifas

Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan (Kemenkes RI, 2015).

Masa nifas atau *purperium* adalah masa pemulihan kembali, dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai 42 hari dimana pada masa itu terjadi pemulihan keadaan alat kandungan seperti pada saat sebelum terjadi kehamilan (Prawiroharjo, 2014).

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa pulih kembali mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti prahamil lama masa nifas 6-8 minggu (Mochtar, 2010).

2. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Diperkirakan 60% kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalinan dan 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama. Tujuan asuhan masa nifas dibagi 2 yaitu :

1. Tujuan Umum Membantu ibu dan pasangannya selama masa transisi awal menyusui anak.
2. Tujuan Khusus
 - a. Menjaga kesehatan ibu dan bayi baik fisik maupun psikologis
 - b. Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati/merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya. (Mansyur & Dahlan, 2016)

3. Tahapan dalam masa Nifas

Menurut Wahyuningsih, 2018 tahapan masa nifas meliputi :

a. Periode Immediate postpartum

masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam.

b. Periode early postpartum (>24 jam-1 minggu)

Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan cairan dan makanan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

c. Periode late postpartum (>1 minggu-6 minggu)

Pada periode ini bidan tetap melakukan asuhan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling perencanaan KB.

- d. Remote puerperium adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki penyulit atau komplikasi.

4. Perubahan fisiologi pada masa nifas

Menurut Kemenkes RI (2015), yaitu:

1. Uterus

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 30 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus.

Tabel2.2 Tinggi Fundus Uteri Saat Masa Nifas

Involusi uterus	TFU	Berat uterus
Bayi Lahir	Setinggi pusat	1000 gr
Plasenta lahir	2 jari bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gr
2 minggu	Tidak teraba di atas simpisis	350 gr
6 minggu	Normal	50 gr
8 minggu	Normal seperti sebelum hamil	30 gr

2. Serviks

Setelah persalinan bentuk serviks agak menganga seperti corong berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat perlukaan-perlukaan kecil. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim, setelah 2

jam dapat dilalui 2-3 jari dan setelah 7 hari hanya dapat dilalui 1jari.

3. Lochea

Lochea adalaah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Pemeriksaan lochea meliputi perubahan warna dan bau karena lochea memiliki ciri khas : bau amis atau khas darah dan adanya bau busuk menandakan adanya infeksi. Jumlah total pengeluaran seluruh periode lochea rata-rata \pm 240-270 ml.

- a) Lochea rubra (Cruenta), berisi darah segar, sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks caseosa meconium, dan berlangsung 2 hari pasca persalinan.
- b) Lochea sanguinolenta, Berwarna merah kecokelatan dan berlendir, berlangsung hari ke 3-7 pasca persalinan.
- c) Lochea serosa, berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, berlangsung hari ke 7-14 pasca persalinan.
- d) Lochea alba, berisi cairan putih, dan terjadi 2 minggu pasca persalinan.(Mansyur & Dahlan, 2016)

4. Vulva, vagina dan perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses

tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi *kurunkulae motiformis* yang khas bagi wanita multipara.

Perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomy dengan indikasi tertentu. Pada postnatal hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus otot tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir *puerperium* dengan latihan harian. (Mansyur & Dahlan, 2016)

5. Sistem Pencernaan

Pasca melahirkan, kadar progesterone juga mulai

menurun. Namun demikian fungsi usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal. Buang air besar secara spontan bisa tertunda selama 2-3 hari setelah ibu melahirkan. Keadaan ini bisa disebabkan karena tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan pada awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan atau dehidrasi. Pada ibu yang mengalami episiotomi, laserasi dan hemoroid sering menduga nyeri saat defekasi sehingga ibu sering menunda untuk defekasi. Faktor tersebut mendukung konstipasi pada ibu nifas dalam minggu pertama. Suppositoria dibutuhkan untuk membantu eliminasi pada ibu nifas. Akan tetapi proses konstipasi juga dapat dipengaruhi oleh kurangnya pengetahuan ibu dan kekhawatiran lukanya akan terbuka bila ibu buang air besar (Mansyur & Dahlan, 2016).

6. Sistem Perkemihan

Ibu postpartum dianjurkan segera buang air kecil, agar tidak mengganggu proses involusi uteri dan ibu merasa nyaman. Namun demikian, paska melahirkan ibu sulit merasa buang air kecil dikarena trauma yang terjadi pada uretra dan kandung kemih selama proses melahirkan, yakni sewaktu bayi melewati jalan lahir. Dinding kandung kemih dapat mengalami oedema. Kombinasi trauma akibat kelahiran, peningkatan

kapasitas kandung kemih setelah bayi lahir dan efek konduksi anestesi menyebabkan keinginan untuk berkemih menurun. Selain itu, rasa nyeri pada panggul yang timbul akibat dorongan saat melahirkan, laserasi vagina, atau episiotomi menurunkan atau mengubah reflex berkemih. Penurunan berkemih, seiring diuresis pascapartum bisa menyebabkan distensi kandung kemih. Distensi kandung kemih yang muncul segera setelah wanita melahirkan dapat menyebabkan perdarahan berlebih karena keadaan ini bisa menghambat uterus berkontraksi dengan baik. Pada masa pasca partum tahap lanjut, distensi yang berlebihan ini dapat menyebabkan kandung kemih lebih peka terhadap infeksi sehingga mengganggu proses berkemih normal. Apabila terjadi distensi berlebih pada kandung kemih dalam mengalami kerusakan lebih lanjut (atoni). Dengan mengosongkan kandung kemih secara adekuat, tonus kandung kemih biasanya akan pulih kembali dalam 5-7 hari setelah bayi lahir (Mansyur & Dahlan, 2016).

7. Tanda-tanda Vital

1. Suhu tubuh

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari $37,2^{\circ}\text{C}$. Pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang lebih $0,5^{\circ}\text{C}$ dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan ini akibat dari kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan

maupun kelelahan. Kurang lebih pada hari ke-4 postpartum, suhu badan akan naik lagi. Apabila kenaikan suhu tubuh diatas 38°C , waspada terhadap infeksi postpartum.

2. Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 x/menit. Pasca melahirkan denyut nadi dapat menjadi bradikardi maupun lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 x/menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum.

3. Tekanan Darah

Tekanan darah adalah tekanan yang dialami darah pada pembuluh arteri ketika darah dipompa oleh jantung ke seluruh anggota tubuh manusia. Tekanan darah normal manusia adalah sistolik antara 90-120 mmHg dan diastolic 60-80 mmHg. Pasca melahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah. Perubahan tekanan darah menjadi lebih rendah pasca melahirkan dapat diakibatkan oleh perdarahan. Sedangkan tekanan darah tinggi pada post partum merupakan tanda terjadinya preeklampsia post partum.

4. Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa

adalah 16-24 x/menit. Pada ibu post partum umumnya pernafasan lambat atau normal. Hal ini dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok (Mansyur & Dahlan, 2016).

5. Perubahan Psikologis pada Masa Nifas

Menurut Walyani, 2016. Fase-fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas yaitu :

a. Fase *taking in* yaitu periode ketergantungan, berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua melahirkan. Pada fase ini ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. Ketidaknyamanan fisik yang dialami ibu pada fase ini seperti mules, nyeri pada jahitan, kurang tidur dan kelelahan merupakan sesuatu yang tidak dapat dihindari. Gangguan fisiologis yang mungkin dirasakan ibu adalah :

- 1) Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya misal jenis kelamin tertentu, warna kulit, jenis rambut dan lainnya.

- 2) Ketidaknyamanan sebagai akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu misal rasa mules karena rahim berkontraksi untuk kembali pada keadaan semula, payudara bengkak, nyeri luka jahitan.
 - 3) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.
 - 4) Suami atau keluarga yang mengkritik ibu tentang cara merawat bayi dan cenderung melihat saja tanpa membantu. Ibu akan merasakan tidak nyaman karena sebenarnya hal tersebut bukan hanya tanggung jawab ibu semata.
- b. Fase *taking hold* adalah periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan sangat sensitif, sehingga mudah tersinggung dan marah.
- c. Fase *letting go* adalah periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Terjadinya peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya sudah meningkat fase ini.

6. Tahapan Masa Nifas

1) Periode immediate post partum

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini merupakan fase kritis, sering terjadi insiden perdarahan postpartum karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan perlu melakukan pemantauan secara kontinu, yang meliputi; kontraksi uterus, pengeluaran lochia, kandung kemih, tekanan darah dan suhu.

2) Periode early postpartum (>24 jam-1 minggu)

Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3) Periode late postpartum (>1 minggu-6 minggu)

Pada periode ini bidan tetap melakukan asuhan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling perencanaan KB

4) Remote puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki penyulit atau komplikasi. (Mansyur & Dahlan, 2016)

7. Tanda Bahaya Masa Nifas

- a. Pendarahan hebat atau peningkatan pendarahan secara tiba-tiba (melebihi haid biasa atau pendarahan tersebut membasahi lebih dari 2 pembalut dalam waktu setengah jam).
- b. Pengeluaran cairan vagina dengan bau busuk dan keras.
- c. Rasa nyeri perut dibagian bawah atau punggung.
- d. Sakit kepala yang terus menerus, nyeri epigastrium, atau masalah penglihatan.
- e. Pembengkakan pada wajah dan tangan, demam, muntah, rasa sakit sewaktu buang air seni, atau merasa tidak enak badan.
- f. Payudara memerah, panas, dan sakit.
- g. Kehilangan selera makan untuk waktu yang berkepanjangan.
- h. Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengurus diri sendiri atau bayi.
- i. Merasa sangat letih atau bernapas terengah-engah. (Mansyur & Dahlan, 2016)

8. Asuhan Masa Nifas

Kunjungan masa nifas dilakukan sedikitnya 4 kali kunjungan karena untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi :

- a. Kunjungan 1 (6- 8 jam post partum)
 - 1) Mencegah pendarahan masa nifas karena atonia uteri.
 - 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain pendarahan.

- 3) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah pendarahan masa nifas karena atonia uteri.
- 4) Pemberian ASI awal .
- 5) Melakukan hubungan antar ibu dan bayi baru lahir.
- 6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

b. Kunjungan II (6 hari post partum)

- 1) Memastikan involusi uterus berjalan normal yaitu uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada pendarahan abnormal, tidak ada bau .
- 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau pendarahan abnormal.
- 3) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat.
- 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan memperhatikan tanda- tanda penyulit.
- 5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

c. Kunjungan III (2 minggu post partum)

Pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum Kunjungan IV (6 minggu setelah persalinan).

d. Kunjungan IV (6 minggu post partum)

- 1) Menanyakan ibu tentang penyulit-penyulit yang ia alami dan bayi.
- 2) Memberikan konseling KB secara dini.(Mansyur & Dahlan, 2016)

B. BAYI BARU LAHIR

1. pengertian

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram dengan penilaian awal bayi baru lahir yaitu bayi cukup bulan, air ketuban jernih, bayi menangis kuat dan tonus otot bayi baik (li, 2010:20).

2. Ciri-ciri bayi lahir normal

- 1). Berat badan : 2.500-4000 gram
- 2). Panjang badan lahir: 48-52 cm
- 3). Lingkar dada: 30-38 cm
- 4). Lingkar kepala: 33-35 cm
- 5). Bunyi jantung dalam menit pertama kira-kira 180 denyut/menit, kemudian menurun sampai 120-160 denyut/menit
- 6). Pernapasan pada menit pertama cepat kira-kira 80 kali/menit, kemudian menurun setelah tenang kira-kira 40-60 kali/menit
- 7). Suhu normal 36,5-37,5°C dan kulit kemerahan

- 8). Kuku agak panjang dan lunak
- 9). Genetalia: labia mayora sudah menutupi labia minora (pada perempuan), testis sudah turun (pada laki-laki).
- 10). Reflek isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- 11). Reflek moro sudah baik, bayi ketika dikejutkan akan memperlihatkan seperti memeluk.
- 12). Eliminasi baik, urine dan mekonium akan keluar dalam 48 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan(li, 2010:21).

3. Penanganan bayi baru lahir

Table 2.3 Penilaian apgar score

Tanda	0	1	2
Appearance	Biru, pucat tungkai biru	Badan pucat,muda	Semuanya merah
Pulse	Tidak teraba	<100	>100
Grimace	Tidak ada	Lambat	Menangis kuat
Activity	Lemas/lumpuh	Gerakan sedikit/fleksi tungkai	Aktif/feksi tungkai baik/reaksi melawan
Respiratory	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Baik, menangis kuat.

Sumber : Walyani /dan Endang, 2016.

Hasil nilai APGAR skor dinilai setiap variable dengan angka 0, 1 dan 2 nilai tertinggi adalah 10, selanjutnya dapat ditentukan keadaan bayi sebagai berikut : Nilai 7-10 menunjukkan bahwa bayi dalam keadaan baik (vigrous baby). Nilai 4-6 menunjukkan bayi mengalami depresi sedang dan membutuhkan tindakan resusitasi. Nilai 0-3 menunjukkan bayi mengalami depresi serius dan membutuhkan resusitasi segera.

1) Membersihkan jalan nafas

Bayi normal akan menangis spontan segera lahir. Apabila bayi tidak langsung menangis, penolong segera membersihkan jalan nafas dengan sebagai berikut:

- a) Letakkan bayi pada posisi telentang di tempat yang keras dan hangat.
- b) Gulung sepotong kain dan letakkan dibawah bahu sehingga leher bayi lebih lama dan kepala tidak menekuk. Posisi kepala diatur lurus sedikit tengadah ke belakang.
- c) Bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang di bungkus kassa steril.
- d) Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar.

2) Memotong dan merawat tali pusat

Tali pusat dipotong sebelum atau sesudah plasenta lahir tidak begitu menentukan dan tidak akan mempengaruhi bayi, kecuali pada bayi kurang bulan.

3) Mempertahankan suhu tubuh

Pada waktu lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat. Suhu tubuh bayi merupakan tolak ukur kebutuhan akan tempat tidur yang hangat sampai suhu tubuhnya sudah stabil. Suhu bayi harus dicatat.

4) Memberi vitamin K

Kejadian perdarahan karena *defisiensi* vitamin K pada bayi baru lahir dilaporkan cukup tinggi. Untuk mencegah terjadinya perdarahan tersebut, semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu di beri vitamin K per oral 1 mg/hari selama tiga hari, sedangkan bayi berisiko tinggi di beri vitamin K parenteral dengan dosis 0,5 mg/hari.

5) Memberi salep mata

Perawatan mata harus dikerjakan segera. Tindakan ini dapat dilakukan setelah selesai melakukan perawatan tali pusat. Dan harus dicatat di dalam status termasuk obat apa yang digunakan.

6) Identifikasi bayi

Apabila bayi dilahirkan di tempat bersalin yang persalinannya kemungkinan lebih dari satu persalinan, maka sebuah alat pengenalan yang efektif harus diberikan kepada setiap bayi baru lahir dan harus tetap di tempatnya sampai waktu bayi di pulangkan.

7) Pemantauan bayi baru lahir

a) Dua jam pertama sesudah lahir

Hal-hal yang dinilai pada jam pertama sesudah lahir meliputi:

- (1) Kemampuan menghisap kuat atau lemah
- (2) Bayi tampak aktif atau lunglai
- (3) Bayi kemerahan atau biru

b) Sebelum penolong persalinan meninggalkan ibu dan bayinya.

Penolong persalinan melakukan pemeriksaan dan penilaian terhadap ada tidaknya masalah kesehatan yang memerlukan tindak lanjut.

8) Pemantauan tanda-tanda vital

a) Suhu, suhu normal bayi baru lahir normal 36,5⁰C - 37,5⁰C.

b) Pernapasan, pernapasan bayi baru lahir normal 30-60 kali per menit.

c) Denyut Jantung, denyut jantung bayi baru lahir normal antara 100-160 kali per menit (li, 2010)

4. Perubahan fisiologis bayi baru lahir

Menurut Muslihatun, 2012 adaptasi fisiologis yang terjadi pada bayi baru lahir adalah:

a. Sistem pernapasan

Setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi. Pernafasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir. Usaha bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli, selain adanya surfaktan yang dengan menarik nafas dan mengeluarkan nafas dengan merintih sehingga udara tertahan di dalam.

b. Suhu tubuh

Terdapat empat mekanisme kemungkinan hilangnya panas tubuh dari bayi baru lahir ke lingkungannya.

a. Evaporasi

Kehilangan panas akibat penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri. Kehilangan panas terjadi jika saat lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan atau terlalu cepat dimandikan dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti.

b. Konduksi

Kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Meja, tempat tidur atau timbangan yang temperaturnya lebih rendah dari tubuh

bayi akan menyerap panas tubuh bayi melalui mekanisme konduksi apabila bayi diletakkan di atas benda-benda tersebut.

c. Konveksi

Kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang dilahirkan atau ditempatkan di dalam ruangan yang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas. Kehilangan panas juga terjadi jika ada aliran udara dingin dari kipas angin, hembusan udara dingin melalui ventilasi/pendingin ruangan.

d. Radiasi

Kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi.(li, 2010).

c. Metabolisme

Bayi baru lahir harus menyesuaikan diri dengan lingkungan baru sehingga energi diperoleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak. Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua, energi berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapat susu kurang lebih pada hari keenam, pemenuhan kebutuhan energi bayi 60% didapatkan dari lemak dan 40% dari karbohidrat.

d. Peredaran darah

Setelah bayi lahir, paru akan berkembang mengakibatkan

tekanan arteriol dalam paru menurun. Tekanan dalam jantung kanan turun, sehingga tekanan jantung kiri lebih besar daripada tekanan jantung kanan yang mengakibatkan menutupnya foramen ovale secara fungsional.

e. Keseimbangan air dan fungsi ginjal

Tubuh bayi baru lahir mengandung relatif banyak air dan kadar natrium relatif lebih besar dari kalium karena ruangan ekstraseluler luas. Fungsi ginjal belum sempurna karena jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa.

f. *Imunoglobulin*

Pada bayi baru lahir hanya terdapat gama globulin G, sehingga imunologi dari ibu dapat melalui plasenta karena berat molekulnya kecil.

g. *Traktus digestivus*

Pada neonatus, traktus digestivus mengandung zat yang berwarna hitam kehijauan yang terdiri dari mukopolisakarida dan disebut meconium.

h. Hati

Segera setelah lahir, hati menunjukkan perubahan kimia dan morfologis, yaitu kenaikan kadar protein serta penurunan kadar lemak dan glikogen. Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir daya detoksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna.

i. Keseimbangan asam basa

Derajat keasaman (pH) darah pada waktu lahir rendah karena glikolisis anaerobik. Dalam 24 jam neonatus telah mengkompensasi dosis ini.

5. Refleks-Refleks Pada Bayi Baru Lahir

c. Refleks menghisap (sucking reflex)

Menghisap adalah refleks yang sangat penting pada bayi. Ketika bagian atas mulut bayi disentuh, bayi pun akan mulai menghisap.

d. Refleks menggenggam (palmar grasp reflex)

Refleks ini terjadi pada bayi ketika jari ibunya menyentuh telapak tangannya, maka ia pun akan merespons dengan cara menggenggam secara kuat dan kekuatannya akan meningkat jika tangan ditarik kembali.

e. Refleks tonic neck

Ketika kepala bayi menengok kesatu sisi, ia akan memanjangkan lengan di sisi yang sama. Sebaliknya, lengan pada sisi yang berlawanan akan ditekuk.

f. Refleks mencari (rooting reflex),

Terjadi ketika pipi bayi diusap atau dibelai lembut pada bagian pinggir bibirnya. Sebagai responsia pun memalingkan kepalanya ke arah sentuhan tersebut sambil membuka mulut.

g. Refleks terkejut (moro reflex)

Refleks moro adalah suatu respons pada bayi yang baru lahir akibat suara atau gerakan yang mengejutkan.

h. Babinski refleksi

Refleks Babinski merupakan gerakan jari-jari mencengkeram ketika bagian telapak kaki diusap, dimana indikasi saraf berkembang dengan normal. (Ii, 2010).

6. Kunjungan neonatus

Terdapat tiga kali kunjungan neonatus menurut (Buku Saku Asuhan Pelayanan Maternal dan Neonatal, 2013) yaitu:

1. Pada usia 6-48 jam (kunjungan neonatal 1)

- a) Menjaga kehangatan bayi
- b) Memastikan bayi menyusu sesering mungkin
- c) Memastikan bayi sudah buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK)
- d) Memastikan bayi cukup tidur
- e) Menjaga kebersihan kulit bayi
- f) Perawatan tali pusat untuk mencegah infeksi
- g) Mengamati tanda-tanda infeksi

2. Pada usia 3-7 hari (kunjungan neonatal 2)

- a) Mengingatkan ibu untuk menjaga kehangatan bayinya
- b) Menanyakan pada ibu apakah bayi menyusu kuat
- c) Menanyakan pada ibu apakah BAB dan BAK bayi normal

- d) Menanyakan apakah bayi tidur lelap atau rewel
- e) Menjaga kekeringan tali pusat
- f) Menanyakan pada ibu apakah terdapat tanda-tanda infeksi

3. Pada usia 8-28 hari (kunjungan neonatal 3)

- a) Mengingatkan ibu untuk menjaga kehangatan bayinya
- b) Menanyakan pada ibu apakah bayi menyusu kuat
- c) Menganjurkan ibu untuk menyusui ASI saja tanpa makanan tambahan selama 6 bulan
- d) Bayi sudah mendapatkan imunisasi BCG, Polio dan hepatitis
- e) Mengingatkan ibu untuk menjaga pusat tetap bersih dan kering
- f) Mengingatkan ibu untuk mengamati tanda-tanda infeksi

7. Mendeteksi Tanda-Tanda Bahaya Pada Bayi Baru Lahir

Tanda-tanda yang harus diwaspadai pada bayi baru lahir:

- a. Pernapasan sulit atau lebih dari 60 kali permenit.
- b. Keangatan terlalu panas ($>38^{\circ}\text{c}$ atau terlalu dingin $<36^{\circ}\text{c}$).
- c. Warna kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru atau pucat, memar.
- d. Pemberian makan, hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah.
- e. Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan (nanah), baubusuk, sulit bernapas.

- f. Tinja atau kemih tidak berkemih dalam 24 jam, tinja lembek, sering, hijau tua, ada lender atau darah pada tinja.
- g. Aktivitas menggigil atau tangis tidak biasa, sangat mudah tersinggung, lemas, terlalu mengantuk, lunglai, kejang, tidak bisa tenang, menangis terus menerus.

8. Penyuluhan Sebelum Bayi Pulang

- a. Perawatan tali pusat.
- b. Pemberian ASI.
- c. Jaga kehangatan bayi.
- d. Tanda-tanda bahaya.
- e. Imunisasi.
- f. Perawatan harian atau rutin.
- g. Pencegahan infeksi dan kecelakaan

D. Manajemen Asuhan Kebidanan 7 Langkah Varney

Proses manajemen kebidanan menurut varney terdiri atas tujuh langkah yang harus dilaksanakan secara berurutan, dan secara periodic perlu dikaji ulang sesuai dengan kondisi ibu hamil yang diberi asuhan. Proses manajemen menggambarkan langkah yang sistematis dan pola pikir yang diaplikasikan dalam semua situasi ibu hamil yang membutuhkan asuhan. Penerapan 7 langkah manajemen menurut varney dalam memberi asuhan kebidanan pada ibu hamil secara sistematis adalah sebagai berikut:

1. Mengumpulkan Data Dasar

Pengumpulan data subjektif dan objektif berupa data focus dibutuhkan untuk menilai keadaan ibu sesuai dengan kondisinya, dilakukan dengan anamnesis, pemeriksaan fisik, penimbangan berat badan, pengukuran tinggi badan, dan pemeriksaan laboratorium. Jenis data yang dikumpulkan adalah:

a. Data subjektif, terdiri atas:

- 1) Biodata ibu dan suami.
- 2) Alasan ibu memeriksakan diri.
- 3) Riwayat kehamilan sekarang.
- 4) Riwayat kebidanan yang lalu.
- 5) Riwayat menstruasi.
- 6) Riwayat pemakaian alat kontrasepsi.
- 7) Riwayat kesehatan.
- 8) Riwayat bio-psikososial-spiritual-kultural.
- 9) Pengetahuan ibu tentang tanda bahaya kehamilan dan persiapan persalinan.

Teknik yang digunakan untuk mengumpulkan data subjektif adalah anamnesis.

b. Data objektif, terdiri atas :

- 1) Kajian umum ekspresi wajah (pucat, takut, sedih, tegang).

- 2) Hasil pemeriksaan umum (tinggi badan, berat badan, suhu, nadi, tekanan darah, dan pernapasan).
- 3) Hasil pemeriksaan kepala.
- 4) Hasil pemeriksaan tangan dan kaki.
- 5) Hasil pemeriksaan payudara.
- 6) Hasil pemeriksaan abdomen.
- 7) Hasil pemeriksaan genitalia.
- 8) Hasil pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ).
- 9) Hasil pemeriksaan darah dan urine

Teknik yang digunakan untuk mengumpulkan data objektif adalah dengan penimbangan berat badan pada ibu hamil, pengukuran tinggi badan, pengukuran tanda vital (suhu tubuh, denyut nadi, tekanan darah, dan pernapasan). Pemeriksaan fisik menggunakan teknik inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi. Pemeriksaan laboratorium mencakup hemoglobin (HB), kadar protein urine, gula dalam urin, dan golongan darah.

Sumber data yang paling akurat, baik data subjektif maupun data objektif adalah ibu hamil yang diberi asuhan. Akan tetapi, apabila kondisi tidak memungkinkan dan data masih diperlukan, data dapat diperoleh dari status ibu menggambarkan dokumentasi asuhan sebelum ditangani, atau dapat juga dari keluarga atau suami yang mendampingi

ibu saat diberi asuhan, dan hasil pemeriksaan penunjang lain, seperti USG, PTT, dan lain- lain.

2. Interpretasi Data

Pada langkah ini, data subjektif dan data objektif yang dikaji, dianalisis menggunakan teorifisiologis dan teoripatologis, sesuai dengan perkembangan kehamilan berdasarkan usia kehamilan ibu saat diberi asuhan, termaksud teori tentang kebutuhan fisik dan psikologis ibu hamil. Analisis dan interpretasi data menghasilkan rumusan diagnosis kehamilan.

Rumusan diagnosis kebidanan pada ibu hamil disertai dengan dasar yang mencerminkan pemikiran rasionan yang mendukung munculnya diagnosis. Masalah merupakan suatu kondisi yang tidak sesuai dengan perkembangan fisiologis kehamilan, adaptasi ibu yang tidak positif terhadap kehamilan, atau dukungan keluarga yang tidak optimal. Misalnya : Ibu menolak kehamilannya, tinggi fundus uteri tidak sesuai dengan usia kehamilan, peningkatan berat badan ibu tidak optimal, ibu takut menghadapi persalinan dan asupan nutrisi kurang.

3. Identifikasi Diagnosa Dan Masalah Potensial

Tindakan antisipasi dilakukan untuk mencegah terjadinya ancaman yang lebih berat sehingga nyawa ibu dan janin dapat terselamatkan. Intervensi langsung oleh bidan

sebagai tindakan untuk mengantisipasi masalah dengan tidak mengancam jiwa.

4. Tindakan Segera Atau Kolaborasi

Bidan harus dapat membuat keputusan untuk melakukan tindakan segera sesuai dengan kewenangannya, baik tindakan kolaborasi maupun rujukan.

5. Rencana Asuhan

Asuhan menyeluruh mengacu pada diagnosis dan masalah sesuai kondisi klien.

6. Implementasi

Pelaksanaan rencana asuhan dapat dilakukan bidan langsung, dapat juga dengan memberdayakan ibu.

7. Evaluasi

Evaluasi ditujukan terhadap efektifitas asuhan yang telah diberikan, mengacu pada perbaikan kondisi/kesehatan ibu dan janin. Evaluasi mencakup jangka pendek, yaitu sesaat setelah intervensi dilaksanakan, dan jangka panjang, yaitu menunggu proses hingga kunjungan berikutnya/kunjungan ulang.

C. Pendokumentasian SOAP

1. Pengertian SOAP

SOAP adalah catatan yang tertulis secara singkat, lengkap dan bermanfaat bagi bidan atau pemberian asuhan yang lain mulai dari data subjektif, objektif, *assessment* dan *planning*.

2. Tujuan Catatan SOAP

- a. Menciptakan catatan permanen tentang asuhan yang diberikan.
- b. Memungkiinkan berbagai informasi antara pemberian asuhan.
- c. Memfasilitasi asuhan yang berkesinambungan.
- d. Memungkinkan pengevaluasian dari asuhan yang diberikan.
- e. Memberikan data untuk catatan nasional, riset dan statistic.
- f. Meningkatkan pemberian asuhan yang lebih aman dan bermutu tinggi kepada pasien (Varney, 2016).

3. Manfaat catatan SOAP

- a. Pendokumentasian metode SOAP merupakan kemajuan informasi yang sistematis yang mengorganisir pertemuan data kesimpulan bidan menjadi rencana asuhan.
- b. Metode ini merupakan penyaringan intisari dari proses pelaksanaan kebidanan untuk tujuan penyediaan dan pendokumentasian asuhan.
- c. Merupakan urutan-urutan dalam mengorganisir pikiran bidan dan pemberian asuhan yang menyeluruh (Varney, 2016)

4. Tahap-tahap Manajemen SOAP :

a. Subjektif (S)

Informasi atau data yang diperoleh dari apa yang dikatakan oleh klien.

b. Objektif (O)

Data yang diperoleh dari apa yang dilihat dan dirasakan oleh bidan saat melakukan pemeriksaan dari hasil laboratorium.

c. *Assessment* (A)

Kesimpulan yang dibuat untuk mengambil suatu diagnosis berdasarkan data subjektif dan data objektif.

d. *Planning*(P) Perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi sesuai dengan kesimpulan.