

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kehamilan

1. Pengertian

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin dalam kandungan, dimulai sejak konsepsi sampai permulaan persalinan (Manuaba, 2015). Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan spermatozoa dan ovum dilanjutkan nidasi atau implantasi. Kehamilan normal berlangsung dalam 37-40 minggu menurut kalender internasional. Kehamilan berlangsung dalam tiga trimester, trimester satu berlangsung dalam 13 minggu, trimester kedua 14 minggu (minggu ke-14 hingga ke-27), dan trimester ketiga selama 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke 40) (Astuti, 2012).

Manuaba (2016) memberikan definisi kehamilan secara berbeda. Kehamilan adalah suatu mata rantai yang berkesinambungan yang terdiri dari ovulasi (pematangan sel) lalu pertemuan ovum (sel telur) dan spermatozoa (sperma) terjadilah pembuahan dan pertumbuhan zigot kemudian bernidasi (penanaman) pada uterus dan pembentukan plasenta dan tahap akhir adalah tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm. Berdasarkan beberapa definisi kehamilan tersebut dapat disimpulkan bahwa kehamilan merupakan bertemunya sel telur

dan sperma yang telah matang sehingga terjadilah nidasi dan tumbuh berkembang sampai aterm.

2. Proses Kehamilan

Menurut Manuaba (2016) peristiwa terjadinya kehamilan di antaranya yaitu :

a. Ovulasi

Ovulasi adalah proses pelepasan ovum yang dipengaruhi oleh sistem hormonal. Dengan pengaruh FSH, folikel primer mengalami perubahan menjadi folikel *de graaf* yang menuju ke permukaan ovum disertai pembentukan cairan folikel. Selama pertumbuhan menjadi folikel *de graaf*, ovarium mengeluarkan hormon estrogen yang dapat mempengaruhi gerak dari tuba yang makin mendekati ovarium, gerak sel rambut lumen tuba makin tinggi, sehingga peristaltik tuba makin aktif, yang mengalir menuju uterus. Dengan pengaruh LH yang semakin besar dan fluktuasi yang mendadak, terjadi proses pelepasan ovum yang disebut ovulasi. Ovum yang dilepaskan akan ditangkap oleh fimbriae, dan ovum yang ditangkap terus berjalan mengikuti tuba menuju uterus dalam bentuk pematangan yang siap untuk dibuahi (Manuaba, 2016).

b. Konsepsi

Merupakan pertemuan antara inti ovum dengan inti spermatozoa yang nantinya akan membentuk zigot (Manuaba, 2016).

c. Nidasi atau implantasi

Setelah terbentuknya zigot yang dalam beberapa jam telah mampu membelah dirinya menjadi dua dan seterusnya serta berjalan terus menuju uterus, hasil pembelahan sel memenuhi seluruh ruangan dalam ovum, maka terjadilah proses penanaman blastula yang di namakan nidasi atau implantasi yang berlangsung pada hari ke 6 sampai 7 setelah konsepsi (Manuaba,2016).

d. Pembentukan plasenta

Terjadinya nidasi mendorong sel blastula mengadakan diferensiasi, sel yang dekat dengan ruangan *eksoselom* membentuk kantong kuning telur sedangkan sel lain membentuk ruangan amnion, sedangkan plat embrio terbentuk diantara dua ruangan amnion dan kantong kuning telur tersebut. Ruangan amnion dengan cepat mendekati korion sehingga jaringan yang terdapat diantara amnion dan embrio padat dan berkembang menjadi talipusat. *Vili korealis* menghancurkan desidua sampai pembuluh darah vena mulai pada hari ke 10 sampai 11 setelah konsepsi sedangkan arteri pada hari ke 14 sampai 15. Bagian desidua yang tidak dihancurkan akan membentuk plasenta 15-20 kotiledon maternal, pada janin plasenta akan dibagi menjadi sekitar 200 kotiledon fetus dan setiap kotiledon fetus terus bercabang dan

mengambang ditengah aliran darah yang nantinya berfungsi untuk memberikan nutrisi dan pertumbuhan (Manuaba, 2016).

3. Tanda-tanda kehamilan

a. Tanda tidak pasti kehamilan

- 1) *Amenorea*/ tidak mengalami menstruasi sesuai siklus (terlambat haid). Wanita harus mengetahui tanggal hari pertama haid terakhir supaya dapat ditaksir umur kehamilan dan dapat ditaksir tanggal persalinan.
- 2) Mual dan muntah. Biasanya terjadi pada awal trimester pertama kehamilan hingga akhir trimester pertama.
- 3) Pusing
- 4) Sering kencing. Karena kandung kemih tertekan oleh rahim yang membesar. Gejala ini akan menghilang pada triwulan kedua kehamilan.
- 5) Obstipasi. Karena tonus otot-otot usus menurun karena pengaruh hormone progesterone.
- 6) Hiperpigmentasi kulit oleh pengaruh hormone ekortikosteroid. Dijumpai dimuka (*Cloasmagruvidarum*), areola, payudara, leher dan dinding perut (*lineanigra*).
- 7) Pembesaran vena-vena (varices) dapat terjadi pada kaki, betis, dan vulva biasanya dijumpai pada triwulan terakhir.
- 8) Payudara membesar tegang dan sedikit nyeri disebabkan pengaruh hormone estrogen dan progesterone yang

merangsang ductus dan alveoli payudara, kelenjar montgomeri terlihat lebih membesar.

- 9) Perubahan perasaan
- 10) Berat badan bertambah.

b. Tanda mungkin hamil

- 1) Tanda Hegar, melunaknya segmen bawah rahim yang mempunyai kesan lebih tipis dapat diketahui dengan pemeriksaan dalam.
- 2) Tanda Chadwicks, perubahan warna pada porsio pada awalnya berwarna merah muda menjadi kebiru-biruan, selaput lendir dan vagina pun berwarna keungu-unguan.
- 3) Tanda Piscaseck, pembesaran uterus tidak simetris disebabkan uterus membesar ke salah satu jurusan sehingga menonjol jelas ke jurusan pembesaran tersebut
- 4) Tanda Brackston-hicks, ibu hamil dapat merasakan kontraksi yang timbul sesekali tepat di bagian perut bawah.
- 5) Teraba *Ballotement*, pada perabaan terdapat fenomena bandul atau ada pantulan balik sebagai tanda adanya janin dalam uterus, dilakukan dengan menekan dinding abdomen sehingga akan teraba pantulan balik pada dinding abdomen atau tangan pemeriksa. Pemeriksaan kehamilan seperti ini tidak cukup karena dapat saja merupakan mioma uteri.

c. Tanda pasti hamil

- 1) Teraba bagian-bagian janin, kepala dan bokong dan bagian kecil janin (lengan dan kaki), teraba jelas pada usia kehamilan trimester akhir. Bagian janin dapat dilihat lebih sempurna menggunakan USG.
- 2) Terdengar denyut jantung janin (DJJ), menggunakan *dopler* dapat terdengar pada usia kehamilan 12 minggu dan menggunakan *stetoskop Laenec* dapat terdengar pada usia kehamilan 18-20 minggu.
- 3) Kerangka janin dapat dilihat dengan *foto rontgen* maupun USG.

4. Perubahan anatomi (fisiologis) pada masa kehamilan

a. Sistem reproduksi

(1) Vagina dan vulva

Pengaruh hormon estrogen terjadi hipervaskularisasi pada vagina dan vulva, sehingga bagian tersebut terlihat lebih merah atau kebiruan (tanda Chadwick) (Sulistyawati, 2019). Selama hamil keseimbangan normal pada vagina terganggu akibat peningkatan kadar hormon membuat lingkungan vagina menjadi lebih asam. Keasaman mencegah invasi berbagai bakteri. Infeksi vagina terutama kandidiasis lebih sering terjadi (Nurul, 2014).

(2) Uterus

Uterus membesar akibat pertumbuhan janin dalam kandungan. Pengaruh hormon estrogen menyebabkan hiperplasia jaringan dan hormon progesteron berperan untuk elastisitas/kelenturan uterus. Uterus yang tidak hamil memiliki panjang 7,5cm, lebar 5cm dan tebal 2,5cm, berat sekitar 60 gram. Pada kehamilan aterm ukuran uterus rata-rata 30cm x 23cm x 20cm dan berat meningkat sampai 900 gram. Pertumbuhan uterus dapat diukur melalui dinding abdomen sepanjang kehamilan. Minggu ke-12 dan ke-14 uterus semakin membesar menyebabkan uterus keluar dari rongga panggul dan teraba diatas simfisis pubis. Minggu ke-20 uterus membesar secara bertahap sampai setinggi umbilicus dan pada kehamilan aterm hampir menyentuh prosesus xifoideus. Minggu ke-38 sampai ke-40 tinggi fundus turun karena janin mulai masuk pintu atas panggul.

Isthmus melunak dan dapat ditekan pada sekitar minggu ke-7 dan ke-8 (tanda Hegar), serviks melunak (tanda Goodell). Setelah minggu ke-8, korpus uterus dan serviks melunak dan membesar secara keseluruhan. Minggu ke-30, uterus dapat terlihat menjadi dua bagian utama. Isthmus menjadi segmen bawah uterus yang dindingnya tersusun atas lapisan otot polos sirkuler dan longitudinal. Bagian segmen atas uterus memiliki dinding yang lebih tebal dan

tersusun atas lapisan otot oblik. Minggu ke-36 segmen bawah uterus sudah terbentuk sempurna dan sepanjang 8-10 cm. Selama kehamilan uterus menampung janin, plasenta dan cairan amnion, rata-rata pada akhir kehamilan volume total mencapai 5000ml bahkan dapat mencapai 20.000 ml atau lebih dengan rata-rata 1100 gram (Wiknjosastro, 2014).

b. Payudara (mammas)

Pengaruh estrogen, progesteron dan somatotropin menimbulkan deposit lemak, air dan garam pada payudara. Payudara membesar dan tegang, ujung saraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada kehamilan pertama. Perubahan lain seperti pigmentasi, puting susu lebih menonjol, sekresi kolostrum dan pembesaran vena semakin bertambah seiring perkembangan kehamilan.

c. Sistem kardiovaskular (sirkulasi darah)

Volume darah meningkat karena jumlah serum lebih besar daripada pertumbuhan sel darah sehingga terjadi hemodelusi atau pengenceran darah. Naik pesat sejak akhir trimester pertama. Volume darah meningkat sekitar 30%-50% pada kehamilan tunggal, dan 50% pada kehamilan kembar akibat retensi garam dan air yang disebabkan sekresi aldosteron dari hormon adrenal oleh estrogen.

d. Sistem pernafasan (respirasi)

Kebutuhan oksigen selama hamil meningkat 15-20% sehingga terjadi peningkatan inspirasi dan ekspirasi dalam pernafasan. Semakin bertambah usia kehamilan dan pembesaran rahim, wanita hamil sering mengeluh sesak dan pendek napas disebabkan penekanan pada diafragma akibat dorongan rahim yang membesar. Kerja jantung dan paru bertambah berat selama hamil, jantung memompa darah untuk ibu dan janin, paru-paru menghisap zat asam (pertukaran O₂ dan CO₂) untuk kebutuhan ibu dan janin.

e. Sistem perkemihan

Selama kehamilan ginjal bekerja lebih berat karena menyaring darah, volume darah meningkat 30%-50% atau lebih. Hemodelusi menyebabkan metabolisme air lancar sehingga pembentukan air seni bertambah. Pembesaran uterus menekan kandung kemih menyebabkan sering berkemih. Gejala akan menghilang pada trimester 2 kehamilan dan muncul kembali pada akhir trimester 3 karena turunnya kepala janin ke rongga panggul yang menekan kandung kemih.

f. Sistem endokrin

Plasenta terbentuk secara sempurna dan berfungsi 10 minggu setelah pembuahan terjadi dan akan mengambil alih tugas korpus luteum untuk memproduksi estrogen dan

progesteron. Hormon HPL (Human Placenta Lactogen) atau hormon yang merangsang produksi ASI, Hormon HCT (Human Chorionic Thyrotropin) atau hormon pengatur aktivitas kelenjar tyroid dan hormon MSH (Melanocyte Stimulating Hormon) atau hormon yang mempengaruhi warna atau perubahan pada kulit (Sulistyawati, 2019).

g. Sistem integument (pigmentasi kulit)

Pengaruh hormon kehamilan merangsang pigmentasi kulit di beberapa tempat :

- a) daerah pipi : cloasma gravidarum (penghitaman pada daerah dahi, hidung, pipi dan leher)
- b) daerah leher : terlihat tampak lebih hitam
- c) dinding perut : striae livide/ gravidarum yaitu tanda yang dibentuk akibat serabut-serabut elastis lapisan kulit terdalam terpisah dan putus/merenggang, berwarna kebiruan, kadang dapat menyebabkan rasa gatal (pruritus), linea alba atau garis keputihan pada perut menjadi lebih hitam (linea nigra atau garis gelap vertikal mengikuti garis perut (dari pusat simpisis)
- d) sekitar payudara : hiperpigmentasi areola mammae. Pigmentasi areola berbeda pada tiap wanita, ada yang merah muda pada wanita kulit putih, coklat tua pada wanita kulit coklat dan hitam pada wanita kulit hitam. Selain itu,

kelenjar montgomeri menonjol dan pembuluh darah sekitar payudara.

e) Sekitar pantat dan paha atas : terdapat striae akibat pembesaran bagian tersebut.

h. Sistem muskuloskeletal

Perubahan tubuh dan peningkatan berat menyebabkan postur dan cara berjalan berubah. Kurva lumbosakrum semakin melengkung dan daerah servikodorsal berbentuk kurvatura, fleksi anterior kepala berlebihan seperti menunduk untuk mempertahankan keseimbangan karena pusat gravitasi ibu hamil bergeser ke depan. Struktur ligamentum dan otot tulang belakang bagian tengah dan bawah mendapat tekanan berat.

i. Kenaikan berat badan (BB)

Pertambahan berat badan ibu hamil dipengaruhi oleh perubahan fisiologis selama hamil, karakteristik lain dan faktor biologis (metabolisme plasenta). Fungsi plasenta sebagai perantara ibu dan janin. Perubahan homeostatis dapat merubah struktur dan fungsi plasenta berdampak terhadap kondisi pertumbuhan janin. Plasenta mempengaruhi sistem metabolisme ibu karena adanya perubahan hormon insulin sehingga berakibat pada pertambahan berat badan ibu hamil. Standar pertambahan berat badan ibu hamil selama masa kehamilan sesuai dengan IMT sebelum hamil:

Tabel 2.1 Standar Pertambahan Berat Badan Selama Hamil

IMT Sebelum Hamil	Total Pertambahan Berat Badan (Kg)
Kurang (<18,5 kg/m ²)	12,5-18
Normal (18,5-24,9 kg/m ²)	11,5-16
Overweight (25-29,9 kg/m ²)	7-11,5
Obesitas (≥30 kg/m ²)	5-9

Sumber : (WHO, 2004; Institute of Medicine and National Research Council, 2009)

5. Perubahan psikologis ibu hamil

Menurut Kusmiyati, dkk (2017) perubahan psikologis pada masa kehamilan, yaitu:

a. Trimester I

Sering disebut masa penentuan bahwa hamil. Pada kehamilan trimester pertama segera setelah konsepsi, kadar hormon progesteron dan estrogen dalam tubuh akan meningkat. Ini menyebabkan timbulnya mual dan muntah pada pagi hari, lemah, lelah dan membesarnya payudara. Ibu merasa tidak sehat dan seringkali membenci kehamilannya. Banyak ibu yang merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan dan kesedihan. Seringkali, pada awal masa kehamilan ibu berharap untuk tidak hamil.

b. Trimester II

Trimester kedua biasanya ibu sudah merasa sehat dan sering disebut dengan periode pancaran kesehatan. Tubuh ibu telah terbiasa dengan kadar hormon yang lebih tinggi dan rasa tidak nyaman karena hamil sudah berkurang. Ibu telah

menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energi serta pikirannya secara lebih konstruktif. Pada trimester ini pula ibu mampu merasakan gerakan janinnya. Banyak ibu yang merasa terlepas dari kecemasan dan rasa tidak nyaman, seperti yang dirasakannya pada trimester pertama dan merasakan naiknya libido.

c. Trimester III

Trimester ketiga seringkali disebut periode penantian untuk kelahiran bagi bayi dan kebahagiaan dalam menanti seperti apa rupa bayi nantinya dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Kadang ibu merasa khawatir bila bayinya lahir sewaktu-waktu. Ibu sering merasa khawatir kalau-kalau bayinya lahir tidak normal. Kebanyakan ibu juga akan bersikap melindungi bayinya dan cenderung menghindari orang atau benda apa saja yang dianggapnya membahayakan bayi. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ketiga dan banyak ibu merasakan aneh atau jelek. Di samping itu ibu mulai merasa sedih karena akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima semasa hamil.

6. Faktor yang mempengaruhi kehamilan

a. Faktor Fisik

1) Status kesehatan

- 2) Status gizi
- 3) Perokok/alkoholik
- 4) Hamil diluar nikah/kehamilan yang tidak diinginkan.

b. Faktor Psikologis

- 1) Stresor internal meliputi faktor-faktor pemicu stres ibu hamil yang berasal dari ibu sendiri.
- 2) Stresor eksternal yaitu pemicu stres dari luar, seperti masalah ekonomi, konflik keluarga, pertengkaran dengan suami, dan masih banyak kasus yang lain.
- 3) Dukungan keluarga
- 4) Kekerasan yang dilakukan oleh pasangan (partner abuse).

c. Faktor lingkungan, sosial, dan budaya.

- 1) Kebersihan, adat istiadat
- 2) Fasilitas kesehatan
- 3) Ekonomi
- 4) Kekerasan dalam kehamilan
- 5) Tingkat pendidikan
- 6) Pekerjaan (Sulistyawati,2016).

7. Tanda-tanda bahaya kehamilan

a. Hiperemesis gravidarum

Adalah mual dan muntah yang berlebihan pada wanita hamil sampai mengganggu pekerjaan sehari-hari karena

keadaan umumnya menjadi buruk sehingga terjadi dehidrasi.
(Mochtar, 2017)

b. Perdarahan pervaginam

Perdarahan dapat terjadi pada kehamilan muda dan kehamilan lanjut. Perdarahan hamil muda adalah perdarahan yang terjadi <20 minggu. Perdarahan hamil lanjut/antepartum adalah perdarahan pada trimester terakhir kehamilan sampai bayi dilahirkan. (Sarwono, 2017)

a. Abortus

Berakhirnya kehamilan sebelum mencapai 20 minggu, dihitung dari hari pertama haid normal terakhir.

Klasifikasi abortus :

- a) Abortus spontan adalah keluarnya hasil konsepsi tanpa intervensi medis atau mekanis.
- b) Abortus imminens adalah perdarahan dari uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu, tidak ada dilatasi serviks dan hasil konsepsi masih berada di dalam uterus.
- c) Abortus insipiens adalah perdarahan dari uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu disertai adanya dilatasi serviks dan hasil konsepsi masih berada di dalam uterus.
- d) Abortus komplis adalah pengeluaran lengkap seluruh hasil konsepsi sebelum usia kehamilan 20 minggu. Ostium uteri telah menutup dan uterus mulai mengecil.

e) Abortus inkompletus adalah pengeluaran sebagian hasil konsepsi sebelum usia kehamilan 20 minggu, ditandai dengan keluarnya jaringan dari jalan lahir tetapi masih ada sisa tertinggal di dalam uterus.

f) Missed Abortion adalah kematian embrio dalam kandungan sebelum usia kehamilan 20 minggu. Uterus berkembang lebih kecil dibanding usia kehamilannya, dapat disertai bercak perdarahan atau tidak, dan tidak adanya riwayat keluarnya jaringan.

b. Plasenta Previa

Plasenta yang berimplantasi pada bagian bawah/rendah sehingga menutupi sebagian/seluruh ostium uteri internum. Normalnya plasenta berimplantasi pada dinding depan, dinding belakang rahim atau di daerah fundus uteri. Gejala plasenta previa seperti perdarahan tanpa nyeri, bagian terendah anak sangat tinggi karena plasenta terletak pada bagian bawah rahim sehingga bagian terendah tidak dapat mendekati pintu atas panggul, ukuran panjang rahim berkurang maka pada plasenta previa lebih sering disertai kelainan letak.

a) Plasenta previa totalis yaitu posisi plasenta menutupi ostium internal secara keseluruhan.

b) Plasenta previa parsialis yaitu posisi plasenta yang menutupi ostium interna sebagian.

c) Plasenta previa marginalis yaitu posisi plasenta yang berada di tepi ostium interna.

d) Plasenta previa letak rendah yaitu posisi plasenta yang berimplantasi di segmen bawah uterus.

c. Solusio Plasenta

Lepasnya plasenta sebelum waktunya. Normalnya plasenta terlepas setelah bayi lahir. Tanda dan gejala solusio plasenta adalah perdarahan disertai rasa nyeri, nyeri abdomen saat dilakukan palpasi/dipegang, palpasi sulit dilakukan, fundus uteri semakin lama makin naik, bunyi jantung biasanya tidak ada.

c. Sakit kepala yang berat

Sakit kepala merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan masalah serius adalah sakit kepala yang hebat, menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Sakit kepala yang hebat dapat menyebabkan penglihatan menjadi kabur atau berbayang. (Sarwono, 2017)

d. Penglihatan kabur

Pengaruh hormonal selama kehamilan, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah dalam kehamilan. Tanda dan

gejalanya adalah masalah perubahan penglihatan (visual) yang mendadak, misalnya penglihatan kabur dan berbayang. Perubahan penglihatan dapat disertai sakit kepala yang hebat dan menandakan preeklamsia. Perlu dilakukan pemeriksaan lengkap baik oedem pada tangan/ kaki, tekanan darah, dan protein urin ibu sejak dini. (Sarwono, 2017)

e. Bengkak pada wajah dan jari-jari tangan

Bengkak menjadi masalah serius ditandai dengan: 1) Muncul pembengkakan pada muka, tangan dan ekstremitas lainnya, (2) Bengkak tidak hilang setelah beristirahat, (3) Bengkak disertai dengan keluhan fisik lainnya. Hal ini merupakan pertanda dari anemia, gangguan fungsi ginjal, gagal jantung ataupun pre eklampsia. Gejala anemia dapat muncul dalam bentuk oedema (bengkak) karena dengan menurunnya kekentalan darah pada penderita anemia, disebabkan oleh berkurangnya kadar hemoglobin (Hb, sebagai pengangkut oksigen dalam darah). Pada darah yang rendah kadar Hb-nya, kandungan cairannya lebih tinggi dibandingkan dengan sel-sel darah merah. (Sarwono, 2017)

f. Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri pada daerah abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan normal merupakan suatu kelainan. Nyeri abdomen ditandai nyeri perut yang hebat, menetap dan tidak

hilang setelah beristirahat, terkadang dapat disertai dengan perdarahan lewat jalan lahir. Kemungkinan adanya appendicitis (radang usus buntu), kehamilan ektopik (kehamilan di luar kandungan), abortus (keguguran), penyakit radang panggul, persalinan preterm, gastritis (maag), solutio placenta, penyakit menular seksual, infeksi saluran kemih atau infeksi lain. (Sarwono, 2017)

g. Gerakan janin berkurang atau tidak terasa

Ibu hamil dapat merasakan gerakan bayi pada usia kehamilan 16-20 minggu. Janin harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam (10 gerakan dalam 12 jam). Jika ibu tidak merasakan gerakan janin sesudah usia 22 minggu/memasuki persalinan, maka perlu diwaspadai terjadinya gawat janin atau kematian janin dalam rahim. (Sarwono, 2017)

h. Keluar cairan pervaginam

Keluarnya cairan berupa air-air dari vagina pada trimester 3, ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung, pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan preterm (sebelum kehamilan 37 minggu) maupun pada kehamilan aterm, Normalnya selaput ketuban pecah pada akhir kala I atau awal kala. (Sarwono, 2017).

i. Demam tinggi

Suhu badan ibu hamil berada pada $>38^{\circ}\text{C}$ dalam kehamilan. Demam pada kehamilan merupakan manifestasi tanda gejala infeksi kehamilan. Penangannya dengan memiringkan badan ibu ke arah kiri, cukupi kebutuhan cairan ibu dan kompres hangat guna menurunkan suhu ibu. komplikasi yang ditimbulkan jika ibu mengalami demam tinggi yaitu sistitis (infeksi kandung kencing) serta infeksi saluran kemih atas.

8. Asuhan Antenatal Care (ANC)

a. Pengertian *Antenatal Care*

Pemeriksaan *antenatal care* (ANC) adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil. Sehingga mampu menghadapi persalinan, kala nifas, persiapan pemberian ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar (Kartini, Syafar, Arsin, et al., 2016). Kunjungan *Antenatal Care* (ANC) adalah kunjungan ibu hamil ke bidan atau dokter sedini mungkin semenjak ia merasa dirinya hamil untuk mendapatkan pelayanan/asuhan antenatal. Pelayanan *antenatal* ialah untuk mencegah adanya komplikasi obstetri bila mungkin dan memastikan bahwa komplikasi dideteksi sedini mungkin serta ditangani secara memadai (Saifuddin, dkk., 2016).

Pemeriksaan kehamilan atau ANC merupakan pemeriksaan ibu hamil baik fisik dan mental serta menyelamatkan ibu dan anak dalam kehamilan, persalinan dan masa nifas, sehingga keadaan postpartum sehat dan normal, tidak hanya fisik tetapi juga mental (Wiknjosastro,2016). Pelayanan *antenatal* terintegrasi merupakan integrasi pelayanan *antenatal* rutin dengan beberapa program lain yang sarasanya pada ibu hamil, sesuai prioritas Departemen Kesehatan, yang diperlukan guna meningkatkan kualitas pelayanan *antenatal*.

Program-program yang diintegrasikan dalam pelayanan *antenatal* terintegrasi meliputi :

- 1) Maternal Neonatal Tetanus Elimination (MNTE)
- 2) Antisipasi Defisiensi Gizi dalam Kehamilan (Andika)
- 3) Pencegahan dan Pengobatan IMS/ISR dalam Kehamilan (PIDK)
- 4) Eliminasi Sifilis Kongenital (ESK) dan Frambusia
- 5) Pencegahan dan Penularan HIV dari Ibu ke Bayi (PMTCT)
- 6) Pencegahan Malaria dalam Kehamilan (PMDK)
- 7) Penatalaksanaan TB dalam Kehamilan (TB-NC) dan Kusta
- 8) Pencegahan Kecacingan dalam Kehamilan (PKDK)
- 9) Penanggulangan Gangguan Intelegensia pada Kehamilan (PAGIN) (Kemenkes RI, 2017)

b. Tujuan *Antenatal Care*

Baru dalam setengah abad ini diadakan pengawasan wanita hamil secara teratur dan tertentu. Dengan usahaituternataangkamortalitas serta morbiditas ibu dan bayi jelas menurun. Tujuan pengawasan wanita hamil ialah menyiapkan ia sebaik-baiknya fisik dan mental, serta menyelamatkan ibu dan anak dalam kehamilan, persalinan dan masa nifas, sehingga keadaan mereka *postpartum* sehat dan normal, tidak hanya fisik akan tetapi juga mental. Ini berarti dalam *antenatal care* harus diusahakan agar :

- 1) Wanita hamil sampai akhir kehamilan sekurang kurangnya harus sama sehatnya atau lebih sehat;
- 2) Adanya kelainan fisik atau psikologik harus ditemukan dini dan diobati,
- 3) Wanita melahirkan tanpa kesulitan dan bayi yang dilahirkan sehat pula fisik dan mental (Wiknjosastro, 2016)

c. Tujuan Asuhan *Antenatal* yaitu :

- 1) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan Ibu dan tumbuh kembang bayi;
- 2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu dan bayi,
- 3) Mengenali secara dini adanya ketidak normalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk

riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan,

- 4) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, Ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin,
- 5) Mempersiapkan peran Ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal (Saifuddin, dkk., 2016).

d. Keuntungan *Antenatal Care*

Dapat mengetahui berbagai resiko dan komplikasi hamil sehingga ibu hamil dapat diarahkan untuk melakukan rujukan kerumah sakit. (Manuaba, 2016)

e. Fungsi *Antenatal Care*

- 1) Promosi kesehatan selama kehamilan melalui sarana dan aktifitas pendidikan
- 2) Melakukan screening, identifikasi dengan wanita dengan kehamilan resiko tinggi dan merujuk bila perlu
- 3) Memantau kesehatan selama hamil dengan usaha mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi.

f. Cara Pelayanan *Antenatal Care*

Cara pelayanan *antenatal*, disesuaikan dengan standar pelayanan *antenatal* menurut Kemenkes RI yang terdiri dari :

- 1) Kunjungan Pertama

- a) Catat identitas ibu hamil
 - b) Catat kehamilan sekarang
 - c) Catat riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu
 - d) Catat penggunaan cara kontrasepsi sebelum kehamilan
 - e) Pemeriksaan fisik diagnostic dan laboratorium
 - f) Pemeriksaan obstetric
 - g) Pemberian imunisasi tetanus toxoid (TT)
 - h) Pemberian obatrutin seperti tablet Fe, calsiium, multivitamin, dan mineral lainnya serta obat-obatan khusus atas indikasi.
 - i) Penyuluhan/konseling.
- 2) Jadwal kunjungan ANC

Pelayanan antenatal (Antenatal Care/ANC) pada kehamilan normal minimal 6x dengan rincian 2x di Trimester 1, 1x di Trimester 2, dan 3x di Trimester 3. Minimal 2x diperiksa oleh dokter saat kunjungan 1 di Trimester 1 dan saat kunjungan ke 5 di Trimester 3 (Kemenkes, 2020).

- a. Kunjungan selama trimester satu (<13 minggu)
Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan ibu hamil, mendeteksi masalah dan melakukan penanganan, pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan penanganan,

melakukan tindakan pencegahan terhadap tetanus neonatorum, anemia kekurangan zat besi, penggunaan praktek tradisional yang merugikan, mendorong perilaku yang sehat (gizi, latihan dan kebersihan, istirahat dan sebagainya). (Fatmawati et al., 2019)

- b. Kunjungan selama trimester kedua (UK 14-27 minggu) Pengenalan komplikasi kehamilan dan penanganan, kewaspadaan khusus terhadap preeklampsia (tanya ibu tentang gejala preeklamsia, pantau tekanan darah, evaluasi oedema, periksa apakah ada kehamilan ganda atau infeksi alat reproduksi dan perencanaan persalinan.
 - c. Kunjungan trimester ketiga (UK 28-36 minggu dan >36minggu) Kegiatan yang dilakukan sama dengan kunjungan diatas, mengenali adanya kelainan letak dan presentasi, memantapkan rencana persalinan dan mengenali tanda-tanda persalinan termasuk persiapan persalinan.
- g. Kunjungan Ibu Hamil

Kontak ibu hamil dan petugas yang memberikan pelayanan untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan., istilah kunjungan tidak mengandung arti bahwa selalu ibu

hamil yang kefasilitas tetapi ibu hamil yang dikunjungi oleh petugas kesehatan (Kartini, Syafar, Arsin, et al., 2016).

h. Standar Pelayanan asuhan pelayanan antenatal

Menurut Nurjasmii (2016) tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan antenatal diharapkan memberi pelayanan berkualitas minimal standar (10T) terdiri dari :

1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan (T1)

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin (Kartini, Syafar, A., et al., 2016). Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor risiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan risiko terjadinya CPD (*Cephal Pelvic Disproportion*).

2) Tensi atauUkur Tekanan Darah (T2)\

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg) pada

kehamilan dan preeklampsia (hipertensi disertai odema wajah dan atau tungkai bawah dan atau ptoteinuria).

3) Ukur Lingkar Lengan Atas (LILA) (T3)

Pengukuran lingkar lengan atas dilakukan pada awal kunjungan ANC untuk mengetahui status gizi ibu hamil (skrining KEK), batasan normal 23,5 cm, bila kurang perlu perhatian khusus tentang asupan gizi selama kehamilan (Kartini, 2017). Ibu hamil yang mengalami kurang gizi dapat mempengaruhi daya tahan tubuh ibu sehingga mudah sakit maupun infeksi. Kondisi tersebut tidak baik bagi pertumbuhan janin yang dikandung dan dapat menyebabkan anemia yang memberi dampak buruk saat proses persalinan, memicu terjadinya perdarahan (Mandriwati, 2011).

4) Ukur Tinggi Fundus Uteri (T4)

Pengukuran tinggi fundus uteri ada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan usia kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukuran setelah kehamilan 24 minggu.

Tabel 2.2 Penambahan Tinggi Fundus Uteri

No.	Usia Kehamilan (minggu)	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
1	12	3 jari di atas simfisis
2	16	Pertengahan pusat – simfisis
3	20	3 jari bawah pusat
4	24	setinggi pusat
5	28	3 jari di atas pusat
6	32	Pertengahan pusat-prosesus xipoides
7	36	3 jari di bawah prosesus xipoides
8	40	Pertengahan pusat-prosesus xipoides

Sumber : Sulistiawati, 2019

5) Imunisasi tetanus Toxoid (T5)

Mencegah terjadinya tetanus neonatorum ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskroning status imunisasi TT-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil disesuaikan dengan status imunisasi TT ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status imunisasi T5 tidak perlu diberi imunisasi TT.

Tabel 2.3 Pemberian Vaksin TT

Pemberian	Pemberian	Lama proteksi
TT1	Diberikan pada kontak pertama saat hamil	Tidak ada
TT2	Diberikan 4 minggu setelah TT1	3 tahun
TT3	Diberikan 6 bulan setelah TT2	5 tahun
TT4	Diberikan 1 tahun setelah TT3	10 tahun
TT5	Diberikan 1 tahun setelah TT4	Selama usia subur

Sumber : Astuti, 2012

6) Beri tablet tambah darah (tablet besi) (T6)

Mencegah anemia gizi besi pada masa kehamilan maka setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama (Kartini, 2018).

7) Tentukan presentasi dan DJJ (T7)

Palpasi Leopold merupakan teknik pemeriksaan ibu hamil dengan cara melakukan perabaan pada dinding abdomen. Dikembangkan oleh Christian Gerhard Leopold terdiri dari Leopold I sampai IV.

a. Pemeriksaan Leopold I

Tujuan pemeriksaan : menentukan usia kehamilan dan mengetahui bagian janin. Tehnik pemeriksaan

- a) Memposisikan ibu dengan lutut fleksi (kaki ditekuk 45° atau lutut bagian dalam diganjal bantal) dan pemeriksa menghadap ke arah ibu
- b) Menengahkan uterus dengan menggunakan kedua tangan dari arah samping umbilical
- c) Kedua tangan meraba fundus kemudian menentukan TFU
- d) Meraba bagian fundus menggunakan ujung kedua tangan untuk menentukan bagian janin.

Hasil pemeriksaan : 1) teraba kepala apabila bagian fundus, teraba keras, bundar dan melenting (mudah digerakkan) 2) teraba bokong bila teraba lunak, kurang bundar dan kurang melenting 3) apabila posisi janin melintang dalam rahim, maka fundus teraba kosong.

b. Pemeriksaan Leopold II

Tujuan pemeriksaan : untuk menentukan bagian janin yang berada pada kedua sisi perut ibu, pada letak lintang tentukan di mana kepala janin. Teknik pemeriksaan :

- a) Posisi ibu masih dengan lutut \fleksi (kaki ditekuk) dan pemeriksa menghadap ibu

- b) Meletakkan telapak tangan kiri pada dinding perut lateral kanan dan telapak tangan kanan pada dinding perut lateral kiri ibu secara sejajar dan pada ketinggian yang sama
- c) Mulai dari bagian atas tekan secara bergantian atau bersamaan (simultan) telapak tangan tangan kiri dan kanan kemudian geser ke arah bawah dan rasakan adanya bagian yang rata dan memanjang (punggung) atau bagian-bagian kecil (ekstremitas).

Hasil pemeriksaan : 1) bagian punggung akan teraba jelas, rata, cembung, kaku/tidak dapat digerakkan 2) bagian-bagian kecil (tangan dan kaki) akan teraba kecil, bentuk/posisi tidak jelas dan menonjol, kemungkinan teraba gerakan kaki janin secara aktif maupun pasif.

c. Pemeriksaan Leopold III

Tujuan pemeriksaan : untuk menentukan bagian terendah janin (kepala atau bokong). Teknik pemeriksaan :

- a) Posisi ibu masih dengan lutut fleksi (kaki ditekuk) dan pemeriksa menghadap ibu

- b) Meletakkan ujung telapak tangan kiri pada dinding lateral kiri bawah, telapak tangan kanan bawah perut ibu
- c) Menekan secara lembut dan bersamaan/bergantian untuk menentukan bagian terendah janin
- d) Gunakan tangan kanan dengan ibu jari dan keempat jari lainnya kemudian goyang bagian terendah janin.

Hasil pemeriksaan : bila teraba bundar, keras dan melenting menandakan letak kepala, bila teraba lunak, tidak keras dan tidak melenting menandakan bokong dan bila kosong saat perabaan dimungkinkan letak lintang.

d. Pemeriksaan Leopold IV

Tujuan pemeriksaan : untuk mengetahui seberapa jauh bagian terendah janin memasuki pintu atas panggul.

Tehnik pemeriksaan :

- a) Pemeriksa menghadap ke arah kaki ibu, posisi kaki ibu lurus
- b) Meletakkan ujung telapak tangan kiri dan kanan pada lateral kiri dan kanan uterus bawah, ujung-ujung jari tangan kiri dan kanan berada pada tepi atas simfisis
- c) Menemukan kedua ibu jari kiri dan kanan kemudian rapatkan semua jari-jari tangan yang meraba dinding

bawah uterus. Perhatikan sudut yang terbentuk oleh jari-jari : bila kedua ujung jari bertemu (konvergen) atau tidak bertemu (divergen)

d) Memfiksasi bagian terendah janin dengan meletakkan jari-jari tangan kanan diantara tangan kiri dan simfisis untuk menilai seberapa jauh bagian terbawah telah memasuki pintu atas panggul.

Hasil pemeriksaan : apabila kedua jari-jari tangan pemeriksa bertemu (konvergen) berarti bagian terendah janin belum memasuki pintu atas panggul, sedangkan apabila kedua tangan pemeriksa membentuk jarak atau tidak bertemu (divergen) maka bagian terendah janin sudah memasuki Pintu Atas Panggul (PAP)

Penurunan kepala dinilai dengan perlimaanan :
 5/5 (seluruh bagian jari masih meraba kepala, kepala belum masuk PAP), 1/5 (teraba kepala 1 jari dari lima jari, bagian kepala sudah masuk 4 bagian) dan seterusnya sampai 0/5 (seluruh kepala sudah masuk PAP)

8) Pemeriksaan laboratorium sederhana (T9)

Pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin

darah, protein urine, reduksi urin. Pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan laboratorium yang dilakukan atas indikasi (Kartini, n.d.).

a. Pemeriksaan golongan darah

Dilakukan pada ibu hamil yang belum mengetahui jenis golongan darah sebagai dasar persiapan calon pendonor darah bila sewaktu-waktu diperlukan pada situasi kegawatdaruratan.

b. Pemeriksaan Hb

Dilakukan pada kunjungan kehamilan pertama kali dan diperiksa ulang menjelang persalinan. Pemeriksaan Hb dilakukan untuk mendeteksi adanya anemia pada ibu hamil.

c. Pemeriksaan protein urin

Pemeriksaan bertujuan untuk mendeteksi salah satu gejala kemungkinan preeklamsi pada ibu hamil

d. Pemeriksaan urin reduksi

Dilakukan pemeriksaan urin reduksi hanya pada ibu dengan indikasi gula/DM atau riwayat penyakit gula.

9) Temu wicara (konseling) (T8)

Konseling yang dilakukan pada ibu dan keluarga agar mengerti dan memahami lebih baik mengenai dirinya untuk mengatasi permasalahan yang sedang dihadapi.

Prinsip konseling keterbukaan, empati, dukungan, sikap dan respon positif dan setingkat atau sama derajat. Tujuan konseling antenatal care adalah membantu ibu hamil memahami kehamilannya dan sebagai upaya preventif terhadap hal-hal yang tidak diinginkan, membantu ibu hamil menemukan kebutuhan asuhan kehamilan, penolong persalinan yang bersih dan aman atau tindakan klinik yang mungkin diperlukan.

Temu wicara berkaitan dengan kesehatan ibu dan perilaku hidup bersih dan sehat, peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang serta gejala penyakit menular dan tidak menular. Penawaran melakukan tes HIV dan konseling pada ibu di daerah epidemi, ibu hamil dengan infeksi menular seksual atau ibu di daerah endemik tuberculosis. Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif. Penggunaan kontrasepsi pasca persalinan dan imunisasi, peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (*brain booster*). Bila pemeriksaan antenatal ditemukan ada kelainan harus segera ditangani sesuai standar dan kewenangan bidan. Kasus yang tidak dapat ditangani dilakukan rujukan.

10) Tata laksana kasus atau penanganan khusus (T10)

Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik pada ibu hamil atau pemeriksaan laboratorium, bila ditemukan kelainan maka ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar kewenangan tenaga kesehatan. Kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

i. Kebijakan Pelayanan *Antenatal*

1) Kebijakan Program

Kebijakan Departemen Kesehatan dalam upaya mempercepat penurunan AKI dan AKB pada dasarnya mengacu kepada intervensi strategis “Empat Pilar *Safe Motherhood*” yaitu meliputi: Keluarga Berencana, ANC, Persalinan Bersih dan Aman, dan Pelayanan Obstetri Essensial.

Pendekatan pelayanan obstetric dan neonatal kepada setiap ibu hamil ini sesuai dengan pendekatan *Making Pregnancy Safer* (MPS), yang mempunyai 3 (tiga) pesan kunci yaitu :

- a) Setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih.
- b) Setiap komplikasi obstetric dan neonatal mendapat pelayanan yang adekuat.

- c) Setiap perempuan dalam usia subur mempunyai akses pencegahan dan penatalaksanaan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganannya komplikasi keguguran.

2) Kebijakan teknis

Pelayanan/asuhan *antenatal* ini hanya dapat diberikan oleh tenaga kesehatan professional dan tidak dapat diberikan oleh dukun bayi. Untuk itu perlu kebijakan teknis untuk ibu hamil secara keseluruhan yang bertujuan untuk mengurangi resiko dan komplikasi kehamilan secara dini. Kebijakan teknis itu dapat meliputi komponen-komponen sebagai berikut:

- a) Mengupayakan kehamilan yang sehat
- b) Melakukan deteksi dini komplikasi, melakukan penatalaksanaan awal serta rujukan bila diperlukan.
- c) Persiapan persalinan yang bersih dan aman
- d) Perencanaan antisipatif dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi komplikasi.

Beberapa kebijakan teknis pelayanan *antenatal* rutin yang selama ini dilaksanakan dalam rangka peningkatan cakupan pelayanan antara lain meliputi :

- a. Deteksi dini ibu hamil melalui kegiatan P4K dengan stiker dan buku KIA, dengan melibatkan kader dan

perangkar desa serta kegiatan kelompok Kelas Ibu Hamil.

- b. Peningkatan kemampuan penjangkauan ibu hamil melalui kegiatan kemitraan Bidan dan Dukun.
- c. Peningkatan akses ke pelayanan dengan kunjungan rumah.
- d. Peningkatan akses pelayanan persalinan dengan rumah tunggu (Kemenkes RI, 2017).

3) Intervensi Dalam Pelayanan *Antenatal Care*

Intervensi dalam pelayanan *antenatal care* adalah perlakuan yang diberikan kepada ibu hamil setelah dibuat diagnosa kehamilan. Adapun intervensi dalam pelayanan *antenatal care* adalah :

a) Intervensi Dasar

1) Pemberian Tetanus Toxoid

- a. Tujuan pemberian TT adalah untuk melindungi janin dari tetanus neonatorum, pemberian TT baru menimbulkan efek perlindungan bila diberikan sekurang-kurangnya 2kali dengan interval minimal 4 minggu, kecuali bila sebelumnya ibu telah mendapatkan TT 2 kali pada kehamilan yang lalu atau pada masa calon pengantin, maka TT cukup diberikan satu kali (TT ulang). Untuk menjaga

efektifitas vaksin perlu diperhatikan cara penyimpanan serta dosis pemberian yang tepat.

b. Dosis dan pemberian 0,5 cc pada lengan atas

2) Pemberian Vitamin Zat Besi

a. Tujuan pemberian tablet Fe adalah untuk memenuhi kebutuhan Fe pada ibu hamil dan nifas karena pada masa kehamilan dan nifas kebutuhan meningkat.

b. Dimulai dengan memberikan satu sehari sesegera mungkin setelah rasa mual hilang. Tiap tablet mengandung $\text{FeSO}_4 \cdot 320 \text{ Mg}$ (zat besi 60Mg) dan Asam Folat 500Mg, minimal masing-masing 90 tablet. Tablet besi sebaiknya tidak di minum bersama teh atau kopi, karena mengganggu penyerapan. (Saifudin, 2016)

b) Intervensi Khusus

Intervensi khusus adalah hal khusus yang diberikan kepada ibu hamil sesuai dengan faktor resiko dan kelainan yang ditemukan, meliputi:

1) Faktor risiko, meliputi:

a. Umur : terlalu muda yaitu dibawa 20 tahun dan terlalu tua 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

2) Komplikasi Kehamilan

a. Komplikasi obstetric langsung

- 1) Perdarahan
- 2) Pre eklamsia/eklamsia
- 3) Kelainan letak lintang, sungsang primi gravida
- 4) Anak besar, hidramnion, kelainan kembar
- 5) Ketuban pecah dini dalam kehamilan.

b. Komplikasi obstetri tidak langsung

- 1) Penyakit jantung
- 2) Hepatitis
- 3) TBC (Tuberkolosis)
- 4) Anemia
- 5) Malaria
- 6) Diabetes militus

c. Komplikasi yang berhubungan dengan obstetric ,komplikasi akibat kecelakaan (kendaraan, keracunan, kebakaran) (Mochtar , 2016).

j. Pelaksana dan Tempat Pelayanan *Antenatal*

Pelayanan kegiatan pelayanan *antenatal* terdapat dari tenaga medis yaitu dokter umum dan dokter spesialis dan tenaga paramedic yaitu bidan, perawat yang sudah mendapat pelatihan. Pelayanan *antenatal* dapat dilaksanakan di puskesmas, puskesmas pembantu, posyandu, Bidan Praktik Swasta, polindes, rumah sakit bersalin dan rumah sakit umum (Kemenkes RI, 2017).

B. Persalinan

1. Pengertian

Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologis yang normal. Persalinan merupakan proses pengeluaran janin dan plasenta dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses persalinan dimulai saat adanya dilatasi serviks sampai pembukaan lengkap. Dilatasi terjadi akibat adanya kontraksi uterus yang mula-mula kecil kemudian terus meningkat sampai pembukaan serviks lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari rahim ibu (Wiknjastro, 2014). Persalinan normal adalah proses kelahiran bayi dengan letak belakang kepala, tenaga ibu sendiri tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi. Umumnya berlangsung kurang dari 24 jam. Persalinan normal jika proses terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (Kuswanti, 2014).

2. Jenis persalinan

- a. Persalinan spontan, yaitu bila persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.
- b. Persalinan buatan, yaitu bila proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.
- c. Persalinan anjuran, yaitu bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan.

Beberapa istilah yang berkaitan dengan umur kehamilan dan berat janin yang dilahirkan:

1. Abortus

- a. Terhentinya dan keluarnya hasil konsepsi sebelum mampu hidup diluarkandung.
- b. Umur kehamilan sebelum 28 minggu.
- c. Berat janin kurang dari 1000 gram

2. Persalinan prematuritas

- a. Persalinan pada umur kehamilan 28 hingga 36minggu
- b. Berat janin kurang 2.499gram

3. Persalian Aterm

- a. Persalinan antara umur kehamilan (37 hingga 42 minggu)
- b. Berat janin \geq 2500gram

4. Persalinan serotinus

- a. Persalinan melampaui umur kehamilan 42minggu
- b. Pada jani terdapat tandaserotinus

5. Persalinan presipetatus

Persalinan yang berlangsung cepat kurang dari 3 jam

3. Proses terjadinya persalinan

Bagaimana terjadinya persalinan belum diketahui dengan pasti, sehingga menimbulkan beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya persalinan. Sebab-sebab mulainya persalinan menurut (Sulistiyawati, 2016). Perlu diketahui bahwa ada dua hormon yang dominan pada saat hamil, yaitu :

a) Estrogen

- 1) Meningkatkan sensitivitas otot Rahim.
- 2) Memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin dan rangsangan mekanik.

b) Progesteron

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

Teori tentang penyebab persalinan

1) Teori peregangan

- a) Otot rahim mempunyai kemampuan meregangkan dalam batas tertentu.

- b) Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.
- c) Contohnya pada hamil ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu, sehingga menimbulkan proses persalinan.

2) Teori penurunan progesteron

- a) Proses penebaran plasenta mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu.
- b) Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim menjadi lebih sensitif terhadap oksitosin.

3) Teori oksitosin internal

- a) Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior.
- b) Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas terhadap oksitosin otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi braxtonhicks.
- c) Menurunnya konsentrasi akibat tuanya kehamilan, maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dapat dimulai.

4) Teori prostaglandin

- a) Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua.
- b) Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan.

c) Prostaglandin dianggap dapat merupakan pemicu persalinan.

5) Teori hipotalamus pituitari dan glandula suprarenalis

a) Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan anencephalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus.

b) Malpas pada tahun 1933 mengangkat otak kelinci percobaan, hasilnya kehamilan kelinci berlangsung lebih lama.

c) Dari hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan terdapat hubungan antara hipotalamus dengan mulainya persalinan.

d) Glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan (Sulistyawati, 2016).

4. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Beberapa faktor yang mempengaruhi persalinan menurut Wiknjosastro (2014) dan Yulizawati (2019).

a. Power (kekuatan)

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

b. 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:

a. Bidang Hodge I

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

b. Bidang Hodge II

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

c. Bidang Hodge III

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

d. Bidang Hodge IV

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

c. *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 menyertai janin.

d. *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.

e. 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.

Tanda persalinan sudah dekat :

Menjelang minggu ke 36, pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan:

- 1) Kontraksi braxtonhicks
- 2) Ketegangan dinding perut
- 3) Ketegangan ligamentumrotundum
- 4) Gaya berat janin dimana kepala ke arah bawah Masuknya kepala bayi ke pintu ataspanggul
- 5) Terasa ringan dibagian atas, rasa sesaknyaberkurang.
- 6) Dibagian bawah terasasesak.
- 7) Terjadi kesulitan saatberjalan.
- 8) Sering miksi (beser kencing)

Gambaran *lightening* pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara ketiga P yaitu, power(kekuatan his), passage (jalan lahir normal), dan passanger (janinnya dan plasenta), psikis (psikologi) dan penolong persalinan.Pada multipara gambarannya

tidak jelas, karena kepala janin baru masuk pintu atas panggul menjelang persalinan.

5. Tanda-tanda persalinan

1) Adanya kontraksi rahim (his)

Tanda awal persalinan adalah munculnya kontraksi, berirama, teratur dan involunter yang bertujuan menyiapkan mulut rahim untuk membesar & meningkatkan aliran darah dalam plasenta.

2) Keluar lendir bercampur darah

Lendir disekresi sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Lendir pada mulanya menutup leher rahim dan terlepas sehingga menyebabkan keluarnya lendir yang berwarna kemerahan bercampur darah dan terdorong keluar oleh kontraksi yang membuka mulut rahim yang menandakan bahwa mulut rahim menjadi lunak dan membuka.

3) Keluarnya air-air (ketuban)

Keluarnya air dalam jumlah yang cukup banyak berasal dari ketuban yang pecah akibat kontraksi yang makin sering terjadi. Bila ketuban sudah pecah sudah saatnya bayi keluar.

4) Pembukaan serviks

Membukanya leher rahim sebagai respon terhadap kontraksi yang berkembang. Tanda ini tidak diketahui oleh pasien tetapi dapat diketahui melalui pemeriksaan dalam.

6. Mekanisme persalinan normal

Menurut Elisabeth (2016) menjelaskan mekanisme persalinan normal yaitu:

- 1) Turunnya kepala dibagi menjadi dua yaitu masuknya kepala dalam pintu atas panggul, dan majunya kepala.
- 2) Pembagian ini terutama berlaku pada primigravida. Masuknya ke dalam pintu atas panggul pada primigravida sudah terjadi pada bulan terakhir kehamilan tetapi pada multigravida biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan.
- 3) Masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul biasanya dengan sutura sagitalis, melintang dan dengan fleksi yang ringan.
- 4) Masuknya sutura sagitalis terdapat ditengah-tengah jalan lahir, ialah tepat diantara simpisis dan promotorium, maka kepala dikatakan dalam synclitismus dan synclitismus os parietal depan dan belakang samatingginya.
- 5) Jika sutura sagitalis agak ke depan mendekati simpisis atau agak ke belakang mendekati promotorium maka posisi ini disebut asynclitismus. Pada pintu atas panggul biasanya kepala dalam asynclitismus posterior yang ringan. Asynclitismus posterior ialah jika sutura sagitalis mendekati simpisis dan os parietal belakang lebih rendah dari os parietal depan. Asynclitismus anterior ialah jika sutura sagitalis mendekati promotorium sehingga os parietal depan lebih rendah dari os parietal belakang.

- 6) Majunya kepala pada primigravida terjadi setelah kepala masuk kedalam rongga panggul dan biasanya baru dimulai pada kala 2. Pada multigravida sebaiknya majunya kepala dan masuknya kepala kedalam rongga panggul terjadi bersamaan. Yang menyebabkan majunya kepala: Tekanan cairan intrauterine, tekanan langsung oleh fundus pada bokong, kekuatan meneran, melurusnya badan janin oleh perubahan bentuk rahim.
- 7) Penurunan terjadi selama persalinan oleh karena daya dorong dari kontraksi dan posisi, serta penerapan selama kala 2 oleh ibu.
- 8) Fiksasi (engagement) dari kepala janin telah masuk panggul ibu. diameter biparietal dari kepala janin telah masuk panggul ibu.
- 9) Desensus merupakan syarat utama kelahiran kepala, terjadi karena adanya tekanan cairan amnion, tekanan langsung pada bokong saat kontraksi, usaha meneran, ekstensi dan pelurusan badanjanin.
- 10) Fleksi, sangat penting bagi penurunan kepala selama kala 2 agar bagian terkecil masuk apnggul dan terus turun. Dengan majunya dari bertambahnya fleksi ialah ukuran kepala yang lebih kecil melalui jalan lahir yaitu diameter suboccipito bregmatika (9,5 cm) menggantikan diameter suboccipito

frontalis (11,5 cm). Fleksi disebabkan karena janin didorong maju, dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir pintu atas panggul, serviks, dinding panggul atau dasar panggul. Akibat dari kekuatan dorongan dan tahanan ini terjadilah fleksi, karena moment yang menimbulkan fleksi lebih besar dari moment yang menimbulkan defleksi.

- 11) Putaran paksi dalam/rotasi internal, pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah simpisis. Pada presentasi belakang kepala bagian yang terendah ialah daerah ubun-ubun kebawah karena putar paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul. Putaran paksi dalam tidak terjadi tersendiri, tetapi selalu kepala sampai ke hodge III, kadang kadang baru setelah kepala sampai didasar panggul. Sebab sebab putaran paksi dalam: Pada letak fleksi, bagian belakang kepala merupakan bagian tahanan dari kepala. Pada bagian terendah dari kepala ini mencari tahanan yang paling sedikit yaitu pada sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genetalis antara M. Levator ani kiri dan kanan. Pada ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter anteroposterior.

- 12) Rotasi internal dari kepala janin akan membuat diameter enteroposterior (yang lebih panjang) dari kepala akan menyesuaikan diri dengan diameter anteroposterior dari panggul.
- 13) Ekstensi, setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini terjadi pada saat lahir kepala, terjadi karena gaya tahanan dari dasar panggul dimana gaya tersebut membentuk lengkungan Carrus, yang mengarahkan kepala keatas menuju lubang vulva sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya. Bagian leher belakang di bawah occiputnya akan bergeser di bawah simpisis pubis dan bekerja sebagai titik poros. Uterus yang berkontraksi kemudian memberi tekanan tambahan atas kepala yang menyebabkan ekstensi kepala lebih lanjut saat lubang vulva vagina membuka lebar. Pada kepala bekerja dua kekuatan, yang satu mendesaknya ke bawah dan satunya karena disebabkan tahanan dasar panggul yang menolaknya keatas.
- 14) Setelah subocciput tertahan pada pinggir bawah symphysis maka yang dapat maju karena kekuatan tersebut diatas adalah bagian yang berhadapan dengan subocciput, maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum ubun-ubun besar, dahi hidung dan mulut dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi.

Subocciput yang menjadi pusat pemutaran disebut hypomoclin.

15) Rotasi eksternal/putaran paksi luar, terjadi bersamaan dengan perputaran interior bahu. Setelah kepala lahir, maka kepala anak memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Gerakan ini di sebut putaran restitusi. Restitusi adalah perputaran kepala sejauh 45^0 baik kearah kiri atau kanan bergantung pada arah dimana ia mengikuti perputaran dilanjutkan hingga belakang kepala berhadapan dengan tibia ischidium. Gerakan yang terakhir ini adalah gerakan paksi luar yang sebenarnya dan disebabkan karena ukuran bahu, menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawahpanggul.

16) Ekspulsi, setelah putaran paksi luar bahu depan sampai dibawah symphysis dan menjadi hypomoclion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir mengikuti lengkung carrus (kurva jalanlahir).

7. APN (60 Langkah Persalinan Normal)

Menurut Ilmiah (2015) bahwa Langkah- langkah persalinan normal diantaranya adalah:

1) Mendengar dan melihat tanda dan gejala kala II :

a. Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran(doran)

- b. Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina(tekus)
 - c. Perineum tampak menonjol (perjol)
 - d. Vulva dan sfingter ani membuka(vulka)
- 2) Menyiapkan Pertolongan Persalinan. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu danBBL.
 - 3) Pakai celemek plastic
 - 4) Mencuci tangan (sekitar 15 detik) dan keringkan dengan tisu/handuk.
 - 5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang digunakan untuk PD
 - 6) Masukkan oksitosin ke dalam spuit (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT/ steril, pastikan tidak terjadi kontaminasi pada spuit).
- Memastikan Pembukaan Lengkap dan Keadaan Janin Baik
- 7) Membersihkan vulva dan perineum, mengusapnya denganhati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas DTT.
 - 8) Lakukan pemeriksaan dalam (PD) untuk memastikanpembukaan lengkap (bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi).
 - 9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan clorin

0,5% selama 10menit.

- 10) Periksa DJJ setelah kontraksi / saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 x/ menit).
Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk Membantu Proses Bimbingan Meneran
- 11) Beritahu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengankeinginannya.
- 12) Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang di inginkan dan pastikan ibu merasanyaman).
- 13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu marasa ada dorongan kuat untuk meneran.
- 14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60menit.

Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

- 15) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6cm.
- 16) Letakkan kain bersih yang di lipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
- 17) Buka tutup paertus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat

dan bahan.

- 18) Pakai sarung tangan DTT pada keduatangan.

Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

- 19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering.
 - 20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi.
 - 21) Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
 - 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal.
 - 23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
 - 24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki serta pegang masing-masing kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya.
- Penanganan Bayi Baru Lahir
- 25) Lakukan penilaian sepiantas
 - 26) Keringkan tubuh bayi

- 27) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
- 28) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.
- 29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 IU secara IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).
- 30) setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
- 31) Pemotongan tali pusat
- 32) Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi, letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada / perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala II

- 33) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- 34) Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.

- 35) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversiuteri).
- 36) Lakukan penegangan tali pusat dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemusiman ke arah atas, mengikuti proses jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorsokranial).
- 37) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil kemudian di lahirkan dan titempatkan plasenta pada wadah yang telahdisediakan.
- 38) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan tangan di fundus uteri dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase.
- 39) Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastik dan tempatkhusus.
- 40) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan. Bila

ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif segera lakukan penjahitan.

- 41) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 42) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan clorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, bilas dengan larutan DTT, lalu keringkan tangan.
- 43) Pastikan kandung kemih kosong
- 44) Ajarkan ibu /keluarga cara melakukan massase uterus dan menilai kontraksi.
- 45) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- 46) Periksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
- 47) Periksa kembali bayi, pastikan bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit) serta suhu tubuh normal ($36,5^{\circ}$ - $37,5^{\circ}$ C)
- 48) Kebersihan dan keamanan
- 49) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 50) Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT dan bantu ibu memakai pakaian.
- 51) Pastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi makan dan minum yang

diinginkan.

- 52) Dekontami asi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.
- 53) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan clorin 0,5% balikan bagian dalam keluar selama 10 menit.
- 54) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 55) Pakai sarung tangan.
- 56) Dalam 1 jam lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir, beri tetes mata dan vitamin K 1 mg secara IM di paha kiri anterolateral.
- 57) Setelah 1 jam pemberian vit K, suntikkan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.
- 58) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit.
- 59) Cucui kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue/handuk bersih.
- 60) Lengkapi patograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda-tanda vital dan asuhan kalaIV.

8. Tahap-tahap persalinan

1) Persalinan Kala I

Yang dimaksud dengan kala 1 adalah kala pembukaan yang berlangsung dari pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Kala 1 dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap.

Kala 1 dibagi menjadi dua fase yaitu:

a. Fase laten

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.

b. 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 :

- 1) Fase akselerasi : dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
- 2) Fase dilatasi maksimal : dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4cm maksimal 9 cm.

3) Fase deselerasi : pembukaan menjadi lambat. Dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap. (Kuswanti, 2014).

2) Persalinan Kala II

Menurut Yulizawati dkk (2019) tanda dan gejala kala II adalah pembukaan lengkap, tampak bagian kepala janin melalui bukaan introitus vagina, ada rasa ingin meneran saat kontraksi, ada dorongan pada rektum atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva dan springter ani membuka, peningkatan pengeluaran lendir dan darah. Kala II dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi baru lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi, dan 1 jam pada multi. Pada kala pengeluaran janin kepala telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedan, karena tekanan pada rektum ibu merasa seperti mau buang air besar dengan tanda anus membuka. Adanya his ibu dipimpin untuk mencedan, maka lahir kepala diikuti oleh seluruh badan janin. Komplikasi yang dapat timbul pada kala II yaitu eklampsi, kegawatdaruratan janin, tali pusat menubung, penurunan kepala terhenti, kelelahan ibu, persalinan lama, ruptur uteri, distosia karena kelainan letak, infeksi intra partum, inersia uteri, tanda-tanda lilitan tali pusat.

Pada awal persalinan, kontraksi uterus terjadi selama 15-20 detik, saat memasuki fase aktif kontraksi terjadi selama 45-90 detik (rata-rata 60 detik). Pemeriksaan kontraksi uterus meliputi a) frekuensi (dihitung dari awal timbul kontraksi sampai muncul kontraksi berikutnya) b) durasi/lama dinilai dengan cara palpasi pada perut saat terjadi kontraksi. Saat terjadi kontraksi uterus pada bagian uterus akan terjadi a) segmen atas (bagian yang berkontraksi) bila dilakukan palpasi akan terasa keras saat kontraksi. b) Pada segmen bawah (uterus dan serviks) merupakan daerah yang teregang dan bersifat pasif mengakibatkan pemendekan segmen bawah uterus. c) Batas antara segmen atas dan segmen bawah uterus membentuk lingkaran cincin retraksi fisiologis. Pada keadaan kontraksi uterus inkoordinasi akan membentuk cincin retraksi patologis yang dinamakan cincin bandl. d) Perubahan bentuk uterus menjadi oval disebabkan adanya pergerakan tubuh janin yang semula membungkuk menjadi tegap, sehingga uterus bertambah panjang 5-10 cm (Wiknjosastro, 2014).

Pimpinan persalinan Ada 2 cara ibu mengejan pada kala II yaitu menurut dalam letak berbaring, merangkul kedua lengan sampai batas siku, kepala diangkat sedikit sehingga mengenai dada, mulut dikatup ; dengan sikap seperti diatas, tetapi badan

miring kearah dimana punggung janin berada dan hanya satu kaki yang dirangkul yaitu yang sebelah atas (Elisabth, 2016).

3) Persalinan Kala III

Partus kala III disebut kala uri/pengeluaran plasenta. Kala III merupakan fase penting setelah kala I dan II karena risiko mengakibatkan kematian karena perdarahan. Kala III dimulai sejak bayi lahir lengkap sampai plasenta lahir lengkap. Terdapat dua tingkat pada kelahiran plasenta yaitu: 1) melepasnya plasenta dari implantasi pada dinding uterus; 2) pengeluaran plasenta dari kavum uteri (Wiknjastro, 2014).

Lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda pelepasan plasenta

- a) perubahan bentuk uterus, bentuk uterus yang semula discoid menjadi globuler (bundar) akibat kontraksi uterus.
- b) semburan darah tiba-tiba disebabkan penyumbat retroplasenter pecah saat plasenta lepas.
- c) tali pusat memanjang disebabkan plasenta turun ke segmen uterus yang lebih bawah atau rongga vagina.
- d) perubahan posisi uterus setelah plasenta lepas dan menempati segmen bawah rahim, maka uterus muncul pada rongga abdomen (uterus terdorong ke atas) (Marmi, 2014).

Penatalaksanaan aktif kala III dilakukan dengan :

- a) mengevaluasi kemajuan persalinan dan kondisi ibu, memperhatikan tanda pelepasan plasenta
 - b) Pindahkan klem pada tali pusat sekitar 5-10 cm dari vulva, satu tangan ditempatkan di abdomen ibu untuk merasakan, tanpa melakukan masase. Bila plasenta belum lepas tunggu hingga uterus berkontraksi.
 - c) Apabila uterus berkontraksi maka tegangkan tali pusat ke arah bawah, lakukan tekanan dorso-kranial hingga tali pusat makin menjulur dan korpus uteri bergerak ke atas menandakan plasenta telah lepas dan dapat dilahirkan.
 - d) Lahirkan plasenta dengan mengangkat tali pusat ke atas dan menopang plasenta dengan tangan lainnya untuk meletakkan dalam wadah penampung.
 - e) selaput ketuban mudah sobek, pegang plasenta dengan kedua tangan dan secara lembut putar plasenta hingga selaput ketuban terilinmenjadi satu. Lakukan penarikan dengan lembut dan perlahan-lahan untuk melahirkan selaput ketuban.
- 4) Persalinan Kala IV

Setelah plasenta lahir lakukan rangsangan taktil (masase uterus) yang bertujuan untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat. Lakukan evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan. Umumnya, fundus uteri setinggi atau beberapa jari di

bawah pusat. Kemudian perkirakan kehilangan darah secara keseluruhan periksa kemungkinan perdarahan dari robekan perineum. Lakukan evaluasi keadaan umum ibu dan dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama persalinan kala IV (Wiknjosastro, 2014)

Kala IV dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam pengawasan/observasi terhadap perdarahan pasca persalinan yang sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah :

- a) Tingkat kesadaran ibu
- b) Pemeriksaan fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit jam ke 2. Jika kontraksi uterus tidak kuat, masase uterus sampai menjadi keras.
- c) Periksa tekanan darah, nadi, kandung kemih, dan perdarahan (perdarahan normal bila tidak lebih dari 400 cc samapi 500 cc) tiap 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam ke 2.
- d) Anjurkan ibu untuk minum untuk mencegah dehidrasi.
- e) Bersihkan perineum dan kenakan pakaian yang bersih dan kering.
- f) Biarkan ibu beristirahat karena telah bekerja keras melahirkan bayinya, bantu ibu posisi yang nyaman.

- g) Biarkan bayi didekat ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi.
- h) Bayi sangat bersiap segera setelah melahirkan. Hal ini sangat tepat untuk memberikan ASI
- i) Pastikan ibu sudah buang air kecil tiga jam pascapersalinan.
- j) Anjurkan ibu dan keluarga mengenal bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi serta tanda-tanda bahaya ibu dan bayi (Marmi, 2014).

9. Pemantauan persalinan menggunakan partograf

a. Definisi

Partograf merupakan alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi, anamnesa dan pemeriksaan fisik ibu selama dalam masa persalinan. Partograf sangat penting khususnya untuk membuat keputusan klinis selama persalinan Kala I (APN, 2019).

b. Tujuan dan manfaat partograf

Tujuan penggunaan partograf adalah untuk mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan. Tujuan yang kedua adalah untuk mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Sehingga dapat menjadi deteksi secara dini

kemungkinan terjadinya partus lama. Partograf digunakan untuk mencatat semua hasil pemeriksaan dalam bentuk grafik. Hasil pencatatan diinterpretasikan untuk disimpulkan sebagai diagnosa. Partograf membantu bidan memonitor persalinan dan kelahiran serta mendeteksi dengan cepat adanya penyulit atau komplikasi sehingga petugas kesehatan dengan cepat dapat membuat keputusan intervensi yang perlu, serta memastikan kesejahteraan ibu dan bayi (APN, 2017).

c. Cara Mencatat Temuan pada Partograf

Halaman depan :

1. Informasi tentang ibu : Lengkapi bagian awal (atas) partograf secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai : jam atau pukul pada partograf) dan perhatikan kemungkinan ibu datang pada fase laten. Catat waktu pecahnya selaput ketuban dan waktu mulainya ibu merasakan his.
2. Kondisi janin : bagian atas grafik pada partograf adalah untuk pencatatan denyut jantung janin (DJJ), air ketuban, dan penyusupan kepala janin.
 - a) Nilai dan catat DJJ setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak di bagian atas partograf menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ.

Kemudian hubungkan satu titik dengan titik lainnya dengan garis tegas bersambung. Penolong harus waspada bila DJJ di bawah 120 atau diatas 160. Catat tindakan pada ruang yang tersedia pada salah satu dari kedua sisi partograf (JNKP-KR, 2014).

b) Warna dan adanya air ketuban

Nilai kondisi air ketuban setiap kali melakukan pemeriksaan dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Catat temuan dalam kotak yang sesuai di bawah lajur DJJ dengan lambang :

- (1) U : selaput ketuban masih ututh (belum pecah)
- (2) J : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih
- (3) M : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium
- (4) D : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah
- (5) K : selaput ketuban sudah pecah air ketuban tidak mengalir lagi (Kering).

Mekonium dalam cairan ketuban tidak selalu menunjukkan adanya gawat janin, pantau DJJ dengan seksama untuk mengenali tanda-tanda gawat janin selama proses persalinan. Jika ada tanda-tanda

gawat janin atau terdapat mekoneum kental, segera rujuk ibu (JNKP-KR, 2014).

c) Penyusupan tulang kepala janin

Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, nilai penyusupan antar tulang (*molase*) kepala janin. Catat temuan yang ada dalam kotak yang sesuai dibawah lajur air ketuban.

0 : tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi

1 : tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan

2 : tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan

3 : tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

Sumber : . (JNKP-KR, 2014).

3. Kemajuan persalinan

Kolom dan lajur kedua pada partograf adalah untuk pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 yang tertera pada kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks dalam satuan (cm) dan menempati lajur serta kotak tersendiri. Perubahan nilai atau perpindahan lajur menunjukkan penambahan dilatasi serviks sebesar 1cm. Pada lajur dan kotak yang mencatat penurunan bagian

terbawah janin tercantum angka 1-5 yang sesuai dengan metode perlinaan. Setiap kotak menunjukkan waktu 30 menit untuk pencatatan waktu pemeriksaan.

a) Pembukaan serviks

Nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam (lebih sering jika ada tanda penyulit). Pilih angka pada tepi kiri luar kolom pembukaan serviks yang sesuai dengan besarnya pembukaan serviks pada persalinan fase aktif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan dalam. Pemeriksaan pertama, hasil dicantumkan pada garis waspada. Pilih angka yang sesuai dengan pembukaan serviks dan cantumkan tanda silang (X) pada ordinat atau titik silang garis dilatasi serviks dan garis waspada. Hubungkan tanda X dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus).

b) Penurunan bagian terbawah janin

Nilai dan catat hasil pemeriksaan setiap 4 jam (lebih sering jika ada tanda penyulit). Cantumkan hasil pemeriksaan penurunan kepala (perlinaan) yang menunjukkan seberapa jauh bagian terendah janin telah memasuki rongga panggul. Pada persalinan normal kemajuan pembukaan serviks selalu diikuti dengan turunnya bagian terbawah janin. Tulisan

“Turunnya kepala” dan garis tidak terputus dari 0-5 tertera disisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda “O” yang ditulis pada garis waktu yang sesuai. Hubungkan tanda “O” dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

c) Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan adalah 1 cm per jam. Pencatatan selama persalinan fase aktif harus dimulai di garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada, maka harus dipertimbangkan adanya penyulit. Garis bertindak tertera sejajar dan disebelah kanan (berjarak 4 jam) garis waspada. Jika pembukaan serviks telah melampaui dan berada di sebelah kanan garis bertindak, maka hal ini menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan.

4. Jam dan waktu

a) Waktu mulainya persalinan fase aktif

Pada bagian bawah partograf (pembukaan serviks dan penurunan kepala) tertera kotak-kotak yang diberi


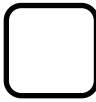

angka 1-12. Setiap kotak menyatakan satu jam sejak dimulainya persalinan fase aktif.

b) Waktu aktual saat pemeriksaan atau persalinan

Di bawah lajur kotak untuk waktu mulainya fase aktif, tertera kotak-kotak untuk mencatat waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan. Setiap kotak menyatakan satu jam penuh dan berkaitan dengan dua kotak waktu 30 menit yang berhubungan dengan lajur untuk pencatatan pembukaan serviks, DJJ pada bagian atas dan lajur kontraksi dan nadi ibu dibagian bawah. Saat ibu masuk dalam persalinan fase aktif, cantumkan pembukaan serviks di garis waspada. Kemudian catat waktu aktual pemeriksaan di kotak waktu yang sesuai (JNKP-KR, 2014).

5. Kontraksi uterus

Pada lajur bawah waktu partograf, terdapat lima kotak keterangan kontraksi per 10 menit di sebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik. Jumlah kontraksi yang terjadi dalam waktu 10 menit dengan cara mengisi kotak kontraksi dan disesuaikan angka yang mencerminkan temuan dari hasil pemeriksaan kontraksi.

-
-  Beri titik-titik pada kotak untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik
-  Beri garis-garis pada untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.
-  Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik
-

Keterangan :

Selama fase aktif, frekuensi dan lama kontraksi diperiksa setiap 30 menit. Nilai frekuensi dan lama kontraksi yang terjadi dalam 10 menit observasi. Catat lamanya kontraksi menggunakan lambang yang sesuai.

6. Obat-obatan dan cairan yang diberikan

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

a) Oksitosin

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

b) Obat-obatan lain dan cairan IV

Semua obat-obatan tambahan atau cairan IV dicatat dalam kotak sesuai dengan kolom waktu.

7. Kondisi ibu

Bagian terbawah lajur dan kolom pada halaman depan partograf, terdapat kotak atau ruang untuk mencatat kondisi kesehatan dan kenyamanan ibu selama persalinan.

a) Nadi, tekanan darah dan suhu tubuh

Nilai dan catat nadi ibu setiap 30 menit selama persalinan fase aktif (lebih sering jika diduga adanya penyulit). Beri tanda titik (●) pada kolom waktu yang sesuai. Nilai dan catat tekanan darah ibu setiap 4 jam dan beri tanda panah (↕) pada partograf pada kolom waktu yang sesuai. Nilai dan catat suhu tubuh ibu setiap 2 jam pada kolom yang sesuai.

b) Volume urin, protein dan aseton

Ukur dan catat jumlah produksi urin ibu sedikitnya setiap 2 jam (setiap kali ibu berkemih). Jika memungkinkan, tiap ibu berkemih dilakukan pemeriksaan aseton dan protein dalam urin.

8. Asuhan, pengamatan dan keputusan klinik lainnya

Catat semua asuhan lain, hasil pengamatan dan keputusan klinik disisi luar kolom partograf, atau buat catatan terpisah tentang kemajuan persalinan.

Cantumkan juga tanggal dan waktu saat membuat catatan persalinan (JNKP-KR, 2014).

9. Halaman belakang partograf :

Pengisian lembar belakang partograf baru dilengkapi setelah seluruh proses persalinan selesai.

a) Data dasar

Isi data pada masing-masing tempat yang telah disediakan, atau dengan cara memberi tanda (√) pada kotak di samping jawaban yang sesuai. Untuk pertanyaan nomor 5 lingkari jawaban yang sesuai dan untuk pertanyaan nomor 8 jawaban bisa lebih dari satu.

b) Kala I

Isi data pada masing-masing tempat yang telah disediakan. Untuk pertanyaan nomor 9 lingkari jawaban yang sesuai. Pertanyaan lainnya hanya diisi jika terdapat masalah lainnya dalam persalinan.

c) Kala II

Beri tanda (√) pada kotak di samping jawaban yang sesuai. Apabila pertanyaan nomor 13 jawabannya “ya”, tulis indikasinya. Untuk nomor 15 dan 16 jika jawaban “ya”, isi tindakan yang dilakukan. Khusus pada nomor 15 ditambahkan ruang baru untuk

menekankan upaya deteksi dini pada kala II dan hasil pemantauan tersebut harus dicatat. Jawaban untuk pertanyaan nomor 14 mungkin lebih dari satu. Untuk masalah lain pada nomor 17 harus dijelaskan jenis masalah yang terjadi.

d) Kala III

Isi data pada masing-masing tempat yang telah disediakan, atau dengan cara memberi tanda (√) pada kotak di samping jawaban yang sesuai. Untuk pertanyaan nomor 25, 26 dan 28, lingkari jawaban yang sesuai.

e) Kala IV

Pemantauan kala IV dilakukan setiap 15 menit pada 1 jam pertama setelah melahirkan dan setiap 30 menit pada jam berikutnya. Isikan pada kolom atau ruang yang sesuai. Apabila terdapat masalah selama kala IV, tuliskan jenis dan cara menangani pada bagian masalah kala IV dan bagian berikutnya. Bagian yang digelapkan tidak perlu diisi (Waspodo, 2007).

10. Komplikasi Dalam Persalinan

Menurut Mochtar (2016) komplikasi dalam persalinaan yaitu:

1) Distosia Karena Kelainan His (power)

Distosia karena kelainan His (power) adalah his yang tidak normal, baik kekuatan maupun sifatnya, sehingga menghambat kelancaran persalinan.

2) Distosia karena kelainan jalan lahir

3) Partus percobaan

Partus percobaan adalah suatu penilaian kemajuan persalian, untuk memperoleh bukti tentang ada atau tidaknya disproporsi sefalo pelvik.

4) Distosia serviks

Adalah terhalangnya kemajuan persalinan karena kelainan pada serviks uteri. Penanganan bila setelah pemberian obat-obatan seperti valium dan petidin tidak merubah sifat ketakutan , tindakan kita adalah melakukan seksio sesarea.

5) Partus macet

Partus macet adalah persalinan lebih dari 12 jam, baik pada primipara maupun multipara. Partus macet adalah suatu keadaan dari suatu keadaan dari suatu persalinan yang mengalami kemacetan dan berlangsung sehingga timbul komplikasi ibu mau pun janin(anak) (Manuaba, 2016) Partus macet merupakan persalinan yang berjalan lebih dari 24 jam untuk primigravida dan 18 jam untuk multigravida.

Partus macet adalah persalinan yang berlangsung lebih lama tidak menunjukkan kemajuan pada pembukaan serviks, biasanya terjadi pada primi dan multi. Partus macet adalah persalinan dengan tidak ada penurunan kepala >1 jam untuk nulipara dan multipara (Sarwono, 2014).

1. Etiologi

Sebab sebab terjadinya partus macet ini adalah multikompleks, dan tentu saja bergantung pada pengawasan selagi hamil, pertolongan persalinan yang baik dan penatalaksanaan.

Faktor-faktor penyebabnya antara lain :

- 1) Abnormalitas pada panggul. Sering disebut CPD (cephalopelviks disproportion) dimana sering terjadi bila kepala bayi terlalu besar misalnya pada kasus hidrocephalus dan pelvis terlalu kecil atau kelainan bentuk.
- 2) Abnormalitas dalam letak dan janin. Kelainan letak adalah komplikasi yang sering dengan memungkinkan prognosis yang serius bagi janin, misalnya Posisi oksipitalis posterior persisten, Presentasi puncak kepala, dahi, dan muka, Letak sungsang, Letak lintang dan Presentasi ganda.

3) Kelainan dalam bentuk janin

- a) Hidrocephalus
- b) Janin kembar melekat
- c) Janin dengan perutbesar
- d) Prolaffunikuli
- e) Kelainan his dan mengejan
- f) Pimpinan persalinan yang salah

4) Kelainan presentasi dan posisi abnormal ubun-ubun kecil sebagai penenda terhadap panggul ibu. Kelainan presentasi adalah semua presentasi dari janin selain presentasi belakang kepala. Janin dalam keadaan malpresentasi dan malposisi sering menyebabkan partus lama/ partus macet.

a) Etiologi

1) Faktor maternal dan faktor uterus

- 1. Panggulsempit
- 2. Perut ibu yangmendulans
- 3. Neoplasma
- 4. Kelainanuterus
- 5. Kelainan letak dan besarnya plasenta

2) Faktor janin

- 1. Bayi yangbesar
- 2. Kesalahan dalam polaritas janin

3. Putaran paksi dalam yang abnormal
4. Sikap janin tidak fleksi tapi ekstensi
5. Kehamilan ganda
6. Kelainan janin
7. Hydramnion

C. Nifas

1. Pengertian

Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas (puerperium) dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Vivian, 2011).

2. Tujuan Asuhan Masa Nifas

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayi, baik secara fisik maupun psikologis.
- 2) Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi dan mencegah infeksi pada ibu maupun bayinya.
- 3) Mendukung dan memperkuat keyakinan diri ibu dan memungkinkan ia melaksanakan peran ibu dalam situasi keluarga dan budaya yang khusus.

- 4) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, imunisasi pada bayi dan perawatan bayi sehat.
- 5) Memberikan pelayanan keluarga berencana.
- 6) Mempercepat involusi alat kandungan.
- 7) Melancarkan fungsi gastrointestinal atau perkemihan.
- 8) Melancarkan pengeluaran lochia.
- 9) Meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat fungsi hati dan pengeluaran sisa metabolisme.

3. Tahapan Masa Nifas

Tahapan yang terjadi pada masa nifas dibagi menjadi 3 periode yaitu :

1) *Immediated Puerperium*

Yaitu keadaan yang terjadi segera setelah persalinan sampai 24 jam sesudah persalinan (0-24jam post partum)

2) *Early Puerperium*

Yaitu keadaan yang terjadi pada permulaan puerperium yaitu 1 hari sesudah melahirkan sampai 7 hari.

3) *Later Puerperium*

Yaitu keadaan setelah satu minggu postpartum sampai enam minggu (Saifuddin, 2016).

4. Kunjungan Nifas

Kunjungan nifas paling sedikit empat kali, dilakukan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah nifas (Kemenkes, 2020) yaitu :

1) Kunjungan I (6-48 jam post partum)

- a. Setelah pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.
- b. Mendeteksi perdarahan masa nifas karena atonia uteri, lakukan rujukan bila terjadi perdarahan berlanjut.
- c. Memberikan konseling pada ibu dan keluarga cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri.
- d. Pemberian ASI.
- e. Mengajarkan cara mempererat hubungan ibu dan bayi baru lahir.
- f. Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi

2) Kunjungan II (3-7 hari post partum)

- a. Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal.
- b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan.

- c. Memastikan ibu mendapat makanan bergizi dan cukup cairan.
- d. Memastikan ibu mendapat istirahat cukup.
- e. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui.
- f. Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.

3) Kunjungan III (8-28 hari post partum)

Asuhan pada kunjungan III post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan II post partum.

4) Kunjungan IV (28-42 hari post partum)

Menanyakan penyulit yang dialami ibu selama masa nifas dan memberikan konseling KB.

5. Perubahan Masa Nifas

1) Sistem reproduksi

a) Uterus

Uterus akan mengalami proses involusi (pengerutan), proses kembalinya uterus seperti kondisi sebelum hamil. Proses involusi uterus a) iskemia miometrium disebabkan kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi. b) atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormon esterogen saat

pelepasan plasenta. c) autolysis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesteron. d) efek Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan. Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. Perubahan normal pada uterus selama postpartum :

Tabel 2.4 Ukuran uterus pada masa nifas

Involusi Uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gr	12,5 cm
7 hari (minggu 1)	$\frac{1}{2}$ pusat dan simpisis	500 gr	7,5 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gr	5 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2,5 cm

Sumber : Marmi, 2015

b) Lokia

Akibat involusi uteri lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua

yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Percampuran antara darah dan desidua dinamakan lokia. Lokia adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam. Idealnya pada vagina PH dalam kondisi asam. Lokia mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Total jumlah rata-rata pengeluaran lokia sekitar 240-270 ml. Lokia mengalami perubahan karena proses involusi. Lokia mengalami perubahan karena proses involusi.

Tabel 2.5 Pengeluaran lochea masa nifas

Lokia	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekoneum dan sisa darah
Sanguinolenta	3-7 hari	Merah kecoklatan dan berlendir	Sisa darah bercampur lender
Serosa	7-14 hari	Merah Kekuningan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.

Sumber : Marmi, 2015

c) Vagina dan perineum

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan. Beberapa hari setelah persalinan organ tersebut kembali dalam keadaan kendur. *Rugae* timbul kembali pada minggu ketiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi *karankulae mitiformis* yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan lebih besar dibandingkan keadaan sebelum persalinan pertama. Bila perineum mengalami robekan (dapat terjadi secara spontan atau episiotomi), maka pasca melahirkan akan mengalami perubahan mengalami robekan.

2) Perubahan sistem pencernaan

Selama kehamilan kadar progesteron meningkat sehingga dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Perubahan yang terjadi pasca melahirkan :

a) Nafsu makan

Pengeluaran energi selama persalinan membuat Ibu merasa lapar sehingga segera setelah persalinan ibu diperbolehkan mengkonsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum fungsi usus kembali normal.

b) Motilitas

Penurunan tonus dan motilitas otot traktus pencernaan menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas kembali pada keadaan normal.

c) Konstipasi

Pasca melahirkan ibu sering mengalami konstipasi hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa post partum.

3) Perubahan sistem perkemihan

Pada masa kehamilan (kadar steroid tinggi) menyebabkan peningkatan fungsi ginjal. Setelah persalinan kadar steroid menurun sehingga fungsi ginjal akan kembali normal dalam waktu satu bulan setelah melahirkan. Glikosuria ginjal selama kehamilan menghilang. Laktosuria positif pada ibu menyusui merupakan hal normal. *Blood Urea Nitrogen* (BUN) yang meningkat selama postpartum merupakan akibat autolisis uterus yang berinvolusi. Diuresis postpartum dalam 12 jam setelah melahirkan, ibu membuang kelebihan cairan yang tertimbun dalam jaringan selama hamil. Salah satu mekanisme untuk mengurangi cairan retensi selama masa hamil adalah diaphoresis terutama malam hari, selama 2-3 hari pertama

setelah melahirkan. Diuresis postpartum disebabkan oleh penurunan kadar estrogen, hilangnya peningkatan tekanan vena pada tingkat bawah dan hilangnya peningkatan volume darah akibat kehamilan, merupakan mekanisme tubuh untuk mengatasi kelebihan cairan. Kehilangan cairan melalui keringat dan peningkatan jumlah urine menyebabkan penurunan berat badan sekitar 2,5 kg selama masa postpartum. Pengeluaran kelebihan cairan yang tertimbun selama hamil kadang-kadang disebut kebalikan metabolisme air pada masa hamil (*reversal of the water metabolism of pregnancy*).

4) Perubahan sistem muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah persalinan. Pembuluh darah yang berada diantara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan pendarahan setelah placenta dilahirkan. Ligamen, *diafragma pelvis*, serta *fasia* yang meregang pada waktu persalinan berangsur-angsur menjadi kecil dan pulih kembali sehingga sering uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum rotundum menjadi kendur. Beberapa wanita mengeluh "kandungannya turun" setelah melahirkan karena ligamen, *fasia*, jaringan penunjang alat genitalia menjadi kendur. Stabilitas secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

5) Perubahan Tanda-tanda vital

a. Suhu badan

Suhu badan tidak lebih dari 37,2 derajat celcius dan setelah persalinan dapat naik lebih 0,5 dari keadaan normal namun tidak melebihi 0,8 derajat celcius. Setelah 2 jam pertama melahirkan suhu badan akan kembali normal. Bila suhu lebih dari 38 derajat celcius kemungkinan terjadi infeksi.

b. Nadi

Denyut nadi normal orang dewasa 60-80 kali per menit. Pasca melahirkan, denyut nadi dapat menjadi bradikardi maupun lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit harus diwaspadai, kemungkinan infeksi atau perdarahan postpartum.

c. Tekanan darah

Tekanan darah pada pembuluh arteri ketika darah dipompa oleh jantung. Tekanan darah harus dalam keadaan stabil.

6) Perubahan sistem integumen

Melanin menurun secara bertahap setelah melahirkan, menyebabkan penurunan hiperpigmentasi (warna kulit tidak akan kembali seperti sebelum hamil). Perubahan vascular

kehamilan yang tampak akan hilang dengan penurunan kadar estrogen.

7) Komplikasi Masa Nifas

- 1) Infeksi nifas adalah infeksi pada traktus genitalia setelah persalinan, biasanya dari endometrium bekas insersi plasenta.
- 2) Perdarahan post partum adalah kehilangan darah sebanyak 500 cc atau lebih dari traktus genitalia setelah melahirkan.

6. Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas

Pada masa nifas seorang ibu akan melakukan beberapa tahap untuk beradaptasi dengan kelahiran seorang bayi, diantaranya:

a. *Taking In*

- 1) Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan.
- 2) Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung
- 3) Perhatiannya tertuju pada tubuhnya (Rukiyah, 2017).

b. *Taking Hold*

- 1) Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum
- 2) Agak sensitif dan merasa tidak mahir
- 3) Cenderung menerima nasihat bidan (Rukiyah, 2017).

c. *Letting Go*

- 1) Ibu telah sembuh
- 2) Ibu menerima peran baru
- 3) Dapat melakukan kegiatan sehari-hari.

4) Merasa tanggung jawab terhadap perawatan (Rukiyah, 2017).

8. Kebutuhan dasar ibu masa nifas

a) Nutrisi dan Cairan

Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari, makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari, pil zat besi harus di minum untuk untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca persalinan, minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI (Rukiyah, 2017).

b) Ambulasi

Ibu yang baru melahirkan mungkin enggan banyak bergerak karena merasa letih dan sakit namun ibu harus dibantuturun dari tempat tidur dalam 24 jam pertama setelah kelahiran pervagina ,ambulasi dini sangat penting dalam mencegah trombosis vena. Tujuan dari ambulasi dini adalah untuk membantu menguatkan otot-otot perut dan dengan demikian menghasilkan bentuk tubuh yang baik, mengencangkan otot dasar panggul sehingga mencegah atau memperbaiki sirkulasi darah ke seluruh tubuh (Rukiyah,2017).

Banyaknya keuntungan dari ambulasi dini dikonfirmasi oleh sejumlah penelitian yang terkontrol baik. Para wanita yang

menyatakan bahwa mereka merasa lebih baik dan lebih kuat setelah ambulasi awal. Komplikasi kandung kencing dan konstipasi kurang sering terjadi. Yang penting, ambulasi dini juga menurunkan banyak frekuensi trombosis dan emboli paru pada masa nifas (Rukiyah, 2017).

c) Eliminasi : BAB/BAK

Di uresis yang nyataakan terjadi pada satu atau dua hari pertama setelah melahirkan, dan kadang-kadang ibu mengalami kesulitan untuk mengosongkan kandung kemihnya karena merasa sakit, memara atau gangguan pada tonus otot, ia dapat dibantu untuk duduk diatas kursi berlubang tempat buang air kecil (commode) juga masih belum diperbolehkan berjalan sendiri dan mengalami kesulitan untuk buang air kecil dengan pispot diatas tempat tidur. Meskipun sedapat mungkin dihindari, karteterisasi baik dilakukan dari pada terjadi infeksi saluran kemih akibat urin yang tertahan (Rukiyah, 2017).

Faktor-faktor diet memegang peranan penting dalam memulihkan faal usus, ibu mungkin memerlukan bantuan untuk memilih jenis makanan yang tepat dari menunya, ia mungkin pula harus diingatkan mengenai manfaat ambulasi dini dan meminum cairan tambahan untuk menghindari konstipasi (Rukiyah, 2017).

d) Kebersihan Diri/Perineum

Pada ibu masa nifas sebaiknya anjurkan kebersihan seluruh tubuh. Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ia mengerti untuk daerah disekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang anus. Nasehatkan ibu untuk membersihkan diri setiap kali selesai buang air kecil dan besar (Rukiyah, 2017).

Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik, dan dikeringkan dibawah sinar matahari atau disetrika, sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya. Jika ibu mempunyai luka episiotomy atau laserasi sarankan jika pada ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka (Rukiyah, 2017).

e) Istirahat

Istirahat pada ibu selama masa nifas beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan sarankan ia untuk kembali ke kegiatan-kegiatan rumah tangga biasa perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal, mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidak mampuan untuk merawat bayi

dan dirinya sendiri. Istirahat yang memuaskan bagi ibu merupakan masalah yang sangat penting sekalipun kadang-kadang tidak mudah dicapai. Keharusan ibu untuk istirahat sesudah melahirkan memang tidak diragukan lagi, kehamilan dengan beban kandungan yang berat dan banyak keadaan yang mengganggu lainnya (Rukiyah, 2017).

f) Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah berhenti dan ibu tidak merasakan ketidak nyamanan. Aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.

Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan (Rukiyah, 2017).

g) Keluarga Berencana

Idealnya pasangan harus menunggu sekurang-kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil kembali. Setiap pasangan harus menentukan sendiri kapan dan bagaimana mereka ingin merencanakan tentang keluarganya. Namun, petugas kesehatan dapat membantu merencanakan keluarganya dengan

mengajarkan kepada mereka tentang cara mencegah kehamilan yang tidak diinginkan.

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur(ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki.Oleh karena itu metode Amenorrhoe laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru. Resiko cara ini adalah 2% kehamilan (Rukiyah, 2017).

D. Bayi Baru Lahir

1. Pengertian

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dengan berat lahir antara 2500-4000 gram (Wiknjosastro, 2014). Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai apgar >7 dan tanpa cacat bawaan (Yeyeh & Lia, 2010).

2. Asuhan pada BBL

Asuhan segera pada bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut selama satu jam pertama setelah kelahiran. Sebagian besar bayi yang baru lahir akan menunjukkan usaha pernafasan spontan dengan sedikit bantuan/ gangguan. Aspek-aspek penting dari asuhan segera bayi baru lahir adalah menjaga bayi tetap kering dan hangat, usaha karna adanya kontak

antara kulit bayi dengan kulit ibunya sesegera mungkin (Saifudin,2016).

a. Segera setelah dilahirkan badan bayi

Sambil secara cepat menilai pernafasannya, letakan bayi dengan handuk diatas perut ibu dengan kain bersih dan kering atau kassa,lap darah atau lendir dari wajah bayi untuk mencegah terhalangnya jalan udara.

b. Periksa ulang pernafasan bayi.

Dalam waktu 24 jam, bila bayi tidak mengalami masalah apapun.

c. Pertahankan Suhu Tubuh Bayi

Hindari memandikan bayi sehingga sedikitnya 6 jam dan hanya setelah itu jika suhunya $36,5^{\circ}\text{C}$. Bungkus bayi dengan kain yang kering dan hangat,kepala bayi harus tertutup.

3. Klasifikasi Neonatus

a. Neonatus menurut masa gestasinya:

- a) Kurang bulan (preterm) : <259 hari (37 minggu)
- b) Cukup bulan (aterm) : 259-294 hari (37-42 minggu)
- c) Lebih bulan (postterm) : >294 hari (42 minggu atau lebih)

b. Neonatus menurut berat badan lahir:

- 1) Berat lahir rendah :< 2500 gram
- 2) Berat lahir cukup : 2500-4000 gram
- 3) Berat lahir lebih :> 4000 gram

4. Ciri - ciri BBL

- a. Berat badan 2500 - 4000 gram
- b. Panjang badan 48-52 cm
- c. Lingkar dada 30-38 cm
- d. Lingkar kepala 33-35 cm
- e. Frekuensi jantung 120 - 160 kali/menit
- f. Pernafasan \pm 40 - 60 kali/menit
- g. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup
- h. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- i. Kuku agak panjang dan lemes
- j. Genetalia; pada bayi perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora dan pada bayi laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada
- k. Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- l. Reflek morrow (bergerak memeluk) bila dikagetkan sudah baik
- m. Reflek grasps atau menggenggam sudah baik
- n. Meconium akan keluar dalam 24 jam pertama berwarna hitam kecoklatan (Marmi, 2012).

5. Penilaian BBL

Penilaian awal dilakukan pada setiap BBL untuk menentukan apakah tindakan resusitasi harus segera dimulai. Segera setelah

lahir dilakukan penilaian pada semua bayi dengan melihat beberapa kondisi antara lain :

- a. Apakah bayi lahir cukup bulan ?
- b. Apakah air ketuban jernih dan tidak bercampur mekonium ?
- c. Apakah bayi bernafas adekuat atau menangis ?
- d. Apakah tonus otot baik ?

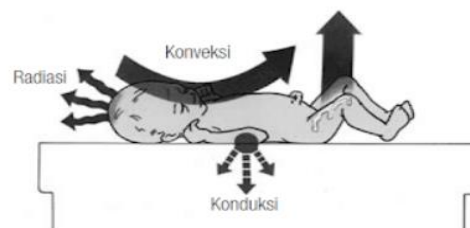
Bila semua jawaban di atas "Ya", berarti bayi baik dan tidak memerlukan tindakan resusitasi dan segera melakukan Asuhan Bayi Normal. Bila salah satu atau lebih jawaban "tidak" maka bayi memerlukan tindakan resusitasi segera dimulai dengan langkah awal Resusitasi (Vivian, 2011).

6. Mekanisme Kehilangan Panas Tubuh Bayi Baru Lahir

- 1) Evaporasi adalah kehilangan panas pada tubuh bayi karena menguapnya cairan ketuban pada permukaan tubuh bayi setelah lahir karena bayi tidak cepat dikeringkan atau terjadi setelah bayi dimandikan.
- 2) Konduksi adalah kehilangan panas melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Bayi yang diletakan diatas meja, tempat tidur atau timbangan yang dingin.
- 3) Konveksi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi terpapar dengan udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang dilahirkan atau ditempatkan dalam ruang yang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas. Kehilangan panas juga

dapat terjadi jika ada tiupan kipas angin, aliran udara atau penyejuk ruangan.

- 4) Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi ditempatkan dekat benda yang mempunyai temperatur tubuh lebih rendah dari temperatur tubuh bayi. Bayi akan mengalami kehilangan panas meskipun benda yang lebih dingin tersebut tidak bersentuhan langsung dengan tubuh bayi.



7. Perubahan Fisiologis Bayi Baru Lahir

1) Sistem pernapasan

Pernapasan pertama bayi normal terjadi dalam 30 detik sesudah kelahiran. Pernapasan ini timbul sebagai akibat aktivitas normal sistem saraf pusat dan perifer yang dibantu oleh beberapa rangsangan lainnya. Frekuensi pernapasan bayi baru lahir berkisar 30-60 kali/menit.

2) Perubahan termoregulasi dan metabolik

Sesaat sesudah lahir bila bayi dibiarkan dalam suhu ruangan 25°C, maka bayi akan kehilangan panas melalui evaporasi, konveksi, konduksi, dan radiasi. Suhu lingkungan

yang tidak baik dapat menyebabkan bayi hipotermi dan trauma dingin (cold injury).

3) Perubahan Sistem *Neurologis*

Secara anatomik atau fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi baru lahir memperlihatkan sejumlah aktivitas refleks pada usia yang berbeda-beda, perpaduan sistem neurologi dan musculoskeletal. Beberapa refleks tersebut:

- a) Refleks moro, merupakan respon mendadak yang terjadi akibat suara atau gerakan yang mengejutkan contoh respon memeluk saat terdengar suara atau bunyi nyaring. Ketiadaan refleks Moro menandakan imaturitas otak. Jika pada usia 6 bulan refleks tersebut masih ada, ini menunjukkan retardasi mental.
- b) Refleks hisap terjadi ketika bagian mulut tersentuh akan refleks membuka menghisap, gerakan menghisap disertai refleks menelan. Isapan yang kuat dan cepat dapat dilihat waktu bayi menyusui.
- c) Refleks rooting atau refleks mencari terjadi ketika pipi atau bagian pinggir mulut diusap/disentuh maka akan memberikan reaksi bayi menoleh ke arah sumber rangsangan dan membuka mulutnya, siap untuk mengisap.

- d) Refleks menggenggam (palmar grasp), refleks ini dimunculkan dengan menempatkan jari/pensil di dalam telapak tangan bayi, dan bayi akan menggenggam erat.
- e) Refleks babinsky dimunculkan dengan melakukan goresan pada sisi lateral dimulai dari tumit ke arah atas kemudian gerakkan sepanjang telapak kaki. Bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hyperekstensi dengan ibu jari dorsofleksi (Marmi,2015).

4) Perubahan sistem Kardiovaskuler

Berkembangnya paru-paru, pada alveoli akan terjadi peningkatan tekanan oksigen. Sebaliknya tekanan karbon dioksida akan mengalami penurunan. Hal ini mengakibatkan terjadinya penurunan resistansi pembuluh darah dari arteri pulmonalis mengalir keparu-paru dan duktus arteriosus tertutup.

5) Perubahan *Gastrointestinal*

Kadar gula darah tali pusat 65 mg/100 mL akan menurun menjadi 50 mg/100 mL dalam waktu 2 jam sesudah lahir, energi tambahan yang diperlukan neonatus pada jam pertama sesudah lahir diambil dari hasil metabolisme asam lemak sehingga kadar gula akan mencapai 120 mg/100 mL. Mekonium harus keluar setelah 24 jam kelahiran, bila tidak, harus waspada terhadap atresia ani atau obstruksi usus.

6) Perubahan Ginjal

Idealnya bayi sudah berkemih dalam 24 jam pertama setelah lahir (5-20 kali), 2-6 kali sehari pada 1-2 hari. Bila urin tidak keluar dalam waktu 24 jam kemungkinan adanya obstruksi saluran kemih.

7) Perubahan Hati

Selama periode neonatus, hati memproduksi zat yang esensial untuk pembekuan darah. Hati juga mengontrol jumlah bilirubin indirek (tidak terkonjugasi) yang bersirkulasi.

8. Pemeriksaan Fisik Bayi

- a. Kepala : periksa ukuran, bentuk, sutura menutup/melebar, adanya tanda *caput succedenum* atau *cepal hematoma*.
- b. Mata : periksa perdarahan, *subkonjungtiva*, tanda-tanda infeksi.
- c. Hidung dan mulut : periksa apakah terdapat *labio skisis*, *labiopalatokisis* dan refleks hisap (dinilai saat bayi mulai menyusui).
- d. Telinga : periksa adanya kelainan daun atau bentuk telinga.
- e. Leher : pemeriksaan terhadap *hematom sternocleido mastoideus*, *duktusthyroglossalis*.
- f. Dada : pemeriksaan terhadap bentuk, pembesaran buah dada, pernapasan, *retraksi*, *intercostal*, *subcostal sifoid*, merintih, pernapasan cuping hidung serta bunyi paru-paru.
- g. Jantung : pemeriksaan terhadap pulsasi, frekuensi bunyi jantung, kelainan bunyi jantung.

- h. Abdomen : pemeriksaan terhadap membuncit (pembesaran hati, tumor aster, limfe).
 - i. Tali pusat : pemeriksaan terhadap perdarahan, jumlah darah pada tali pusat, warna dan besar tali pusat, hernia di tali pusat atau selangkangan.
 - j. Alat kelamin : Pemeriksaan terhadap testis apakah berada pada skrotum, penis berlubang pada ujung (pada bayi laki-laki), vagina berlubang, apakah labia mayor menutupi labia minora (pada bayi perempuan).
9. Pelayanan Kesehatan Neonatus

Pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir.

- a. Kunjungan neonatus ke-1 (KN1) : 6-48 jam setelah lahir

Pemeriksaan pernapasan, warna kulit gerakan aktif atau tidak, pengukuran antropometri (penimbangan, ukur panjang badan, lingkaran lengan, lingkaran dada), Hepatitis B, perawatan tali pusat dan pencegahan kehilangan panas bayi.

- b. Kunjungan neonatus ke-2 (KN2) : hari ke-3 sampai ke-7 setelah lahir

Pemeriksaan fisik, melakukan perawatan tali pusat, pemberian ASI eksklusif, *personal hygiene*, pola istirahat, keamanan dan tanda-tanda bahaya.

- c. Kunjungan neonatus ke-3 (KN3) : hari ke-8 sampai ke-28 setelah lahir. Pemeriksaan pertumbuhan (berat badan, tinggi badan) dan pemenuhan kebutuhan nutrisi (Kemenkes, 2020).

Tabel 2.6 Penilaian APGAR Skor

Tanda	0	1	2
Appearance	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerah-merahan
Pulse	Tidak ada	<100	>100
Grimace	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik	Batuk/bersin
Activity	Tidak ada	Ektremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
Respiratory	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Baik, menangis

Sumber : Sondakh, 2013

Setiap variabel diberi nilai 0,1,2, sehingga nilai tertinggi adalah 10. Nilai 7-10 pada menit pertama menunjukkan bahwa bayi berada dalam kondisi baik. Nilai 4-6 menunjukkan adanya depresi sedang dan membutuhkan beberapa tindakan resusitasi. Bayi dengan nilai 0-3 menunjukkan depresi serius dan membutuhkan resusitasi segera dan memungkinkan memerlukan ventilasi.

10. Tanda bahaya pada BBL

- 1) Pernafasan : sulit atau > 60 x/menit
- 2) Kehangatan : terlalu panas > 38 °C atau terlalu dingin > 36 °C
- 3) Warna : kuning (pada 24 jam pertama), biru atau pucat, memar.

- 4) Pemberian makan : hisapan lemah, mengantuk berlebihan, rewel, dan banyak muntah.
- 5) Tali pusat : merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah
- 6) Tinja atau kemih : tinja BAB dalam 3 hari, tidak berkemih dalam jam, tinja lembek, sering, hijau tua, ada lendir darah pada tinja.
- 7) Infeksi : suhu meningkat merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk pernafasan sulit.
- 8) Aktivitas : mengigil, menangis yang tidak biasa, lunglai, kejang, tidak bisa tenang.

11. Jadwal Pemberian Imunisasi

- a. Umur 0-7 hari imunisasi HB 0
- b. Umur 1 bulan imunisasi BCG, Polio 1
- c. Umur 2 bulan imunisasi DPT/HB 1, Polio 2
- d. Umur 3 bulan imunisasi DPT/HB 2, Polio 3
- e. Umur 4 bulan imunisasi DPT/HB 3, Polio 4
- f. Umur 9 bulan imunisasi campak.

(DepkesRI, 2017)

E. Manajemen Asuhan Kebidanan Varney

1. Langkah I : Pengumpulan data dasar

Pengkajian atau pengumpulan data dasar adalah mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan pasien. Merupakan langkah pertama untuk mengumpul

yang berkaitan dengan kondisi pasien. an semua informasi yang akurat dari semua sumber (Ambarwati, dkk, 2014)

2) Anamnesa

Anamnesa dapat dilakukan melalui dua cara, yaitu sebagai berikut:

- a. Auto anamnesa adalah anamnesa yang dilakukan kepada pasien langsung. Jadi data yang diperoleh adalah data primer, karena langsung dari sumbernya.
- b. Allo anamnesa adalah anamnesa yang dilakukan pada keluarga pasien untuk memperoleh data pasien. Ini dilakukan pada keadaan darurat ketika pasien tidak memungkinkan lagi untuk memberikan data yang akurat. (Sulistyawati, 2016)

Anamnesa dilakukan untuk mendapatkan data anamnesa terdiri dari beberapa kelompok penting sebagai berikut:

a) Identitas pasien

- (1) Nama pasien dikaji untuk membedakan pasien satu dengan yang lain.
- (2) Umur pasien dikaji untuk menentukan apakah pasien dalam usia reproduksi atau tidak
- (3) Agama pasien dikaji sebagai pedoman asuhan yang diberikan sesuai dengan kepercayaan yang dianut

- (4) Suku pasien dikaji untuk mengetahui adat dan kebiasaan yang berhubungan dengan masalah yang merugikan kesehatan ibu hamil. Tenaga kesehatan harus dapat menyikapi hal ini dengan bijaksana jangan sampai menyinggung kearifan lokal yang sudah berlaku di daerah tersebut (Jannah, 2017).
- (5) Pendidikan pasien dikaji untuk mengetahui tingkat pengetahuan dan metode komunikasi yang akan disampaikan. Tingkat pendidikan seorang ibu hamil sangat berperan dalam kualitas perawatan kehamilan. Penguasaan pengetahuan juga erat kaitannya dengan tingkat pendidikan seseorang (Jannah, 2017).
- (6) Pendidikan pasien dikaji untuk mengetahui tingkat pengetahuan dan metode komunikasi yang akan disampaikan (Ambarwati 2016). Menurut Permendiknas No 28 Tahun 2010 tingkat pendidikan SMA sudah baik, Menurut Permenkes No 24 Tahun 2007 pendidikan SD (kurang baik), SMP (baik) dan SMA (baik). Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa sebagian besar ibu hamil yang ada rata-rata belum pernah mendapat informasi khususnya pengetahuan dan keterampilan cara mengatasi keluhan pada kehamilan. Untuk itu saat ibu diketahui hamil kita dapat

memberikan pendidikan kesehatan, agar ibu tidak mengalami anemia dan dapat mencegah dan mengatasi. Serta berpengaruh dalam memberikan tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya. Sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Ronald, 2014).

(7) Pekerjaan pasien dikaji untuk mengetahui tingkat sosial ekonomi pasien, tingkat ekonomi terbukti sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan fisik dan psikososial ibu hamil, yang lebih tinggi sosial ekonominya maka ibu akan lebih fokus untuk mempersiapkan fisik dan mentalnya sebagai seorang ibu. Sementara ibu hamil yang lebih rendah ekonominya maka ia akan mendapat banyak kesulitan terutama masalah pemenuhan kebutuhan primer (Jannah, 2016).

(8) Alamat pasien dikaji untuk mengetahui keadaan lingkungan sekitar pasien

3) Keluhan utama dikaji untuk mengetahui keluhan yang dirasakan pasien saat ini.

4) Riwayat obstetri dikaji untuk mengetahui kesehatan reproduksi yang dialami oleh pasien baik riwayat menstruasi, riwayat

kehamilan, persalinan dan nifas (Ambarwati, dkk, 2016).

- 5) Riwayat ginekologi dengan mengkaji perdarahan diluar haid, riwayat keputihan, perdarahan post koitus, riwayat tumor ganas. Riwayat kesehatan merupakan sumber data subjektif tentang status kesehatan pasien yang memberikan gambaran tentang masalah kesehatan aktual maupun Psikososial (Robert, 2015).
- 6) Riwayat perilaku kesehatan
- 7) Prilaku kebutuhan sehari-hari
- 8) Data psikososial dan spiritual
- 9) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, meliputi : pemeriksaan khusus (terdiri dari inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi) dan pemeriksaan penunjang yaitu laboratorium dan catatan terbaru serta catatan sebelumnya (Suryani, 2014).

Pemeriksaan yang dilakukan kepada pasien sebagai berikut:

a. Keadaan Umum

Untuk mengetahui data ini kita cukup dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan kita laporkan dengan criteria sebagai berikut :

- 1) Baik

Jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan berjalan (Sulistyawati,2016).

2)Lemah

Pasien dimasukkan dalam criteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain dn pasien sudah tidak mampu lagi berjalan sendiri (Sulistyawati,2016).

b.Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat mengkaji tingkat kesadaran mulai dari compos mentis sampai koma (Sulistyawati,2016).

c. Tinggi Badan

Tinggi badan merupakan salah satu ukuran pertumbuhan seseorang.Tinggi badan dapat diukur dengan stasiometer atau tongkat pengukur (Sulistyawati,2016).

d.Berat Badan

Berat badan atau massa tubuh diukur dengan pengukur massa atau timbangan. Indeks massa tubuh digunakan untuk menghitung hubungan antara tinggi dan berat badan, serta menilai tingkat kegemukan. Penimbangan pada pemeriksaan kehamilan sangat penting, karena kenaikan berat badan yang terlalu banyak menandakan retensi air yang berlebihan atau

keadaan itu disebut juga pra-oedema dan merupakan gejala dini dari pre-eklamsi dan kurang naiknya berat badan dapat menandakan gangguan pertumbuhan janin (Sulistyawati,2016).

e. Perkiraan kenaikan berat badan yang dianjurkan adalah : 4 kg pada kehamilan di TM I 0,5 kg/minggu pada kehamilan TM II sampai TM III jadi keseluruhan total kenaikan berat badannya yaitu 15-16 kg selama kehamilan(Sulistyawati,2016).
Penambahan berat badan 6,5 kg sampai 15 kg (Manuaba, 2016).

f. Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah

Tekanan darah arteri menggambarkan dua hal, yaitu besar tekanan yang dihasilkan ventrikel kiri sewaktu berkontraksi (angka sistolik). Nilai normal rata-rata tekanan sistol pada orang dewasa adalah 100 sampai 140 mmHg, sedangkan rata-rata diastol adalah 60 sampai 90 mmHg (Sulistyawati,2016).

2) Nadi

Nadi adalah gelombang yang diakibatkan oleh adanya perubahan pelebaran (vasodilatasi) dan penyempitan (Vasokonstriksi) dari pembuluh darah arteri akibat kontraksi ventrikel melawan dinding aorta. Tekanan nadi adalah tekanan

yang ditimbulkan oleh perbedaan sistolik dan diastolic. Normalnya 60-80 kali per menit. (Sulistyawati, 2016).

3) Pernafasan

Pernafasan merupakan salah satu indikator untuk mengetahui fungsi sistem pernafasan yang terdiri dari mempertahankan pertukaran oksigen dan karbon dioksida dalam paru dan penganturan asam basal. Adapun pernafasan pada orang dewasa yaitu 16-24x/menit (Sulistyawati, 2016).

4) Suhu

Suhu adalah derajat panas yang dipertahankan oleh tubuh dan diatur oleh hipotalamus (dipertahankan dalam batas normal yaitu $\pm 36^{\circ}\text{C}$ dari 37°C) dengan menyeimbangkan antara panas yang dihasilkan dan panas yang dilepaskan. Suhu normal pemeriksaan Axila yaitu $36,6^{\circ}\text{C}$ (Sulistyawati, 2016).

5) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Inspeksi dengan memperhatikan bentuk kepala terdapat benjolan atau tidak, nyeri tekan dan dan kebersihan kepala (Sulistyawati, 2016).

b) Muka

Pada daerah wajah/muka dilihat simetris atau tidak, apakah kulitnya normal atau tidak, pucat/tidak, atau ikhterus

dan lihat apakah terjadi hiperpigmentasi. Pada kulit terdapat deposit pigmen dan hiperpigmentasi alat-alat tertentu, pigmentasi ini disebabkan pengaruh Melanophore stimulating Hormone (MSH) yang meningkat. (Wiknjosastro, 2014).Sehubungan dengan tingginya kadar hormonal, terjadi peningkatan pigmentasi selama kehamilan. Topeng kehamilan (*cloasma gravidarum*) adalah bintik-bintik pigmentasi kecoklatan yang tampak di kulit kening dan pipi. Peningkatan pigmentsi juga terjadi di sekeliling puting susu, sedangkan di perut bawah dan perut bagian tengah biasanya tampak garis gelap yaitu *spider angioma* (pembuluh darah kecil yang memberi gambaran seperti laba-laba) bisa muncul di kulit, dan biasanya di atas pinggang (Sulistyawati,2016).

c) Mata

Pemeriksaan mata dilakukan untuk menilai adanya visus atau ketajaman pengelihatan. Pemeriksaan skelera bertujuan untuk menilai warna, apakah dalam keadaan normal yaitu putih. Apabila ditemukan warna lain. Pemeriksaan pupil, secara normal berbentuk bulat dan simetris. Apabila diberikan sinar, akan mengecil. Midriasis aatu dilatasi pupil menunjukkan adanya rangsangan simpatis.Sedangkan miosis menunjukkan kadaan pupil yang mengecil.Pupil yang berwarna putih menunjukkan kemungkinan adanya pnyakit katarak.Kondisi

bola mata yang menonjol dinamakan eksoftalmos dan bola mata mengecil dinamakan enoftalmos. Strabismus atau juling merupakan sumbu visual yang tidak sejajar pada lapangan gerakan bola mata, selain itu terdapat nistagmus yang merupakan gerakan bola mata ritmik yang cepat dan horizontal (Mufdillahdkk, 2016).

d) Telinga

Pada pemeriksaan telinga bagian luar dapat dimulai dengan pemeriksaan daun telinga dan liang telinga dengan menentukan bentuk, besar dan posisinya. Pemeriksaan pendengaran dilaksanakan dengan bantuan garfutura untuk mengetahui ada gangguan pendengaran atau tidak (Mufdillahdkk, 2016).

e) Hidung

Hidung dikaji dengan tujuan untuk mengetahui keadaan atau bentuk dan fungsi hidung. Pengkajian hidung mulai dari bagian luar, bagian dalam kemudian sinus-sinus. Pada pemeriksaan hidung juga dilihat apakah ada polip dan kebersihannya (Sulistyawati, 2016).

f) Mulut

Pemeriksaan mulut bertujuan untuk menilai ada tidaknya trismus, halitosis dan labioskisis. Trismus yaitu kesukaran membuka mulut. Halitosis yaitu bau mulut tidak sedap karena

personal hygiene yang kurang. Labioskisis yaitu keadaan bibir tidak simetris. Selanjutnya dilakukan pemeriksaan pada gusi untuk menilai edema atau tanda-tanda radang (Mufdilahdkk, 2016).

g) Leher

Tujuan pengkjian leher secara umum adalah mengetahui bentuk leher serta organ-organ penting yang berkaitan. Palpasi pada leher dilakukan untuk mengetahui keadaan dan lokasi kelenjar limfe, kelenjar tyroid dan trakea. Pembesaran kelenjar limfe dapat disebabkan oleh berbagai penyakit, misalnya peradangan akut/ kronis. pembesaran limfe juga terjadi di beberapa kasus seperti tuberculosis atau sifilis. Palpasi kelenjar tyroid dilakukan untuk mengetahui adanya pembesaran kelenjar tyroid yang biasanya disebabkan oleh kekurangan garam yodium (Sulistyawati, 2016).

h) Dada

Suara paru-paru dan jantung, puttin, benjolan, nyeri tekan, dan hyperpigmentasi. Mengkaji kesehatan pernafasan

i) Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena dibawah kulit akan lebih terlihat. Setelah bulan pertama suatu cairan

yang berwarna kekuningan yang disebut colostrums dapat keluar (Sulistyawati,2016).Karena ada peningkatan suplay darah dibawah pengaruh aktifitas hormon,jaringan glandula dari payudara membesar dan puting menjadi lebih efektif walaupun perubahan payudara dalam bentuk yang membesar pada waktu menjelang persalinan (Salmahdkk, 2015).

j) Abdomen

Bentuk abdomen yang normal adalah simetris, baik pada orang gemuk maupun pada orang kurus.Pada bagian abdomen juga kita mendengarkan bising usus yang disebabkan oleh perpindahan gas atau makanan sepanjang intestinum dan suara pembuluh darah serta suara Denyut jantung Janin.Di daerah abdomen kita meraba bagian-bagian janin, menentukan TFU (Sulistyawati,2016).Pemeriksaan leopold dengan cara palpasi abdominal dimulai dari leopold I untuk mengetahui TFU dan bagian teratas janin, leopold II untuk mengetahui bagian di sebelah kanan dan kiri perut ibu, leopold III untuk mengetahui bagian janin dibagian bawah uterus ibu, leopold IV untuk mengetahui apakah kepala sudah masuk PAP atau belumKepala masuk PAP pada primigravida yaitu pada usia kehamilan 36 minggu (Manuaba, 2016).

k) Ekstermitas

Inspeksi : ada edema (tekan daerah tibia / dorsalis pedis bila ada cekungan di bekas tekanan : edema +), varises, kesimetrisan, kelainan). Lakukan pengetukan dengan reflex hammer di daerah tendon muskulus kuadrise femoris di bawah patella

l) Genetalia

Genetalia berkaitan dengan system reproduksi wanita. Sistem reproduksi wanita terdiri atas dua bagian utama yaitu genetalia dalam dan genetalia luar yang berkembang dan berfungsi sesuai dengan pengaruh hormone-hormon yang juga mempengaruhi fertilitas, kehamilan dan seksual (Sulistyawati,2016).

Tanyakan pada ibu

- 1) Ada keputihan atau tidak. Jika ada tanyakan pada ibu
Banyak atau tidak
- 2) Gatal atau tidak
- 3) Lakukan pemeriksaan secret
- 4) Ada atau tidak bengkak di daerah genetalia
- 5) Ada atau tidak perdarahan

2. Langkah II : Interpretasi Data/Diagnosa Masalah Aktual

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan.

Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik. Masalah dan diagnosis keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan, seperti diagnosis, tetapi sungguh membutuhkan penanganan yang dituangkan dalam sebuah rencana asuhan terhadap klien. Masalah sering berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan pengarahannya. Masalah juga sering menyertai diagnosis (Asrinah, 2017).

a) Diagnosis kebidanan

Diagnosis kebidanan adalah diagnosis yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosis kebidanan. Standar nomenklatur diagnosis kebidanan adalah sebagai berikut.

- 1) GPA (Gravida, Partus, Abortus)
- 2) Umur kehamilan
- 3) Intra uterin
- 4) Janin tunggal/gemeli
- 5) Janin hidup
- 6) Persentase
- 7) Posisi janin
- 8) Turunnya bagian terendah janin
- 9) Keadaan umum ibu

10) Keadaan umum bayi

b) Masalah

Masalah adalah hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosis (Asrinah, 2017)

3. Langkah III : Identifikasi Diagnosis dan Masalah Potensial

Pada langkah ini, kita mengidentifikasi masalah potensial berdasarkan diagnosis atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis/masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis/masalah potensial ini benar-benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman.

Pada langkah ketiga ini, bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi, tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosis potensial tidak terjadi. Dengan demikian, langkah ini benar merupakan langkah yang bersifat antisipasi yang rasional/logis. Kaji ulang diagnosis atau masalah potensial yang diidentifikasi sudah tepat.

Tujuan dari langkah ketiga ini adalah untuk mengantisipasi semua kemungkinan yang dapat muncul. Pada langkah ini, bidan

mengidentifikasi diagnosis dan masalah potensial berdasarkan diagnosis dan masalah yang sudah teridentifikasi atau diagnosis dan masalah aktual (Asrinah, 2017).

4. Langkah IV : Tindakan segera, kolaborasi atau rujukan.

Kebutuhan adalah hal-hal yang dibutuhkan oleh klien dan belum teridentifikasi dalam diagnosis dan masalah yang didapatkan dengan melakukan analisis data. Pada langkah ini, bidan menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien. Setelah itu mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan/untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain yang sesuai dengan kondisi klien.

Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan yang terjadi dalam kondisi darurat. Kondisi darurat dapat terjadi pada saat pengelolaan ibu hamil, ibu bersalin, nifas dan bayi baru lahir. Kondisi darurat merupakan kondisi yang membutuhkan tindakan dengan segera untuk menangani diagnosis maupun masalah darurat yang terjadi dan apabila tidak segera dilakukan tindakan segera akan dapat menyebabkan kematian ibu maupun anak.

Pada langkah ini mungkin saja diperlukan data baru yang lebih spesifik agar dapat mengetahui penyebab langsung diagnosis dan masalah yang ada. Oleh karena itu, diperlukan tindakan segera

untuk mengetahui penyebabnya. Jadi, tindakan segera selain diatas bisa juga berupa observasi/pemeriksaan.

Pada penjelasan diatas menunjukkan bahwa bidan dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah/kebutuhan yang dihadapi kliennya. Setelah bidan merumuskan tindakan yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnosis/masalah potensial pada langkah sebelumnya, bidan juga harus merumuskan tindakan darurat/segera yang harus dirumuskan untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Dalam rumusan ini, termasuk tindakan segera yang mampu dilakukan secara mandiri atau bersifat rujukan. Kaji ulang apakah tindakan segera ini benar-benar dibutuhkan (Asrinah, 2017).

5. Langkah V : Rencana Asuhan

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut, seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi, kultural atau masalah psikologis. Dengan kata lain asuhan terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan kesehatan. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan

dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut. Oleh karena itu pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana asuhan bersama klien kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya.

Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang terbaru, serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien. Kaji ulang apakah rencana asuhan sudah meliputi semua aspek asuhan kesehatan terhadap wanita.

Rasional berarti tidak berdasarkan asumsi, tetapi sesuai dengan keadaan klien dan pengetahuan teori yang benar dan memadai atau berdasarkan suatu data dasar yang lengkap dan bisa dianggap valid sehingga menghasilkan asuhan klien yang lengkap dan tidak berbahaya (Asrinah, 2017).

6. Langkah VI : Implementasi

Pada langkah ini dilakukan pelaksanaan asuhan langsung secara efisien dan aman. Pada langkah keenam ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim lainnya. Walau bidan tidak melakukan sendiri, ia

tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misal: memastikan langkah tersebut benar-benar terlaksana).

Meskipun bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, bidan tetap bertanggungjawab dalam manajemen asuhan klien untuk terlaksananya rencana asuhan bersama. Manajemen yang efisien, menyingkat waktu dan biaya, serta meningkatkan mutu dan asuhan klien. Kaji ulang apakah semua rencana asuhan telah dilaksanakannya (Asrinah, 2017).

7. Langkah VII : Evaluasi

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang telah diberikan. Hal yang dievaluasi meliputi apakah kebutuhan telah terpenuhi dan mengatasi diagnosis dan masalah yang telah diidentifikasi. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar-benar efektif dalam pelaksanaannya.

Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut efektif, sedangkan sebagian lain belum efektif. Mengingat proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan, maka perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses manajemen tidak efektif, serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan tersebut.

Langkah-langkah proses manajemen pada umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan, serta berorientasi pada proses klinis. Oleh karena proses manajemen tersebut didalam situasi klinis dan dua langkah terakhir bergantung pada klien dan situasi klinis, maka tidak mungkin proses manajemen ini dievaluasi hanya dalam tulisan saja (Asrinah, 2017).

F. Pendokumentasian SOAP

Dokumentasi asuhan kebidanan adalah catatan tentang interaksi antara tenaga kesehatan, pasien dan keluarga pasien yang mencatat tentang hasil pemeriksaan, tindakan, pengobatan pasien dan pendidikan pada pasien termasuk respon pasien terhadap semua kegiatan yang telah dilakukan. Metode pendokumentasian yang digunakan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan adalah SOAP. Metode dokumentasi SOAP merupakan perkembangan informasi yang sistematis mengorganisir penemuan dan kesimpulan seorang bidan menjadi suatu rencana asuhan. Metode ini merupakan intisari dari proses penatalaksanaan kebidanan untuk tujuan mengadakan pendokumentasian asuhan. SOAP merupakan urutan-urutan yang dapat membantu bidan dalam mengorganisasikan pikiran dalam memberikan asuhan yang komprehensif (Bobak, 2005).

S = Subjektif

Menggambarkan hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa (langkah I Varney).

O = Objektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik, laboratorium, tes diagnostik dan dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung assessment (langkah I Varney).

A = Assesment

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif (langkah II, III dan VI)

1. Diagnosis/masalah
2. Antisipasi diagnosis/masalah potensial
3. Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter / konsultasi / kolaborasi dan atau rujukan (langkah II, III dan IV Varney).

P = Planning

Menggambarkan pendokumentasian dari rencana dan evaluasi assesment (langkah V, VI dan VII Varney) (Asrinah, 2017).