

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kehamilan

Kehamilan adalah proses yang diawali dengan keluarnya sel telur matang pada saluran telur yang kemudian bertemu dengan sperma, lalu keduanya menyatu membentuk sel yang akan tumbuh. Kehamilan merupakan suatu proses fisiologis yang hampir selalu terjadi pada setiap wanita. Kehamilan terjadi setelah bertemunya sperma dan ovum, tumbuh dan berkembang di dalam uterus selama 259 hari atau 37 minggu atau sampai 42 minggu (Nugroho dan Utama, 2014).

Kehamilan didefinisikan secara berbeda-beda oleh beberapa ahli, namun pada prinsipnya memiliki inti yang sama. Kehamilan sebagai suatu proses yang terjadi antara perpaduan sel sperma dan ovum sehingga terjadi konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari atau 40 minggu dihitung dari haid pertama haid terakhir (HPHT). Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama di mulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan,

triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (Wiknjosastro, 2014)..

1. Perubahan fisiologi selama kehamilan

Perubahan-perubahan yang terjadi pada masa kehamilan yaitu:

a) Uterus

Uterus yang semula beratnya 30 gram akan mengalami *hypertrofi* dan *hyperplasia*, sehingga otot rahim menjadi lebih besar lunak dan mengikuti pembesaran rahim menjadi 1000 gram akhir kehamilan. Perlunakan *isthmus* (tanda hegar) merupakan perubahan pada isthmus uteri yang menyebabkan isthmus menjadi lebih panjang dan lunak sehingga pada pemeriksaan dalam seolah-olah kedua jari dapat saling sentuh. Tanda piskasek merupakan bentuk rahim yang berbeda yang disebabkan oleh pertumbuhan yang cepat di daerah implantasi plasenta, sedangkan *Braxton Hick* merupakan kontraksi rahim yang disebabkan oleh perubahan konsentrasi hormonal yang menyebabkan progesterone mengalami penurunan (Manuaba, 2016).

b) Vagina

Dalam vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh estrogen sehingga tampak makin merah dan kebiru-biruan yang disebut dengan tanda

chadwicks (Manuaba, 2016).

c) Ovarium (indung telur)

Dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada umur kehamilan 16 minggu (Manuaba, 2016).

d) Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi. Hormon yang mempengaruhi dalam laktasi yaitu hormon estrogen, progesteron, somatomammotropin (Manuaba, 2016).

2. Perubahan psikologis dalam kehamilan

Perubahan psikologis pada masa kehamilan menurut Kusmiyati dkk (2017) 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.

3) Trimester III

Trimester ketiga sering kali 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 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.

3. Tanda dan Gejala Kehamilan

a) Tanda pasti kehamilan

- 1) Terdengar denyut jantung janin (DJJ).
- 2) Terasa gerak janin.
- 3) Pada pemeriksaan USG terlihat adanya kantong kehamilan, ada gambar embrio.
- 4) Pada pemeriksaan rontgen terdapat adanya rangka (>16 minggu) (Sulistyawati, 2016).

b) Tanda tidak pasti kehamilan

- 1) Rahim membesar
- 2) Tanda hegar
- 3) Tanda *chadwick* (yaitu warna kebiruan pada serviks, vagina, dan vulva).
- 4) Tanda *piskasec* (yaitu pembesaran uterus kesalah satu arah sehingga menonjol jelas kearah pembesaran tersebut).
- 5) *Braxton hicks* (bila uterus di rangsang dengan diraba maka akan mudah berkontraksi).

6) *Basal Metabolisme Rate* (BMR) meningkat.

7) *Ballottement* positif (Sulistyawati, 2016).

c) Tanda Tidak Pasti Hamil

1) *Amenorea* atau tidak mengalami menstruasi.

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.

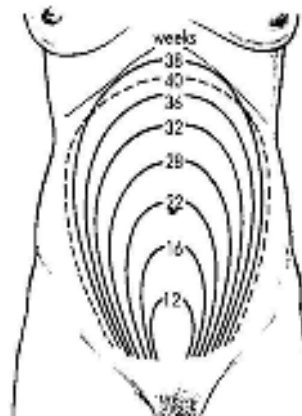
5) Obstipasi

Karena tonus otot-otot usus menurun karena pengaruh hormon progesterone.

6) Hiperpigmentasi kulit oleh pengaruh hormone kortikosteroid.

Dijumpai dimuka (*Cloasma gravidarum*), areola, payudara, leher dan dinding perut (*linea nigra*).

- 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 duktus dan alveoli payudara, kelenjar montgomeri terlihat lebih membesar.
 - 9) Perubahan perasaan
 - 10) Berat badan bertambah (Sulistyawati, 2016).
4. Menentukan Usia Kehamilan menurut Sulistyawati (2016) yaitu
- a. Berdasarkan Tinggi Fundus Uteri (Menurut Leopold)
 - 1) 12 minggu 1-2 jari atas symphysis.
 - 2) 16 minggu pertengahan antara Symphysis– pusat.
 - 3) 20 minggu fundus uteri 3 jari bawah pusat.
 - 4) 24 minggu setinggi pusat.
 - 5) 28 minggu 3 jari atas pusat.
 - 6) 32 minggu pertengahan Px-pusat.
 - 7) 36 minggu 3 jari dibawah Px
 - 8) 40 minggu pertengahan Px dan pusat



Gambar 1. Tinggi Fundus Uteri

b. Menurut *Mc-Donald* Rumus:

- 1) Ukuran Tinggi Fundus (cm) $\times 2/7 =$ (durasi kehamilan dalam bulan)
- 2) Tinggi Fundus (cm) $\times 8/7 =$ (durasi kehamilan dalam minggu)
- 3) Tinggi Fundus uteri dalam sentimeter (cm), yang normal harus sama dengan umur kehamilan dalam minggu yang ditentukan berdasarkan hari pertama haid terakhir.

5. Faktor yang mempengaruhi kehamilan menurut Sulistyawati (2016) yaitu

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
6. Ketidaknyamanan masa kehamilan trimester II dan III dan cara mengatasinya menurut Mochtar (2017) yaitu

Tabel 1
Ketidaknyamanan dan cara mengatasi

No	Ketidaknyamanan	Penanganan
1	Sering buang air kecil pada TM II dan III	<ol style="list-style-type: none"> a. Kosongkan saat ada dorongan saat kencing. b. Perbanyak minum pada siang hari. c. Jangan kurangi minum untuk mencegah

	<p>nokturia, kecuali jika nokturia sangat mengganggu tidur di malam hari.</p> <p>d. Jelaskan tentang bahaya infeksi saluran kemih dengan menjaga posisi tidur, yaitu dengan berbaring miring ke kiri dan kaki ditinggikan untuk mencegah diuresis.</p>
2 <i>Striae gravidarum</i>	<p>a. Gunakan emolien topikal atau antipruritik jika ada indikasinya.</p> <p>b. Gunakan baju longgar yang dapat menopang payudara dan abdomen</p>
3 Hemoroid	<p>a. Hindari Konstipasi.</p> <p>b. Makan makanan yang berserat dan banyak minum.</p> <p>c. Gunakan kompres es atau air hangat.</p> <p>d. Dengan perlahan masukkan kembali anus setiap selesai BAB.</p>
4 Keputihan	<p>a. Tingkatkan kebersihan dengan mandi tiap hari.</p> <p>b. Memakai pakaian dalam</p>

	dari bahan katun dan mudah menyerap.
	c. Tingkatkan daya tahan tubuh dengan makan buah dan sayur, Istirahat cukup.
5 Sembelit	a. Tingkatkan diet asupan cairan. b. Minum cairan dingin atau hangat, terutama saat perut kosong. c. Membiasakan buang air besar secara teratur.
6 Kram pada kaki	a. Kurangi konsumsi susu (kandungan fosfornya tinggi). b. Latihan dorso fleksi pada kaki dan meregangkan otot yang terkena. c. Gunakan penghangat untuk otot. d. Senam hamil
7 Nafas sesak	a. Dorong agar secara sengaja mengatur laju dan dalamnya pernapasan pada kecepatan normal yang terjadi. b. Merentangkan tangan

	di atas kepala serta menarik nafas panjang.
8 Perut kembung	<ol style="list-style-type: none">Hindari makan yang mengandung gas.Mengunyah makanan secara sempurna.Lakukan senam secara teratur.Pertahankan saat buang air besar yang teratur
9 Pusing/ <i>sinkop</i>	<ol style="list-style-type: none">Pertahankan saat buang air besar yang teratur.Bangun secara perlahan dari posisi istirahat.Hindari berdiri terlalu lama dalam lingkungan yang hangat dan sesak.Hindari berbaring dalam posisi telentang.
10 Sakit punggung atas dan bawah	<ol style="list-style-type: none">Gunakan posisi tubuh yang baik.Gunakan bra yang menopang dengan ukuran yang tepat.Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung.

11	Varises pada kaki	<ul style="list-style-type: none"> a. Tinggikan kaki sewaktu berbaring. b. Jaga agar kaki tidak bersilangan. c. Hindari berdiri atau duduk terlalu lama. d. Senam untuk melancarkan peredaran darah. e. Hindari pakaian atau korset yang ketat.
----	-------------------	--

7. Komplikasi pada kehamilan

Komplikasi kehamilan menurut Mochtar (2017) yaitu

a) *Hiperemesis gravidarum*

Adalah mual dan muntah yang berlebihan pada wanita hamil yang mengganggu pekerjaan sehari-hari karena keadaan umumnya menjadi buruk akibat dehidrasi. Pencegahan dengan memberikan informasi dan edukasi tentang kehamilan kepada ibu dengan maksud menghilangkan faktor psikis rasa takut, tetapi obat menggunakan sedativa (*luminal, stesolid*); vitamin (B1 dan B6); anti muntah.

b) *Toksemia gravidarum*

Pre-eklamsi dan eklamsia merupakan gejala yang timbul dari trias: hipertensi, protuenuri dan edema. Pencegahan, pemeriksaan antenatal yang teratur dan

bermutu serta teliti, berikan penerangan tentang manfaat istirahat dan tidur, ketenangan.

c) *Abortus* (keguguran dan kelainan dalam tua kehamilan)

Keguguran adalah pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan. Penanganan, berikan obat obat dengan maksud agar terjadi his sehingga vetus dan desidua dapat dikeluarkan, kalau tidak berhasil lakukan dilatasi kuretase. Hendaknya pada penderita juga diberikan tomika dan antibiotika.

d) Kelainan letak kehamilan (kehamilan ektopik)

Adalah kehamilan dengan hasil konsepsi perimplentasi diluar endometrium rahim. Penanganan perbaiki keadaan umum, tranfusi darah dan segera lakukan lapatorium explorasi untuk memberhentikan sumber perdarahan.

e) Penyakit tropoblas

Penyakit tropoblas karena kehamilan yang berasal dari kelainan pertumbuhan tropoblas plasenta. Penanganan perbaiki keadaan umum pasang batang laminaria untuk memperlebar pembukaan, dilakukan evakuasi jaringan dengan menggunakan *suctio curettage*.

8. Asuhan Kehamilan (*Antenatal Care*)

a. Pengertian *Antenatal Care*

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 (Manuaba, 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, 2014).

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 post partum sehat dan normal, tidak hanya fisik tetapi juga mental. Pelayanan *antenatal* terintegrasi merupakan integrasi pelayanan *antenatal* rutin dengan beberapa program lain yang sasarannya pada ibu hamil, sesuai prioritas Departemen Kesehatan, yang diperlukan guna meningkatkan kualitas pelayanan *antenatal* (Wiknjosastro, 2016).

b. 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 ketidaknormalan 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, 2014).

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 (Saifuddin, 2014).

f. Standar Pelayanan *Antenatal Care*

Pelayanan *antenatal*, disesuaikan dengan standar pelayanan *antenatal* menurut Permenkes RI No. 4 tahun 2019 yang terdiri dari

- 1) Pengukuran berat badan.
- 2) Pengukuran tekanan darah.
- 3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA).
- 4) Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri).
- 5) Penentuan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ).
- 6) Pemberian imunisasi sesuai dengan status imunisasi.
- 7) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet.
- 8) Tes Laboratorium.
- 9) Tatalaksana/penanganan kasus.
- 10) Temu wicara (konseling).

g. 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 (Kemenkes RI, 2019).

Kebijakan program pelayanan *antenatal* menetapkan frekuensi kunjungan *antenatal* sebaiknya minimal 4 (empat) kali selama kehamilan, dengan ketentuan sebagai berikut :

- a) Minimal satu kali pada trimester pertama (K1).
- b) Minimal satu kali pada trimester kedua (K2).
- c) Minimal dua kali pada trimester ketiga (K3 dan K4) (Kemenkes RI, 2019).

Perlu segera memeriksakan kehamilan bila dilaksanakan ada gangguan atau bila janin tidak bergerak lebih dari 12 jam. Pada setiap kunjungan antenatal, perlu didapatkan informasi yang sangat penting yaitu

a. Trimester pertama sebelum minggu ke 14

- 1) Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan ibu hamil.
- 2) Mendeteksi masalah dan menanganinya.
- 3) Melakukan tindakan pencegahan seperti tetanus neonatorum, anemia kekurangan zat besi, penggunaan praktek tradisional yang merugikan.
- 4) Memulai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi.
- 5) Mendorong perilaku yang sehat (gizi, latihan dan kebersihan, istirahat dan sebagainya).

b. Trimester kedua sebelum minggu ke 28

Sama seperti diatas, ditambah kewaspadaan khusus mengenai preeklampsia (tanya ibu tentang gejala-gejala preeklamsia, pantau tekanan darah, evaluasi edema, periksa untuk apakah ada kehamilan ganda).

c. Trimester ketiga antara minggu 28-36

Sama seperti diatas, di tambah palpasi abdominal untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda.

d. Trimester ketiga setelah 36 minggu

Sama seperti diatas, ditambah deteksi letak bayi yang tidak normal, atau kondisi lain yang memerlukan kelahiran di rumah sakit (Kemenkes RI, 2019).

2) Intervensi dalam *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 2 kali dengan interval minimal 4 minggu, kecuali bila sebelumnya ibu telah mendapatkan TT 2 kali pada kehamilan yang lalu atau pada masa calon pengantin, maka
- b. Dosis dan pemberian 0,5 cc pada lengan atas
- c. Jadwal pemberian TT

Tabel 2
Jadwal Pemberian TT

Antigen	Interval (selang waktu minimal)	Lama perlindungan	%perlindungan
TT1	Pada kunjungan <i>antenatal</i> pertama	-	-
TT2	4 minggu setelah TT 1	3tahun*	80
TT3	6 bulan setelah TT2	5tahun	95
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun	99
TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun/seumur	99

keterangan:* artinya apabila dalam waktu 3 tahun Wanita Usia Subur (WUS) tersebut melahirkan, maka bayi yang dilahirkan akan terlindung dari Tetanus Neonatorum (TN)

Sumber: Saifudin (2014)

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 (Saifudin, 2014).
- b) Dimulai dengan memberikan satu sehari sesegera mungkin setelah rasa mual hilang. Tiap tablet mengandung FeSO₄ 320 Mg (zat besi 60 Mg) dan Asam Folat 500Mg, minimal masing-masing 90 tablet. Tablet besi sebaiknya tidak di minum bersama teh atau kopi, karena mengganggu penyerapan (Saifudin, 2014).

b). Pelaksana dan Tempat Pelayanan *Antenatal*

Pelayanan kegiatan pelayanan *antenatal* terdapat dari tenaga medis yaitu dokter umum dan dokter spesialis dan tenaga para medis 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, 2019).

B. Persalinan

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan disebut normal apabila prosesnya terjadi pada usia cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Sulistyawati, 2016). Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba,2016).

Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam produk konsepsi dikeluarkan sebagai akibat kontraksi teratur, progresif, sering dan kuat yang nampaknya tidak saling

berhubungan bekerja dalam keharmonisan untuk melahirkan bayi (Sulistyawati, 2016). Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan proses pengeluaran hasil konsepsi (janin, plasenta dan selaput ketuban) yang telah cukup bulan (37 hingga 42 minggu) dengan bantuan atau tanpa bantuan (Manuaba, 2016).

Tahapan Persalinan menurut Manuaba (2016) yaitu

1. Kala I

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

Kala I 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 (nulipara 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 4 cm maksimal 9 cm.
- 3) Fase deselerasi: pembukaan menjadi lambat. Dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap.

2. Kala II

Pada kala II his terkoordinir, kuat, cepat, dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadilah 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 terbuka. Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum menegang. Lama kala II pada primigravida 1,5 hingga 2 jam, sedangkan multigravida adalah 0,5 jam sampai dengan 1 jam.

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.

3. Kala III

Kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhirnya dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Pada kala III persalinan, miometrium berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena pelekatan plasenta menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, maka plasenta akan terlipat, menebal dan akhirnya terlepas dari uterus. Setelah lepas plasenta akan turun kebagian bawah uterus atau kedalam vagina. Tanda-tanda lepasnya plasenta adalah

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

4. Kala IV

Adalah kala pengawasan selama 2 jam setelah bayi lahir, untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan post partum. Kala IV sejak ibu dinyatakan aman dan nyaman sampai 2 jam. Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan pasca persalinan sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah:

- a) Tingkat kesadaran penderita.
- b) Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, suhu dan pernafasan.
- c) Kontraksi uterus, tinggi fundus uterus.
- d) Terjadi perdarahan: perdarahan normal bila tidak lebih dari 400 cc sampai 500 cc.

a) Tujuan Asuhan persalinan

Fokus utama asuhan persalinan normal adalah mencegah terjadinya komplikasi. Hal ini merupakan suatu pergeseran paradigma dari sikap menunggu terjadinya dan menangani komplikasi, menjadi mencegah komplikasi yang mungkin terjadi. Pencegahan komplikasi selama persalinan dan setelah bayi baru lahir akan mengurangi kesakitan dan kematian ibu serta bayi baru lahir. Tujuan Asuhan persalinan Normal adalah

1. Memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam

upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memberikan aspek sayang ibu dan sayang bayi.

2. Mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal. Berdasarkan tujuan asuhan persalinan diatas, maka disusunlah kebijakan-kebijakan dalam pelayanan asuhan persalinan.
3. Semua persalinan harus dihadiri dan dipantau oleh petugas kesehatan terlatih.
4. Rumah bersalin dan tempat rujukan dengan fasilitas memadai untuk menangani kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal harus tersedia 24 jam.
5. Obat-obatan esensial, bahan dan perlengkapan harus tersedia bagi seluruh petugas terlatih (Elisabeth, 2016).

Berdasarkan kebijakan tersebut, maka rekomendasi kebijakan teknis persalinan dan kelahiran:

- a) Asuhan sayang ibu dan sayang bayi harus dimasukkan sebagai bagian dari persalinan bersih dan aman, termasuk hadirnya keluarga atau orang-orang yang memberikan dukungan bagi ibu.
- b) Partograf harus digunakan untuk memantau persalinan dan berfungsi sebagai suatu catatan/rekam medik untuk persalinan.

- c) Selama persalinan normal, intervensi hanya dilaksanakan jika benar-benar dibutuhkan. Prosedur ini hanya dibutuhkan jika ada infeksi dan penyulit.
- d) Manajemen aktif kala 3, melakukan penjepitan dan pemotongan tali pusat secara dini, memberikan suntikan oksitosin secara *intramuscular* (IM), melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT) dan segera melakukan masase fundus, harus dilakukan pada persalinan normal.
- e) Penolong persalinan harus tetap tinggal bersama ibu dan bayi setidaknya 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu sudah dalam keadaan stabil. Fundus harus diperiksa setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Masase fundus harus dilakukan sesuai kebutuhan untuk memastikan tonus uterus tetap baik, perdarahan minimal dan pencegahan perdarahan.
- f) Selama 24 jam pertama setelah persalinan, fundus harus sering diperiksa dan di masase sampai tonus baik. Ibu atau anggota keluarga dapat diajarkan melakukan hal ini.
- g) Segera setelah lahir seluruh tubuh terutama kepala bayi harus segera diselimuti dan bayi dikeringkan serta dijaga kehangatannya untuk mencegah terjadinya hipotermi.
- h) Obat-obatan esensial, bahan dan perlengkapan harus disediakan oleh petugas dan keluarga (Elisabeth, 2016).

b) Tanda tanda persalinan

Gejala persalinan menurut Elisabeth (2016) sebagai berikut:

- 1) Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek.
- 2) Dapat terjadi pengeluaran pembawa tanda, yaitu:
 - a) Pengeluaran lendir
 - b) Lendir bercampur darah
- 3) Dapat disertai ketuban pecah dini
- 4) Pada pemeriksaan dalam, dijumpai perubahan serviks
- 5) Perlunakan serviks
 - a) Perdarahan serviks
 - b) Terjadi pembukaan serviks

c) Jalannya persalinan menurut Elisabeth (2016) sebagai berikut:

- 1) Tanda persalinan sudah dekat
 - a. Terjadi *lightening*

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 atas panggul

- 5) Terasa ringan dibagian atas, rasa sesaknya berkurang.
- 6) Dibagian bawah terasa sesak.
- 7) Terjadi kesulitan saat berjalan.
- 8) Sering miksi

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.

- d) Faktor faktor yang mempengaruhi persalinan menurut Elisabeth (2016) sebagai berikut:

1. *Power* (his dan mengejan)

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligament. His (kontraksi uterus) adalah gelombang kontraksi ritmis otot polos dinding uterus yang dimulai dari daerah fundus uteri dimana tuba falopo memasuki dinding uterus, awal gelombang tersebut dapat dari pacemaker yang terdapat dari dinding uterus daerah tersebut. Perubahan perubahan akibat his :

a. Perubahan pada uterus dan serviks

Uterus terasa keras/padat karena kontraksi. Tekanan hidrostatik air ketuban dan tekanan intra uterin naik serta menyebabkan serviks menjadi mendatar (*effacement*) dan dilatasi.

b. Perubahan pada ibu

Rasa nyeri karena anixsia sel sel otot rahim akibat kontraksi juga ada peningkatan nadi dan tekanan darah.

c. Perubahan pada janin

Pertukaran oksigen pada sirkulasi *utero plasenter* berkurang, maka timbul hipoksia janin. Denyut jantung janin melambat dan kurang jelas didengar karena adanya iskemia fisiologis. Jika benar-benar terjadi hipoksia yang agak lama misalnya pada kontraksi tetanik maka akan terjadi gawat janin.

d. Periode istirahat antar kontraksi

Memberikan kesempatan pada otot-otot uterus untuk beristirahat. Sebab kontraksi terus menerus dapat menyebabkan ruptur uteri (Sulistyawati, 2016). Aktivitas ini mempunyai beberapa ciri khas sebagai berikut:

e. Saat Hamil

Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron menimbulkan kontraksi otot rahim dengan sifat yang tidak

menyeluruh, tidak nyeri, dan berkekuatan 5 mmHg yang disebut braxton hicks sejak usia kehamilan 30 minggu. Kekuatan his dalam persalinan.

1) Kekuatan his kala I

Sifat kontraksi rahim kala I :

- a) Kontraksi bersifat simetris
- b) Fundal dominan, artinya bagian fundus sebagai pusat dan mempunyai kekuatan yang paling besar.
- c) Involunter artinya tidak bisa diukur oleh parturier.
- d) Intervalnya makin lama makin pendek.
- e) Kekuatannya makin besar dan pada kala II diikuti dengan reflex mengejan.
- f) Diikuti oleh retraksi, artinya setelah kontraksi panjang otot uterus tidak kembali ke panjang semula.
- g) Kontraksi menyebabkan rasa sakit dipinggang daerah perut dan dapat menjalar ke arah paha.

2) Kekuatan his kala II

Kekuatan his pada akhir kala I adalah permulaan kala II mempunyai amplitudo 60 mmHg. Interval 3-4 menit durasi berkisar 60-90 detik.

3) Kekuatan his kala III

Setelah istirahat sekitar 8-10 menit rahim berkontraksi untuk melepaskan plasenta dan insersinya di lapisan *nitabusch*. Pelepasan plasenta dapat dimulai dari pinggir atau dari sentral dan terdorong ke bagian bawah rahim.

4) Kekuatan his kala IV

Setelah plasenta lahir kontraksi uterus tetap kuat dengan amplitudo sekitar 60-80 mmHg. Kekuatan ini tidak diikuti oleh interval pembuluh darah tertutup rapat dan terjadi kesempatan terbentuk trombus. Melalui kontraksi yang kuat dan pembentukan trombus terjadi penghentian perdarahan pascapersalinan.

2. Passage (jalan lahir) menurut Manuaba (2016) yaitu:

- a) Bagian keras tulang tulang panggul (rangka panggul)
- b) Bagian lunak: otot-otot, jaringan dan ligamen. Ukuran-ukuran panggul:
 - 1) *Distansia spinarum*: jarak antara kedua spina iliaca anterior superior 24 sampai 26cm.
 - 2) *Distansia kristarum*: jarak antara kedua krista iliakan kanan dan kiri 28-30cm.
 - 3) *Konjungata eksterna*: 18 -20cm
 - 4) *Lingkar panggul*: 80 - 100cm
 - 5) *Conjugata diagonalis*: 12,5cm
 - 6) *Distansia tuberum*: 10,5 cm

3. *Passangger* menurut Elizabeth (2016) yaitu

a) Janin

Selama janin dan plasenta didalam rahim belum tentu pertumbuhannya normal, adanya kelainan genetick dan kebiasaan ibu yang buruk dapat menjadikan pertumbuhan janin menjadi buruk. Setelah persalinan kepala, badan janin tidak akan mengalami kesulitan. Pada beberapa kasus dengan anak yang besar pada ibu dengan diabetes militus terjadi kemungkinan kegagalan persalinan bahu. Persalinan bahu yang berat cukup berbahaya karena dapat terjadi asfiksia. Persendian leher yang masih lemah dapat merusak pusat-pusat vital janin yang fatal.

b) Plasenta

Plasenta berbentuk bundar atau oval, ukuran diameter 15-20 cm tebal 2-3 cm, berat 500-600 gram. Plasenta biasanya terlepas dalam 4-5 menit setelah anak lahir, mungkin pelepasan setelah anak lahir. Juga selaput janin menebal dan berlipat-lipat karena pengecilan dinding rahim. Oleh kontraksi dan retraksi rahim terlepas dan sebagian karena tarikan waktu plasenta lahir.

c) Air ketuban

Sebagian cairan pelindung dalam pertumbuhan dan perkembangan janin, air ketuban berfungsi sebagai

'bantalan' untuk melindungi janin terhadap trauma dari luar. Tak hanya itu saja air ketuban juga berfungsi melindungi janin dari infeksi, menstabilkan perubahan suhu dan menjadi sarana yang memungkinkan bayi bergerak.

4. *Psikis* (Psikologi)

Kebanyakan wanita normal bisa merasakan kegairahan dan kegembiraan disaat merasa kesakitan awal menjelang kelahiran bayinya. Perasaan positif ini merupakan kelegaan hati, seolah-olah pada saat itu benar-benar terjadi realitas "kewanitaan sejati" yaitu muncul rasa bangga bisa melahirkan. Psikologis meliputi:

- 1) Melibatkan psikologi ibu, emosi dan persiapan intelektual.
- 2) Pengalaman bayi sebelumnya.
- 3) Kebiasaan adat.
- 4) Dukungan dari orang terdekat bagi pada kehidupan ibu.

5. Penolong persalinan

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Dalam hal ini proses tergantung dari kemampuan skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan.

e). Mekanisme Persalinan Normal

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. Masunya kedalam pintu atas panggul pada primigravida sudah terjadi pada bulan terakhir kehamilan tetapi pada multigravida biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan.
3. Masuknya kepala kedalam 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 sama tingginya.
5. Jika sutura sagitalis agak ke depan mendekati simpisis atau agak ke belakang mendekati promontorium maka posisi ini disebut *asynclitismus*. Pada pintu atas panggul biasanya kepala dalam *asynclitismus posterior* yang ringan. *Asynclitismus porterior* ialah jika sutura sagitalis mendekati simpisis dan os parietal belakang lebih rendah dari os parietal depan. *Asynclitismus anterior* ialah jika

sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietal depan lebih rendah dari os parietal belakang.

6. Majunya kepala pada primigravida terjadi setelah kepala masuk ke dalam rongga panggul dan biasanya baru dimulai pada kala 2. Pada multigravida sebaiknya majunya kepala dan masuknya kepala ke dalam 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 badan janin.
10. Fleksi, sangat penting bagi penurunan kepala selama kala 2 agar bagian terkecil masuk panggul 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 symphysis. 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 *occiput* 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. Resultannya ialah kekuatan

kearah depan atas.

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° baik kearah kiri atau kanan bergantung pada arah dimana 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 bawah panggul.
16. Ekspulsi, setelah putaran paksi luar bahu depan sampai dibawah symphysis dan menjadi *hypomoclin* untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul

dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir mengikuti lengkung carus (kurva jalan lahir).

f). Metode 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal

Langkah-langkah persalinan normal diantaranya adalah

- 1) Melihat tanda dan gejala persalinan kala dua
 - a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran
 - b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina
 - c) Perineum menonjol
 - d) Vulva vagina dan sfingter ani membuka
- 2) Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
- 3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
- 4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
- 5) Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.

- 6) Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah desinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).
- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air desinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan terkontaminasi)
- 8) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
- 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung

tangan yang kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan.

10) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) Setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120 - 160 x/menit).

11) Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.

a) Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan dokumentasikan temuan-temuan.

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

12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran.

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

a) Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.

- b) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.
 - c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya.
 - d) Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.
 - e) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
 - f) Menilai DJJ setiap lima menit.
 - g) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60 menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.
 - h) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi.
 - i) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.
- 14) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter

- 5 -6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- 15) Meletakkan kain yang bersih yang dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
 - 16) Membuka partus set.
 - 17) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
 - 18) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.
 - 19) Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.
 - 20) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi.
 - a) Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b) Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.

- 21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
- 23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangam tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
- 24) Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.
- 25) Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian

meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan) Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi.

- 26) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu -bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin /IM.
- 27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama.
- 28) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
- 29) Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai.
- 30) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dengan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya.

- 31) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
- 32) Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntuk.
- 33) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntukan oksitosin 10 unit IM di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.
- 34) Memindahkan klem pada tali pusat.
- 35) Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
- 36) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke atas dan belakang (dorsokranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 -40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi,

meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.

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

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

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

1. Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.

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

3. Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.

4. Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.

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

38) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban

terpilin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.

- 39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi.
- 40) Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus.
- 41) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.
- 42) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
- 43) Mencilupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke larutan klorin 0,5 % membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air desinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkan dengan kain yang bersih dan kering.
- 44) Menempatkan klem tali pusat desinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikatkan tali desinfeksi tingkat tinggi

dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.

- 45) Mengikatkan satu lagi simpul mati di bagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
- 46) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%.
- 47) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
- 48) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
- 49) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam.
 - a) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan
 - b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan.
 - c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan.
 - d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.
 - e) Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anastesi lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.

- 50) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
- 51) Mengevaluasi kehilangan darah.
- 52) Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selamam satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan.
 - a) Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan.
 - b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.
- 53) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi selama 10 menit. Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
- 54) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
- 55) Membersihkan ibu dengan menggunakan air desinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir, dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 56) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang

diinginkan.

- 57) Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
- 58) Mencilupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 59) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 60) Melengkapi partograf (JNPK-KR, 2014)

g). Komplikasi Dalam Persalinan:

Komplikasi dalam persalinan yaitu (Mochtar, 2016):

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 persalihan, untuk memperoleh bukti tentang ada atau tidaknya disproporsi *sefalo pelvic*.

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).

h). Partograf

1. Pengertian

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan (Kemenkes RI, 2015). Penerapan partograf adalah suatu

tindakan atau praktik dalam menggunakan partograf sesuai dengan prosedur yang sudah ada (JNPK-KR, 2014).

2. Tujuan

Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah untuk :

- a) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam
- b) Mendeteksi apakah proses persalinan secara normal. Dengan demikian, juga dapat melakukan deteksi secara dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama.

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

- a) Mencatat kemajuan persalinan
- b) Mencatat kondisi ibu dan janin
- c) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran
- d) Menggunakan informasi yang tercatat untuk secara dini mengidentifikasi adanya penyulit
- e) Menggunakan informasi yang ada untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu (JNPK-KR, 2014).

3. Penggunaan

Penggunaan partograf secara rutin akan memastikan para ibu dan bayinya mendapatkan asuhan yang aman dan tepat waktu.

Selain itu, juga mencegah terjadinya penyulit yang dapat mengancam keselamatan jiwa (JNPK-KR, 2014).

- a) Untuk semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan sebagai elemen penting asuhan persalinan. Partograf harus digunakan, baik tanpa ataupun adanya penyulit. Partograf akan membantu penolong persalinan dalam memantau. Mengevaluasi dan membantu keputusan klinik baik persalinan normal maupun yang disertai dengan penyulit.
- b) Selama persalinan dan kelahiran disemua tempat (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dll).
- c) Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran.

C. Nifas

Masa Nifas (*Peurperium*) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, masa nifas berlangsung selama 6 minggu (Saifuddin, 2014).

Periode pascapartum adalah masa dari kelahiran plasenta dan selaput janin (menandakan akhir periode intrapartum) hingga kembalinya traktur reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil. Ingat bahwa perubahan ini adalah pada kondisi tidak hamil, bukan kondisi prahamil, seperti yang sering dikatakan. Kondisi

organ prahamil hilang selamanya. Paling mencolok setelah pertama kali hamil dan melahirkan, tetapi juga pada setiap kehamilan selanjutnya.

Periode ini disebut juga *puerperium*, dan wanita yang mengalami *puerperium* disebut *puerpera*. Periode pemulihan pascapartum berlangsung sekitar enam minggu (Varney, 2016).

1. Periode nifas

Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Masa nifas dibagi menjadi 3 periode yaitu

a) *Immediated Puerperium*

Keadaan yang terjadi segera setelah persalinan sampai 24 jam sesudah persalinan (0-24 jam post partum).

b) *Early Puerperium*

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

c) *Later Puerperium*

Keadaan setelah satu minggu postpartum sampai enam minggu (Saifuddin, 2014).

2. Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas

Pada masa nifas seorang ibu akan melakukan beberapa tahap untuk beradaptasi dengan kehadiran 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).

3. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas

Selama ibu berada pada masa nifas, paling sedikit 4 kali bidan harus melakukan kunjungan, dilakukan untuk menilai keadaan ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi. Seorang bidan pada saat memberikan

asuhan kepada ibu dalam masa nifas, ada beberapa hal yang harus dilakukan, akan tetapi pemberian asuhan kebidanan pada ibu masa nifas tergantung dari kondisi ibu sesuai dengan tahapan perkembangannya antara lain

a) Kunjungan ke-1 (6-8 jam setelah persalinan) (KN 1)

mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan: rujuk bila perdarahan berlanjut, memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, pemberian ASI awal, melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir, menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia, jika petugas kesehatan menolong persalinan berjalan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan sehat.

b) Kunjungan ke-2 (6 hari setelah persalinan) (KN 2)

memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau, memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat: memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak

memperhatikan tanda-tanda penyulit: memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

- c) Kunjungan ke-3 (2 minggu setelah persalinan) (KN 3), sama seperti diatas.
- d) Kunjungan ke-4 (6 minggu setelah persalinan) (KN 4) menanyakan pada ibu tentang penyulit yang ia atau bayi alami, memberikan konseling untuk KB secara dini (Saleha, 2017).

4. 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 pascapersalinan, 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 dibantu turun dari tempat tidur dalam 24 jam pertama

setelah kelahiran pervaginam, 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

Diuresis yang nyata akan terjadi pada satu atau dua hari pertama setelah melahirkan, dan kadang-kadang ibu mengalami kesulitan untuk mengosongkan kandung kemihnya karena merasa sakit, memantau 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, kateterisasi baik dilakukan daripada 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

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 memcuci tangan dengan sabun dan

air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya. Jika ibu mempunyai luka episiotomy atau laserasi sarankan kepada 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 ketidakmampuan 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 memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah berhenti dan ibu tidak merasakan ketidaknyamanan. 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).

h) Latihan (Senam Nifas)

Latihan (senam nifas), diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Ibu akan merasa lebih kuat dan ini akan menyebabkan otot perutnya menjadi kuat sehingga mengurangi rasa sakit pada punggung, jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sampai membantu. Beberapa latihan yang dapat ibu lakukan dengan mudah antara lain, dengan tidur terlentang dengan tangan disamping, menarik otot perut selagi menarik nafas, tahan nafas kedalam dan angkat dagu kedada tahan satu hitungan sampai 5, rileks dan ulangi 10 kali. Untuk memperkuat tonus otot vagina (latihan *kegel*).

Berdiri dengan tungkai dirapatkan, kencangkan otot-otot, pantat dan panggul dan sampai 5 hitungan, kendurkan dan ulangi latihan sebanyak 5 kali. Mulai dengan mengerjakan 5 kali latihan untuk setiap gerakan, setiap minggu naikan jumlah latihan 5 kali lebih banyak. Pada minggu ke-6 setelah persalinan ibu harus

mengerjakan setiap gerakan sebanyak 30 kali (Rukiyah, 2017).

D. Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir adalah suatu organisme yang sedang tumbuh, yang baru mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ektrauterin (Mochtar,2016). Neonatus (BBL) adalah masa kehidupan pertama diluar rahim sampai dengan usia 28 hari, dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan didalam rahim menjadi diluar rahim. Pada masa ini terjadi pematangan organ hampir pada semua system. Bayi baru lahir adalah bayi yang baru lahir selama satu jam pertama kelahiran (Saifuddin, 2014).

a. 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, usahakan adanya kontak antara kulit bayi dengan kulit ibunya sesegera mungkin (Saifudin, 2014).

1) 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.

2) Periksa ulang pernafasan bayi.

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

3) 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.

Pemeriksaan Fisik Bayi

Lakukan pemeriksaan fisik yang lebih lengkap, ketika memeriksa bayi baru lahir haruslah diperhatikan hal-hal berikut:

- 1) Gunakan tempat yang hangat dan bersih untuk pemeriksaan.
- 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah pemeriksaan, gunakan sarung tangan dan bertindak lembut pada saat menangani bayi.

- 3) Lihat, dengarkan, dan rasakan tiap-tiap daerah, dimulai dari kepala, dan berlanjut secara sistematis menuju jari kaki.
- 4) Jika ditemukan faktor resiko atau masalah, carilah bantuan lebih lanjut yang memang diperlukan.
- 5) Pemberian vitamin K Untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir.

6) Identifikasi Bayi

Alat pengenalan untuk mempermudah identifikasi bayi, perlu segera dipasang setelah persalinan. Alat pengenalan yang efektif harus diberikan kepada setiap bayi baru lahir dan harus tetap ditempatnya/terpasang sampai waktu bayi dipulangkan.

7) Perawatan Lain

- a) Beri ASI sesuai dengan kebutuhan setiap 2-3 jam (paling sedikit setiap 4 jam), mulai dari hari pertama.
- b) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat, dan kering dengan mengganti popok dan selimut sesuai dengan kebutuhan. Pastikan bayi tidak terlalu dingin (dapat menyebabkan dehidrasi, ingat bahwa kemampuan pengaturan suhu bayi masih dalam perkembangan).

Apa saja yang masuk kedalam mulut bayi haruslah bersih.

- c) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering.
- d) Peganglah, sayangi dan nikmati kehidupan bersama bayi.
- e) Awasi masalah dan kesulitan pada bayi dan minta bantuan jika perlu.
- f) Jaga keamanan bayi terhadap trauma dan penyakit atau infeksi
- g) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusu kurang baik.

b. 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.

(Kemenkes RI, 2017)

c. Reflek-reflek pada Bayi Baru Lahir

1) Refleks menghisap (*sucking reflex*)

Reflek ini ditandai dengan bayi menoleh kearah stimulus, membuka mulutnya, memasukan puting dan menghisap.

2) Refleks menggenggam (*palmar grasp reflex*)

Grasping Reflex adalah reflex gerakan jari-jari tangan mencengkram benda-benda yang disentuh ke bayi, indikasi syaraf berkembang normal–hilang setelah 3-4 bulan Bayi akan otomatis menggenggam jari ketika Anda menyodorkan jari telunjuk kepadanya.

a) Refleks leher (*tonic neck reflex*)

Akan terjadi peningkatan kekuatan otot (tonus) pada lengan dan tungkai sisi ketika bayi Anda menoleh kesalah satu sisi.

b) Refleks mencari (*rooting reflex*)

Rooting reflex terjadi ketika pipi bayi diusap (dibelai) atau disentuh bagian pinggir mulutnya.

c) Refleks moro(*moro reflex*)

Refleks Moro adalah suatu respon tiba tiba pada bayi baru lahir yang terjadi akibat suara atau gerakan yang mengejutkan.

d) *Babinski Reflex*.

Refleks primitive pada bayi berupa gerakan jari-jari mencengkram ketika bagian bawah kaki diusap, indikasi syaraf berkembang dengan normal. Hilang diusia 4 bulan.

e) *Swallowing Reflex*

Swallowing Reflex adalah reflex gerakan menelan benda-benda yang didekatkan ke mulut, memungkinkan bayi memasukkan makanan ada secara permainan tapi berubah sesuai pengalaman.

f) *Refleks tonic neck*

Disebut juga posisi menengadiah, muncul pada usia satu bulan dan akan menghilang pada sekitar usia lima bulan (Karyuni, 2013).

d. Tanda bahaya pada bayi baru lahir

- 1) Pernafasan: sulit atau > 60 x/menit
- 2) Kehangatan: terlalu panas $>38^{\circ}\text{C}$ atau terlalu dingin $>36^{\circ}\text{C}$
- 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.

e. Adaptasi fisiologis BBL terhadap kehidupan di luar uterus

Konsep mengenai adaptasi bayi baru lahir menurut Sondakh (2016) adalah sebagai berikut:

- 1) Memulai segera pernapasan dan perubahan dalam pola sirkulasi. Konsep ini merupakan hal yang esensial pada kehidupan ektrauterin.
- 2) Dalam 24 jam setelah lahir, sistem ginjal, gastrointestinal, hematologi, metabolik, dan sistem neurologis bayi baru lahir harus berfungsi secara memadai untuk mempertahankan.

f. Kunjungan Neonatus

a). Pengertian

Kunjungan neonatus adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu kunjungan neonatal I (KN1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir, kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari, kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8–28 hari. Pelayanan kesehatan diberikan oleh dokter /bidan /perawat, dapat dilaksanakan dipuskesmas atau melalui kunjungan rumah. Pelayanan yang diberikan mengacu pada pedoman Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

pada algoritma bayi muda (Manajemen Terpadu Bayi Muda /MTBM) termasuk ASI eksklusif, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, perawatan tali pusat, penyuntikan vitamin K1 dan imunisasi HB-0 diberikan pada saat kunjungan rumah sampai bayi berumur 7 hari (bila tidak diberikan pada saat lahir) (Kemenkes RI, 2017).

Pelayanan kesehatan neonatal adalah pelayanan kesehatan neonatal dasar (ASI eksklusif, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, tali pusat, pemberian vitamin K1 injeksi bila tidak diberikan pada saat lahir, pemberian imunisasi hepatitis B1 apabila tidak diberikan pada saat lahir dan manajemen terpadu bayi muda). Neonatus adalah bayi berumur 0-28 hari (Kemenkes RI, 2017). Berdasarkan Permenkes 741 /Th .2019 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (SPM-BK), KN dibagi menjadi 3 yaitu

1) Kunjungan Neonatal ke satu (KN1)

Adalah kunjungan neonatal pertama kali yaitu pada hari pertama sampai hari kedua.

Keadaan yang harus diawasi dan perawatan yang dilakukan selama masa neonatal :

- a) Keadaan umum, bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu tubuh 36°C-37°C.
- b) Berat badan, dalam tiga hari pertama berat badan akan turun oleh karena bayi mengeluarkan air kencing dan mekonium, sedang cairan yang masuk belum cukup. Pada hari keempat berat badan akan naik lagi.
- c) Tinja yang berbentuk mekonium berwarna hijau tua yang telah berada pada saluran pencernaan sejak janin berumur 16 minggu, akan mulai keluar dalam waktu 24 jam, pengeluaran mekonium akan berlangsung sampai hari ke 2-3.
- d) Kulit, perlu diteliti apakah kulit tidak menjadi pucat, kuning, biru atau timbul perdarahan di kulit seperti *purpura*, *petekia*, *ekimosis*, *hematom*, infeksi pada kulit, edema dan lain-lain. Selain itu, perlu dipastikan bahwa kulit dalam keadaan bersih dan kering terutama di lipatan-lipatan (paha, leher, belakang telinga, ketiak). Bagian tersebut harus bersih dari verniks kaseosa, karena *verniks kaseosa* bisa menjadi media yang paling baik untuk kuman stafilokokus.

e) Tali pusat, pada umumnya tali pusat akan lepas pada waktu bayi berumur 6-7 hari. Bila tali pusat belum lepas, harus dipastikan bahwa tali pusat selalu dalam keadaan bersih dan kering. Pemakaian gurita tidak dianjurkan karena bayi bernapas secara abdominal. Bila tali pusat basah, berbau dan menunjukkan tanda-tanda radang harus waspada terhadap infeksi tali pusat. Infeksi ini harus segera di obati untuk menghindari infeksi yang lebih berat seperti sepsis dan meningitis.

2) Kunjungan Neonatal kedua (KN2)

Adalah kunjungan neonatal yang kedua kalinya yaitu pada hari kedua sampai hari ketujuh. Keadaan yang harus diawasi dan perawatan yang dilakukan selama masa neonatal :

- a) Keadaan umum, bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu tubuh 36°C - 37°C .
- b) Berat badan, dalam tiga hari pertama berat badan akan turun oleh karena bayi mengeluarkan air kencing dan mekonium, sedang cairan yang masuk belum cukup. Pada hari keempat berat badan akan naik lagi.

- c) Tinja pada hari ke 4 sampai hari ke 5 warna tinja menjadi coklat kehijau-hijauan. Selanjutnya warna tinja akan tergantung jenis susu yang diminumnya. Defekasi mungkin 3 sampai 8 kali sehari.
- d) Kulit, perlu diteliti apakah kulit tidak menjadi pucat, kuning, biru atau timbul perdarahan di kulit seperti *purpura*, *petekia*, *ekimosis*, *hematom*, infeksi pada kulit, edema dan lain-lain. Selain itu, perlu di pastikan bahwa kulit dalam keadaan bersih dan kering terutama di lipatan-lipatan (paha, leher, belakang telinga, ketiak). Bagian tersebut harus bersih dari verniks kaseosa, karena *verniks caseosa* bisa menjadi media yang paling baik untuk kuman stafilokokus.
- e) Tali pusat, pada umumnya tali pusat akan lepas pada waktu bayi berumur 6-7 hari. Bila tali pusat belum lepas, harus dipastikan bahwa tali pusat selalu dalam keadaan bersih dan kering. Pemakaian gurita tidak dianjurkan karena bayi bernapas secara abdominal. Bila tali pusat basah, berbau dan menunjukkan tanda-tanda radang harus waspada terhadap infeksi tali pusat. Infeksi ini harus segera di

obati untuk menghindari infeksi yang lebih berat seperti sepsis dan meningitis.

3) Kunjungan Neonatal ke tiga (KN3)

Adalah kunjungan neonatal yang ketiga kalinya yaitu pada hari ke tujuh sampai hari ke dua puluh delapan. Keadaan yang harus diawasi dan perawatan yang dilakukan selama masa neonatal:

- a) Keadaan umum, bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu tubuh 36°C - 37°C .
- b) Berat badan.
- c) Tinja dimana warna tinja akan tergantung jenis susu yang diminumnya. Defekasi mungkin 3 sampai 8 kali sehari.
- d) Kulit, perlu diteliti apakah kulit tidak menjadi pucat, kuning, biru atau timbul perdarahan di kulit seperti purpura, petekia, ekimosis, hematoma, infeksi pada kulit, edema dan lain-lain.
- e) Tali pusat, pada umumnya tali pusat akan lepas pada waktu bayi berumur 6-7 hari. Bila tali pusat belum lepas, harus dipastikan bahwa tali pusat selalu dalam keadaan bersih dan kering. Pemakaian gurita tidak dianjurkan karena bayi bernapas secara

abdominal. Bila tali pusat basah, berbau dan menunjukkan tanda-tanda radang harus waspada terhadap infeksi tali pusat. Infeksi ini harus segera di obati untuk menghindari infeksi yang lebih berat seperti *sepsis* dan *meningitis*.

E. ASUHAN KEBIDANAN MANAJEMEN TUJUH LANGKAH VARNEY

1) Pengumpulan data dasar

Pengkajian atau pengumpulan data dasar adalah mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan pasien. Merupakan langkah pertama untuk mengumpulkan yang berkaitan dengan kondisi pasien dan semua informasi yang akurat dari semua sumber (Ambarwati, dkk, 2014)

1. 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 singkat 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 dkk, 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
- b) Keluhan utama dikaji untuk mengetahui keluhan yang dirasakan pasien saat ini.
- c) Riwayat obstetri dikaji untuk mengetahui kesehatan reproduksi yang dialami oleh pasien baik riwayat menstruasi, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas (Ambarwati,dkk, 2016).
- d) 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).
- e) Riwayat perilaku kesehatan
- f) Perilaku kebutuhan sehari-hari
- g) Data psikososial dan spiritual
- h) 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 kriteria ini jika 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). 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).

e. Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah

Tekanan darah arteri menggambarkan dua hal, yaitu besar tekanan yang dihasilkan vertikel 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 diastolik. 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 karbondioksida dalam paru dan pengantaran asam basal. Adapun pernapasan 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°C (Sulistyawati, 2016).

b) Pemeriksaan fisik

1) Kepala

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

2) 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 putting 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 (Sulistiyawati, 2016).

3) Mata

Pemeriksaan mata dilakukan untuk menilai adanya visus atau ketajaman penglihatan. Pemeriksaan sklera 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 atau dilatasi pupil menunjukkan adanya rangsangan simpatis. Sedangkan miosis menunjukkan keadaan pupil yang mengecil. Pupil yang berwarna putih menunjukkan kemungkinan adanya penyakit katarak. Kondisi bola mata yang menonjol dinamakan eksoftalmos dan bola mata mengecil dinamakan enoftalmos. *Strabismus* atau juling merupakan sumbu visual yang tidak sejajar pada lapang gerakan bola mata, selain itu terdapat nistagmus yang merupakan gerakan bola mata ritmik yang cepat dan horizontal (Mufdilah dkk, 2016).

4) 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 grfutala untuk mengetahui ada gangguan pendengaran atau tidak (Mufdillah dkk, 2016).

5) 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).

6) 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 (Mufdilah dkk, 2016).

7) 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 dibeberapa kasus seperti tuberculosis atau sifilis. Palpasi kelenjar tyroid dilakukan untuk mengetahui adanya pembesaran kelenjar tyroid yang biasanya disebabkan oleh kekurangan garam yodium (Sulistyawati, 2016).

8) Dada

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

9) 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 (Salmah dkk, 2015).

10)Perut

Bentuk abdomen yang normal adalah simetris, baik pada orang gemuk maupun pada orang kurus. Pada bagian abdomen juga kita mendengarkan bisping 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 belum. Kepala masuk PAP pada primigravida yaitu pada usia kehamilan 36 minggu (Manuaba, 2016).

11) 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 musculus kuadrises femoris* di bawah *patella*.

12) Genitalia

Genetalia berkaitan dengan sistem 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 didaerah genetalia
- 5) Ada atau tidak perdarahan

2. Interpretasi Data

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) Diakui dan telah disahkan oleh profesi
- 2) Berhubungan langsung dengan praktik kebidanan
- 3) Memiliki ciri khas kebidanan
- 4) Didukung oleh keputusan klinis (clinical judgement) dalam praktik kebidanan.
- 5) Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan.

b) **Masalah**

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

3. 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. 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. 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. 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. 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

SOAP adalah catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan tertulis. Seorang bidan hendaknya menggunakan SOAP setiap kali ia bertemu dengan pasiennya. Selama masa antepartum, seorang bidan dapat menuliskan satu catatan SOAP untuk setiap kali kunjungan; sementara dalam masa intrapartum, seorang bidan boleh menuliskan lebih dari satu catatan untuk satu pasien dalam satu hari. Selain itu juga, seorang bidan harus melihat catatan-catatan SOAP terdahulu bilamana ia merawat seorang klien untuk mengevaluasi kondisinya yang sekarang (Asrinah, 2017). Alasan penggunaan SOAP dalam pendokumentasian

- 1) Pembuatan grafik metode SOAP merupakan kemajuan informasi yang sistematis yang mengorganisasi penemuan dan kesimpulan anda menjadi suatu rencana asuhan.
- 2) Metode ini merupakan penyaringan inti sari dari proses penatalaksanaan kebidanan untuk tujuan penyediaan dan pendokumentasian asuhan.
- 3) SOAP merupakan urutan-urutan yang dapat membantu anda dalam mengorganisasi pikiran anda dan memberikan asuhan yang menyeluruh (Asrinah, 2017).

Tujuan Pendokumentasian

- 1) Menciptakan catatan permanen tentang asuhan yang diberikan kepada pasien.

- 2) Memungkinkan berbagai informasi diantara para pemberi asuhan.
- 3) Memfasilitasi pemberian asuhan yang berkesinambungan.
- 4) Memungkinkan pengevaluasian dari asuhan yang diberikan.
- 5) Memberikan data untuk catatan nasional, riset dan statistik mortalitas/morbiditas.
- 6) Meningkatkan pemberian asuhan yang lebih aman dan bermutu tinggi kepada klien (Asrinah, 2017).

Subjektif (S)

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

Objektif(O)

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan uji diagnosis lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan (langkah I Varney)

Assesment (A)

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi:

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).

Planning (P)

Menggambarkan pendokumentasian tindakan dan evaluasi perencanaan berdasarkan assessment (langkah V, VI dan VII Varney) (Asrinah, 2017).