

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Ibu hamil adalah seorang wanita yang sedang mengandung yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Kehamilan adalah waktu transisi, yaitu masa antara kehidupan sebelum memiliki anak yang sekarang berada dalam kandungan dan kehidupan nanti setelah anak itu lahir (Ratnawati, 2020)

Kehamilan merupakan penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 9 bulan menurut kalender internasional. Maka, dapat disimpulkan bahwa kehamilan merupakan bertemunya sel telur dan sperma di dalam atau diluar Rahim dan berakhir dengan keluarnya bayi dan plasenta melalui jalan lahir (Yulaikhah, et al., 2019).

b. Proses Terjadinya Kehamilan

Menurut Menurut Fitriahadi (2017) proses terjadinya kehamilan yaitu:

1) Ovulasi

Proses kehamilan dimulai dari ovulasi yaitu keluarnya sel telur yang matang dari indung telur (*ovarium*). Setelah sel telur dilepaskan bergerak ke tuba fallopi, sel telur memiliki waktu 12 sampai 24 jam bertahan pada saluran reproduksi wanita menunggu sel sperma membuahi. Ovulasi terjadi kira-kira 14 hari sebelum menstruasi datang, sekitar dua minggu setelah hari pertama menstruasi terakhir (sering disebut masa subur). Jika tidak ada sel sperma yang masuk dan membuahi sel telur, maka tidak terjadi proses kehamilan dan sel telur akan bergerak menuju rahim (*uterus*) kemudian hancur. Kadar hormon yang dihasilkan korpus luteum tadi kembali normal sehingga lapisan rahim yang menebal tadi menjadi luruh, disebut menstruasi atau haid.

2) Pembuahan

Pertemuan antara inti *ovum* dan inti *spermatozoa* disebut konsepsi atau *ferlitisasi* dan membentuk *zigot*. Konsepsi terjadi *dipars ampularis tuba*, tempat yang paling luas yang dindingnya penuh jonjot dan tertutup sel yang mempunyai silia.

3) Nidasi

Setelah terjadi konsepsi *makater* bentuklah *zigot* yang dalam beberapa jam telah mampu membelah diri menjadi dan seterusnya. Bersamaan dengan pembelahan inti, hasil konsepsi disalurkan

terus ke *pars isthmica* dan *pars interstitialis tuba* (bagian-bagian tuba yang sempit) dan terus disalurkan hingga ke arah *cavum uteri* oleh arus serta getaran *silia* pada permukaan sel-sel tuba dan kontraksi tuba. Pembelahan terus terjadi dan didalam morula terbentuk ruangan yang disebut blastula. Pertumbuhan dan perkembangan terus terjadi, blastula dengan *vili korealis* yang dilapisi sel trofoblas telah siap untuk mengadakan nidasi. Sementara itu fase *sekresi endometrium* makin gembur dan semakin banyak mengandung *glikogen* yang disebut desidua. Proses tertanamnya hasil konsepsi (*blastula*) kedalam *endometrium/desidua* disebut nidasi. Nidasi terjadi pada hari ke6-7 setelah konsepsi.

4) Plasentasi

- a) Pertumbuhan dan perkembangan desidua sejak terjadi konsepsi karena pengaruh hormon terus tumbuh sehingga makin lama menjadi tebal. Desidua adalah mukosa rahim pada kehamilan yang terbagi atas:
 - b) *Desidua basalis*, Terletak diantara hasil konsepsi dan dinding rahim, disini plasenta terbentuk.
 - c) *Desidua kapsularis*, Meliputi hasil konsepsi ke arah rongga rahim yang lama kelamaan bersatu dengan *desidua vera kosaena obliterasi*.
 - d) *Desidua vera (parietalis)*. Meliputi lapisan dalam dinding rahim lainnya.

c. Tanda-Tanda Kehamilan

Menurut (Fitriahadi 2017) Tanda-tanda dalam kehamilan di bagi menjadi tanda tidak pasti kehamilan, tanda dugaan kehamilan, dan tanda pasti kehamilan :

1). Tanda Tidak Pasti Dalam Kehamilan

- a) (*Presuasive*) *Amenore* (terlambat menstruasi), kehamilan menyebabkan dinding uterus (endometrium) tidak terlepaskan sehingga tidak menstruasi (*Amenore*) terjadi dianggap sebagai tanda kehamilan.
- b) Mual dan Muntah ini biasanya terjadi pada bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan pertama, mual muntah akan timbul biasa pagi hari sehingga disebut morning sickness, jika mual muntah terjadi berlebihan di sebut hyperemesis
- c) *Mastodinia*, ini merupakan rasa sakit pada payudara karena mengalami pembesaran. Vaskulariasi bertambah asinus dan duktus berpoliferasi karena pengaruh *esterogen* dan *progesterone* .
- d) Ngidam, Ngidam merupakan kondisi yang biasa dialami wanita hamil yang menginginkan makanan tertentu (Rangkuti, 2020).
- e) Ngidam ini tidak hanya meminta makanan tertentu tetapi juga bisa 18 juga minuman tertentu yang memang benar-benar

diinginkan pada bulan-bulan triwulan pertama Perasaan ngidam ini akan segera menghilang dengan makin tuanya kehamilan .

- f) *Quickening* merupakan persepsi gerakan janin pertama biasanya didasari pada kehamilan 16-20 minggu .
- g) Pingsan (*sinkope*), Terjadinya gangguan sirkulasi kepala (sentral) mengakibatkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan sinkope atau pingsan. Keadaan ini akan hilang setelah usia kehamilan 16 minggu. Keadaan ini biasa terjadi bila berada ditempat ramai yang sesak dan padat. Jadi tidak di ajnurkan untuk ibu hamil untuk pergi ketempat-tempat ramai pada awal kehamilan.
- h) Sering buang air kecil (BAK), Rasa kencing ini terjadi pada malam hari yang di sebabkan produksi urin meningkat karena adanya tekanan uterus yang membesar dan adanya tarikan uterus ke canial. Pada trimester II gejala ini sudah mulai menghilang dan akan timbul kembali pada akhir kehamilan karena kepala janin sudah mulai masuk ke pintu atas panggul.
- i) *Konstipasi* atau *obstipasi*, Konstipasi ini terjadi karena pengaruh progesterone dapat menghambat peristaltic usus, menyebabkan kesulitan dalam mebuang air besar.
- j) Perubahan berat badan, Perubahan berat badan pada kehamilan ke 2-3 bulan mengalami penurunan karena nafsu makan yang berkurang serta mual muntah. Berat badan akan meningkat sampai stabil menjelang aterm.

- k) Perubahan warna kulit/ pigmentasi kulit Perubahan Cloasma yakni warna kulit yang menghitam pada pipi, dan biasa muncul setelah usia kehamilan 16 minggu. Perubahan ini karena stimulasi *melanocyte stimulating hormone* (MSH). Pada perut dan payudara yaitu perubahan *striae gravidarum*, yaitu perubahan seperti jaringan perut atau garis (Dartiwen dan Yati, 2019).
- l) Perubahan pada payudara, Pada payudara sering sekali dikaitkan dengan kehamilan, tetapi sebenarnya perubahan tersebut tidak bisa dijadikan acuan karena kondisi serupa terjadi pada pengguna kontrasepsi hormonal, penderita tumor, pengguna rutin obat penenang dan penderita hamil semu sebagai akibat stimulasi prolactin dan human 20 placenta lactogen (HPL). Payudara mensekresi kolostrum, biasanya setelah kehamilan lebih dari 16 minggu.
- m) Lelah (*Fatigue*) Kondisi ini disebabkan karena mengalami penurunan *Basal Metabolik Rate* (BMR) pada trimester pertama kehamilan. Rasa lelah yang terjadi selama trimester pertama akan berangsur-angsur menghilang dan kondisi ibu akan menjadi lebih segar.
- n) Varises atau penampakan pembuluh darah vena Hal ini disebabkan oleh pengaruh estrogen dan progesterone terjadi penampakan pembuluh darah vena. Varises ini terjadi seitar genetalia eksterna, kaki, betis, dan payudara (Rangkuti, 2020).

Pada *multigravida*, kadang-kadang ditemukan pada kehamilan yang lalu dan timbul lagi pada trimester pertama. Terkadang timbulnya varises ini merupakan gejala pertama kehamilan muda. (Dartiwen dan Yati, 2019).

d. Tandsa-Tanda Kemungkinan Kehamilan

Menurut Kundaryanti (2018), tanda kemungkinan hamil, meliputi:

1) Perubahan uterus

Perubahan yang dialami yaitu perubahan ukuran, bentuk, dan konsistensi. Uterus berubah menjadi lunak bentuk *globuler*. Teraba balotemen, tanda ini muncul pada minggu ke 16-20, setelah rongga rahim mengalami obliterasi dan cairan amnion cukup banyak. *Balotemen* adalah tanda ada benda terapung atau melayang dalam cairan.

2) Tanda *pickcek's*

Tanda *pickcek's* yaitu uterus membesar ke salah satu jurusan hingga menonjol ke jurusan pembesaran tersebut.

3). Suhu basal

Suhu basal yang sudah ovulasi tetap tinggi terus antara 37,2-37,8°C adalah salah satu tanda adanya kehamilan.

4). Tanda *hegar*

Tanda ini berupa pelunakan pada daerah *istmus uteri*. Tanda ini mulai terlihat pada minggu ke-6 dan menjadi nyata pada minggu ke 7-8.

5). Tanda *godell's*

Tanda ini berupa serviks lebih lunak, tanda ini dapat di ketahui melalui pemeriksaan bimanual.

6). Tanda *cadwick*

Adanya hipervaskulisasi menyebabkan vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiru-biruan (*lividea*). Warna portio tampak lividea. Pembuluh-pembuluh darah pada alat genetalia interna membesar, hal ini karena oksigenisasi dan nutrisi meningkat.

7). Tanda *MC Donald*

Serviks dan fundus mengalami difleksi satu sama lain dan tergantung pada lunak atau tidaknya jaringan *isthmus*.

8). Pembesaran Abdomen

Pembesaran abdomen nampak lebih jelas pada kehamilan ke-16, karena pada saat ini uterus telah keluar dari rongga pelvis dan menjadi organ rongga perut Kontraksi uterus Tanda ini biasa muncul belakangan saat ibu merasakan kencang pada perutnya tetapi tidak disertai rasa sakit.

9). Pemeriksaan tes biologis kehamilan didapatkan hasil positif

(Kundaryanti, 2019)

e. Tanda-Tanda Pasti Kehamilan

Tanda pasti kehamilan merupakan sebuah kondisi yang mengidentifikasi adanya seorang bayi didalam uterus melalui pemeriksaan dan direkam oleh pemeriksaan. Tanda pasti kehamilan menurut (Dartiwen dan Yati, 2019) meliputi:

1). Denyut jantung janin (DJJ)

Denyut jantung janin pada tanda pasti kehamilan ini dapat di dengar menggunakan stetoscope pada minggu ke 17-18. Dengan dopler dan Leanec DJJ dapat didengarkan lebih awal lagi, sekitar minggu ke-12. Mengidentifikasi bunyi-bunyi yang lain, seperti bising tali pusat, bising uterus, dan nadi ibu dengan cara auskultasi.

2) Gerakan janin dalam Rahim

Gerakan bermula pada usia kehamilan mencapai 12 minggu, akan tetapi baru dapat dirasakan pada usia kehamilan 16-20 minggu. Bagian-bagian janin dapat di palpasi dengan mudah mulai usia kehamilan 20 minggu.

3) Terlihat bagian janin Pada pemeriksaan *Utrasonografi* (USG)

untuk mendeteksi jantung pada kehamilan minggu ke-5 hingga ke-7. Pergerakan jantung biasanya terlihat pada 42 hari setelah konsepsi yang normal atau sekitar 8 minggu kehamilan. Melalui pemeriksaan USG dapat diketahui juga panjang, kepala, dan bokong janiian serta merupakan metode yang akurat dalam menentukan usia kehamilan.

4) Menentukan Diagnosa Banding Kehamilan

Berdasarkan tanda- tanda pasti kehamilan di atas yang kemudian dilanjutkan dengan pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium (*urine*) ataupun melalui USG.

Suatu kehamilan harus dibedakan dengan keadaan penyakit dalam pemeriksaan meragukan seperti:

- a) Hamil palsu
- b) Mioma
- c) uteriKista ovary
- d) Hematometra

f. Perubahan Anatomi Fisiologi Pada Kehamilan

1). Perubahan Sistem reproduksi

Menurut Pramestiyani, et al. (2022) perubahan pada sistem reproduksi yaitu:

a). Uterus

Pada perempuan tidak hamil uterus mempunyai berat 70 gr dan kapasitas 10 ml atau kurang, selama kehamilan, uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta dan cairan amnion rata-rata pada akhir kehamilan volume totalnya mencapai 5 bahkan dapat mencapai 20 atau lebih dengan berat rata-rata 1100 gr

b). Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Hanya satu *korpus luteum* yang dapat ditemukan di ovarium.

c). Vagina dan perineum

Selama kehamilan peningkatan *vaskularisasi* dan *hiperemia* terlihat jelas pada kulit dan otot-otot di *perineum* dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat berwarna keunguan yang dikenal dengan tanda *chadwick* Perubahan Sistem reproduksi (Pramestiyani, et al., 2022)

2). Perubahan payudara

Pada ibu hamil payudara membesar dan tegang, terjadi hiperpigmentasi kulit serta hipertrofi kelenjar *montgomery*, terutama daerah areola dan papilla akibat pengaruh melanofor, puting susu membesar dan menonjol. Puting susu akan mengeluarkan kolostrum yaitu cairan sebelum menjadi susu yang berwarna putih kekuningan pada trimester ketiga.

3). Perubahan metabolic

a). *Sistem respirasi*

Selama kehamilan *sirkumferensia* torak akan bertambah ± 6 cm, tetapi tidak mencukupi penurunan kapasitas residu

fungsional dan volume residu paru-paru karena pengaruh diafragma yang naik ± 4 cm selama kehamilan. Perubahan ini akan mencapai puncaknya pada minggu ke-37 dan akan kembali hampir seperti sedia kala dalam 24 minggu setelah persalinan.

b). Traktus Urinarus

Pada bulan-bulan pertama kehamilan, kandung kemih akan tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga menimbulkan sering berkemih. Pada akhir kehamilan, jika kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul, keluhan ini akan timbul kembali.

c). Sistem endokrin

Kelenjar adrenal pada kehamilan normal akan mengecil, sedangkan hormon androstenedion, *dioksikortikosteron*, *aldosteron*, dan *kortisol* akan meningkat, sementara itu, *dehidroepiandrosteron sulfat* akan menurun.

d). Sistem muskuloskeletal

Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, *lordosis* menggeser pusat daya berat kebelakang ke arah dua tungkai.

g. Asuhan Antenatal Care

Pelayanan antenatal adalah setiap kegiatan atau serangkaian kegiatan yang dilakukan sejak terjadinya masa konsepsi hingga sebelum mulainya proses persalinan yang komprehensif dan berkualitas dan diberikan kepada seluruh ibu hamil. (Kemenkes RI, 2020)

Pelayanan antenatal adalah suatu program yang terencana berupa observasi, edukasi dan penanganan medik pada ibu hamil untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persalinan yang memuaskan. (Aisyah, et al., 2015)

Pelayanan kesehatan masa hamil dilakukan sejak terjadinya masa konsepsi hingga sebelum mulainya proses persalinan. Pelayanan kesehatan masa hamil dilakukan paling sedikit 6 (enam) kali selama kehamilannya dengan distribusi waktu: 2 kali pada trimester kesatu (0-12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (>12minggu - 24 minggu), dan 3 kali pada trimester ketiga (>24 minggu sampai dengan kelahiran), dimana minimal 2 kali ibu hamil harus kontak dengan dokter (1 kali di trimester 1 dan 1 kali di trimester 3). Kunjungan antenatal bisa lebih dari 6 (enam) kali sesuai kebutuhan dan jika ada keluhan, penyakit atau gangguan kehamilan. (Kemenkes.RI, 2020)

Pelayanan kesehatan masa hamil dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan dan paling sedikit 2 (dua) kali oleh dokter atau dokter spesialis kebidanan dan

kandungan pada trimester pertama dan ketiga termasuk pelayanan *ultrasonografi* (USG). (Kemenkes, 2020)

Menurut Kundaryanti, (2018) standar pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam Standar Pelayanan Kebidanan, meliputi :

1) Timbang Berat Badan dan Ukur Tinggi Badan

Berat badan di ukur dalam kg tanpa sepatu dan memakai pakaian yang seringan-ringannya. Berat badan yang bertambah terlalu besar atau kurang perlu mendapatkan perhatian khusus karena memungkinkan terjadinya penyulit kehamilan. Kenaikan berat badan tidak boleh lebih dari 0,5kg/minggu. Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal, dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Mengukur tinggi badan adalah salah satu deteksi dini kehamilan dengan faktor risiko, dimana bila tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm atau dengan kelainan bentuk panggul dan tulang belakang.

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat badan(kg)}}{\text{Tinggi badan(m)}^2}$$

Hasil yang didapatkan dari rumus IMT dapat ditentukan dalam kategori berikut.

Tabel 2.1. Penambahan BB berdasarkan IMT

IMT sebelum hamil	Total penambahan BB(kg)
BB kurang (< 18,5 kg/m ²)	12,5 – 18
Normal (18,5– 24,9 kg/m ²)	11,5 – 16
BB berlebih (25– 29,9 kg/m ²)	7 – 11,5

Obesitas(≥ 30 kg/m ²)	5 – 9
---	-------

Sumber: (Kemenkes RI, 2020)

Tabel 2.2. Peningkatan Berat Badan Selama Kehamilan yang . . . Direkomendasikan sesuai IMT

IMT pra hamil (kg/m ²)	Kenaikan BB total selama kehamilan	Laju kenaikan BB pada trimester III (rerata kg/minggu)
Gizi Kurang /		
KEK (<18.5)	12.71 — 18.16 0.45	(0.45 — 0.59)
Normal (18.5-24.9)	11.35 — 15.89 0.45	(0.36 — 0.45)
Kelebihan BB (25.0-29.9)	6.81 — 11.35 0.27	(0.23 — 0.32)
Obes (≥ 30.0)	4.99 — 9.08 0.23	(0.18 — 0.27)

Sumber : (Kemenkes, RI, 2020)

2) Ukur Tekanan Darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah 140/90 mmHg) dan preeklampsia (hipertensi disertai *oedema* wajah dan atau tungkai bawah; dan atau *proteinuria*) pada kehamilan. Mengukur tekanan darah dengan meletakkan tensimeter dipermukaan yang datar setinggi jantungnya. Gunakan ukuran manset yang sesuai. Tekanan darah diatas 140/90 MmHg atau peningkatan diastol 15 MmHg/lebih sebelum kehamilan 20 minggu atau paling sedikit

pada pengukuran dua kali berturut-turut pada selisih waktu 1 jam berarti ada kenaikan nyata dan ibu perlu di rujuk. (Kundaryanti, 2018).

3) Nilai Status Gizi (ukur lingkaran lengan atas)

Pengukuran LiLA dilakukan pada kontak pertama untuk deteksi ibu hamil berisiko kurang energi kronis (KEK). Kurang energi kronis disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama, karena Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR). Cara melakukan pengukuran LiLA :1) Menentukan titik tengah antara pangkal bahu dan ujung siku dengan meteran, 2) Lingkarkan dan masukkan ujung pita di lubang yang ada pada pita LiLA, baca menurut tanda panah, 3) Menentukan titik tengah antara pangkal bahu dan ujung siku dengan pita pengukur. Adapun nilai normal LiLA adalah 23,5cm. (Kundaryanti, 2018)

4) Ukur Tinggi Fundus Uteri

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan.. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu dengan menggunakan tehnik Mc. Donald yaitu dengan cara mengukur tinggi fundus memakai pita ukur dari

atas simfisis ke fundus uteri kemudian ditentukan sesuai rumusnya. Apabila usia kehamilan dibawah 24 minggu pengukuran dilakukan dengan jari. (Kundryanti, 2018)

Tabel 2.3. Pengukuran TFU berdasarkan usia kehamilan

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
12 minggu	2 jari diatas simfisis pubis
16 Minggu	Pertengahan simfisis pubis–pusat
20 Minggu	2 jari di bawah pusat
24 Minggu	Setinggi pusat
28 Minggu	2 jari diatas pusat
32 Minggu	Pertengahan pusat –PX
36 Minggu	2 jari dibawah PX
40 Minggu	3 jari dibawah PX

Sumber : (Kemenkes RI, 2020)

Ukuran tinggi fundus uteri memiliki hubungan dengan taksiran berat janin, yaitu menggunakan rumus Johnson : $TBJ = (TFU - 11/12/13) \times 155$ gram. Rumus Johnson-Toushach dihitung dengan $TBJ = (TFU - n) \times 155$, n merupakan penurunan bagian bawah janin. n = 11 apabila kepala janin sudah melewati spina iskiadika (bidang hodge III), n = 12 bila kepala janin sudah memasuki pintu atas panggul, n = 13 apabila kepala janin masih floating. Bila ketuban sudah pecah maka TBJ ditambahkan 10%

- 5) Tentukan Presentasi dan Denyut Jantung Janin (DJJ)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Adapun pemeriksaan Denyut jantung janin baru dapat didengar pada usia kehamilan 16 minggu atau 4 bulan. DJJ lambat kurang dari 120x/menit atau DJJ cepat lebih dari 160x/menit menunjukkan adanya gawat janin (Kundaryanti, 2018)

6) Imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Ibu hamil harus mendapat imunisasi tetanus *toxoid* untuk mencegah terjadinya tetanus *neonatorum*. Pemberian imunisasi tetanus toksoid pada ibu hamil disesuaikan dengan status imunisasi ibu saat ini. pemberian imunisasi tetanus toksoid pada kehamilan umumnya diberikan 2 kali, Vaksin tetanus *toxoid* diberikan sedini mungkin untuk penyuntikkan yang kedua diberikan 4 minggu kemudian, dengan dosis pemberian 0,5 cc IM (intra muskular) di lengan atas/paha/bokong. (Kundaryanti, 2018)

Tabel 2.4. Jadwal Pemberian Imunisasi TT

Imunisasi TT	Selang Waktu	Lama Perlindungan
TT1		Awal
TT2	1 bulan	3 tahun

TT3	6 bulan	5 tahun
TT4	12 bulan	10 tahun
TT5	12 bulan	>25 tahun

Sumber: (Kemenkes RI, 2019)

7) Pemberian Tablet Zat Besi (Tablet Tambah Darah)

Kebijakan program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di Indonesia saat ini menetapkan pemberian tablet Fe (320 mg ferro sulfat dan 0,5 mg asam folat) untuk semua ibu hamil sebanyak 90 tablet selama kehamilan. Pada setiap kali kunjungan mintalah ibu untuk meminum tablet zat besi yang cukup, hindari meminum teh/kopi 1 jam sebelum/sesudah makan karena dapat mengganggu penyerapan zat besi. Tablet zat besi lebih dapat diserap jika disertai dengan mengkonsumsi vitamin C yang cukup. Jika vitamin C yang dikonsumsi ibu dalam makanannya tidak tercukupi berikan tablet vitamin C 250 mg perhari (Kemenkes RI, 2020).

Depkes telah melaksanakan berbagai kegiatan penanganan anemia sejak awal tahun 1980an dengan tujuan utama menurunkan prevalensi anemia pada ibu hamil dengan mendistribusikan tablet tambah darah melalui Puskesmas (Kemenkes RI, 2018)

8) Periksa Laboratorium (Rutin dan Khusus), meliputi:

- a) Pemeriksaan Golongan Darah, pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah saja, melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawat-daruratan. Pemeriksaan Kadar Hemoglobin Darah (Hb), dilakukan pada ibu hamil minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan.
- b) Pemeriksaan Protein Dalam Urin, dilakukan pada ibu hamil trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya preeclampsia pada ibu hamil. Pemeriksaan Kadar Gula Darah, ibu hamil yang dicurigai menderita Diabetes Mellitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester pertama, sekali pada trimester kedua dan sekali pada trimester ketiga (terutama pada akhir trimester ketiga).
- c) Pemeriksaan Darah Malaria, semua ibu hamil di daerah endemis harus dilakukan pemeriksaan darah Malaria dalam

rangka screening pada kontak pertama. Sedangkan Ibu hamil di daerah non endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria apabila ada indikasi. Pemeriksaan Tes Sifilis, dilakukan di daerah dengan risiko tinggi dan ibu hamil yang diduga Sifilis. Pemeriksaan Sifilis sebaiknya dilakukan sedini mungkin pada kehamilan.

d) Pemeriksaan HIV, terutama untuk daerah dengan risiko tinggi kasus HIV dan ibu hamil yang dicurigai menderita HIV. Ibu hamil setelah menjalani konseling kemudian diberi kesempatan untuk menetapkan sendiri keputusannya untuk menjalani tes HIV.

e) Pemeriksaan BTA, dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai menderita Tuberkulosis sebagai pencegahan agar infeksi Tuberkulosis tidak mempengaruhi kesehatan janin. Selain pemeriksaan tersebut diatas, apabila diperlukan dapat dilakukan pemeriksaan penunjang lainnya di fasilitas rujukan. (Kundaryanti, 2018)

9). Tatalaksana/Penanganan Kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak

dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.
(Kundaryanti, 2018)

10). Temu Wicara (Konseling)

Temu wicara penting dilakukan sebagai media komunikasi antar sesama ibu hamil dengan Bidan, kegiatan ini selain membahas masalah kehamilan juga membahas cara pemeliharaan masa nifas dan masa menyusui. (Kundaryanti, 2018).

2. Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah serangkaian proses dimana jalan lahir disiapkan untuk memungkinkan bayi bisa keluar dari rongga rahim ke dunia luar. Dalam proses ini biasanya bisa terlaksana dengan persalinan pervaginam baik secara spontan, *instrumental*, dan *section caesarea*. (Wahidah, 2017).

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), berlangsung dalam waktu 18-24 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin. (Utami dan Fitriahadi, 2019)

1). Teori Terjadinya Persalinan

Menurut Utami dan Fitriahadi, (2019) teori terjadinya persalinan yaitu:

a) Teori keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini mungkin merupakan faktor yang dapat mengganggu *sirkulasi utero plasenter* sehingga plasenta mengalami degenerasi.

b) Teori penurunan *progesteron*

Proses penuaan plasenta terjadi mulai umur 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. *Villi korialis* mengalami perubahan-perubahan dan produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap *oksitosin*. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

c) Teori *oksitosin internal*

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar *hipofisis pars posterior*. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi braxton hicks. Menurunnya konsentrasi *progesteron* akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dimulai.

d) Teori *prostaglandin*

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian *prostaglandin* pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga terjadi persalinan. Prostaglandin dianggap dapat merupakan pemicu terjadinya persalinan.

e) Teori *hipotalamus pituitari* dan *glandula suprarenalis*

Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan *anensefalus* sering terjadi keterlambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus. Teori ini dikemukakan oleh Linggin (1973). Malpar tahun 1933 mengangkat otak kelinci percobaan, hasilnya kehamilan kelinci menjadi lebih lama. Pemberian *kortikosteroid* yang dapat menyebabkan maturitas janin, induksi persalinan. Dari beberapa percobaan tersebut disimpulkan ada hubungan antara *hipotalamus pituitari* dengan mulainya persalinan. *Glandula suprerenal* merupakan pemicu terjadinya persalinan.

f) Teori berkurangnya nutrisi

Berkurangnya nutrisi pada janin dikemukakan oleh Hippokrates untuk pertama kalinya. Bila nutrisi pada janin berkurang, maka konsepsi akan segera dikeluarkan.

g) Faktor lain

Tekanan pada *ganglion servikale* dari *pleksus frankenhauser* yang terletak di belakang serviks. Bila ganglion ini tertekan, maka kontraksi uterus dapat.

b. Tanda-tanda Persalinan

1). Tanda Persalinan sudah dekat Amelia dan Cholifah, (2021)

a) *Lightening*

Menjelang minggu ke-36 pada primigravida, terjadi penurunan fundus uterus karena kepala bayi sudah masuk ke dalam panggul. Penyebab dari proses ini adalah sebagai berikut :

- (1). Kontraksi Braxton Hicks.
- (2). Ketegangan dinding perut.
- (3). Ketegangan Ligamentum Rotundum.
- (4). Gaya berat janin, kepala kearah bawah uterus.

Masuknya kepala janin ke dalam panggul dapat dirasakan oleh wanita hamil dengan tanda-tanda sebagai berikut :

- (a). Terasa ringan di bagian atas dan rasa sesak berkurang.
- (b). Di bagian bawah terasa penuh dan mengganjal.
- (c). Kesulitan saat berjalan.

(d). Sering berkemih.

Gambaran lightening pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara kelima P, yaitu *power* (his), *passage* (jalan lahir), dan *passenger* (bayi dan plasenta), psikologis dan penolong. Pada multigravida gambarannya tidak sejelas pada primigravida, karena masuknya kepala janin ke dalam panggul terjadi bersamaan dengan proses persalinan.

b) Terjadinya His Permulaan.

Pada saat hamil muda sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks* yang kadang dirasakan sebagai keluhan karena rasa sakit yang ditimbulkan. Biasanya pasien mengeluh adanya rasa sakit di pinggang dan terasa sangat mengganggu, terutama pada pasien dengan ambang rasa sakit yang rendah. Adanya perubahan kadar *hormone estrogen* dan *progesterone* menyebabkan oksitosin semakin meningkat dan dapat menjalankan fungsinya dengan efektif untuk menimbulkan kontraksi atau his permulaan. His permulaan ini sering diistilahkan sebagai his palsu dengan ciri-ciri sebagai berikut:

- (1). Rasa nyeri ringan di bagian bawah.
- (2). Datang tidak teratur.
- (3). Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda tanda kemajuan persalinan. Durasi pendek.

(4). Tidak bertambah bila beraktivitas.

2). Tanda Masuk Dalam Proses Persalinan.

Tanda masuk dalam proses persalinan menurut Amelia dan Cholifah, (2021) yaitu:

a) Terjadinya His Persalinan

karakter dari his persalinan yaitu:

(1). Pinggang terasa sakit menjalar ke depan.

(2). Sifat his teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar.

(3). Terjadi perubahan pada serviks.

(4). Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatannya bertambah.

b) Pengeluaran Lendir dan Darah (Penanda Persalinan).

Dengan adanya his persalinan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan:

(1). Pendataran dan pembukaan.

(2). Pembukaan menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada *kanalis servikalis* terlepas.

(4). Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

c) Pengeluaran Cairan.

Sebagian pasien mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan

persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun jika ternyata tidak tercapai, maka persalinan akhirnya di akhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum, atau section caesaria.

d) Hasil-hasil yang didapatkan pada pemeriksaan dalam.

Pada pemeriksaan dalam, akan didapatkan hasil –hasil yaitu perlunakan serviks, pendataran serviks dan pembukaan serviks.

c. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan menurut Wahidah (2017), yaitu :

1) *Power* (Kekuatan)

Kekuatan terdiri dari kemampuan ibu melakukan kontraksi *involunter* dan *volunter* secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi *involunter* disebut juga kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan. Apabila serviks berdilatasi, usaha *volunter* dimulai untuk mendorong, yang disebut kekuatan sekunder, dimana kekuatan ini memperbesar kekuatan kontraksi *involunter*.

2) *Passage* (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan *introitus* (lubang luar vagina).

a). Bidang Hodge

- (1) Bidang Hodge adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam/Vagina Toucher (VT). Adapun bidang hodge sebagai berikut:
- (2) Hodgel: Bidang yang setinggi dengan pintu atas panggul (PAP) yang dibentuk oleh *promontorium*, *artikulasio-iliaca*, sayap sacrum, *linea inominata*, *ramus superior os pubis*, dan tepi atas simfisis pubis.
- (3) .Hodgell: Bidang setinggi pinggir bawah simfisis pubis berhimpit dengan PAP (Hodge I).
- (4) .HodgellIII: Bidang setinggi spina ischiadika berhimpit dengan PAP (Hodge I).
- (5) HodgeIV: Bidang setinggi ujung os *coccygis* berhimpit dengan PAP (Hodge I).

3) Ukurang-Ukuran Panggul

a) .Panggul luar,

ukuran distansia spinarum yaitu diameter antara kedua spina iliaka anterior superior kanan dan kiri 24-26 cm, distansia kristarum yaitu diameter terbesar antara kedua krista iliaka kanan kiri 28-30 cm, *distansia boudeloque* atau konjugata eksterna yaitu diameter antara lumbal ke-5 dengan tepi atas simfisis pubis 18-20 cm, lingkaran panggul yaitu jarak antara tepi atas simfisis pubis ke pertengahan antara trokhanter

dan spina iliaca anterior superior kemudian ke lumbal ke-5 kembali ke sisi sebelahnya sampai kembali ke tepi atas simfisis pubis. Diukur dengan metlin, normalnya 80-90 cm.

b). Panggul dalam

Dibagi menjadi Pintu Atas Panggul (PAP) yang terdiri dari konjugata vera yaitu diameter antara promontorium dan tepi atas simfisis ukuran 11 cm, konjugata obstetrika yaitu jarak antara promontorium dengan pertengahan simfisis pubis, diameter transversa (melintang) yaitu jarak terlebar antara kedua linea inominata 13 cm, diameter oblik (miring) yaitu jarak antara artikulasio sakro iliaca dengan tuberkulum pubicum sisi yang bersebelahan 12 cm. Pintu Tengah Panggul (PTP) terdiri dari bidang luas panggul dari titik tengah simfisis, pertengahan acetabulum dan ruas sacrum ke-2 dan ke-3 (diameter anteroposterior 12,75 cm) (diameter transversa 12,5 cm), bidang sempit panggul dari tepi bawah simfisis, spina ischiadica kanan dan kiri, dan 1-2 cm dari ujung bawah sacrum (diameter antero- posterior 11,5 cm) (diameter transversa 10 cm). Pintu Bawah Panggul (PBP) terdiri dari diameter tuber ischiadikum, diameter antero posterior yaitu ukuran dari tepi bawah simfisis ke ujung sacrum 11,5 cm, diameter transversa yaitu jarak antara tuber ischiadikum kanan dan kiri 10,5 cm, diameter sagitalis

posterior yaitu ukuran dari ujung sacrum ke pertengahan ukuran transversa 7,5 cm.

c). Inklinatio Pelvis

Inklinatio pelvis adalah kemiringan panggul, sudut yang terbentuk antara bidang semu pintu atas panggul dengan garis lurus tanah sebesar 55-60 derajat. Empat jenis panggul dasar yaitu ginekoid (tipe wanita klasik), android (mirip panggul pria), antropoid (mirip panggul kera anthropoid), platipeloid (panggul pipih).

(1). Passanger

Faktor janin juga mempengaruhi persalinan dimana meliputi sikap janin, letak janin, dan bagian terendah janin. Sikap janin menunjukkan hubungan bagian-bagian janin dengan sumbu janin, misalnya bagaimana sikap fleksi kepala, kaki, dan lengan. Letak janin dilihat berdasarkan hubungan sumbu tubuh janin, misalnya bagaimana sikap fleksi kepala, kaki dan lengan. Letak janin dilihat berdasarkan hubungan sumbu tubuh janin dibandingkan dengan sumbu tubuh ibu. Ini berarti janin dapat dikatakan letak longitudinal (presentasi kepala dan presentasi bokong), letak lintang, serta letak obliq. Bagian terbawah janin adalah istilah untuk menunjukkan bagian janin yang paling bawah

(2). Psikologis

Kelahiran bayi merupakan peristiwa penting bagi kehidupan seorang ibu dan keluarganya. Banyak ibu mengalami psikis (kecemasan, keadaan emosional wanita) dalam menghadapi persalinan, hal ini perlu diperhatikan oleh seseorang yang akan menolong persalinan. Perasaan cemas, khawatir akan mempengaruhi hormone stress yang akan mengakibatkan komplikasi persalinan. Tetapi sampai saat ini hampir tidak ada catatan yang menyebutkan mengenai hormone stress terhadap fungsi uteri, juga tidak ada catatan mengenai hubungan antara kecemasan ibu, pengaruh lingkungan, hormone stress dan komplikasi persalinan. Namun demikian seseorang penolong persalinan harus memperhatikan keadaan psikologis ibu yang akan melahirkan karena keadaan psikologis mempunyai pengaruh terhadap persalinan dan kelahiran.

(3). Penolong

Penolong persalinan perlu kesiapan, dan menerapkan asuhan sayang ibu. Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikut sertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

d Tahapan Persalinan

Tahapan dari persalinan terdiri atas kala I (kala pembukaan), kala II (kala pengeluaran janin), kala III (pelepasan plasenta), dan kala IV (kala pengawasan/ observasi/ pemulihan). (Amelia dan Cholifah, 2021).

Tahapan persalinan dibagi menjadi 4 kala yaitu:

1) Kala I (Kala Pembukaan).

Pasien dikatakan dalam tahap persalinan kala I, jika sudah terjadi pembukaan serviks dan kontraksi terjadi teratur minimal 2 kali dalam 10 menit selama 40 detik. Pada kala I serviks membuka sampai terjadi pembukaan 10 cm, disebut juga kala pembukaan. Secara klinis partus dimulai bila timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bersemu darah (*bloody show*). Lendir yang bersemu darah ini berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka atau mendatar. Sedangkan darahnya berasal dari pembuluh-pembuluh kapiler yang berada di sekitar kanalis servikalis itu pecah karena pergeseran. Pergeseran ketika serviks membuka. Proses membukanya serviks sebagai akibat his dibagi dalam 2 fase:

a). Fase laten:

Berlangsung selama 8 jam sampai pembukaan 3 cm his masih lemah dengan frekuensi jarang, pembukaan terjadi sangat lambat.

b). Fase aktif:

berlangsung selama 7 jam, dibagi menjadi 3, yaitu:

Fase akselerasi lamanya 2 jam pembukaan 3 cm tadi menjadi 4 cm. Fase dilatasi maksimal, dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 menjadi 9 cm.

c). Fase deselerasi,

pembukaan menjadi lambat sekali. Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi 10 cm. his tiap 3-4 menit selama 45 detik. Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida, pada multigravida pun terjadi demikian, akan tetapi fase laten, fase aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Mekanisme membukanya serviks berbeda antara pada primigravida dan multigravida. Pada primigravida ostium uteri internum akan membuka lebih dahulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis. Pada multigravida ostium uteri internum sudah sedikit terbuka. *Ostium* uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam saat yang sama. Ketuban akan pecah dengan sendiri ketika pembukaan hampir lengkap atau telah lengkap. Tidak jarang ketuban harus dipecahkan ketika

pembukaan hampir lengkap atau telah lengkap. Kala I selesai apabila pembukaan serviks uteri telah lengkap. Pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan multigravida kira-kira 7 jam. Berdasarkan Kurve Friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm per jam dan pembukaan multigravida 2 cm per jam. Dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan. Kontraksi lebih kuat dan sering terjadi selama fase aktif. Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga *parturient* (ibu yang sedang bersalin) masih dapat berjalan-jalan (Amelia & Cholifah, 2021).

2) Kala II (Kala Pengeluaran Janin).

Kala II adalah kala pengeluaran bayi. Kala atau fase yang dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai dengan pengeluaran bayi. Setelah serviks membuka lengkap, janin akan segera keluar. His 2-3 x/menit lamanya 60-90 detik. His sempurna dan efektif bila koordinasi gelombang kontraksi sehingga kontraksi simetris dengan dominasi di fundus, mempunyai amplitude 40-60 mm air raksa berlangsung 60-90 detik dengan jangka waktu 2-4 menit dan tonus uterus saat relaksasi kurang dari 12 mm air raksa. Karena biasanya dalam hal ini kepala janin sudah masuk ke dalam panggul, maka

pada his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedan. Juga dirasakan tekanan pada rectum dan hendak buang air besar. Kemudian perineum menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka. Labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada waktu his. Diagnosis persalinan kala II ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm. Gejala utama kala II adalah sebagai berikut:

- a) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- b) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- c) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan akibat tertekannya pleksus Frankenhauser.
- d) Kedua kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi: Kepala membuka pintu. *Subocciput* bertindak sebagai hipomoglion, kemudian secara berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, serta kepala seluruhnya.

- e) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
 - f) Setelah putar paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan cara: Kepala dipegang pada os *occiput* dan di bawah dagu, kemudian ditarik dengan menggunakan cunam ke bawah untuk melahirkan bahu depan dan ke atas untuk melahirkan bahu belakang. Setelah kedua bahu lahir, melahirkan sisa badan bayi. Bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.
 - g) Lamanya kala II untuk primigravida 1,5 – 2 jam dan multigravida 1-1,5 jam. (Amelia dan Cholifah, 2021).
- 3) Kala III (Pelepasan Plasenta). Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta. Disebut juga dengan kala uri (kala pengeluaran plasenta dan selaput ketuban). Setelah kala II yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit. Setelah bayi lahir dan proses retraksi uterus, uterus teraba keras dengan fundus uteri sedikit di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah. Proses lepasnya plasenta dapat

diperkirakan dengan mempertahankan tanda-tanda di bawah ini:

a). Uterus menjadi bundar.

Uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim.

b.) Tali pusat bertambah panjang.

Terjadi semburan darah tiba-tiba cara melahirkan plasenta adalah menggunakan teknik dorso kranial. Sebab-sebab Terlepasnya Plasenta.

(1) Saat bayi dilahirkan, rahim sangat mengecil dan setelah bayi lahir uterus merupakan organ dengan dinding yang tebal dan rongganya hampir tidak ada. Posisi fundus uterus turun sedikit dibawah pusat, karena terjadi pengecilan uterus, maka tempat perlekatan plasenta juga sangat mengecil. Plasenta harus mengikuti proses pengecilan ini hingga tebalnya menjadi dua kali lipat daripada permulaan persalinan, dan karena pengecilan tempat perlekatannya maka plasenta menjadi berlipat-lipat pada bagian yang terlepas dari dinding rahim karena tidak dapat mengikuti pengecilan dari dasarnya. Jadi faktor yang paling penting dalam pelepasan plasenta adalah retraksi dan kontraksi uterus setelah anak lahir.

(2) Di tempat pelepasan plasenta yaitu antara plasenta dan desidua basalis terjadi perdarahan, karena hematoma ini membesar maka seolah-olah plasenta terangkat dari dasarnya oleh hematoma tersebut sehingga daerah pelepasan meluas. Pengeluaran Selaput Ketuban. Selaput janin biasanya lahir dengan mudah, namun kadang-kadang masih ada bagian plasenta yang tertinggal. Bagian tertinggal tersebut dapat dikeluarkan dengan cara:

- (a) Menarik pelan-pelan.
- (b) Memutar atau memilinnya seperti tali.
- (c) Memutar pada klem.
- (d) Manual atau digital.

Plasenta dan selaput ketuban harus diperiksa secara teliti setelah dilahirkan. Apakah setiap bagian plasenta lengkap atau tidak lengkap. Bagian plasenta yang diperiksa yaitu permukaan maternal yang pada normalnya memiliki 6-20 *kotiledon*, permukaan feotal, dan apakah terdapat tanda-tanda *plasenta suksenturia*. Jika plasenta tidak lengkap, maka disebut ada sisa plasenta. Keadaan ini dapat menyebabkan perdarahan yang banyak dan infeksi. (Amelia dan Cholifah, 2021).

Kala III terdiri dari dua fase, yaitu:

- a) Fase Pelepasan Plasenta.

Beberapa cara pelepasan plasenta menurut Amelia dan Cholifah (2021), antara lain :

(1) *Schultze*

Proses lepasnya plasenta seperti menutup payung. Cara ini merupakan cara yang paling sering terjadi (80%). Bagian yang lepas terlebih dulu adalah bagian tengah, lalu terjadi retroplasental hematoma yang menolak plasenta mula-mula bagian tengah, kemudian seluruhnya. Menurut cara ini, perdarahan biasanya tidak ada sebelum plasenta lahir dan berjumlah banyak setelah plasenta lahir.

(2) *Duncan*

Berbeda dengan sebelumnya, pada cara ini lepasnya plasenta mulai dari pinggir 20%. Darah akan mengalir keluar antara selaput ketuban. Pengeluarannya juga serempak dari tengah dan pinggir plasenta.

b) Fase Pengeluaran Plasenta.

Menurut Amelia dan Cholifah, (2021) perasat –perasat untuk mengetahui lepasnya plasenta adalah :

(1) *Kustner*.

Dengan meletakkan tangan disertai tekanan di atas simfisis, tali pusat ditegangkan, maka bila tali pusat masuk berarti belum lepas. Jika diam atau maju berarti sudah lepas.

(2) *Klein*.

Sewaktu ada his, rahim didorong sedikit. Bila tali pusat kembali lepas, diam atau turun berarti lepas

(3) Strassman

Tegangkan tali pusat dan ketok pada fundus, bila tali pusat bergetar berarti plasenta belum lepas, tidak bergetar berarti sudah lepas. Tanda-tanda plasenta telah lepas adalah rahim menonjol di atas simfisis, tali pusat bertambah panjang, rahim, serta keluar darah secara tiba-tiba.

d). Kala IV (Pengawasan)

Kala IV dimulai dari lahirnya plasenta selama 1-2 jam atau kala/fase setelah plasenta dan selaput ketuban dilahirkan sampai dengan 2 jam post partum. Kala ini terutama bertujuan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Darah yang keluar selama perdarahan harus ditakar sebaik-baiknya. Kehilangan darah pada persalinan biasanya disebabkan oleh luka pada saat pelepasan plasenta dan robekan pada serviks dan perineum. Rata-rata jumlah perdarahan yang dikatakan normal adalah 250 cc, biasanya 100-300 cc. jika perdarahan lebih dari 500 cc, maka sudah dianggap abnormal, dengan demikian harus dicari penyebabnya. Penting untuk diingat: Jangan meninggalkan wanita bersalin 1 jam sesudah bayi dan plasenta lahir. Sebelum pergi meninggalkan ibu yang baru

melahirkan, periksa ulang terlebih dulu dan perhatikan 7 pokok penting berikut:

- (1) Kontraksi rahim: baik atau tidaknya diketahui dengan pemeriksaan palpasi. Jika perlu dilakukan massase dan berikan uterotonika, seperti methergin, atau ermetrin dan oksitosin.
- (2) Perdarahan : ada atau tidak, banyak atau biasa.
- (3) Kandung kemih : harus kosong, jika penuh, ibu dianjurkan berkemih dan kalau tidak bisa, lakukan kateter.
- (4) Luka – luka : jahitannya baik atau tidak, ada perdarahan atau tidak.
- (5) Plasenta atau selaput ketuban harus lengkap.
- (6) Keadaan umum ibu, tekanan darah, nadi, pernapasan, dan masalah lain.
- (7) Bayi dalam keadaan baik. (Amelia dan Cholifah, 2021)

e. Asuhan Kebidanan Pada Persalinan

Asuhan kebidanan pada persalinan normal adalah sebagai berikut:

Melihat Tanda dan Gejala Kala Dua

- 1) Mengamati tanda dan gejala kala dua yaitu: Ibu mempunyai keinginan untuk meneran, Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan/vaginanya, Perineum menonjol, Vulva-

vagina dan sfingter ani membuka. Menyiapkan Pertolongan Persalinan

- 2) Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
- 3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
- 4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah 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) Menghisap 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 mengontaminasi tabung suntik.

Memastikan Pembukaan Lengkap dengan Janin Baik

- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air desinfeksi tingkat tinggi (DTT). 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 dekontaminasi).

- 8) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeridalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
- 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 % dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit, lalu mencuci kedua tangan.
- 10) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-180 kali/menit). Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.

Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk Membantu Proses Persalinan

- 11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya. Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan

aktif dan pendokumentasikan temuan-temuan. 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 (pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ibu merasa nyaman).

13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran: Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran, Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran, Menganjurkan ibu beristirahat di antara kontraksi, Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu, Menganjurkan asupan cairan per oral, Menilai DJJ setiap lima menit, Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera, 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 kontraksikontraksi tersebut dan beristirahat diantara kontraksi, Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit, ibu belum memiliki keinginan untuk meneran, merujuk ibu dengan segera.

Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

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

Menolong Kelahiran Bayi

- 18) Lahirnya kepala Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapasi dengan kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.
- 19) Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kassa yang bersih.
- 20) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi: Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi, Jika tali pusat melilit leher dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.
- 21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

Lahirnya bahu

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

Penanganan Bayi Baru Lahir

- 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 asfiksia, lakukan resusitasi.

- 26) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi. Lakukan penyuntikan oksitoksin (lihat keterangan di bawah).
- 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 (ke arah ibu).
- 28) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di anatara dua klem tersebut.
- 29) Menegeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala bayi membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai.
- 30) Membiarkan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya.

Oksitosin

- 31) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
- 32) Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.
- 33) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitoksin 10 unit IM di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.

Penegangan Tali Pusat Terkendali

- 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 arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversion uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.

Mengeluarkan Plasenta

- 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. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva. Jika tali pusat tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit:
Mengulangi pemberian oksitoksin 10 unit I.M , Menilai kandung

kemih dan dilakukan katektisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu, Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan, Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya, 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 dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinil. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forseps disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.

Pemijatan Uterus

- 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 (fundus menjadi keras).

Menilai Perdarahan

- 40) Memeriksa kedua plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam

kantung plastik atau tempat khusus. Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai.

- 41) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

Melakukan Prosedur Pasca Persalinan

- 42) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
- 43) Mencilupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%; membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
- 44) Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
- 45) Mengikat 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 atau menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
- 48) Menganjurkan ibu untuk melakukan pemberian ASI.
- 49) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan vagina 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan, Setiap 15 menit

pada 1 jam pertama pascapersalinan, Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan, Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uterus, Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesia 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 selama satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan. Memeriksa temperatur suhu tubuh sekali setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan, Melakukan tindakan yang sesuai dengan temuan yang tidak normal.

Kebersihan dan Keamanan

- 53) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas pakaian setelah dekontaminasi.
- 54) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.

- 55) Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi 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 dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
- 58) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar untuk merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 59) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir

Dokumentasi

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

f. Partograf

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan untuk membuat keputusan klinik. (Kemenkes RI, 2018).

Tujuan utama penggunaan partograf adalah untuk:

- 1) mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan
- 2) mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal.

- 3) Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, dan medikamentosa yang diberikan.

Halaman depan partograf terdiri dari:

a) Kondisi janin

(1) Denyut jantung janin, dicatat setiap 30 menit

(2) Air ketuban, dicatat setiap melakukan pemeriksaan

U : Selaput utuh

J : selaput pecah, air ketuban jernih

M : air ketuban bercampur meconium

D : air ketuban bernodadarah

K : tidak ada cairan ketuban (kering)

b) Perubahan bentuk kepala janin (molding dan molase):

0 : sutura terpisah

1 : Sutura tepat bersesuaian

2 : Sutura tumpang tindih tetapi dapat diperbaiki

3 : Sutura tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki

c) Kemajuan persalinan

d) Pembukaan mulut rahim (serviks), dinilai setiap 4 atau lebih jika ditemui tanda-tanda penyulit. jam dan di beri tanda silang (x)

e) Penurunan, dilakukan setiap periksa dalam setiap 4 jam atau lebih sering jika ditemukan tanda-tanda penyulit.

Penulisan turunnya kepala dan garis tidak terputus dari 0-5, tertera disisi yang sama dengan pembukaan serviks. Berikan tanda lingkaran (O) yang di tulis pada garis waktu yang sesuai.

- f) Garis waspada dimulai pada pembukaan 4 cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap diharapkan terjadi laju pembukaan adalah 1 cm per jam. Garis bertidak tertera sejajar di sebelah kanan (berjarak 4 cm) dari garis waspada. Jika pembukaan telah melampaui sebelah kanan garis bertindak maka ini menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan.
- g) Waktu, menyatakan berapa jam waktu yang telah diajalani sesudah pasien diterima. Jam, dicatat jam sesungguhnya.
- h) Kontraksi, dicatat setiap 30 menit, melakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya tiap kontraksi dalam hitungan detik. Nyatakan jumlah kontraksi yang terjadi dalam waktu 10 menit dengan cara mengisi kotak kontraksi yang tersedia dan disesuaikan dengan angka yang mencerminkan temuan hasil pemeriksaan kontraksi.

- i) Obat-obatan dan cairan yang diberikan. Dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume IV dan dalam satuan tetes per menit.
- j) Kondisi ibu. Nadi diperiksa setiap 30 menit selama fase persalinan deri tanda (.) pada kolom waktu yang sesuai tekanan darah setiap 4 jam selama fase persalinan beri tanda pada kolom waktu yang sesuai. Suhu setiap 2 jam.
- k) Volume urin, protein dan aseton. Sedikitnya setiap 2 jam.

3. Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas merupakan periode yang akan dilalui oleh ibu setelah masa persalanian, yang dimulai dari setelah kelahiran bayi dan plasenta, yakni setelah berakhirnya kala IV dalam persalinan dan berakhir sampai dengan 6 minggu (42 hari) yang ditandai dengan berhentinya perdarahan. Masa nifas berasal dari bahasa latin dari kata puer yang artinya bayi, dan paros artinya melahirkan yang berarti masa pulihnya kembali, mulai dari persalinan sampai organ-organ reproduksi kembali seperti sebelum kehamilan. (Azizah dan Rosyidah, 2021)

b. Tahapan Masa Nifas

Menurut tahapan masa nifas Azizah dan Rosyidah (2021) terdiri dari:

1) *Puerperium dini* *Puerperium dini* merupakan kepulihan, dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan, serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya.

2) *Puerperium intermediate*

Puerperium intermediet merupakan masa kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

3) *Puerperium remote*

Remote puerperium yakni masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung berminggu-minggu, bulanan bahkan tahunan.

c. Adaptasi Fisiologis Masa Nifas

1) Uterus

Pada uterus setelah proses persalinan akan terjadi proses involusi. Proses involusi merupakan proses kembalinya uterus seperti keadaan sebelum hamil dan persalinan. Proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Pada tahap ketiga persalinan uterus berada di garis tengah, kira-kira 2 cm di bawah umbilicus dengan bagian fundus bersandar pada promontorium sakralis. Pada saat ini, besar uterus kira-kira sama besar uterus sewaktu usia kehamilan 16

minggu (kira-kira sebesar jeruk asam) dan beratnya kira-kira 100 gr.

Uterus pada waktu hamil penuh beratnya 11 kali berat sebelum hamil, berinvolusi kira-kira 500 gr 1 minggu setelah melahirkan dan 350 gr (11 sampai 12 ons) 2 minggu setelah lahir. Seminggu setelah melahirkan uterus akan berada di dalam panggul. Pada minggu ke-6, beratnya menjadi 50-60 gr (Azizah dan Rosyidah, 2021).

Perubahan uterus dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi dengan meraba bagian dari TFU (tinggi fundus uteri)

Tabel 2. 5. Involusi Uteri

Involusi Uterus	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5cm
7 hari	Pertengahan pusat-simfisis	500 gram	7,5cm
14 hari	Tidak teraba	350gram	5cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5cm

Sumber : Azizah dan Rosyidah,(2021)

2) *Lochea*

Pengeluaran *Lochea* dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya di antaranya sebagai berikut:

- a) *Lochea rubra*/merah (2 hari pasca persalinan). *Lochia rubra* akan segera berubah warna dari merah menjadi merah kuning berisi darah dan lender (kemenkes RI, 2019)
- b) *Lochea sanguinolenta*. (3 -7 hari pp), dan akan berubah menjadi berwarna kuning, tidak berdarah lagi. (kemenkes RI, 2019)
- c) *Lochea serosa*(7 -14 hari pp) .Setelah beberapa minggu, pengeluaran ini akan makin berkurang dan warnanya berubah menjadi putih (kemenkes RI, 2019)
- d) *Lochea alba* ini muncul pada minggu ke 2 hingga minggu ke 6 postpartum. Warnanya lebih pucat, putih kekuningan, serta lebih banyak mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati (Azizah dan Rosyidah, 2021)
- e) *Lochea* yang menetap pada periode awal postpartum menunjukkan adanya tanda-tanda perdarahan sekunder yang mungkin dapat disebabkan oleh tertinggalnya sisa atau selaput plasenta. *Lochea alba* atau serosa yang berlanjut dapat menandakan adanya endometritis, terutama bila disertai dengan nyeri pada abdomen dan demam. Bila pengeluaran *Lochea* tidak lancar, maka disebut *lochiastasis*. Jika *Lochea* tetap berwarna merah setelah 2 minggu ada kemungkinan tertinggalnya sisa plasenta atau

karena involusi yang kurang sempurna yang sering disebabkan *retroflexio uteri*. Lochea mempunyai suatu karakteristik bau yang tidak sama dengan *sekret menstrual*. Bau yang paling kuat pada *Lochea serosa* dan harus dibedakan juga dengan bau yang menandakan infeksi. (Azizah dan Rosyidah, 2021)

3) Vulva dan Vagina

a) Pada sekitar minggu ketiga, vagina mengecil dan timbul rugae kembali. Vagina yang semula sangat teregang akan kembali secara bertahap seperti ukuran sebelum hamil pada minggu ke 6-8 setelah melahirkan. Rugae akan terlihat kembali pada minggu ke 3 atau ke 4 (kemenkes RI, 2019)

4) Perineum

Jalan lahir mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, sehingga menyebabkan mengendurnya organ ini bahkan robekan yang memerlukan penjahitan, namun akan pulih setelah 2-3 minggu. (kemenkes RI, 2019)

5) Perubahan Payudara

a) Persiapan payudara untuk siap menyusui terjadi sejak awal kehamilan. Laktogenesis sudah terjadi sejak usia kehamilan 16 minggu. Pada saat itu plasenta menghasilkan hormon

progesteron dalam jumlah besar yang akan mengaktifkan sel-sel *alveolar matur* di payudara yang dapat mensekresikan susu dalam jumlah kecil. Setelah plasenta lahir, terjadi penurunan kadar progesteron yang tajam yang kemudian akan memicu mulainya produksi air susu disertai dengan pembengkakan dan pembesaran payudara pada periode *post partum* (kemenkes RI, 2019)

- b) Proses produksi air susu sendiri membutuhkan suatu mekanisme kompleks. Pengeluaran yang reguler dari air susu (pengosongan air susu) akan memicu *sekresi prolaktin*. Penghisapan puting susu akan memicu pelepasan oksitosin yang menyebabkan sel-sel mioepitel payudara berkontraksi dan akan mendorong air susu terkumpul di rongga *alveolar* untuk kemudian menuju *duktus laktoferus*. Jika ibu tidak menyusui, maka pengeluaran air susu akan terhambat yg kemudian akan meningkatkan tekanan *intramamae*. Distensi pada *alveolar* payudara akan menghambat aliran darah yang pada akhirnya akan menurunkan produksi air susu. Selain itu peningkatan tekanan tersebut memicu erjadinya umpan balik *inhibisi laktasi (FIL= feedback inhibitory of lactation)* yang akan menurunkan kadar dan memicu involusi kelenjar payudara dalam 2-3 minggu. (kemenkes RI, 2019)

6) Perubahan Sistem Pencernaan

Ibu menjadi lapar dan siap untuk makan pada 1-2 jam setelah bersalin. Konstipasi dapat menjadi masalah pada awal puerperium akibat dari kurangnya makanan dan pengendalian diri terhadap Ibu dapat melakukan pengendalian terhadap BAB karena kurang pengetahuan dan kekhawatiran lukanya akan terbuka bila (kemenkes RI, 2019)

7) Perubahan Sistem Perkemihan

Terjadi diuresis yang sangat banyak dalam hari-hari pertama *puerperium*. Pelebaran (dilatasi) dari *pelvis renalis* dan *ureter* akan kembali ke kondisi normal pada minggu ke dua sampai minggu ke 8 pasca persalinan (kemenkes RI, 2019)

d. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi yang harus dijalani. Tanggung jawab bertambah dengan hadirnya bayi yang baru lahir. Dorongan serta perhatian anggota keluarga lainnya merupakan dukungan positif untuk ibu. Dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan mengalami fase- fase sebagai berikut. (Azizah dan Rosyidah, 2021)

1) Fase *Taking In*

Yaitu periode ketergantungan. Periode ini berlangsung dari hari pertama sampai kedua setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri.

Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir.

2) Fase *Taking Hold*

Yaitu periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan tanggung jawab dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan sangat sensitif mudah tersinggung dan gampang marah.

3) Fase *Letting Go*

Yaitu periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. (Azizah dan Rosyidah, 2021).

e. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

1) Nutrisi

Nutrisi atau gizi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan nutrisi pada masa postpartum dan menyusui meningkat 25%, karena berguna untuk proses penyembuhan setelah melahirkan dan untuk produksi ASI untuk pemenuhan kebutuhan bayi. Kebutuhan nutrisi akan meningkat tiga kali dari kebutuhan biasa. Seorang ibu yang menyusui dianjurkan untuk mengkonsumsi tambahan

nutrisi, yaitu: menyusui 0-6 bulan =700 kalori dan 16 gram protein, menyusui 7- 12 bulan =500 kalori dan 12 gram protein, minum 3-4 liter setiap hari, zat besi, vit A, vit B1 dan B2.

2) Mobilisasi

Ibu yang bersalin normal dua jam postpartum sudah diperbolehkan miring kiri/kanan, kemudian secara bertahap jika kondisi ibu baik, ibu diperbolehkan duduk, berdiri, dan jalan-jalan di sekitar tempat tidur.

3) Eliminasi

Seorang ibu nifas dalam keadaan normal dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam. Pengeluaran air seni akan meningkat 12 jam setelah melahirkan. Buang air besar akan sulit karena ketakutan rasa sakit, takut jahitan terbuka atau karena adanya hemoroid. Kesulitan ini dapat dibantu dengan mobilisasi dini, mengkonsumsi makanan berserat, dan cukup minum. (Wahyuni, 2018).

4) Kebersihan Personal

Ibu Nifas perlu menjaga kebersihan dirinya terutama kebersihan organ genitalia dan payudara. Hal ini dibutuhkan untuk mencegah terjadinya infeksi pada organ genitalia dan menjaga kebersihan payudara bertujuan agar puting dan payudara bersih dan siap untuk menyusui (Wahyuni, 2018)

5) Seksual

Hubungan seksual dapat dilakukan apabila darah sudah berhenti dan luka episiotomy sudah sembuh. Koitus bisa dilakukan pada 3-4 minggu post partum. Libido menurun pada bulan pertama postpartum, dalam hal kecepatan maupun lamanya, begitu pula orgasmenya. Ibu perlu melakukan fase pemanasan (*foreplay*) yang membutuhkan waktu yang lebih lama, hal ini harus diinformasikan pada pasangan suami istri. (Wahyuni, 2018)

6) Senam nifas

Untuk mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal, sebaiknya latihan masa nifas dilakukan seawal mungkin dengan catatan menjalani persalinana dengan normal dan tidak ada penyulit (masa nifas).

f. Tanda Bahaya Nifas

Menurut Buku KIA (2020), tanda bahaya pada ibu nifas ialah:

- 1) Perdarahan lewat jalan lahir secara terus menerus
- 2) Keluar cairan berbau dari jalan lahir
- 3) Bengkak di wajah, tangan dan kaki, atau sakit kepala hebat dan kejang- kejang
- 4) Demam lebih dari 2 hari
- 5) Payudara bengkak, merah disertai rasa sakit Ibu terlihat sedih, murung dan menangis tanpa sebab atau depresi (Kemenkes RI, 2020)

g. Kebijakan Kunjungan Nifas

Pada kebijakan program nasional masa nifas paling sedikit 4 kali kunjungan yang dilakukan. Hal ini untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir serta untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi antara lain sebagai berikut: (Azizah dan Rosyidah, 2021)

Tabel.4.6 Kunjungan Masa nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
I	6-48 <i>Post Partum</i>	<ul style="list-style-type: none"> a. Mencegah perdarahan masa nifas karena <i>atonia uteri</i> b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain, perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena <i>atonia uteri</i> d. Pemberian ASI awal e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah <i>hipotermi</i>
II	3-7 <i>Post Partum</i>	<ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan <i>involsi uterus</i> berjalan normal, uterus berkontraksi, <i>fundus</i> di bawah <i>umbilikus</i>, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal c. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit e. Memberikan konseling pada ibu

		mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari
III	8-28 hari <i>Post Partum</i>	<p>a. Memastikan <i>involusi uterus</i> berjalan normal, uterus berkontraksi, <i>fundus</i> di bawah <i>umbilikus</i>, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau</p> <p>b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal</p> <p>c. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat</p> <p>d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit</p> <p>e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari</p>
IV	29-42 hari <i>Post Partum</i>	<p>a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami atau bayinya</p> <p>b. Memberikan konseling Keluarga berencana secara dini</p> <p>c. Menganjurkan ibu membawa bayinya ke posyandu</p>

Sumber , (Islami dan Aisyaroh, 2018)

4. Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir (BBL) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. BBL memerlukan penyesuaian fisiologi berupa maturasi, adaptasi (menyusuaikan diri dari kehidupan intrauteri ke kehidupan *ekstraurine*) dan toleransi BBL untuk dapat hidup dengan baik.

Bayi baru lahir disebut juga dengan *neonatus* merupakan

individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan *intrauterine* ke kehidupan *ekstrauterin*. (Herman, 2020)

Tujuan perawatan bayi baru lahir adalah menilai kondisi bayi baru lahir dan membantu terlaksananya pernapasan spontan serta mencegah hipotermi dan mengurangi angka kematian bayi. Tujuan utama perawatan bayi baru lahir yaitu membersihkan jalan napas, memotong dan merawat tali pusat, mempertahankan suhu tubuh bayi, dan melakukan pencegahan infeksi. Hal-hal yang dinilai pada satu jam pertama sesudah lahir, yaitu:

- 1) Kemampuan menghisap kuat atau lemah.
- 2) Bayi tampak aktif.
- 3) Bayi kemerahan atau biru.
- 4) Feses berupa mekonium yakni seperti titik hitam, pekat yang telah berada dalam saluran pencernaan sejak janin berusia 16 minggu. Mulai keluar dalam 24 jam pertama lahir sampai hari kedua dan ketiga, selanjutnya hari keempat sampai lima berwarna coklat kehijauan, setelahnya berwarna kuning dan lembek jika diberikan ASI.
- 5) Tali pusat, pemotongan tali pusat merupakan pemisah antara kehidupan bayi dan ibu. Tali pusat biasanya lepas pada hari ke 5-10 hari setelah lahir.
- 6) Reflex

- a) *Rooting Reflex* : Reflex mencari
 - b) *Sucking Reflex* : Reflex menghisap
 - c) *Swallowing Reflex* : Reflex menelan
 - d) *Moro Reflex* : Reflex seolah-olah memeluk
 - e) *Tonik neck Reflex* : Reflex otot leher
 - f) *Grasping Reflex* : Reflex menggenggam
 - g) *Babinsky Reflex* : Reflex telapak kaki akan defleksi
 - Walking Reflex : Reflex melangkah
- 7) Berat badan bayi baru lahir, dalam tiga hari pertama mengalami penurunan dikarenakan bayi mengeluarkan air kencing dan mekonium, kemudian pada hari keempat berat badan akan naik lagi dalam 10 hari.

Ciri-ciri bayi Normal

- a) Berat badan 2500-4000 gram
- b) Panjang badan 47-52 cm
- c) Lingkar dada 30-38 cm
- d) Lingkar kepala 33-35 cm
- e) Bunyi jantung pertama kira-kira 180 kali/menit, kemudian menurun sampai 120-160 x/menit
- f) Pernapasan pada menit pertama cepat kira-kira 80 kali/menit, kemudian menurun sekitar 40-60 kali/menit
- g) Kulit kemerah-merahan, licin, dan diliputi *vernix caseosa*

- h) Rambut lanugo telah tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- i) Kuku agak panjang dan lemas Pada bayi perempuan,
- j) *labia mayora* sudah menutupi *labia minora*, dan pada laki-laki testis sudah turun
- k) *Reflex* menghisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- l) *Reflex moro* sudah baik
- m) Eliminasi baik, urin dan mekonium akan keluar dalam waktu 24 jam pertama. (Setiyani, et al., 2016)

b. Tanda-tanda bahaya baru lahir

- 1) Sulit bernapasa atau lebih dari 60 kali/menit
- 2) Suhu terlalu tinggi yaitu $>38^{\circ}\text{C}$ atau terlalu dingin $> 36^{\circ}\text{C}$
- 3) Kulit bayi kuning terutama pada 24 jam pertama, biru, pucat, atau memar
- 4) Hisapan saat menyusui lemah, rewel, dan sering muntah
- 5) Tali pusat memerah, bengkak, keluar cairan dan berdarah
- 6) Tanda-tanda infeksi seperti suhu tubuh meningkat,
- 7) merah, bengkak, bau busuk, keluar cairan, dan
- 8) pernapasan sulit
- 9) Tidak BAB dalam waktu tiga hari, tidak Bak dalam waktu 24 jam, tinja lembek/encer dan berwarna hijau tua terdapat lendir dan darah

- 10) Menggigil, rewel, lemas, mengantuk, kejang, dan menangis terus- menerus. (Setiyani, et al., 2016)

c. Asuhan Bayi Baru Lahir

Manajemen asuhan segera pada BBL normal adalah asuhan yang diberikan pada bayi pada jam pertama setelah kelahiran, dilanjutkan sampai 24 jam setelah kelahiran. Asuhan yang diberikan kepada BBL bertujuan untuk memberikan asuhan yang adekuat dan terstandar pada BBL dengan memperhatikan riwayat bayi selama kehamilan, dalam persalinan dan keadaan bayi segera setelah lahir. Hasil yang diharapkan dari pemberian asuhan kebidanan pada BBL adalah terlaksananya asuhan segera/rutin pada BBL termasuk melakukan pengkajian, membuat diagnosis dan masalah potensial, tindakan segera serta rencana asuhan. (Walyani, 2015)

1) Penilaian ApgarScore

Hasil nilai Apgar skor dinilai setiap variabel dinilai dengan angka 0, 1 dan 2, nilai tertinggi adalah 10, selanjutnya dapat ditentukan keadaan bayi sebagai berikut :

- a) Nilai 7-10 menunjukkan bahwa bayi dalam keadaan baik (vigorous baby).
- b) Nilai 4-6 menunjukkan bayi mengalami depresi sedang dan membutuhkan tindakan resusitasi.

- c) Nilai 0-3 menunjukkan bayi mengalami depresi serius dan membutuhkan resusitasi segera sampai ventilasi.

2) Membersihkan jalan nafas

- a) Bayi normal akan menangis spontan segera lahir. Apabila bayi tidak langsung menangis, penolong segera membersihkan jalan nafas dengan sebagai berikut:
- b) Letakkan bayi pada posisi telentang di tempat yang keras dan hangat.
- c) Gulung sepotong kain dan letakkan dibawah bahu sehingga leher bayi lebih lama dan kepala tidak menekuk. Posisi kepala diatur lurus sedikit tengadah kebelakang.
- d) Bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang dibungkus kassa steril.
- e) Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar.

3) Memotong dan merawat tali pusat

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

4) Mempertahankan suhu tubuh

Pada waktu lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap

hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat. Suhu tubuh bayi merupakan tolak ukur kebutuhan akan tempat tidur yang hangat sampai suhu tubuhnya sudah stabil. Suhu bayi harus dicatat.

Berdasarkan Kemenkes RI, (2017) bayi dapat kehilangan panas tubuhnya melalui cara-cara berikut:

- a) Evaporasi: adalah kehilangan panas akibat penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri. Kehilangan panas juga bisa terjadi saat lahir bayi tidak segera dikeringkan atau terlalu cepat di mandikan dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti.
- b) Konduksi: adalah kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Meja, tempat tidur atau timbangan bayi yang temperaturnya lebih rendah dari tubuh bayi.
- c) Konveksi: adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Kehilangan panas juga terjadi jika ada aliran udara dingin dari kipas angin, hembusan udara dingin dari ventilas/pendingin ruangan. Radiasi: adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi.

5) Memberi vitamin K

Kejadian perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir dilaporkan cukup tinggi. Berkisar 0,25-0,5%. Untuk mencegah terjadinya perdarahan tersebut, semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu di beri vitamin K per oral 1 mg/hari selama tiga hari, sedangkan bayi berisiko tinggi di beri vitamin K parenteral dengan dosis 0,5 mg/hari.

6) Memberi salep mata

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

7) Identifikasi bayi

Apabila bayi dilahirkan ditempat bersalin yang persalinannya kemungkinan lebih dari satu persalinan, maka sebuah alat pengenal yang efektif harus diberikan kepada setiap bbl dan harus tetap ditempatnya sampai waktu bayi di pulangkan.

8) Pemantauan bayi baru lahir

a) Dua jam pertama sesudah lahir

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

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

b) Sebelum penolong persalinan meninggalkan ibu dan bayinya. Penolong persalinan melakukan pemeriksaan dan penilaian terhadap ada tidaknya masalah kesehatan yang memerlukan tindak lanjut.

c) Pemantauan Tanda-Tanda Vital

- (1) Suhu, suhu normal bayi baru lahir normal 36,5°C-37,5°C.
- (2) Pernapasan, pernapasan bayi baru lahir normal 30-kali permenit.
- (3) Denyut Jantung, denyut jantung bayi baru lahir normal antara 100-160 kali per menit.

d) Kunjungan Neonatus

Kunjungan neonatus merupakan salah satu intervensi untuk menurunkan kematian bayi baru lahir dengan melakukan Kunjungan Neonatal (KN) selama 3 (tiga) kali kunjungan yaitu Kunjungan Neonatal I (KN I) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir, Kunjungan Neonatal II (KN II) pada hari ke 3 sampai dengan 7 hari, dan Kunjungan Neonatal III (KN III) pada hari ke 8 sampai dengan 28 hari. (Setiyani et al., 2016).

Berdasarkan Kemenkes RI (2020) kunjungan neonatal adalah sebagai berikut:

- (1) Kunjungan Neonatal Pertama (KN I) KN 1 dilakukan dari enam hingga 48 jam setelah kelahiran bayi, asuhan yang diberikan adalah menjaga kehangatan tubuh bayi, memberikan ASI eksklusif, pencegahan infeksi, perawatan mata, perawatan tali pusat, injeksi vitamin K1, dan imunisasi HB0.
- (2) Kunjungan Neonatal Kedua (KN II) KN 2 dilakukan dari tiga sampai tujuh hari setelah bayi lahir. Asuhan yang diberikan adalah menjaga kehangatan tubuh bayi, memberikan ASI eksklusif, memandikan bayi, perawatan tali pusat, dan imunisasi.
- (3) Kunjungan Neonatal Ketiga (KN III) KN 3 dilakukan pada saat usia bayi 8 sampai 28 hari setelah lahir. Asuhan yang diberikan kepada bayi adalah memeriksa tanda bahaya dan gejala sakit, menjaga kehangatan tubuh bayi, memberikan ASI eksklusif, dan imunisasi

B. Manajemen Asuhan Kebidanan Varney

Menurut Hellen Varney, manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengembangkan pemikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, dan keterampilan dalam rangkaian/tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien.

(Aisa, et al., 2018).

1. Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah ini, kegiatan yang dilakukan adalah pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi klien secara lengkap. Data yang dikumpulkan antara lain:

- a. Keluhan klien
- b. Riwayat kesehatan klien
- c. Pemeriksaan fisik secara lengkap sesuai dengan kebutuhan

Meninjau data laboratorium. (Aisa et al., 2018)

2. Langkah II: Interpretasi Data

Pada langkah ini, kegiatan yang dilakukan adalah menginterpretasikan semua data dasar yang telah dikumpulkan sehingga ditemukan diagnosis atau masalah. Diagnosis yang dirumuskan adalah diagnosis dalam lingkup praktik kebidanan yang tergolong pada nomenklatur standar diagnosis, sedangkan perihail yang berkaitan dengan pengalaman klien ditemukan dari hasil pengkajian. (Aisa, et al., 2018)

3. Langkah III: Identifikasi diagnosis/masalah potensial

Pada langkah ini, kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian diagnosis dan masalah yang sudah teridentifikasi. Berdasarkan temuan tersebut, bidan dapat melakukan antisipasi agar diagnosis/masalah tersebut

tidak terjadi. Selain itu, bidan harus bersiap-siap apabila diagnosis/masalah tersebut benar-benar terjadi.

Contoh diagnosis/masalah potensial:

Potensial perdarahan post-partum, apabila diperoleh data ibu hamil kembar, polihidramion, hamil besar akibat menderita diabetes. Kemungkinan distosia bahu, apabila data yang ditemukan adalah kehamilan besar.(Aisa et al., 2018)

4. Langkah IV: Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Pada langkah ini, yang dilakukan bidan adalah mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien. Ada kemungkinan, data yang kita peroleh memerlukan tindakan yang harus segera dilakukan oleh bidan, sementara kondisi yang lain masih bisa menunggu beberapa waktu lagi. Contohnya pada kasus-kasus kegawatdaruratan kebidanan, seperti perdarahan yang memerlukan tindakan KBI dan KBE. (Aisa et al., 2018).

5. Langkah V: Perencanaan asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini, direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan berdasarkan langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi hal yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah

yang berkaitan, tetapi dilihat juga dari apa yang akan diperkirakan terjadi selanjutnya, apakah dibutuhkan konseling dan apakah perlu merujuk klien. Setiap asuhan yang direncanakan harus disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu bidan dan pasien. (Aisa et al., 2018)

6. Langkah VI: Implementasi

Pada langkah keenam ini, kegiatan yang dilakukan adalah melaksanakan rencana asuhan yang sudah dibuat pada langkah ke-5 secara aman dan efisien. Jika bidan tidak melakukan sendiri, bidan tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Dalam situasi ini, bidan harus berkolaborasi dengan tim kesehatan lain atau dokter. (Aisa et al., 2018)

7. Langkah VII: Evaluasi

Pada langkah terakhir ini, yang dilakukan oleh bidan adalah:

- a.** Melakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, yang mencakup pemenuhan kebutuhan, untuk menilai apakah sudah benar-benar terlaksana/terpenuhi sesuai dengan kebutuhan yang telah teridentifikasi dalam masalah dan diagnosis.
- b.** Mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif untuk mengetahui mengapa proses manajemen ini tidak efektif. (Aisa et al., 2018)

C. Pendokumentasian SOAP

Dokumentasi asuhan kebidanan adalah catatan tentang interaksi antara tenaga kesehatan, pasien dan keluarga pasien yang mencatat tentang hasil pemeriksaan, tindakan, pengobatan pasien dan pendidikan pada pasien termasuk respon pasien terhadap semua kegiatan yang telah dilakukan. Metode pendokumentasian yang digunakan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan adalah SOAP. (Aisa et al., 2018)

1. Data Subyektif (S)

Data yang berhubungan dengan masalah sudut pandang klien, ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnosa. Pada orang yang bisu, dibagian data belakang "S" diberi tanda "O" atau "X", ini menandakan orang itu bisu. Data subyektif menguatkan diagnosa yang dibuat.

Pendokumentasian pengumpulan data klien melalui anamnesa. Tanda dan gejala subyektif yang diperoleh dari hasil bertanya pada klien, suami atau keluarga (identitas umum, keluhan, riwayat menarche, riwayat perkawinan, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat KB, riwayat penyakit keluarga, riwayat penyakit keturunan, riwayat psikososial dan pola hidup. (Aisa et al., 2018)

2. Data Obyektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan fisik klien, hasil laboratorium dan tes diagnostik lain yang dirumuskan

dalam data focus untuk mendukung assessment. Tanda gejala obyektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan (keadaan umum, vital sign, fisik, pemeriksaan dalam, laboratorium dan pemeriksaan penunjang, pemeriksaan dengan *inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi*. Data ini memberi bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosa. (Aisa et al., 2018)

1. **Assessment (A)**

Masalah atau diagnose ditegakkan berdasarkan data atau informasi subyektif maupun obyektif yang dikumpulkan atau disimpulkan. Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subyektif dan obyektif dalam suatu identifikasi.

Diagnosa adalah rumusan dari hasil pengkajian mengenai kondisi klien pada saat hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir berdasarkan hasil analisa yang diperoleh. Masalah adalah segala sesuatu yang menyimpang sehingga kebutuhan klien terganggu. Termasuk antisipasi masalah lain/diagnosa potensial termasuk dalam tahap ini. (Aisa et al., 2018)

2. **Planning (P)**

Pendokumentasian untuk perencanaan, implementasi dan evaluasi dimasukkan dalam planning.

a. Perencanaan

Membuat rencana tindakan saat itu atau yang akan datang.

Mengusahakan tercapainya kondisi klien yang sebaik mungkin.

b. Implementasi

Pelaksanaan rencana tindakan untuk menghilangkan dan mengurangi masalah klien. Tindakan ini harus disetujui oleh klien kecuali bila tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan klien.

c. Evaluasi

Tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil merupakan hal penting untuk menilai keefektifan asuhan diberikan. Analisis hasil yang dicapai menjadi fokus ketepatan nilai tindakan.

