

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep dasar

1. Kehamilan

Kehamilan merupakan suatu keadaan dimana seorang wanita yang didalam rahimnya terdapat embrio atau fetus. Kehamilan dimulai pada saat masa konsepsi hingga lahirnya janin, dan lamanya kehamilan dimulai dari ovulasi hingga partus yang diperkirakan sekitar 40 minggu dan tidak melebihi 43 minggu (Kartini 2022).

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Jadi, dapat disimpulkan bahwa kehamilan adalah bertemunya sel telur dan sperma di dalam atau diluar Rahim dan berakhir dengan keluarnya bayi dan plasenta melalui jalan lahir. (Fatimah dan Nuryaningsih, 2017)

Manuaba (2016) memberikan definisi kehamilan secara berbeda. Kehamilan adalah suatu mata rantai yang berkesinambungan yang terdiri dari ovulasi (pematangan sel) lalu

pertemuan ovum (sel telur) dan spermatozoa (sperma) terjadilah pembuahan dan pertumbuhan zigot kemudian bernidasi (penanaman) pada uterus dan pembentukan plasenta dan tahap akhir adalah tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm. Berdasarkan beberapa definisi kehamilan tersebut dapat disimpulkan bahwa kehamilan merupakan bertemunya sel telur dan sperma yang telah matang sehingga terjadilah nidasi dan tumbuh berkembang sampai aterm.

a. Penyebab terjadinya kehamilan

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

1) Ovulasi

Ovulasi adalah proses pelepasan ovum yang dipengaruhi oleh sistem hormonal. Dengan pengaruh FSH, folikel primer mengalami perubahan menjadi folikel *de graaf* yang menuju ke permukaan ovum disertai pembentukan cairan folikel. Selama pertumbuhan menjadi folikel *de graaf*, ovarium mengeluarkan hormon estrogen yang dapat mempengaruhi gerak dari tuba yang makin mendekati ovarium, gerak sel rambut lumen tuba makin tinggi, sehingga peristaltik tuba makin aktif, yang mengalir menuju uterus. Dengan pengaruh LH yang semakin besar dan fluktuasi yang mendadak, terjadi proses pelepasan ovum yang disebut

ovulasi. Ovum yang dilepaskan akan ditangkap oleh fimbriae, dan ovum yang ditangkap terus berjalan mengikuti tuba menuju uterus dalam bentuk pematangan yang siap untuk dibuahi (Manuaba 2016).

2) Konsepsi

Merupakan pertemuan antara inti ovum dengan inti spermatozoa yang nantinya akan membentuk zigot (Manuaba 2016). Sperma akan bertahan hidup hingga terjadinya pembuahan dengan bantuan fruktosa dan enzim lainnya (Kartini 2022).

3) Nidasi atau implantasi

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

4) Pembentukan plasenta

Terjadinya nidasi mendorong sel blastula mengadakan diferensiasi, sel yang dekat dengan ruangan *eksoelom* membentuk kantong kuning telur sedangkan sel lain membentuk ruangan amnion, sedangkan plat embrio

terbentuk diantara dua ruangan amnion dan kantong kuning telur tersebut. Ruangan amnion dengan cepat mendekati korion sehingga jaringan yang terdapat diantara amnion dan embrio padat dan berkembang menjadi tali pusat. *Villi korealis* menghancurkan desidua sampai pembuluh darah vena mulai pada hari ke 10 sampai 11 setelah konsepsi sedangkan arteri pada hari ke 14 sampai 15. Bagian desidua yang tidak dihancurkan akan membentuk plasenta 15-20 kotiledon maternal, pada janin plasenta akan dibagi menjadi sekitar 200 kotiledon fetus dan setiap kotiledon fetus terus bercabang dan mengambang ditengah aliran darah yang nantinya berfungsi untuk memberikan nutrisi dan pertumbuhan (Manuaba 2016).

b. Perubahan Fisiologi Selama Kehamilan

Terjadinya kehamilan, maka seluruh sistem genetalia wanita mengalami perubahan sedangkan plasenta dalam perkembangannya mengeluarkan hormon somatomamotropin, estrogen, dan progesteron yang menyebabkan perubahan pada:

1) Uterus

Uterus yang semula beratnya 30 gram akan mengalami *hypertrofi* dan *hyperplasia*, sehingga otot rahim menjadi lebih besar lunak dan mengikuti pembesaran rahim menjadi 1000

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

2) Vagina

Dalam vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh estrogen sehingga tampak makin merah dan kebiru-biruan yang disebut dengan tanda *chadwicks* (Manuaba 2016).

3) Ovarium (indung telur)

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

4) Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat

laktasi. Hormon yang mempengaruhi dalam laktasi yaitu hormon estrogen, progesteron, somatomammotropin (Manuaba 2016).

5) Sirkulasi darah ibu

Peredaran darah ibu dipengaruhi beberapa faktor, antara lain:

- a) Meningkatnya kebutuhan sirkulasi darah sehingga dapat memenuhi kebutuhan perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim.
- b) Terjadinya hubungan langsung antara arteri dan vena pada sirkulasi *retro-plasenter*
- c) Pengaruh hormon estrogen dan progesteron makin meningkat (Manuaba 2016).

c. Perubahan psikologis dalam kehamilan

Perubahan psikologis pada masa kehamilan, yaitu:

1) Trimester I

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

penolakan, kecemasan dan kesedihan. Seringkali, pada awal masa kehamilan ibu berharap untuk tidak hamil (Kusmiyati dkk, 2017)

2) Trimester II

Trimester kedua biasanya ibu sudah merasa sehat dan sering disebut dengan periode pancaran kesehatan. Tubuh ibu telah terbiasa dengan kadar hormon yang lebih tinggi dan rasa tidak nyaman karena hamil sudah berkurang. Ibu telah menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energi serta pikirannya secara lebih konstruktif. Pada trimester ini pula ibu mampu merasakan gerakan janinnya. Banyak ibu yang merasa terlepas dari kecemasan dan rasa tidak nyaman, seperti yang dirasakannya pada trimester pertama dan merasakan naiknya libido (Kusmiyati dkk, 2017).

3) Trimester III

Trimester ketiga seringkali disebut periode penantian untuk kelahiran bagi bayi dan kebahagiaan dalam menanti seperti apa rupa bayi nantinya dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Kadang ibu merasa khawatir bila bayinya lahir sewaktu-waktu. Ibu sering merasa khawatir kalau-kalau bayinya lahir tidak normal. Kebanyakan ibu juga akan

bersikap melindungi bayinya dan cenderung menghindari orang atau benda apa saja yang dianggapnya membahayakan bayi. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ketiga dan banyak ibu merasakan aneh atau jelek. Di samping itu ibu mulai merasa sedih karena akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima semasa hamil (Kusmiyati dkk, 2017).

d. Tanda dan Gejala Kehamilan

- 1) Tanda pasti kehamilan
 - a) Terdengar denyut jantung janin (DJJ).
 - b) Terasa gerak janin.
 - c) Pada pemeriksaan USG terlihat adanya kantong kehamilan, ada gambar embrio.
 - d) Pada pemeriksaan rontgen terdapat adanya rangka (> 16 minggu) (Darwiten and Nurhayati, 2019).
- 2) Tanda Tidak Pasti Hamil
 - a) *Amenorea*/tidak mengalami menstruasi sesuai siklus (terlambat haid).

Wanita harus mengetahui tanggal hari pertama haid terakhir supaya dapat ditaksir umur kehamilan dan dapat ditaksir tanggal persalinan.
 - b) Mual dan muntah

Biasanya terjadi pada awal trimester pertama kehamilan hingga akhir trimester pertama.

c) Pusing

d) Sering kencing

Karena kandung kemih tertekan oleh rahim yang membesar. Gejala ini akan menghilang pada triwulan kedua kehamilan.

e) Obstipasi

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

g) Hiperpigmentasi kulit oleh pengaruh hormone kortikosteroid.

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

i) Pembesaran vena-vena (*varices*) dapat terjadi pada kaki, betis, dan vulva biasanya dijumpai pada triwulan terakhir.

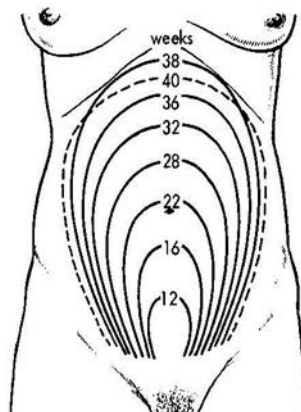
j) Payudara membesar tegang dan sedikit nyeri disebabkan pengaruh hormone estrogen dan progesterone yang merangsang ductus dan alveoli payudara, kelenjar montgomeri terlihat lebih membesar.

k) Perubahan perasaan

l) Berat badan bertambah (Sulistiyawati 2016).

e. Menentukan Usia Kehamilan

- 1) Berdasarkan Tinggi Fundus Uteri (Menurut Leopold)
 - a) 12 minggu 1-2 jari atas symphysis.
 - b) 16 minggu pertengahan antara Symphysis – pusat.
 - c) 20 minggu fundus uteri 3 jari bawah pusat.
 - d) 24 minggu setinggi pusat.
 - e) 28 minggu 3 jari atas pusat.
 - f) 32 minggu pertengahan Px-pusat.
 - g) 36 minggu 3 jari dibawah Px
 - h) 40 minggu pertengahan Px dan pusat



Gambar 1. Gambar Tinggi Fundus Uteri (Sulistyawati 2016)

- 2) Berdasarkan Tinggi Fundus Uteri dalam cm (Menurut *Mc-Donald*) Rumus :
 - a) Ukuran Tinggi Fundus (cm) x $\frac{2}{7}$ = (durasi kehamilan dalam bulan)
 - b) Tinggi Fundus (cm) x $\frac{8}{7}$ = (durasi kehamilan dalam minggu)

- c) Tinggi Fundus uteri dalam sintimeter (cm), yang normal harus sama dengan umur kehamilan dalam minggu yang ditentukan berdasarkan hari pertama haid terakhir (Sulistyawati 2016).

f. Menghitung tafsiran berat janin

Terdapat dua metode yang dapat dilakukan untuk menghitung TBJ yaitu menggunakan USG dan kalkulasi TFU. Alat USG memang dapat menggambarkan pertumbuhan janin lebih rinci, namun ketersediaan alat tersebut masih terbatas. Bila USG tidak tersedia, maka cara mudah yang dapat dilakukan untuk mengetahui TBJ adalah dengan mengukur TFU kemudian menghitungnya menggunakan rumus tertentu. Rumus TBJ yang umum digunakan hingga saat ini adalah Rumus Johnson-Toshack yang didefinisikan sebagai BB (Berat Badan Bayi) = $(TFU - N) \times 155$. BB dalam satuan gram dan nilai N sebesar 11, 12, atau 13 disesuaikan dengan penurunan kepala bayi (et al. 2019).

g. Faktor yang mempengaruhi kehamilan

- 1) Faktor Fisik
 - a) Status kesehatan
 - b) Status gizi
 - c) Perokok/alkoholik

- d) Hamil diluar nikah/kehamilan yang tidak diinginkan (Sulistyawati 2016).

2) Faktor Psikologis

- a) Stresor internal meliputi faktor-faktor pemicu stres ibu hamil yang berasal dari ibu sendiri.
- b) Stresor eksternal yaitu pemicu stres dari luar, seperti masalah ekonomi, konflik keluarga, pertengkaran dengan suami, dan masih banyak kasus yang lain.
- c) Dukungan keluarga
- d) Kekerasan yang dilakukan oleh pasangan (*partner abuse*) (Sulistyawati 2016).

3) Faktor lingkungan, sosial, dan budaya.

- a) Kebersihan, adat istiadat
- b) Fasilitas kesehatan
- c) Ekonomi
- d) Kekerasan dalam kehamilan
- e) Tingkat pendidikan
- f) Pekerjaan (Sulistyawati 2016).

h. Ketidaknyamanan masa kehamilan trimester II dan III dan cara mengatasinya

Tabel 1. Ketidaknyamanan dan cara mengatasi

No	Ketidaknyamanan	cara mengatasinya
1	Sering buang air kecil pada TM II dan III	<ul style="list-style-type: none"> a. Kosongkan saat ada dorongan saat kencing. b. Perbanyak minum pada siang hari. c. Jangan kurangi minum untuk mencegah nokturia, kecuali jika nokturia sangat mengganggu tidur di malam hari. d. Jelaskan tentang bahaya infeksi saluran kemih dengan menjaga posisi tidur, yaitu dengan berbaring miring ke kiri dan kaki ditinggikan untuk mencegah diuresis.
2	Striae gravidarum	<ul style="list-style-type: none"> a. Gunakan emolien topikal atau antipruritik jika adaindikasinya. b. Gunakan baju longga yang dapat menopang payudara dan abdomen
3	Hemoroid	<ul style="list-style-type: none"> a. Hindari Konstipasi. b. Makan makanan yang berserat dan banyak minum. c. Gunakan kompres es atau air hangat. d. Dengan perlahan masukkan kembali anus setiap selesai BAB.
4	Keputihan	<ul style="list-style-type: none"> a. Tingkatkan kebersihan dengan mandi tiap hari. b. Memakai pakaian dalam

		dari bahan katun dan mudah menyerap.
5	Sembelit	<ul style="list-style-type: none">c. Tingkatkan daya tahan tubuh dengan makan buah dan sayur, Istirahat cukup.a. Tingkatkan diet asupan cairan.b. Minum cairan dingin atau hangat, terutama saat perut kosong.c. Membiasakan buang air besar secara teratur.
6	Kram pada kaki	<ul style="list-style-type: none">a. Kurangi konsumsi susu (kandungan fosfornya tinggi).b. Latihan dorsofleksi pada kaki dan meregangkan otot yang terkena.c. Gunakan penghangat untuk otot.d. Senam hamil
7	Nafas sesak	<ul style="list-style-type: none">a. Dorong agar secara sengaja mengatur laju dan dalamnya pernapasan pada kecepatan normal yang terjadi.b. Merentangkan tangan di atas kepala serta menarik nafas panjang.
8	Perut kembung	<ul style="list-style-type: none">a. Hindari makan yang mengandung gas.b. Mengunyah makanan secara sempurna.c. Lakukan senam secara teratur.d. Pertahankan saat buang air besar yang teratur
9	Pusing/ sinkop	<ul style="list-style-type: none">a. Pertahankan saat buang air besar yang teratur.b. Bangun secara perlahan

		dari posisi istirahat.
		c. Hindari berdiri terlalu lama dalam lingkungan yang hangat dan sesak.
		d. Hindari berbaring dalam posisi telentang.
10	Sakit punggung atas dan bawah	a) Gunakan posisi tubuh yang baik.
		b) Gunakan bra yang menopang dengan ukuran yang tepat.
		c) Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung.
11	Varises pada kaki	a. Tinggikan kaki sewaktu berbaring.
		b. Jaga agar kaki tidak bersilangan.
		c. Hindari berdiri atau duduk terlalu lama.
		d. Senam untuk melancarkan peredaran darah.
		e. Hindari pakaian atau korset yang ketat.

i. Komplikasi pada kehamilan

Komplikasi kehamilan yaitu:

1) Hiperemesis gravidarum

Adalah mual dan muntah yang berlebihan pada wanita hamil sampai mengganggu pekerjaan sehari-hari karena keadaan umumnya menjadi buruk, karena terjadi dehidrasi.

Pencegahan dengan memberikan informasi dan edukasi tentang kehamilan kepada ibu dengan maksud

menghilangkan faktor psikhis rasa takut, tetapi obat menggunakan sedakiva (*luminal,stesolid*); vitamin (B1 dan B6); anti muntah (Mochtar 2017).

2) Toksonia gravidarum

Pre-eklamsi dan eklamsia merupakan gejala yang timbul dari trias: hipertensi,protuenuri dan edema. Pencegahan, pemeriksaan antenatal yang teratur dan bermutu serta teliti, berikan penerangan tentang manfaat istirahat dan tidur,ketenangan (Mochtar 2017).

3) Abortus (keguguran dan kelainan dalam dalam tua kehamilan)

Keguguran adalah pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan. Penanganan, berikan obat obat dengan maksud agar terjadi his sehingga vetus dan desidua dapat dikeluarkan, kalau tidak berhasil lakukan dilatasi kuretase. Hendaknya pada penderita juga diberikan tomika dan antibiotika (Mochtar 2017).

4) Kelainan letak kehamilan (kehamilan ektopik)

Adalah kehamilan dengan hasil konsepsi perimplentasi diluar endometrium rahim. Penanganan perbaiki keadaan umum, tranfusi darah dan segera lakukan lapatorium explorasi untuk memberhentikan sumber perdarahan (Mochtar 2017)

5) Penyakit tropoblas

Penyakit tropoblas karena kehamilan yang berasal dari kelainan pertumbuhan tropoblas plasenta. Penanganan perbaiki keadaan umum pasang batang laminaria untuk memperlebar pembukaan, dilakukan evakuasi jaringan dengan menggunakan *suctio curettage* (Mochtar 2017).

j. Asuhan Kehamilan (*Antenatal Care*)

1) Pengertian *Antenatal Care*

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

Pemeriksaan kehamilan atau ANC merupakan pemeriksaan ibu hamil baik fisik dan mental serta menyelamatkan ibu dan anak dalam kehamilan, persalinan

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

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

- a) Maternal Neonatal Tetanus Elimination (MNTE)
- b) Antisipasi Defisiensi Gizi dalam Kehamilan (Andika)
- c) Pencegahan dan Pengobatan IMS/ISR dalam Kehamilan (PIDK)
- d) Eliminasi Sifilis Kongenital (ESK) dan Frambusia
- e) Pencegahan dan Penularan HIV dari Ibu ke Bayi (PMTCT)
- f) Pencegahan Malaria dalam Kehamilan (PMDK)
- g) Penatalaksanaan TB dalam Kehamilan (TB-NC) dan Kusta
- h) Pencegahan Kecacangan dalam Kehamilan (PKDK)
- i) Penanggulangan Gangguan Intelelegensia pada Kehamilan (PAGIN) (Kemenkes RI 2019).

2) Tujuan Asuhan *Antenatal* yaitu :

- a) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan Ibu dan tumbuh kembang bayi;
- b) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu dan bayi,
- c) Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan,
- d) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, Ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin,
- e) Mempersiapkan peran Ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal (Syaifuddin 2016).

3) Keuntungan *Antenatal Care*

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

- a) Fungsi *Antenatal Care*
- b) Promosi kesehatan selama kehamilan melalui sarana dan aktifitas pendidikan

- c) Melakukan screening, identifikasi dengan wanita dengan kehamilan resiko tinggi dan merujuk bila perlu
- d) Memantau kesehatan selama hamil dengan usaha mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi (Syarifuddin 2016).

4) Cara Pelayanan *Antenatal Care*

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

- a) Kunjungan awal kehamilan
 - (1) Catat identitas ibu hamil
 - (2) Catat kehamilan sekarang
 - (3) Catat riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu
 - (4) Catat penggunaan cara kontrasepsi sebelum kehamilan
 - (5) Pemeriksaan fisik diagnostic dan laboratorium
 - (6) Pemeriksaan obstetric
 - (7) Pemberian imunisasi tetanus toxoid (TT)
 - (8) Pemberian obat rutin seperti tablet Fe, calsiium, multivitamin, dan mineral lainnya serta obat-obatan khusus atas indikasi.
 - (9) Penyuluhan/konseling (Kartini et al. 2022).

b) Jadwal Kunjungan Ibu Hamil

Pelayanan kesehatan ibu hamil atau antenatal harus

memenuhi frekuensi minimal enam kali pemeriksaan kehamilan dan dua kali pemeriksaan oleh dokter. Pemeriksaan kesehatan ibu hamil dilakukan minimal satu kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), dua kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan tiga kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24 minggu sampai menjelang persalinan), serta minimal dua kali diperiksa oleh dokter saat kunjungan pertama di trimester satu dan saat kunjungan ke lima di trimester tiga. Standar waktu pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan janin berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan (Kemenkes RI. 2021).

Pada setiap kunjungan antenatal, perlu didapatkan informasi yang sangat penting.

(1) Trimester pertama sebelum minggu ke 14

- (a) Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan ibu hamil.
- (b) Mendeteksi masalah dan menanganinya
- (c) Melakukan tindakan pencegahan seperti tetanus neonatorum, anemia kekurangan zat

besi, penggunaan praktek tradisional yang merugikan

- (d) Memulai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi
- (e) Mendorong perilaku yang sehat gizi, latihan dan kebersihan, istirahat dan sebagainya (Syaifuddin 2016).

(2) Trimester kedua sebelum minggu ke 28

Sama seperti diatas, ditambah kewaspadaan khusus mengenai preeklampsia (tanya ibu tentang gejala-gejala preeklamsia, pantau tekanan darah, evaluasi edema, periksa untuk apakah ada kehamilan ganda (Syaifuddin 2016).

(3) Trimester ketiga antara minggu 28-36

Sama seperti diatas, dtambah palpasi abdominal untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda (Syaifuddin 2016).

(4) Trimester ketiga setelah 36 minggu

Sama seperti diatas, ditambah deteksi letak bayi yang tidak normal, atau kondisi lain yang memerlukan kelahiran di rumah sakit. (Syaifuddin 2016).

5) Pelayanan/asuhan standar minimal termasuk “10T”

a) Timbang berat badan dan tinggi badan

Pengukuran tinggi badan dilakukan untuk mendeteksi adanya resiko apabila pengukuran > 145 cm. pengukuran bera badan dilakukan untuk mengetahui kenaikan atau penurunan berat badan.

b) Tekanan darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg) pada kehamilan dan preeklamsia (hipertensi disertai odema wajah dan atau tungkai bawah, dan atau proteinuria).

c) Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas/LILA)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama untuk skrining ibu hamil beresiko kurang energi kronis (KEK), dimana LILA kurang dari 23,5 cm.

d) Ukur Tinggi Fundus Uteri (TFU)

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

minggu.

- e) Tentukan presentase janin dan DJJ
- f) Skrining imunisasi *Tetanus Toxoid* (TT)

Pemberian tetaus toxoid bertujuan untuk melindungi janin dari tetanus tozoid.

Tabel 1 Status 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: (Kementrian Kesehatan RI 2020)

- g) Pemberian tablet tambah darah (Tablet Fe)

Tujuan pemberian tablet Fe yaitu untuk memenuhi kebutuhan Fe pada ibu hamil dan nifas, karena pada masa hamil kebutuhan meningkat seiring dengan pertumbuhan janin. Tanpa pemberian zat besi yang cukup ibu dapat mengalami anemia dan dapat menyebabkan kehamilan premature, mudah sakit, bayi mengalami berat badan lahir rendah dan perdarahan pasca persalinan.

- h) Tes laboratorium
- i) Tata laksana / penanganan kasus sesuai kewenangan

j) Temu wicara/konseling

Bertujuan untuk membantu ibu menerima kehamilannya sebagai upaya preventive terhadap hal-hal yang tidak diinginkan dan membantu ibu untuk menemukan asuhan kehamilan, penolong persalinan yang bersih dan aman atau tindakan klinik yang mungkin diperlukan.

6) Intervensi Dalam Pelayanan *Antenatal Care*

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

a) Intervensi Dasar

(1) Pemberian *Tetanus Toxoid*

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

(b) Dosis dan pemberian 0,5 cc pada lengan atas

(c) Jadwal pemberian TT

Tabel 3. Jadwal Pemberian TT

Antigen	Interval (selang waktu minimal)	Lama perlindungan	% perlindungan
TT1	Pada kunjungan <i>antenatal</i> pertama	-	-
TT2	4 minggu setelah TT 1	3 tahun	80
TT3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun	95
TT4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun	99
TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun/ seumur hidup	99

keterangan : artinya apabila dalam waktu 3 tahun Wanita Usia Subur (WUS) tersebut melahirkan, maka bayi yang dilahirkan akan terlindung dari Tetanus Neonatorum (TN) (Syaifuddin 2016).

(2) Pemberian Vitamin Zat Besi

- (a) Tujuan pemberian tablet Fe adalah untuk memenuhi kebutuhan Fe pada ibu hamil dan nifas karena pada masa kehamilan dan nifas kebutuhan meningkat.
- (b) Di mulai dengan memberikan satu sehari sesegera mungkin setelah rasa mual hilang. Tiap tablet mengandung FeSO₄ 320 Mg (zat besi 60 Mg) dan Asam Folat 500 Mg, minimal masing-masing 90 tablet. Tablet besi sebaiknya tidak di minum bersama teh atau

kopi, karena mengganggu penyerapan (Syaifuddin 2016).

b) Intervensi Khusus

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

(1) Faktor risiko, meliputi:

(a). Umur

Terlalu muda, yaitu dibawah 20 tahun, Terlalu tua, yaitu diatas 35 tahun

(b). Paritas

Paritas 0 (primi gravidarum, belum pernah melahirkan) , Paritas > 3

(c) Interval

Jarak persalinan terakhir dengan awal kehamilan sekurang- kurangnya 2 tahun.

(d) Tinggi badan kurang dari 145 cm

(e) Lingkar lengan atas kurang dari 23,5 cm

(2) Komplikasi Kehamilan

a) Komplikasi obstetri langsung

(1) Perdarahan

(2) Pre eklamsia/eklamsia

(3) Kelainan letak lintang, sungsang primi gravida

(4) Anak besar, hidramnion, kelainan kembar

(5) Ketuban pecah dini dalam kehamilan.

b) Komplikasi obstetri tidak langsung

(1) Penyakit jantung

(2) Hepatitis

(3) TBC (Tuberkolosis)

(4) Anemia

(5) Malaria

(6) Diabetes militus

c) Komplikasi yang berhubungan dengan obstetri, komplikasi akibat kecelakaan (kendaraan, keracunan, kebakaran) (Mochtar 2017).

7) Pelaksana dan Tempat Pelayanan *Antenatal*

Pelayanan kegiatan pelayanan *antenatal* terdapat dari tenaga medis yaitu dokter umum dan dokter spesialis dan tenaga paramedic yaitu bidan, perawat yang sudah mendapat pelatihan. Pelayanan *antenatal* dapat dilaksanakan di puskesmas, puskesmas pembantu, posyandu, Bidan Praktik Swasta, polindes, rumah sakit bersalin dan rumah sakit umum (Kemenkes RI 2019).

2. Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan

presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam produk konsepsi dikeluarkan sebagai akibat kontraksi teratur, progresif, sering dan kuat yang nampaknya tidak saling berhubungan bekerja dalam keharmonisan untuk melahirkan bayi (Sulistyawati 2016). Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan proses pengeluaran hasil konsepsi (janin, plasenta dan selaput ketuban) yang telah cukup bulan (37 hingga 42 minggu) dengan bantuan atau tanpa bantuan.

e. Bentuk persalinan

Bentuk persalinan berdasarkan definisi adalah sebagai berikut :

1) Persalinan spontan

Bila persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.

2) Persalinan buatan

Bila proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.

3) Persalinan anjuran

Bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan.

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

1) Abortus

a) Terhentinya dan keluarnya hasil konsepsi sebelum mampu hidup diluar kandungan.

- b) Umur kehamilan sebelum 28 minggu.
- c) Berat janin kurang dari 1000 gram
- 2) Persalinan prematuritas
 - a) Persalinan pada umur kehamilan 28 hingga 36 minggu
 - b) Berat janin kurang 2.499 gram
- 3) Persalian Aterm
 - a) Persalinan antara umur kehamilan (37 hingga 42 minggu)
 - b) Berat janin \geq 2500 gram
- 4) Persalinan serotinus
 - a) Persalinan melampaui umur kehamilan 42 minggu
 - b) Pada jani terdapat tanda serotinus
- 5) Persalinan presipetatus
 - Persalinan yang berlangsung cepat kurang dari 3 jam (Sulistyawati 2016).

f. Sebab Mulainya Persalinan

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

- 1) Estrogen
 - a) Meningkatkan sensitivitas otot Rahim.

- b) Memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin dan rangsangan mekanik.

2) Progesteron

- a) Menurunkan sensitivitas otot Rahim
- b) Menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin dari rangsangan mekanik
- c) Menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

Teori tentang penyebab persalinan

1) Teori peregangan

- a) Otot rahim mempunyai kemampuan meregangkan dalam batas tertentu.
- b) Setelah melewati batas tersebut terjadi komtraksi sehingga persalinan dapat dimulai.
- c) Contohnya pada hamil ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu, sehingga menimbulkan proses persalinan.

2) Teori penurunan progesteron

- a) Proses penuaan plasenta mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu.
- b) Produksi progesteron mengalami penurunan,

sehingga otot rahim menjadi lebih sensitif terhadap oksitosin.

- 3) Teori oksitosin internal
 - a) Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior.
 - b) Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas terhadap oksitosin otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi braxton hicks.
 - c) Menurunnya konsentrasi akibat tuanya kehamilan, maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dapat dimulai.
- 4) Teori prostaglandin
 - a) Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua.
 - b) Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan.
 - c) Prostaglandin dianggap dapat merupakan pemicu persalinan.
- 5) Teori hipotalamus pituitari dan glandula suprarenalis
 - a) Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan anencephalus sering terjadi kelambatan persalinan

karena tidak terbentuk hipotalamus.

- b) Malpar pada tahun 1933 mengangkat otak kelinci percobaan, hasilnya kehamilan kelinci berlangsung lebih lama.
- c) Dari hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan terdapat hubungan antara hipotalamus dengan dengan mulainya persalinan.
- d) Glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan (Sulistyawati 2016).

g. Tahapan Persalinan

1) Kala 1

Yang dimaksud dengan kala 1 adalah kala pembukaan yang berlangsung dari pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Kala 1 dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (Sulistyawati 2016).

Kala 1 dibagi menjadi dua fase yaitu :

a) Fase laten

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

masih antara 20 sampai 30 detik.

b) Fase aktif

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

- (1) Fase akselerasi : dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
- (2) Fase dilatasi maksimal : dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4cm maksimal 9 cm.
- (3) Fase deselerasi : pembukaan menjadi lambat. Dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap (Sulistyawati 2016).

2) Kala II

Pada kala II his terkoordinir, kuat, cepat, dan lebih lama, kira-kira 2- 3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot otot

dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedan. Karena tekanan pada rektum ibu merasa seperti mau buang air besar, dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum menegang. Lama kala 2 pada primigravida 1,5 hingga 2 jam, sedangkan multigravida adalah 0,5 jam sampai dengan 1 jam (Sulistyawati 2016).

Pimpinan persalinan Ada 2 cara ibu mengejan pada kala II yaitu menurut dalam letak berbaring, merangkul kedua lengan sampai batas siku, kepala diangkat sedikit sehingga mengenai dada, mulut dikatup, tetapi badan miring kearah dimana punggung janin berada dan hanya satu kaki yang dirangkul yaitu yang sebelah atas (Elisabeth, 2016).

3) Kala III

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

kr bagian bawah uterus atau kedalam vagina (Sulistiyawati 2016). Tanda-tanda lepasnya plasenta adalah

- a) Uterus menjadi bundar
- b) Uterus terdorong ke atas, karena plasenta dilepaskan ke segmen bawah rahim.
- c) Tali pusat bertambah panjang
- d) Adanya semburan darah tiba-tiba (Sulistiyawati 2016).

4) Kala IV

Adalah kala pengawasan selama 2 jam setelah bayi lahir, untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan post partum. Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan pasca persalinan sering terjadi pada 2 jam pertama.

Observasi yang dilakukan adalah :

- a) Tingkat kesadaran penderita.
- b) Pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah nadi suhu dan pernafasan
- c) Kontraksi uterus, tinggi fundus uterus
- d) Terjadi perdarahan : perdarahan normal bila tidak lebih dari 400 cc sampai 500 cc (Utami and Fitriahadi 2019).

h. Tujuan Asuhan persalinan

Fokus utama asuhan persalinan normal adalah mencegah terjadinya komplikasi. Hal ini merupakan suatu pergeseran

paradigma dari sikap menunggu terjadinya dan menangani komplikasi, menjadi mencegah komplikasi yang mungkin terjadi. Pencegahan komplikasi selama persalinan dan setelah bayi baru lahir akan mengurangi kesakitan dan kematian ibu serta bayi baru lahir (Sulistyawati 2016). Tujuan Asuhan persalinan Normal adalah:

- 1) Memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memberikan aspek sayang ibu dan sayang bayi.
- 2) Mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal.

Berdasarkan tujuan asuhan persalinan diatas, maka disusunlah kebijakan-kebijakan dalam pelayanan asuhan persalinan:

- a) Semua persalinan harus dihadiri dan dipantau oleh petugas kesehatan terlatih.
- b) Rumah bersalin dan tempat rujukan dengan fasilitas memadai untuk menangani kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal harus tersedia 24 jam.
- c) Obat-obatan esensial, bahan dan perlengkapan harus tersedia bagi seluruh petugas terlatih (Sulistyawati 2016).

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

- 1) Asuhan sayang ibu dan sayang bayi harus dimasukkan sebagai bagian dari persalinan bersih dan aman, termasuk hadirnya keluarga atau orang-orang yang memberikan dukungan bagi ibu.
- 2) Partograf harus digunakan untuk memantau persalinan dan berfungsi sebagai suatu catatan/rekam medik untuk persalinan.
- 3) Selama persalinan normal, intervensi hanya dilaksanakan jika benar-benar dibutuhkan. Prosedur ini hanya dibutuhkan jika ada infeksi dan penyulit.
- 4) Manajemen aktif kala 3, melakukan penjepitan dan pemotongan tali pusat secara dini, memberikan suntikan oksitosin secara intramuskuler (IM), melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT) dan segera melakukan masase fundus, harus dilakukan pada persalinan normal.
- 5) Penolong persalinan harus tetap tinggal bersama ibu dan bayi setidaknya 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu sudah dalam keadaan stabil. Fundus harus diperiksa setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Masase fundus harus dilakukan sesuai kebutuhan untuk memastikan tonus uterus tetap

baik, perdarahan minimal dan pencegahan perdarahan

- 6) Selama 24 jam pertama setelah persalinan, fundus harus sering diperiksa dan di masase sampai tonus baik. Ibu atau anggota keluarga dapat diajarkan melakukan hal ini.
- 7) Segera setelah lahir seluruh tubuh terutama kepala bayi harus segera diselimuti dan bayi dikeringkan serta dijaga kehangatannya untuk mencegah terjadinya hipotermi.
- 8) Obat-obatan esensial, bahan dan perlengkapan harus disediakan oleh petugas dan keluarga (Sulistyawati 2016).

i. Tanda tanda persalinan

Gejala persalinan menurut Elisabeth (2016) sebagai berikut:

- 1) Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek.
- 2) Dapat terjadi pengeluaran pembawa tanda, yaitu:
 - a) Pengeluaran lendir
 - b) Lendir bercampur darah
- 3) Dapat disertai ketuban pecah dini
- 4) Pada pemeriksaan dalam, dijumpai perubahan serviks:
- 5) Perlunakan serviks
 - a) Perdarahan serviks
 - b) Terjadi pembukaan serviks (Sulistyawati 2016).

j. Tanda Persalinan Sudah Dekat

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

- 1) Kontraksi braxton hicks
- 2) Ketegangan perut dinding
- 3) Ketegangan ligamentum rotundum
- 4) Gaya berat janin dimana kepala ke arah bawah Masuknya kepala bayi ke pintu atas panggul
- 5) Terasa ringan dibagian atas, rasa sesaknya berkurang.
- 6) Dibagian bawah terasa sesak.
- 7) Terjadi kesulitan saat berjalan.
- 8) Sering miksi (beser kencing) (Sulistyawati 2016).

Gambaran *lightening* pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara ketiga P yaitu, power (kekuatan his), passage (jalan lahir normal), dan passanger (janinnya dan plasenta), psikis (psikologi) dan penolong persalinan. Pada multipara gambarannya tidak jelas, karena kepala janin baru masuk pintu atas panggul menjelang persalinan (Sulistyawati 2016).

k. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

- 1) Power (his dan mengejan)

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah

his , kontraksi otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligament. His (kontraksi uterus) adalah gelombang kontraksi ritmis otot polos dinding uterus yang dimulai dari daerah fundus uteri dimana tuba fallopi memasuki dinding uterus, awal gelombang tersebut dapat dari pacemaker yang terdapat dari dinding uterus daerah tersebut.

Perubahan perubahan akibat his :

a) Perubahan pada uterus dan serviks

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

b) Perubahan pada ibu

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

c) Perubahan pada janin

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

2016).

d) Periode istirahat antar kontraksi

Memberikan kesempatan pada otot-otot uterus untuk beristirahat. Sebab kontraksi terus menerus dapat menyebabkan ruptur uteri (Sulistyawati 2016).

Perubahan perimbangan estrogen dan progesteron menimbulkan kontraksi otot rahim dengan sifat yang tidak menyeluruh, tidak nyeri, dan berkekuatan 5 mmHg yang disebut braxton hicks sejak usia kehamilan 30 minggu. Kekuatan his dalam persalinan.

1) Kekuatan his kala 1

Sifat kontraksi rahim kala 1 :

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

2016).

2) Kekuatan his kala II

Kekuatan his pada akhir kala I adalah permulaan kala II mempunyai amplitudo 60 mmHg. Interval 3-4 menit durasi berkisar 60-90 detik (Sulistyawati 2016).

3) Kekuatan his kala III

Setelah istirahat sekitar 8-10 menit rahim berkontraksi traksi untuk melepaskan plasenta dan insersinya di lapisan nitabusch. Pelepasan plasenta dapat dimulai dari pinggir atau dari sentral dan terdorong ke bagian bawah Rahim (Sulistyawati 2016).

4) Kekuatan his kala IV

Setelah plasenta lahir kontraksi uterus tetap kuat dengan amplitudo sekitar 60-80 mmHg. Kekuatan ini tidak diikuti oleh interval pembuluh darah tertutup rapat dan terjadi kesempatan terbentuk trombus. Melalui kontraksi yang kuat dan pembentukan trombus terjadi penghentian perdarahan pasca persalinan (Sulistyawati 2016).

2) Passage (jalan lahir)

Jalan lahir dibagi atas:

- a) Bagian keras tulang tulang panggul (rangka panggul)
- b) Bagian lunak: otot-otot, jaringan jaringan, ligamen ligamen.

Ukuran-ukuran panggul :

- a) Distansia spinarum : jarak antara kedua spina iliaca anterior superior 24 sampai 26 cm.
- b) Distansia kristarum : jarak antara kedua krista iliakan kanan dan kiri 28-30 cm.
- c) Konjungata eksterna : 18 -20 cm
- d) Lingkar panggul : 80 - 100 cm
- e) Conjugate diagonalis : 12,5 cm
- f) Distansia tuberum : 10,5 cm (Sulistyawati 2016).

3) Passanger

Pasanger terdiri dari

a) Janin

Selama janin dan plasenta didalam rahim belum tentu pertumbuhannya normal, adanya kelainan genetik dan kebiasaan ibu yang buruk dapat menjadikan pertumbuhan janin menjadi buruk. Setelah persalinan kepala, badan janin tidak akan mengalami kesulitan. Pada beberapa kasus dengan anak yang besar pada ibu dengan diabetes militus terjadi kemungkinan kegagalan persalinan bahu. Persalinan bahu yang berat cukup berbahaya karena dapat terjadi asfiksia. Persendian leher yang masih lemah dapat merusak pusat-pusat vital janin yang fatal (Sulistyawati 2016).

b) Plasenta

Plasenta terbentuk bundar atau oval, ukuran diameter 15-20 cm tebal 2-3 cm , berat 500-600 gram. Plasenta biasanya terlepas dalam 4-5 menit setelah anak lahir, mungkin pelepasan setelah anak lahir. Juga selaput janin menebal dan berlipat-lipat karena pengecilan dinding rahim. Oleh kontraksi dan retraksi rahim terlepas dan sebagian karena tarikan waktu plasenta lahir (Sulistyawati 2016).

c) Air ketuban

Sebagian cairan pelindung dalam pertumbuhan dan perkembangan janin, air ketuban berfungsi sebagai 'bantalan' untuk melindungi janin terhadap trauma dari luar. Tak hanya itu saja air ketuban juga berfungsi melindungi janin dari infeksi, menstabilkan perubahan suhu dan menjadi sarana yang memungkinkan bayi bergerak (Sulistyawati 2016).

d) *Psikis* (Psikologi)

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

muncul rasa bangga bisa melahirkan. Psikologis meliputi:

- a) Melibatkan psikologi ibu, emosi dan persiapan intelektual.
- b) Pengalaman bayi sebelumnya.
- c) Kebiasaan adat.
- d) Dukungan dari orang terdekat bagi pada kehidupan ibu.
- e) *Penolong persalinan*

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Dalam hal ini proses tergantung dari kemampuan skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan (Sulistyawati 2016).

I. 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal

Menurut JNPK-KR (2014) bahwa Langkah-langkah persalinan normal diantaranya adalah:

- (1) Melihat tanda dan gejala persalinan kala dua
 - a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran
 - b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina
 - c) Perineum menonjol
 - d) Vulva vagina dan sfingter ani membuka

- (2) Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
- (3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
- (4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
- (5) Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
- (6) Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah desinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).
- (7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air desinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang.

Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan terkontaminasi)

- (8) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
- (9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan yang kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan
- (10) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) Setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120 - 160 x/menit).
- (11) 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

dekontaminasikan 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.

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

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

b. Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.

c. Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya

d. Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi

e. Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.

f. Menilai DJJ setiap lima menit

g. Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60 menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran

- h. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi.
- i. Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.

- (14) Saat kepala janin telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- (15) Meletakkan kain yang bersih yang dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
- (16) Membuka partus set.
- (17) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
- (18) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekana yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, mwmbiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu unutk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.

- (19) Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.
- (20) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi.
- a) Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b) Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.
- (21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- (22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arcus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
- (23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangam tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian

bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

- (24) Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.
- (25) Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan) Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi
- (26) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu -bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin /i.m
- (27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama
- (28) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
- (29) Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan

kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai.

- (30) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dengan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.
- (31) 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 suntukan oksitosin 10 unit i.m di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.
- (34) Memindahkan klem pada tali pusat.
- (35) Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain
- (36) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke atas dan

belakang (dorsokranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 -40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seotang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.

- (37) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva. Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit:
- a) Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit i.m
 - b) Menilai kandung kemih dan dilakukan kateterisasi kantung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu
 - c) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
 - d) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya
 - e) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

(38) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan

kelahiran plaenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinil. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.

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

kering.

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

masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.

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

melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.

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

(59) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

(60) Melengkapi partograf.

m. Komplikasi Dalam Persalinan

Menurut Mochtar (2016) komplikasi dalam persalinaan yaitu

a) Distosia Karena Kelainan His (*power*)

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

b) Distosia karena kelainan jalan lahir

c) Partus percobaan

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

d) Distosia serviks

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

e) Partus macet

Partus macet adalah persalinan lebih dari 12 jam, baik pada primipara maupun multipara. Partus macet adalah suatu keadaan dari suatu keadaan dari suatu persalinan yang mengalami kemacetan dan berlangsung sehingga timbul komplikasi ibu maupun janin (anak) (Manuaba, 2016) Partus macet merupakan persalinan yang berjalan lebih dari 24 jam untuk primigravida dan 18 jam untuk multigravida. Partus macet adalah persalinan yang berlangsung lebih lama tidak menunjukkan kemajuan pada pembukaan serviks, biasanya terjadi pada primi dan multi. Partus macet adalah persalinan dengan tidak ada penurunan kepala >1 jam untuk nulipara dan multipara (Sarwono, 2014).

n. Partograf

1) Pengertian Partograf

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan (Kemenkes RI, 2015). Jadi penerapan partograf adalah suatu tindakan atau praktik dalam menggunakan partograf sesuai dengan prosedur yang sudah ada (JNPK-KR, 2014).

2) Tujuan Partograf

Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah untuk:

- a) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam
- b) Mendeteksi apakah proses persalinan secara normal. Dengan demikian, juga dapat melakukan deteksi secara dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama. Jika digunakan secara tepat dan konsisten, maka partograf akan membantu penolong persalinan untuk :
 - 1) Mencatat kemajuan persalinan
 - 2) Memcatat kondisi ibu dan janin
 - 3) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran
 - 4) Menggunakan informasi yang tercatat untuk secara dini mengidentifikasi adanya penyulit
 - 5) Menggunakan informasi yang ada untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu (JNPK-KR, 2014)

3) Penggunaan Partograf

Penggunaan partograf secara rutin akan memastikan para ibu dan bayinya mendapatkan asuhan yang aman dan tepat waktu. Selain itu, juga mencegah terjadinya penyulit yang dapat mengancam keselamatan jiwa (JNPK-KR, 2014)

- a) Untuk semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan sebagai elemen penting asuhan persalinan. Partograf harus digunakan, baik tanpa ataupun adanya penyulit. Partograf akan membantu penolong persalinan dalam memantau. Mengevaluasi dan membantu keputusan klinik baik persalinan normal maupun yang disertai dengan penyulit.
 - b) Selama persalinan dan kelahiran disemua tempat (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit dll).
 - c) Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran
- 4) Pencatatan Partograf
- a) Informasi tentang ibu
Lengkapi bagian awal (atas) partograf secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan waktu kedatangan (tertulis sebagai "jam" pada partograf) dan perhatikan kemungkinan ibu datang dalam fase laten persalinan, catat waktu terjadinya pecah ketuban (JNPK-KR, 2014).
 - b) Kesehatan dan kenyamanan janin
Kolom, lajur dan skala pada angka pada partograf adalah untuk pencatat Denyut Jantung Janin (DJJ) air

ketuban dan penyusupan (kepala Janin)

c) Denyut jantung janin

Dengan menggunakan metode seperti yang diuraikan pada bagian Pemeriksaan fisik dalam bab ini, nilai dan catat Denyut Jantung Janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda- tanda gawat janin). Setiap kotak pada bagian ini, menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ, catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis terputus. Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf di antara garis tabel angka 120 dan 160. Tetapi, penolong harus sudah waspada bila DJJ dibawah 120 atau atas 160. Lihat tabel 2-1 untuk tindakan-tindakan segera yang harus dilakukan jika DJJ meliputi kisaran normal sisi partograf (JNPK-KR, 2014).

d) Warna dan adanya air ketuban

Nilai air ketuban setiap kali dilakukan pemeriksaan dalam, dan nilai warna air dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah, catatan temuan-temuan dalam kotak yang sesuai di bawah lanjur DJJ gunakan lambang-lambang berikut ini:

U : ketuban utuh (belum pecah)

J : ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

M : ketuban sudah pecah dan air ketuban
bercampur mekonium

D : ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur
darah

K : ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban
(kering)

Mekoniun dalam cairan ketuban tidak selalu menunjukkan adanya gawat janin , jika terdapat mekonium, pantau DJJ secara seksama untuk mengenali tanda-tanda gawat janin selama proses persalinan. Jika ada tanda-tanda gawat janin (denyut jantung Janin < 100 atau >180 kali per menit), ibu segera dirujuk ke fasilitas kesehatan yang sesuai. Tapi jika terdapat mekonium kental segera rujuk ibu ke tempat yang memiliki asuhan kegawatdarurat obstretri dan bayi baru lahir (JNPK-KR, 2014).

e) Molase (penyusupan kepala janin)

Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras panggul ibu. Tulang kepala yang saling menyusup atau tumpang tindih, menunjukkan

kemungkinan adanya disproporsi tulang panggul (CPD) ketidak mampuan akomodasi akan benar-benar terjadi jika tulang yang saling menyusup tidak dapat dipisahkan. Apabila ada dugaan disproporsi tulang panggul, penting sekali untuk tetap memantau kondisi janin dan kemajuan persalinan, lakukan tindakan pertolongan awal yang sesuai dan rujuk ibu dengan tanda-tanda disproporsi tulang panggul ke fasilitas kesehatan yang memadai. Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, nilai penyusupan kepala janin. Gunakan lambang-lambang berikut:

- 0 = tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi.
- 1 = tulang-tulang kepala janin hanya saling bersebutuhan.
- 2 = tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih, tapi masih dapat dipisahkan.
- 3 = tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan (JNPK-KR, 2014).

f) Kemajuan persalinan

Kolom dan lajur kedua pada partograf adalah untuk pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 yang tertera ditepi kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks. Masing-masing angka mempunyai lajur dan

kotak tersendiri, setiap angka/kotak menunjukkan besarnya pembukaan serviks. Kotak yang satu dengan kotak yang lain pada lajur di atasnya, menunjukkan penambahan dilatasi sebesar 1 cm. Skala angka 1-5 juga menunjukkan seberapa jauh penurunan janin. Masing-masing kotak dibagian ini menyatakan waktu 30 menit (JNPK-KR, 2014).

(1) Pembukaan serviks

Dengan menggunakan metode yang dijelaskan di bagian pemeriksaan fisik dalam bab ini nilai dan catatan pembukaan serviks setiap 4 jam (lebih sering dilakuakn jika ada tanda–tanda penyulit). Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan. Catat pd partograf hasil temuan dari setiap pemeriksaan. Tanda “x” harus tulis digaris waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks. Beri tanda untuk temuan-temuan dari pemeriksaan dalam yang dilakukan pertama kali selama fase persalinan di garis waspada. Hubungkan tanda “x” dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus) (JNPK-KR, 2014)

(2) Penurunan bagian terbawah atau presentasi janin

Dengan menggunakan metode yang dijelaskan di

bagian pemeriksaan fisik di bab ini setiap kali melakukan pemeriksaan dalam (setiap 4 jam), atau lebih sering jika ada tanda-tanda penyulit, nilai dan catatan turunnya bagian terbawah atau presentasi janin. Pada persalinan normal, kemajuan pembukaan serviks umumnya diikuti dengan turunnya bagian terbawah atau presentasi janin. Tapi kadangkala, turunnya bagian terbawah/ presentasi janin baru terjadi setelah pembukaan serviks sebesar 7 cm. Kata-kata “turunnya kepala” dan garis tidak putus dari 0-5, tertera di sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda “ o “ pada garis waktu yang sesuai (JNPK-KR, 2014)

(3) Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada mulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik di mana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada. Jika pembukaan servisk mengarah ke sebelah kanan garis waspada (pembukaan kurang dari 1 cm per jam), maka harus dipertimbangkan pla adanya penyulit (misalnya fase aktif yang memanjang, macet, dan lain-lain).

Pertimbangkan pula adanya tindakan intervensi yang diperlukan, misalnya persiapan rujukan ke fasilitas kesehatan rujukan (rumah Sakit atau puskesmas) yang mampu menangani penyulit dan kegawat daruratan obstetri. Garis bertindak tertera sejajar dengan garis waspada, dipisahkan oleh 8 kotak atau 4 jalur ke sisi kanan, jika pembukaan serviks berada di sebelah kanan garis bertindak, maka tindakan untuk menyelesaikan persalinan harus dilakukan. Ibu harus tiba di tempat rujukan sebelum garis bertindak terlampau (JNPK-KR, 2014)

g) Jam dan waktu

(1) Waktu mulainya fase aktif persalinan

Di bagian bawah partograf (pembukaan serviks dan penurunan tertera kotak-kotak yang diberi angka 1-16 setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.

(2) Waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan

Di bawah lajur kotak untuk mulainya fase aktif, tertera kotak-kotak untuk mencatat waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan. Setiap kotak menyatakan satu jam penuh dan berkaitan dengan dua kotak waktu tiga puluh menit pada lajur kotak

di atasnya atau lajur kontraksi di bawahnya (JNPK-KR, 2014)

(3) Kontraksi Uterus

Di bawah lajur waktu patograf terdapat lima lajur kotak dengan tulisan “kontraksi per 10 menit“ di sebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik.

h) Obat –obatan dan cairan yang diberikan

(1) Oksitosin

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

(2) Obat –obatan lain dan cairan IV

Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan atau cairan IV dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya.

i) Kesehatan dan kenyamanan ibu

(1) Nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh

(a) Nilai dan catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan.

(b) Nilai dan catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan.

(c) Nilai dan catat temperatur tubuh ibu setiap 2 jam.

(2) Volume urine, protein dan aseton

Ukur dan catat jumlah produksi urine ibu setiap 2 jam atau setiap kali ibu berkemih. Jika memungkinkan setiap kali ibu berkemih, lakukan pemeriksaan adanya aseton dalam urine.

j) Asuhan, Pengamatan dan keputusan Klinik Lainnya

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

(1) Jumlah cairan per oral yang diberikan

(2) Keluhan sakit kepala atau penglihatan kabur

(3) Konsultasi dengan penolong persalinan lainnya

(4) Persiapan sebelum melakukan rujukan

(5) Upaya rujukan (JNPK-KR, 2014).

3. Nifas

Masa nifas yaitu masa peralihan dari masa persalinan dimulai setelah lahirnya plasenta sampai kondisi organ reproduksi mulai pulih kembali pada keadaan normal seperti sebelum hamil, lama waktu pemulihan kurang lebih 40 hari. pada masa pemulihan

setelah ibu melahirkan juga terjadi proses menyusui, dimana seorang ibu memberikan susu kepada bayi dengan air susu ibu (asi) dari payudara ibu (Kartini 2022).

Masa Nifas (Puerperium) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, masa nifas berlangsung selama 6 minggu. Periode pascapartum adalah masa dari kelahiran plasenta dan selaput janin (menandakan akhir periode intrapartum) hingga kembalinya traktur reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil. Ingat bahwa perubahan ini adalah pada kondisi tidak hamil, bukan kondisi prahamil, seperti yang sering dikatakan. Kondisi organ prahamil hilang selamanya. Paling mencolok setelah pertama kali hamil dan melahirkan, tetapi juga pada setiap kehamilan selanjutnya (SUTANTO 2018).

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

Perode nifas

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

1) *Immediated Puerperium*

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

2) *Early Puerperium*

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

3) *Later Puerperium*

Yaitu keadaan setelah satu minggu post partum sampai enam minggu (Syaifuddin 2016).

a. Perubahan Fisiologis Nifas

Masa nifas berlangsung selama enam minggu sejak persalinan. Selama waktu tersebut terdapat perubahan-perubahan yang terjadi selama kehamilan kembali ke keadaan sebelum hamil, diantaranya :

1) Involusi Uterus

Setelah bayi dilahirkan, terus yang selama persalinan mengalami kontraksi dan retraksi akan menjadi keras, sehingga dapat menutup pembuluh darah besar yang bermuara pada bekas implantasi plasenta.

2) Perubahan pada serviks dan vagina

Vagina lambat laun mencapai ukuran normal pada minggu ketiga rugea akan mulai nampak kembali.

3) Involusi tempat plasenta

Setelah persalinan, tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan yang kasar, dan kira-kira ada sebesar telapak tangan. Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu ke 2 hanya sebesar 3-4 cm, pada akhir nifas 1-2 cm.

4) Perubahan ligament diafragma pelvic

Perubahan ini terjadi pada saat melahirkan oleh karena peregangan ini berangsur-angsur pulih kembali pada waktu 6 minggu.

5) Perubahan traktus urinarius

Pada dinding kandung kemih mengalami oedema sehingga menyebabkan hyper anemia terkadang sampai terjadi obstruksi sehingga menekan uretha dan terjadi retensi urin, ini akan pulih kembali setelah 2 minggu.

6) Laktasi

Perubahan yang terjadi pada mammae yaitu proliferasi jaringan, kelenjar alveolus, lemak. Pengaruh oksitosin merangsang kelenjar susu berkontraksi karena rangsangan pada puting susu.

7) Lochea

Adalah cairan yang keluar dari liang senggama pada masa nifas. Cairan ini dapat berupa darah atau sisa lapisan rahim

(Manuaba 2016). Pengeluaran lochea dapat dibagi berdasarkan jumlah dan warnanya, yaitu

- a) Lochea rubra (Kruenta) yaitu 1-3 hari, berwarna merah dan hitam, terdiri dari sel desidua, verniks kaseosa, rambut lanugo, sisa mekonium, sisa darah.
- b) Lochea sanguinolenta yaitu 3-7 hari, berwarna putih bercampur merah.
- c) Lochea serosa yaitu 7-14 hari, berwarna kekuningan.
- d) Lochea alba setelah hari ke 14, berwarna putih (Manuaba 2016).

b. Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas

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

1) *Taking In*

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

2) *Taking Hold*

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

3) *Letting Go*

- a) Ibu telah sembuh
- b) Ibu menerima peran baru
- c) Dapat melakukan kegiatan sehari-hari.
- d) Merasa tanggung jawab terhadap perawatan (Rukiyah 2017).

c. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas

Selama ibu berada pada masa nifas, paling sedikit 4 kali bidan harus melakukan kunjungan, dilakukan untuk menilai keadaan ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi. Seorang bidan pada saat memberikan asuhan kepada ibu dalam masa nifas, ada beberapa hal yang harus dilakukan, akan tetapi pemberian asuhan kebidanan pada ibu masa nifas tergantung dari kondisi ibu sesuai dengan tahapan perkembangannya antara lain :

- 1) Kunjungan ke-1 (6-8 jam setelah persalinan) : mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan : rujuk bila perdarahan berlanjut, memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, pemberian ASI awal, melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir, menjaga bayi

tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia, jika petugas kesehatan menolong persalians berjalannya, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan sehat.

- 2) Kunjungan ke-2 (6 hari setelah persalinan) memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau: memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat: memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperhatikan tanda-tanda penyulit: memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
- 3) Kunjungan ke-3 (2 minggu setelah persalinan), sama seperti diatas.
- 4) Kunjungan ke-4 (6 minggu setelah persalinan) menanyakan pada ibu tentang penyulit yang ia atau bayi alami, memberikan konseling untuk KB secara dini (Hatijar, Saleh, and Yanti 2020).

d. Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

1) Nutrisi dan Cairan

Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari, makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari ,

pil zat besi harus di minum untuk untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pascapersalinan, minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI (Rukiyah 2017)

Gizi merupakan zat yang dibutuhkan oleh tubuh sebagai keperluan metabolisme. kebutuhan gizi pada selama periode nifas dan menyusui mengalami kenaikan sebesar 25%, keadaan tersebut dibutuhkan seorang ibu nifas sebagai proses pemulihan (Kartini 2020).

2) Ambulasi

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

Banyaknya keuntungan dari ambulasi dini dikonfirmasi oleh sejumlah penelitian yang terkontrol baik. Para wanita yang menyatakan bahwa mereka merasa lebih baik dan lebih kuat setelah ambulasi awal. Komplikasi kandung kencing dan konstipasi kurang sering terjadi. Yang penting, ambulasi dini

juga menurunkan banyak frekuensi trombosis dan emboli paru pada masa nifas (Rukiyah 2017).

3) Eliminasi : BAB/BAK

Diuresis yang nyata akan terjadi pada satu atau dua hari pertama setelah melahirkan, dan kadang-kadang ibu mengalami kesulitan untuk mengosongkan kandung kemihnya karena merasa sakit, memar atau gangguan pada tonus otot, ia dapat di bantu untuk duduk diatas kursi berlubang tempat buang air kecil (commode) jika masih belum diperbolehkan berjalan sendiri dan mengalami kesulitan untuk buang air kecil dengan pispot diatas tempat tidur. Meskipun sedapat mungkin dihindari, karterisasi baik dilakukan daripada terjadi infeksi saluran kemih akibat urin yang tertahan (Rukiyah 2017).

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

4) Kebersihan Diri/Perineum

Pada ibu masa nifas sebaiknya anjurkan kebersihan seluruh tubuh. Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan

daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ia mengerti untuk daerah disekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang anus. Nasehatkan ibu untuk membersihkan diri setiap kali selesai buang air kecil dan besar (Rukiyah 2017).

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

5) Istirahat

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

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

6) Seksual

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

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

7) Keluarga Berencana (KB)

Keluarga berencana (KB) merupakan suatu usaha dalam pencapaian kesejahteraan keluarga dengan jalan mengatur jarak kelahiran dan jumlah anak. Keluarga berencana bertujuan untuk membantu individu atau pasangan suami istri

dalam pengaturan interval kelahiran, menghindari kehamilan dan kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan. KB adalah proses yang disadari oleh pasangan untuk memutuskan jumlah dan jarak anak serta waktu kelahiran.(Kartini. 2022)

8) Latihan/Senam Nifas

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

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

sebanyak 30 kali (Rukiyah 2017).

4. Bayi Baru Lahir

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

a. Asuhan pada BBL

Asuhan segera pada bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut selama satu jam pertama setelah kelahiran. Sebagian besar bayi yang baru lahir akan menunjukkan usaha pernafasan spontan dengan sedikit bantuan/ gangguan. Aspek-aspek penting dari asuhan segera bayi baru lahir adalah menjaga bayi tetap kering dan hangat, usahakan adanya kontak antara kulit bayi dengan kulit ibunya sesegera mungkin (Syaifuddin 2016).

1) Segera setelah dilahirkan badan bayi

Sambil secara cepat menilai pernafasannya, letakan bayi dengan handuk diatas perut ibu dengan kain bersih

dan kering atau kassa, lap darah atau lendir dari wajah bayi untuk mencegah terhalangnya jalan udara.

2) Periksa ulang pernafasan bayi.

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

3) Pertahankan Suhu Tubuh Bayi

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

b. Pemeriksaan Fisik Bayi

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

- 1) Gunakan tempat yang hangat dan bersih untuk pemeriksaan
- 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah pemeriksaan, gunakan sarung tangan dan bertindak lembut pada saat menangani bayi.
- 3) Lihat, dengarkan, dan rasakan tiap-tiap daerah, dimulai dari kepala, dan berlanjut secara sistematis menuju jari kaki.

- 4) Jika ditemukan factor resiko atau masalah, carilah bantuan lebih lanjut yang memang diperlukan.
- 5) Pemberian vitamin K Untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir.
- 6) Identifikasi Bayi

Alat pengenalan untuk mempermudah identifikasi bayi, perlu segera dipasang setelah persalinan. Alat pengenalan yang efektif harus diberikan kepada setiap bayi baru lahir dan harus tetap ditempatnya/terpasang sampai waktu bayi dipulangkan.
- 7) Perawatan Lain
 - a) Beri ASI sesuai dengan kebutuhan setiap 2-3 jam (paling sedikit setiap 4 jam), mulai dari hari pertama.
 - b) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat, dan kering dengan mengganti popok dan selimut sesuai dengan kebutuhan. Pastikan bayi tidak terlalu dingin (dapat menyebabkan dehidrasi, ingat bahwa kemampuan pengaturan suhu bayi masih dalam perkembangan). Apa saja yang masuk ke dalam mulut bayi haruslah bersih.
 - c) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering

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

c. Jadwal Pemberian Imunisasi

- 1) Umur 0-7 hari imunisasi HB 0
- 2) Umur 1 bulan imunisasi BCG, Polio 1
- 3) Umur 2 bulan imunisasi DPT/HB 1, Polio 2
- 4) Umur 3 bulan imunisasi DPT/HB 2, Polio 3
- 5) Umur 4 bulan imunisasi DPT/HB 3, Polio 4
- 6) Umur 9 bulan imunisasi campak.

(Depkes RI, 2017)

d. Reflek-reflek pada Bayi Baru Lahir

- 1) Refleksi menghisap (*sucking reflex*)

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

- 2) Refleksi menggenggam (*palmar grasp reflex*)

Grasping Reflex adalah refleksi gerakan jari-jari tangan

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

3) Refleks leher (*tonic neck reflex*)

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

4) Refleks mencari (*rooting reflex*)

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

5) Refleks moro (*moro reflex*)

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

6) *Babinski Reflex* .

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

7) *Swallowing Reflex*

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

8) Refleksi tonic neck

Disebut juga posisi menengadah, muncul pada usia satu bulan dan akan menghilang pada sekitar usia lima bulan.

e. Tanda bahaya pada bayi baru lahir

- 1) Pernafasan : sulit atau > 60 x/menit
- 2) Kehangatan : terlalu panas > 38 °C atau terlalu dingin > 36 °C
- 3) Warna : kuning (pada 24 jam pertama), biru atau pucat, memar.
- 4) Pemberian makan : hisapan lemah, mengantuk berlebihan, rewel, dan banyak muntah.
- 5) Tali pusat : merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah
- 6) Tinja atau kemih : tinja BAB dalam 3 hari, tidak berkemih dalam jam, tinja lembek, sering, hijau tua, ada lendir darah pada tinja.
- 7) Infeksi : suhu meningkat merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk pernafasan sulit.
- 8) Aktivitas : mengigil, menangis yang tidak biasa, lunglai, kejang, tidak bisa tenang.

e. Apgar Score

1. Pengertian Apgar Skor

Apgar skor adalah suatu metode sederhana yang

digunakan untuk menilai keadaan umum bayi sesaat setelah kelahiran (Syaifuddin 2016) Penilaian ini perlu untuk mengetahui apakah bayi menderita asfiksia atau tidak. Yang dinilai adalah frekuensi jantung (*Heart rate*), usaha nafas (*respiratory effort*), tonus otot (*muscle tone*), warna kulit (*colour*) dan reaksi terhadap rangsang (*respon to stimuli*) yaitu dengan memasukkan kateter ke lubang hidung setelah jalan nafas dibersihkan (Syaifuddin 2016).

Setiap penilaian diberi angka 0,1,2. Dari hasil penilaian tersebut dapat diketahui apakah bayi normal (*vigorous baby* = nilai apgar 7-10), asfiksia ringan (nilai apgar 4-6), asfiksia berat (nilai apgar 0-3) (Syaifuddin 2016).

2. Kriteria Apgar Skor

Tabel 4 Kriteria Apgar Skor

Nilai tanda	0	1	2
Appearance (warna kulit)	pucat	Tubuh lemah ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (frekuensi jantung)	Tidak ada	100x/menit	100x/menit
Grimance (rangsangan)	Tidak bertoksi	Sedikit gerakan	Reaksi melawan
Activity (aktivitas)	Tidak ada	Ekstremitas dlm keadaan fleksi	Sedikit gerakan
Respiration (pernapasan)	Tidak ada	Lambat	Menangis kuat
Jumlah			

B. Asuhan kebidanan manajemen 7 langkah varney

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian/tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien. Tujuh langkah dalam manajemen kebidanan menurut Varney adalah sebagai berikut:

1. Pengumpulan/Pengkajian Data Dasar

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
- d. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya
- e. Meninjau data laboratorium

Pada langkah ini, dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien

2. Interpretasi Data Dasar

Kegiatan yang dilakukan adalah menginterpretasikan semua data dasar yang telah dikumpulkan sehingga menemukan diagnosis

atau masalah. Diagnosis dirumuskan adalah diagnosis dalam ruang lingkup praktik kebidanan yang tergolong pada nomenklatur standar diagnosis, sedangkan perihai yang berkaitan dengan pengalaman klien ditemukan dari hasil pengkajian.

3. Identifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial

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

- a. Potensial perdarahan post-partum, apabila ibu hamil kembar, polihidramnion, hamil besar akibat menderita diabetes.
- b. Kemungkinan Distosia Bahu, apabila data yang ditemukan adalah kehamilan besar.

4. Identifikasi Perlunya Tindakan Segera/Kolaborasi

Bidan melakukan identifikasi perlunya tindakan segera oleh dokter atau bidan untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggotatim 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.

5. Rencana Asuhan Kebidanan

Merencanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan berdasarkan langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi hal yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau 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.

6. Implementasi

Kegiatan yang dilakukan adalah melaksanakan rencana asuhan yang telah dibuat pada langkah ke-5 secara aman dan efisien. Kegiatan ini bisa dilakukan oleh bidan atau anggota tim kesehatan yang lain. 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. Dengan demikian, bidan harus bertanggung jawab atas terlaksananya rencana asuhan yang menyeluruh yang telah dibuat bersama tersebut.

7. Evaluasi

Melakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan

meliputi pemenuhan kebutuhan apakah telah terpenuhi sesuai dengan yang telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnose. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika benar efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedangkan sebagian belum efektif (Varney 2016).

C. Pendokumentasian SOAP

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

1. Subjective (S)

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

2. Objective (O)

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil labratorium dan uji diagnosis lain yang dirumuskan

dalam data fokus untuk mendukung asuhan (langkah I Varney)

3. *Assesmen(A)*

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

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

4. *Plan(P)*

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