

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Kehamilan

a. Definisi Kehamilan

Kehamilan adalah suatu keadaan dimana hasil konsepsi ditanamkan di dalam rahim atau di tempat lain dalam tubuh (Pascual & Langaker, 2023)

b. Tanda-tanda Kehamilan

Wanita hamil mengalami berbagai perubahan fisik dan psikologis yang secara kolektif disebut sebagai indikator kehamilan. (Lestari, 2023)

1) Tanda-Tanda Tidak Pasti Hamil

a) Amenorea (Berhentinya menstruasi)

Pada wanita sehat dengan menstruasi teratur, amenore menandakan kemungkinan hamil. Gejala ini sangat penting karena umumnya ibu hamil tidak bisa menstruasi lagi. Terkadang amenore disebabkan oleh hal lain termasuk penyakit serius seperti anemia, tipes, atau karena pengaruh psikologis seperti perubahan lingkungan.

b) Mual dan Muntah (Morning Sickness)

Mual dan muntah yang sering disebut sebagai "morning sickness," adalah gejala umum yang dialami

oleh sebagian besar wanita hamil. Biasanya, mual dan muntah ini terjadi pagi hari, tetapi bisa juga terjadi sepanjang hari. Beberapa wanita mengalami mual dan muntah yang parah, sementara yang lain hanya mengalami sedikit ketidaknyamanan. Mual dan muntah terjadi adanya pengaruh *estrogen* dan *progesteron* menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan. Mual dan muntah ini umumnya terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan. Dalam batas-batas tertentu keadaan ini masih fisiologis, tetapi bila terlalu sering dapat menimbulkan gangguan kesehatan yang biasa disebut *hyperemesis gravidarum*.

c) Kelelahan

Kelelahan yang berlebihan adalah gejala umum lainnya pada wanita hamil. Perubahan hormone yang terjadi selama kehamilan dapat menyebabkan kelelahan yang berlebihan dan membuat wanita hamil merasa lelah sepanjang waktu. Istirahat yang cukup dan pola tidur yang teratur dapat membantu mengatasi kelelahan ini. Hal ini dapat dirasakan juga oleh ibu yang tidak hamil disebabkan karena banyaknya pekerjaan ataupun faktor lainnya.

d) Payudara Membesar, Tegang, dan Sedikit Nyeri

Perubahan hormon yang terjadi saat kehamilan dapat menyebabkan perubahan pada payudara. Payudara dapat menjadi lebih besar, tegang, dan sedikit nyeri. Hal ini disebabkan oleh pengaruh estrogen dan progesteron yang merangsang perkembangan duktus dan alveoli pada payudara. Payudara membesar dan tegang. Ujung saraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama.

e) Miksi sering

Pada wanita hamil trimester pertama, kandung kemih dapat tertekan oleh rahim yang membesar selama kehamilan. Hal ini dapat menyebabkan seringnya keinginan untuk buang air kecil. Wanita hamil sering kali merasa perlu buang air kecil lebih sering dari biasanya. Tanda ini akan hilang pada trimester kedua kehamilan dan pada kehamilan trimester ketiga tanda ini akan datang kembali dikarenakan kandung kemih ditekan oleh kepala janin.

f) Perasaan Mudah Sensitif

Pada wanita hamil, perubahan hormone yang terjadi selama kehamilan dapat mempengaruhi suasana hati dan emosi seorang wanita. Perasaan yang sensitive selama trimester pertama umumnya disebabkan oleh perubahan sekresi hormone. Kadar *estrogen* dan *progesterone* yang lebih tinggi bertanggung jawab atas perubahan suasana hati, sehingga wanita hamil cenderung mudah marah dan mudah merasa sedih. Wanita hamil sering mengalami perubahan mood yang ekstrim, seperti mudah marah, sedih, atau bahagia. Hal ini adalah gejala yang umum dan normal selama kehamilan. Pada wanita yang tidak hamil hal ini bisa terjadi karena beberapa permasalahan tertentu.

g) Perubahan Pigmentasi Kulit

Selama kehamilan, beberapa wanita hamil mengalami perubahan pada pigmentasi kulit mereka. Beberapa area kulit mungkin menjadi lebih gelap, seperti garis tengah perut (*linea nigra*) atau bintik-bintik gelap pada wajah (*melasma*), areola mammae menghitam dan puting susu semakin menonjol. Hal ini disebabkan oleh perubahan hormon yang terjadi selama kehamilan.

h) Perubahan Selera makanan

Beberapa wanita hamil, mengalami perubahan selera makanan yang drastis selama kehamilan biasanya terjadi pada trimester pertama kehamilan dikarenakan mual dan muntah. Wanita hamil mungkin merasa ingin makan makanan yang sebelumnya tidak disukai atau sebaliknya.

i) Mengidam

Mengidam adalah keinginan yang kuat dan tidak biasa terhadap makanan atau minuman tertentu selama kehamilan. Banyak wanita hamil mengalami ngidam yang berbeda-beda, seperti menginginkan makanan pedas, asam, atau manis. Mengidam adalah salah satu ciri khas yang sering terjadi pada wanita hamil. Akan tetapi, mengidam bukan salah satu tanda pasti kehamilan.

j) Varises

Varises pada wanita hamil disebabkan karena pengaruh dari *hormone estrogen* dan *progesterone* terjadi penampakan pembuluh darah vena, terutama bagi mereka yang mempunyai bakat. Penampakan pembuluh darah terjadi pada sekitar genetalia, kaki, betis, dan

payudara. Penampakan pembuluh darah ini menghilang setelah persalinan.

2) Tanda-Tanda Pasti Hamil

a) Terdengarnya Denyut Jantung Janin (DJJ)

Organ jantung janin sudah mulai terbentuk pada usia kehamilan sekitar 4 minggu, tetapi dapat mulai terdeteksi melalui USG pada usia kehamilan sekitar 8 minggu. Dibawah ini terdapat beberapa cara untuk menghitung atau mendeteksi detak jantung janin, diantaranya adalah:

1. Stetoskop Laenec. Stetoskop ini berbentuk corong yang ditempelkan langsung pada perut ibu hamil. Stetoskop jenis ini sudah jarang digunakan. DJJ sudah dapat dideteksi pada usia kehamilan 20 minggu menggunakan alat ini.
2. Doppler. Pemeriksaan ini sering digunakan secara rutin pada bidan maupun dokter spesialis kandungan. Dimana DJJ dapat terdengar melalui speaker alat tersebut. DJJ dapat terdeteksi pada usia kehamilan sekitar 16-18 minggu.
3. USG. Pemeriksaan ini merupakan metode yang paling dini dapat mendeteksi DJJ, yaitu saat usia kehamilan sekitar 8 minggu.

b) Gerakan Janin

Wanita hamil yang baru pertama kali hamil, gerakan janin mulai bisa dirasakan saat kehamilan mendekati usia 25 minggu. Sementara itu, pada kehamilan kedua atau selanjutnya, gerakan janin biasanya sudah mulai bisa dirasakan ketika usia kehamilan 18 minggu. Namun, pada umumnya ibu hamil mulai bisa merasakan gerakan janinnya pada rentang usia kehamilan 13-25 minggu.

c) Terabanya Bagian-Bagian Janin

Terabanya bagian janin ini dilakukan pada pemeriksaan Leopold. Pemeriksaan Leopold adalah pemeriksaan dengan metode perabaan yang berfungsi untuk memperkirakan posisi bayi dalam rahim. Pemeriksaan ini dapat membantu memperkirakan usia kehamilan, serta ukuran dan berat bayi dalam kandungan.

d) Terlihat Kantong Janin Pada Pemeriksaan USG

Kantong kehamilan akan terlihat saat usia kehamilan 5-6 minggu. Jika USG dilakukan terlalu dini atau sebelum usia kehamilan 5-6 minggu, dokter akan menyarankan untuk melakukan USG seminggu setelahnya terlebih jika terdapat tanda-tanda kehamilan

dengan salah satu tanda kehamilan objektif seperti test pack.

3) Tanda-Tanda Kemungkinan Hamil

a) Kadar HCG (Human Chorionic Gonadotropin) yang positif

Pemeriksaan hormon kehamilan adalah prosedur untuk mendeteksi keberadaan atau kadar hormone human chorionic gonadotropin (HCG). Pemeriksaan ini bisa dilakukan dengan sampel urine atau darah. Hormon HCG adalah hormon yang diproduksi oleh tubuh pada masa kehamilan. Hormone ini dihasilkan oleh sel-sel di dalam plasenta, setelah sel telur yang telah dibuahi oleh sperma menempel di dinding rahim. Hormone HCG umumnya terdeteksi di dalam darah atau urine setidaknya 10 hari setelah proses pembuahan.

b) Uterus Membesar

Yaitu terjadi perubahan dalam bentuk, besar, dan konsistensi dari rahim. Pada pemeriksaan dalam dapat diraba bahwa uterus membesar dan bentuknya semakin lama akan semakin membesar.

c) Tanda Hegar

Konsistensi rahim dalam kehamilan berubah menjadi lunak terutama daerah isthmus. Pada minggu-minggu

pertama, isthmus uteri mengalami hipertrofi seperti korpus uteri. Hipertrofi Isthmus pada triwulan pertama mengakibatkan isthmus menjadi panjang dan lebih lunak.

d) Tanda Chadwick

Portio, vagina dan labia kebiruan. Perubahan warna ini disebabkan oleh pengaruh hormone .

e) Tanda piscaseck

Yaitu uterus mengalami pembesaran, kadang-kadang pembesaran tidak rata tetapi di daerah telur bernidasi lebih cepat tumbuhnya. Hal ini menyebabkan pembesaran uterus tidak simetris.

f) Kontraksi *Braxton Hicks*

Kontraksi yang bersifat non ritmik, sporadic, tanpa disertai rasa nyeri. pertama kali muncul sejak kehamilan 6 minggu

g) Teraba Ballotement

Merupakan fenomena bandul atau pantulan balik ketika perut ditekan perlahan. Ini adalah tanda adanya janin di dalam uterus. Pantulan yang terjadi ketika jari telunjuk pemeriksa mengetuk janin yang mengapung dalam uterus, hal ini menyebabkan janin berenang jauh dan kembali ke posisinya semula/bergerak bebas.

c. Psikologi Pada Ibu Hamil(Widaryanti & Febrianti, 2022)

1) Trimester pertama

Sebagai calon ibu, berupaya untuk dapat menerima kehamilannya, selain itu karena peningkatan hormon estrogen dan progesteron pada tubuh ibu hamil akan mempengaruhi perubahan fisik sehingga timbul berbagai macam ketidaknyamanan seperti mual muntah, kelelahan, dan pembesaran pada payudara (Widaryanti & Febrianti, 2022)

2) Trimester kedua

Pada trimester kedua, sering disebut pancaran kesehatan, ibu merasa sehat. Hal ini disebabkan ibu sudah merasa baik dan terbebas dari ketidaknyamanan kehamilan, Kini setelah ia bisa berdamai dengan kehamilannya, sang ibu sudah mampu memfokuskan tenaga dan pikirannya dengan lebih positif. Pergerakan janin dirasakan oleh ibu yang juga mulai melihat bayinya sebagai seseorang yang berbeda dari dirinya. (Widaryanti & Febrianti, 2022)

3) Trimester ketiga

Waktu untuk mempersiapkan kelahiran, ibu mulai khawatir terhadap hidupnya dan bayinya, ia tidak tahu kapan melahirkan, rasa tidak nyaman timbul kembali karena perubahan Body Image yaitu merasa dirinya aneh dan

jelek. Ibu membutuhkan dukungan dari suami, keluarga dan bidan(Widaryanti & Febrianti, 2022)

d. Fisiologi Pada Ibu Hamil(Putri, 2023)

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

Pada masa kehamilan, uterus mengalami peningkatan baik berat maupun ukuran. Sebelum kehamilan, berat uterus sekitar 30 gram setelah kehamilan terjadi peningkatan berat uterus mencapai 1000 gram pada akhir kehamilan. Pada awal kehamilan terjadi penebalan pada dinding rahim dan akan menipis seiring dengan bertambahnya usia kehamilan. Ketebalan dinding ini hanya 1-2 cm atau kurang. Uterus menjadi kantong berotot dengan dinding yang tipis, lunak. Dan lentur pada akhir kehamilan yang menyebabkan janin dapat teraba dari luar (Putri, 2023).

Table 1.1 Tinggi Fundus Uteri Berdasarkan Umur Kehamilan

Tinggi Fundus Uteri (TFU)	Umur Kehamilan
1/3 di atas simfisis atau 3 jari di atas simfisis	12 Minggu
Pertengahan simfisis pusat	16 Minggu
2/3 di atas simfisis atau 3 jari di bawah pusat	20 Minggu
Setinggi pusat	24 Minggu
1/3 di atas pusat atau 3 jari di atas pusat	28 Minggu
Pertengahan pusat proccesus xypoideus (px)	32 Minggu
3 jari di bawah proccesus xypoideus (px)	36 Minggu
Setinggi Proccesus xypoideus (px)	38 Minggu
Satu jari di bawah proccesus xypoideus (px)	40 Minggu

Sumber:(Lestari, 2023)

b) Ovarium

Pematangan folikel baru ditunda dan ovulasi tidak terjadi saat kehamilan. Korpus luteum pada minggu ke-6 sampai dengan minggu ke-7 masih berfungsi, selanjutnya saat minggu ke-16 fungsinya berkurang tergantikan plasenta untuk produksi hormone estrogen dan progesteron mukosa tuba menjadi agak mendatar. Di stroma endosalping mungkin terbentuk sel-sel

desidua, tetapi tidak terbentuk membrane desidua yang kontinu. Meskipun sangat jarang, peningkatan ukuran uterus yang hamil, terutama jika terdapat kista paratuba atau *ovarium*, dapat menyebabkan risiko tuba *uterine*. Pada usia kehamilan 16 minggu, plasenta mulai terbentuk dan menggantikan fungsi korpus luteum graviditatum(Putri, 2023).

c) Vagina

Perubahan vagina pada trimester satu terlihat dari adanya *hormone estrogen* yang menyebabkan terjadinya penuhnya pembuluh darah sehingga adanya warna kebiruan pada vagina timbul pada minggu ke-8 disebut tanda *Chadwick*. Pada saat ini, glikogen meningkat menyebabkan pengeluaran cairan keputihan tekstur kental dan asam. Pengeluaran cairan ini terjadi juga pada trimester kedua dan dianggap normal bila tidak ada rasa gatal, iritasi dan mengeluarkan bau. Vagina menjadi elastic dan otot lapisan membesar pada trimester ketiga dikarenakan persiapan bagian janin turun ke panggul(Putri, 2023)

d) Payudara

Pada awal kehamilan, wanita akan merasakan rasa penuh, lunak dan berat pada payudara. Perubahan pada payudara ini dipersiapkan untuk pemberian nutrisi pada bayi kelak. Pertumbuhan kelenjar pada payudara meningkat secara progresif pada kehamilan 6 minggu. Puting susu menjadi lebih besar, berwarna gelap dan aerola menjadi lebih gelap karena pigmentasi serta muncul tonjolan kecil yang biasa disebut *mongomery*. Pengeluaran kolostrum dapat juga terjadi pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu (Putri, 2023).

e) Sistem Endokrin

1. Estrogen dan Progesteron

Kadar *estrogen* dan *progesterone* meningkat selama kehamilan. Peningkatan kadar estrogen untuk pertumbuhan dan jumlah sel, sedangkan *progesterone* menyebabkan penyimpanan lemak yang berfungsi sebagai cadangan energi, pada masa hamil dan nifas.

2. Kortisol

Hormon kortisol berfungsi untuk mempertahankan homeostatis dan meningkatkan gula darah pada saatkehamilan

3. *Aldosteron*

Hormon ini meningkat seiring bertambahnya usia kehamilan sehingga menyebabkan penumpukan cairan (natrium dan air).

4. *Human Chorionic Gonadotropin (HCG)*

Hormon ini merupakan awal untuk mengecek terjadinya kehamilan. Hormon ini dapat terdeteksi kurang lebih 60 hari setelah konsepsi. Hormon HCG yang berfungsi mempertahankan korpus luteum

5. *Human Placental Lactogen (HPL) atau korionik somatotropin*

Hormon ini mengalami peningkatan sekresi pada minggu ke-5. Hormon ini dapat berfungsi bagi perkembangan payudara, sumber energy bagi ibu dan janin

6. *Relaksin*

Hormon ini pada awal kehamilan menjadi sumber tertinggi menghasilkan korpus luteum

7. *Prolaktin*

Hormon prolaktin berfungsi dalam proses laktasi, meningkat pada akhir kehamilan sampai pada menyusui akibat kenaikan sekresi estrogen.

8. *Tiroid*

Konsentrasi serum TSH sedikit menurun pada trimester pertama sebagai respon terhadap efek *tirotropik* dari peningkatan kadar human *chorionic gonadotropin*. Tingkat TSH meningkat lagi pada akhir trimester pertama, dan batas atas pada kehamilan dinaikkan menjadi 5,5 mol/l dibandingkan dengan tingkat 4,0 mol/l pada keadaan tidak hamil. Kehamilan dikaitkan dengan defisiensi yodium relative. Penyebabnya adalah transport aktif yodium dari ibu ke feto-plasenta dan peningkatan eksresi yodium dalam *urine*.

9. *Pankreas*

Penurunan pancreas terjadi pada awal kehamilan akibat insulin ibu tidak dapat menembus plasenta, sementara peningkatan glukosa dibutuhkan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin.

f) Sistem Perkemihan

Pada kehamilan trimester I dan II ukuran ginjal bertambah panjang 1-1,5 cm volume renal mengalami peningkatan menjadi 60 ml. hemodilusi terjadi yang menyebabkan urine bertambah banyak. Selain itu uterus membesar dan menekan kandung kemih

sehingga menyebabkan rasa ingin berkemih. Pada trimester III, keluhan rasa berkemih lebih sering dikarenakan kepala janin mulai memasuki pintu atas panggul dan menekan kandung kemih. Selain itu terjadinya poliuri disebabkan oleh karena peningkatan sirkulasi darah di ginjal pada kehamilan, sehingga laju filtrasi glomerulus dan *renal plasma flow* juga meningkat sampai 69%.

g) Sistem Integumen

1. Striae Gravidarum

Striae gravidarum merupakan peregangan kulit yang berlebihan berupa garis terdapat cekungan berwarna merah terjadi saat akhir kehamilan pada daerah payudara dan perut

2. Perubahan vaskuler kulit

Perubahan vaskuler yang biasa terjadi yaitu angioma dan palmar erythema. Angioma merupakan akibat vaskuler kulit yang terjadi pada bagian wajah, leher, dan lengan yang berupa bintik/garis menonjol berwarna merah

3. Perubahan sistem *integument* yang dirasakan ibu hamil trimester I meliputi *Palmarerythema* (kemerahan ditelapak tangan) dan *spider nevi* serta

linea alba/nigra. Pada trimester II dan III terjadi perubahan seperti *Chloasma* dan perubahan warna areola dan *strie gravidarum*

h) Sistem *Kardiovaskuler* dan *Hematologi*

Perubahan *kardiovaskuler* mulai terjadi pada minggu ke-8 kehamilan. Pada akhir trimester I mulai terjadi palpitasi karena pembesaran ukuran serta bertambahnya *cardiac output*. Sirkulasi darah ibu dalam kehamilan dipengaruhi oleh adanya sirkulasi ke plasenta, uterus membesar dengan pembuluh-pembuluh darah yang membesar pula, mammae dan alat-alat lain yang memang berfungsi berlebihan dalam kehamilan. Ukuran jantung membesar pada trimester II hal ini menyesuaikan beban kerja yang meningkat oleh meningkatnya *cardiac output*. Curah jantung meningkat sekitar 30%, sedikit meningkat pada minggu ke lima kehamilan dan peningkatan awal ini merupakan fungsi dari penurunan resistansi vascular sistemik serta peningkatan frekuensi denyut jantung. Antara minggu ke-10 sampai 20, terjadi peningkatan nyata pada volume plasma. Kinerja ventrikel selama masa kehamilan dipengaruhi oleh penurunan resistansi vascular sistemik dan perubahan aliran darah

arteri. Volume darah meningkat pada trimester III untuk menyeimbangkan pertumbuhan janin dalam rahim yakni jumlah serum/plasma darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah (sel darah merah, keeping darah, dan limfosit), sehingga terjadi pengenceran darah yang disebut "hemodelusi" yang disertai anemia fisiologis. Hemodelusi darah mulai tampak sekitar umur kehamilan 16 minggu mencapai puncaknya pada umur kehamilan 32 minggu. Pada minggu ke-36 minggu, wanita hamil mengalami keluhan merasa panas dan mudah berkeringat hal ini disebabkan aliran darah melalui kapiler kulit meningkat

i) Sistem persyarafan

Perubahan sistem persyarafan pada trimester I, II, dan III yaitu:

1. Indra penciuman dan perasa lebih sensitive
2. Penekan saraf panggul
3. Kelainan tulang belakang normal pada ibu hamil (*lordosis*)
4. *Edema sarafperifer*
5. Rasa gatal dan baal di tangan
6. Rasa kram pada tungkai
7. Nyeri kepala ringan

8. Hipokalsemia

j) Sistem kekebalan

Sistem kekebalan tubuh ibu menurun saat kehamilan. Hal ini disebabkan oleh toleransi sistem imun ibu terhadap bayi yang merupakan jaringan semi-alogenik, serta tidak memberikan pengaruh secara klinis. IgG merupakan anti bodi ibu, dapat menembus plasenta dan berfungsi melindungi bayi dari infeksi kedepannya. Janin terbentuk sistem imun pada usia kehamilan 12 minggu dan meningkat pada usia kehamilan ke-26 minggu.

k) Sistem *metabolism*

Wanita hamil akan mengalami peningkatan laju metabolisme lebih tinggi 15-25 % dari normal pada trimester II sehingga *intake* diet harus cukup untuk memenuhi aktivitas fisiologis tambahan.

1. Metabolisme karbohidrat Pada wanita hamil, kadar gula meningkat. Hal ini disebabkan karena plasenta memproduksi zat antagonis *insulin*. Kadar gula 6,7 mmol/liter dianggap normal dalam kehamilan

2. Metabolisme protein dan lemak Pada wanita hamil, metabolisme lemak digunakan sebagai sumber energi. Oleh karena itu, wanita hamil cenderung

mengalami ketosis, khususnya jika kebutuhan akan energi lebih besar daripada jumlah energi yang dapat di pasok oleh simpanan glikogen yang terbatas.

3. Zat besi wanita hamil memerlukan 1000 mg zat besi. Kebutuhan ini terbagi 500 mg untuk meningkatkan masa "RBC", 300 untuk janin, 200 mg untuk mengganti kehilangan zat besi setiap hari. Selama hamil ibu perlu menyerap rata-rata zat besi 3,5 mg/hari. Kebutuhan zat besi selama trimester III meningkat.

4. Metabolisme air saat kehamilan terjadi perubahan fisiologis meningkatnya retensi air diakibatkan pengeluaran hormon *antidiuretik*

l) Sistem pencernaan

Pada kehamilan terjadi perubahan pada sistem pencernaan hal ini dikarenakan uterus yang membesar sesuai dengan usia kehamilan yang menyebabkan terjadinya pergeseran pada beberapa sistem pencernaan seperti lambung dan usus. Peningkatan kadar estrogen dan HCG dalam darah menyebabkan rasa mual pada bulan awal kehamilan. Selain itu terjadi juga mual muntah pada pagi hari yang

disebabkan oleh tonus otot-otot *traktus digestifus* menurun, makanan lebih lama dicerna lambung dan usus, hal ini menimbulkan obstipasi. Perubahan sistem pencernaan terdiri dari:

1. Mulut

Pada mulut, sering terjadi pembengkakan gusi akibat penumpukan pembuluh darah di gusi. Pembengkakan gusi akan hilang setelah kehamilan.

2. Gigi

Kebutuhan kalsium dan fosfor pada ibu hamil sebesar 1,2 gram setiap hari. Kekurangan kalsium dan fosfor dapat mengurangi simpanan unsur-unsur ini di dalam tulang

3. Lambung dan usus

Herniasi bagian atas lambung sering terjadi pada wanita usia kehamilan 28 atau 32 minggu. Selain itu terjadi penurunan sekresi asam hidroklorida serta *haemoroid* akibat konstipasi dan naiknya tekanan vena dibawah *uterus*.

m) Sistem *musculoskeletal*

Peningkatan berat badan menyebabkan perubahan postur dan cara berjalan pada wanita hamil. Keadaan *lordosis* merupakan gambaran khas yang nampak pada kehamilan normal. Keadaan ini disebabkan sebagai penyesuaian posisi *anterior uterus* yang membesar, menggeser pusat gravitasi kembali ke ekstremitas bawah. Peningkatan gerak sendi *sakroiliaka, sakrokoksigeal*, dan sendi *pubis* menyebabkan rasa tidak nyaman pada punggung bagian bawah, khususnya usia kehamilan aterm. Selain itu wanita hamil sering merasa pegal, baal dan lemah di ekstremitas atasnya yang diakibatkan oleh lordosis hebat disertai fleksi leher anterior dan melorotnya gelang bahu, yang pada gilirannya menimbulkan tarikan pada saraf *ulnaris* dan *medianus*

n) Berat badan dan *indeks*

Saat hamil, salah satu indikator apakah janin mendapatkan asupan makan yang cukup adalah melalui pemantauan adekuat tidaknya pertambahan berat badan (BB) Ibu selama kehamilannya (PBBH). Bila PBBH tidak adekuat, janin berisiko tidak mendapatkan asupan yang sesuai dengan kebutuhannya, sehingga dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangannya didalam kandungan. ibu yang saat memasuki kehamilannya kurus dan ditambah dengan PBBH, yang tidak adekuat berisiko melahirkan bayi dengan berat lahir rendah. Adapun cara menghitung IMT adalah dengan membagi besaran berat badan (BB) dalam kilogram (kg) dengan tinggi badan (TB) dalam meter (m) kuadrat sesuai formula berikut :

(Berat Badan) kg

IMT= _____

Tinggi Badan (m) x Tinggi Badan (m) m²

Tabel 1.2 : Peningkatan berat badan selama kehamilan yang direkomendasikan sesuai IMT

IMT (kg/m ²)	prahamil	kenaikan BB total selama kehamilan (kg)	Laju kenaikan BB pada trimester III (rentang rerata kg/minggu)
Gizi Kurang/KEK (<18,5 kg)	≤ 18,50		±12-15 kg
Normal (18,5-24,9)	18,50-24,99		9-12 kg
Kelebihan BB (25.0-29.9)	≥ 25,00		6-9 kg
Obes (>30.0)	25,00-29,99		± 6 kg

Sumber:(Kemenkes RI, 2020)

e. Jenis-jenis perdarahan pada kehamilan:

- 1) Perdarahan sebelum usia kehamilan 20 minggu antara lain:
 - a) Keguguran (*miscarriage*) ditandai dengan keluarnya jaringan gumpalan darah dari vagina diikuti kram dan nyeri perut bagian bawah
 - b) Kehamilan *ektopik* (sel telur yang sudah dibuahi menempel dan tumbuh di tempat yang tidak

seharusnya) yang ditandai dengan nyeri perut bagian kanan dan kiri/ salah satunya, nyeri saat buang air besar dan buang air kecil

c) Kehamilan anggur (*Molar Pregnancy*) Merupakan sel telur yang dibuahi yang tidak tumbuh normal seperti buah anggur.

2) Perdarahan setelah usia kehamilan 20 minggu antara lain:

a) Plasenta previa yaitu kondisi plasenta menutupi jalan lahir

b) Solusio plasenta yaitu kondisi plasenta sebagian atau seluruhnya terlepas dari dinding rahim

c) *Ruptur uteri* atau robeknya dinding rahim terjadi akibat terlampauinya daya regang *miometrium*.

f. Pelayanan Antenatal Terpadu

1) Definisi

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

2) Tujuan

Menurut (Kemenkes RI, 2020) dibagi menjadi dua yaitu:

a) Tujuan umum

Semua ibu hamil memperoleh pelayanan antenatal yang komprehensif dan berkualitas sehingga ibu hamil dapat menjalani kehamilan dan persalinan dengan pengalaman yang bersifat positif serta melahirkan bayi yang sehat dan berkualitas. Pengalaman yang bersifat positif adalah pengalaman yang menyenangkan dan memberikan nilai tambah yang bermanfaat bagi ibu hamil dalam menjalankan perannya sebagai perempuan, istri dan ibu.

a) Tujuan khusus

1. Terlaksananya pelayanan antenatal terpadu, termasuk konseling, dan gizi ibu hamil, konseling KB dan pemberian Air Susu Ibu (ASI).
2. Terlaksananya dukungan emosi dan psikososial sesuai dengan keadaan ibu hamil pada setiap kontak dengan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis/kebidanan dan interpersonal yang baik.
3. Setiap ibu hamil untuk mendapatkan pelayanan antenatal terpadu minimal 6 kali selama masa kehamilan
4. Terlaksananya pemantauan tumbuh kembang janin

5. Deteksi secara dini kelainan/penyakit/gangguan yang diderita ibu hamil
6. Dilaksanakannya tatalaksana terhadap kelainan/penyakit/gangguan pada ibu hamil sedini mungkin atau rujukan kasus ke fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan sistem rujukan yang ada

3) Indikator

a) Kunjungan pertama (K1)

K1 adalah kontak pertama ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis/kebidanan dan interpersonal yang baik, untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar. Kontak pertama harus dilakukan sedini mungkin pada trimester pertama, sebaiknya sebelum minggu ke 8. Kontak pertama dapat dibagi menjadi K1 murni dan K1 akses. K1 murni adalah kontak pertama ibu hamil dengan tenaga kesehatan pada kurun waktu trimester 1 kehamilan. Sedangkan K1 akses adalah kontak pertama ibu hamil dengan tenaga kesehatan pada usia kehamilan berapapun. Ibu hamil seharusnya melakukan K1 murni, sehingga apabila terdapat komplikasi atau faktor risiko dapat ditemukan dan ditangani sedini mungkin.

b) Kunjungan ke-4 (K4)

K4 adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis/kebidanan untuk mendapatkan pelayanan antenatal terpadu dan komprehensif sesuai standar selama kehamilannya minimal 4 kali dengan distribusi waktu : 1 kali pada trimester pertama (0-12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (>12 minggu - 24 minggu), dan 2 kali pada trimester ketiga (>24 minggu sampai dengan kelahiran). Kunjungan antenatal bisa lebih dari 4 kali sesuai kebutuhan (jika ada keluhan, penyakit atau gangguan kehamilan)

c) Kunjungan ke-6 (K6)

K6 adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis/kebidanan untuk mendapatkan pelayanan antenatal terpadu dan komprehensif sesuai standar selama kehamilannya minimal 6 kali selama kehamilannya dengan distribusi waktu: 2 kali pada trimester ke satu (0-12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (>12 minggu - 24 minggu), dan 3 kali pada trimester ketiga (>24 minggu sampai dengan kelahiran), dimana minimal 2 kali ibu hamil harus kontak dengan dokter (1 kali di trimester 1 dan

1 kali di trimester 3). Kunjungan antenatal bisa lebih dari 6 (enam) kali sesuai kebutuhan dan jika ada keluhan, penyakit atau gangguan kehamilan. Jika kehamilan sudah mencapai 40 minggu, maka harus dirujuk untuk diputuskan terminasi kehamilannya.

Pemeriksaan dokter pada ibu hamil dilakukan saat:

1. Kunjungan 1 di trimester 1 (satu) dengan usia kehamilan kurang dari 12 minggu atau dari kontak pertama. Dokter melakukan skrining kemungkinan adanya faktor risiko kehamilan atau penyakit penyerta pada ibu hamil termasuk didalamnya pemeriksaan ultrasonografi (USG). Apabila saat K1 ibu hamil datang ke bidan, maka bidan tetap melakukan ANC sesuai standar, kemudian merujuk ke dokter
2. Kunjungan 5 di trimester 3. Dokter melakukan perencanaan persalinan, skrining faktor risiko persalinan termasuk pemeriksaan ultrasonografi (USG) dan rujukan terencana bila diperlukan.

4) Konsep Pelayanan Antenatal Terpadu

Dalam pelayanan antenatal terpadu, tenaga kesehatan harus mampu melakukan deteksi dini masalah gizi, faktor risiko, komplikasi kebidanan, gangguan jiwa, penyakit menular dan tidak menular yang di alami ibu hamil serta melakukan tata laksana secara adekuat sehingga ibu hamil siap untuk menjalani persalinan bersih dan aman.

Masalah yang mungkin dialami ibu hamil antara lain:

- a) Masalah gizi: anemia, KEK, obesitas, kenaikan berat badan tidak sesuai standar
- b) Faktor resiko: usia ibu ≤ 16 tahun, usia ibu ≥ 35 tahun, anak terkecil ≤ 2 tahun, hamil pertama ≥ 4 tahun, interval kehamilan > 10 tahun, persalinan ≥ 4 kali, gemeli/kehamilan ganda, kelainan letak dan posisi janin, kelainan besar janin, riwayat obstetric jelek (keguguran/gagal kehamilan), komplikasi pada persalinan yang lalu (riwayat vakum/forsep, perdarahan pasca persalinan dan atau transfuse), riwayat bedah sesar, hipertensi, kehamilan lebih dari 40 minggu.
- c) Komplikasi kehamilan: ketuban pecah dini, perdarahan pervaginam, hipertensi dalam kehamilan/ pre-eklampsia/ eklampsia, ancaman persalinan premature, distosia, plasenta previa, dll.

- d) Penyakit tidak menular: hipertensi, diabetes mellitus, kelainan jantung, ginjal, asma, kanker, epilepsi, dll
- e) Penyakit menular: HIV, sifilis, hepatitis B, tetanus maternal, malaria, TB, demam berdarah, tifus abdominalis, dll
- f) Masalah kesehatan jiwa: depresi, gangguan kecemasan, psikosis, skizofreni.

Pelayanan antenatal terpadu diberikan kepada semua ibu hamil dengan cara:

1. Menyediakan kesempatan pengalaman positif bagi setiap ibu hamil untuk mendapatkan pelayanan antenatal terpadu.
2. Melakukan pemeriksaan antenatal pada setiap kontak
3. Memberikan konseling kesehatan dan gizi ibu hamil, termasuk konseling KB dan pemberian ASI.
4. Memberikan dukungan emosi dan psikososial sesuai dengan kebutuhan/keadaan ibu hamil serta membantu ibu hamil agar tetap dapat melakukan aktivitas sehari-hari dengan nyaman selama masa kehamilan dan menyusui.
5. Melakukan pemantauan tumbuh kembang janin
6. Mendeteksi secara dini kelainan/penyakit/gangguan yang diderita ibu hamil.
7. Melakukan tata laksana terhadap kelainan/penyakit/gangguan pada ibu hamil sedini mungkin atau melakukan rujukan

kasus ke fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan sistem rujukan

8. Mempersiapkan persalinan yang bersih dan aman
9. Melakukan rencana antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit/komplikasi pada proses persalinan
10. Melakukan tatalaksana kasus serta rujukan tepat waktu pada kasus kegawatdaruratan maternal neonatal
11. Melibatkan ibu hamil, suami dan keluarga dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, mempersiapkan persalinan dan kesiagaan apabila terjadi komplikasi.

Standar pelayanan antenatal terpadu minimal adalah sebagai berikut(10T):

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
2. Ukur tekanan darah
3. Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas/LILA)
4. Ukur tinggi puncak rahim (fundus uteri)
5. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
6. Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus difteri (Td) bila diperlukan
7. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama masa kehamilan

8. Tes laboratorium: tes kehamilan, kadar hemoglobin darah, golongan darah, tes triple eliminasi (HIV, Siflis, dan Hepatitis B) dan malaria pada daerah endemis. Tes lainnya dapat dilakukan sesuai indikasi seperti: gluko-protein urine, gula darah sewaktu, sputum Basil Tahan Asam (BTA), kusta, malaria daerah non endemis, pemeriksaan feses untuk kecacingan, pemeriksaan darah lengkap untuk deteksi dini thalasemia dan pemeriksaan lainnya.

9. Tata laksana/penanganan kasus sesuai kewenangan

10. Temu wicara (konseling)

Informasi yang disampaikan saat konseling minimal meliputi hasil pemeriksaan, perawatan sesuai usia kehamilan dan usia ibu, gizi ibu hamil, kesiapan mental, mengenali tanda bahaya kehamilan, persalinan, dan nifas, persiapan persalinan, kontrasepsi pascapersalinan, perawatan bayi baru lahir, inisiasi menyusui dini, Air Susu Ibu (ASI) eksklusif.

Keterangan :

a) Tes laboratorium yang masuk dalam standar pelayanan minimal adalah: pemeriksaan golongan darah, pemeriksaan Hb dan pemeriksaan glukoproteinuri (atas indikasi)

b) Pada fasilitas pelayanan kesehatan yang tidak memiliki vaksin tetanus difteri dan/atau pemeriksaan laboratorium, fasilitas pelayanan kesehatan dapat berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Puskesmas untuk penyediaan dan/atau pemeriksaan, atau merujuk ibu hamil ke puskesmas atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya yang dapat melakukan pemeriksaan tersebut.

Langkah Teknis Pelayanan Antenatal Terpadu

a) Menyediakan kesempatan pengalaman positif bagi setiap ibu hamil untuk mendapatkan pelayanan antenatal terpadu pada saat dibutuhkan. Pelayanan antenatal terpadu diberikan pada saat petugas kesehatan kontak dengan ibu hamil. Kontak dalam hal ini didefinisikan sebagai saat petugas kesehatan ibu hamil di fasilitas pelayanan kesehatan maupun saat didalam sebuah komunitas/lingkungan. Kontak sebaiknya dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan sehingga ibu hamil mendapatkan pelayanan yang berkualitas dan komprehensif.

b) Layanan ANC oleh dokter umum

Ibu hamil minimal 2x diperiksa oleh dokter, 1x pada trimester 1 dan 1x pada trimester 3 (kunjungan antenatal ke 5).

1. Kunjungan pada trimester 1

Pemeriksaan dokter pada kontak pertama ibu hamil di trimester 1 bertujuan untuk skrining adanya faktor risiko atau komplikasi. Apabila kondisi ibu hamil normal, kunjungan antenatal dapat dilanjutkan oleh bidan. Namun bilamana ada faktor risiko atau komplikasi maka pemeriksaan kehamilan selanjutnya harus ke dokter atau dokter spesialis sesuai dengan kompetensi dan wewenangnya. Pemeriksaan yang dilakukan oleh dokter tetap mengikuti pola anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, dan tindak lanjut:

- a) Anamnesis dan evaluasi kesehatan ibu hamil
- b) Pemeriksaan Fisik Umum
- c) Pemeriksaan Terkait Kehamilan
- d) Pemeriksaan Penunjang Pada Kehamilan

2. Kunjungan pada trimester 3

Pada kehamilan trimester 3, ibu hamil harus diperiksa dokter minimal sekali (kunjungan antenatal ke-5 dan usia kehamilan 32-36 minggu). Tujuan pemeriksaan ini adalah untuk mendeteksi adanya faktor risiko pada persalinan dan perencanaan persalinan. Pemeriksaan yang dilakukan oleh dokter tetap mengikuti pola anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, dan tindak lanjut

c) Layanan ANC oleh tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi klinis/kebidanan selain dokter.

Apabila saat kunjungan antenatal dengan dokter tidak ditemukan faktor risiko maupun komplikasi, kunjungan antenatal selanjutnya dapat dilakukan ke tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi klinis/kebidanan selain dokter. Kunjungan antenatal yang dilakukan oleh tenaga kesehatan selain dokter adalah kunjungan ke-2 di trimester 1, kunjungan ke-3 di trimester 2, dan kunjungan ke-4 dan 6 di trimester 3. Tenaga kesehatan melakukan pemeriksaan antenatal, konseling dan memberikan dukungan sosial pada saat kontak dengan ibu hamil.

Pemeriksaan antenatal dan konseling yang dilakukan adalah:

1. Anamnesis: kondisi umum, keluhan saat ini.
 - a. Kondisi umum, keluhan saat ini
 - b. Tanda-tanda penting yang terkait masalah kehamilan: mual/muntah, demam, sakit kepala, perdarahan, sesak nafas, keputihan, dll.
 - c. Gerakan janin.
 - d. Riwayat kekerasan terhadap perempuan (KtP) selama kehamilan.

- e. Perencanaan persalinan (tempat persalinan, transportasi, calon pendonor darah, pembiayaan, pendamping persalinan, dll)
 - f. Pemantauan konsumsi tablet tambah darah
 - g. Pola makan ibu hamil
 - h. Pilihan rencana kontrasepsi, dll.
2. Pemeriksaan fisik umum
- a. Pemantauan berat badan
 - b. Pemantauan tanda vital : tekanan darah, nadi, suhu tubuh, frekuensi nafas
 - c. Pemantauan LILA pada ibu hamil KEK
3. Pemeriksaan terkait kehamilan
- a. Pemeriksaan tinggi fundus uteri (TFU)
 - b. Pemeriksaan Leopold
 - c. Pemeriksaan denyut jantung janin
4. Pemeriksaan penunjang
- pemeriksaan hemoglobin darah pada ibu hamilanemia,
pemeriksaan glukoproeinuri
5. Pemberian imunisasi Td sesuai hasil skrining
- a. Suplementasi tablet Fe dan kalsium
 - b. Komunikasi informasi, edukasi, dan konseling Indikasi merujuk ke dokter antara lain:
 - 1) Riwayat kehamilan dahulu

- a) Riwayat perdarahan pada kehamilan / persalinan / nifas
 - b) Riwayat hipertensi pada kehamilan/ nifas
 - c) Riwayat IUFD / stillbirth
 - d) Riwayat kehamilan kembar
 - e) Riwayat keguguran > 3x berturut-turut
 - f) Riwayat kehamilan sungsang / letak lintang / letak Oblik
 - g) Riwayat kematian janin / perinatal
 - h) Riwayat persalinan dengan SC, dll
- 2) Riwayat medis
- a) Riwayat penyakit tidak menular (jantung, hipertensi, diabetes mellitus, ginjal, alergi makanan / obat, autoimun, talasemia / gangguan hematologilain, epilepsy, dll).
 - b) Riwayat penyakit menular (HIV, Siflis/IMS lainnya, HepatitiS B, TB, Malaria, Tifoid, dll).
 - c) Riwayat masalah kejiwaan, dll
- 3) Riwayat kehamilan sekarang
- a) Muntah berlebihan sampai tidak bisa makan dan Minum
 - b) Perdarahan
 - c) Nyeri perut hebat

- d) Pusing/sakit kepala berat
- e) Demam lebih dari 2 hari
- f) Keluar cairan berlebihan dan berbau dari vagina
- g) Batuk lama lebih dari 2 minggu atau kontakterat / serumah dengan penderita tuberkolosis
- h) Gerakan janin berkurang atau tidak terasa (mulai kehamilan 20 minggu)
- i) Perubahan perilaku: gelisah, menarik diri, bicara sendiri, tidak mau mandi.
- j) Kekerasan fisik
- k) Gigi dan mulut: gigi berlubang, gusi mudah berdarah, gusi bengkak, dll.

2. Persalinan

a. Definisi

Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir kemudian berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau bukan jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Stephanie Sorta Llyod, 2021)

b. Sebab-sebab Terjadinya Persalinan

- 1) Teori penurunan kadar hormon *progesterone*.

Hormon *progesteron* merupakan hormon yang mengakibatkan relaksasi pada otot - otot rahim, sedangkan hormon *estrogen* meningkatkan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan, terdapat keseimbangan antara *progesteron* dan *estrogen* di dalam darah. *Progesteron* menghambat kontraksi selama kehamilan sehingga mencegah ekspulsi fetus. Sebaliknya, *estrogen* mempunyai kecenderungan meningkatkan derajat kontraktilitas uterus. Baik *progesterone* maupun *estrogen* disekresikan dalam jumlah yang secara progresif makin bertambah selama kehamilan. Namun saat kehamilan mulai masuk usia 7 bulan dan seterusnya, *sekresi estrogen* terus meningkat, sedangkan *sekresi progesterone* tetap konstan atau mungkin sedikit menurun sehingga terjadi kontraksi *brakton hicks* saat akhir kehamilan yang selanjutnya bertindak sebagai kontraksi persalinan.

2) Teori *oksitosin*

Menjelang persalinan terjadi peningkatan reseptor *oksitosin* dalam otot rahim sehingga mudah terangsang saat disuntikkan *oksitosin* dan menimbulkan kontraksi, diduga bahwa *oksitosin* dapat menimbulkan pembentukan prostaglandin dan persalinan dapat berlangsung

3) Teori *Prostaglandin*

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi, baik dalam air ketuban maupun darah *perifer* ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan

4) Teori *Plasenta* menjadi tua

Plasenta yang menjadi tua seiring bertambahnya usia kehamilan menyebabkan kadar estrogen dan *progesterone* turun. Hal ini juga mengakibatkan kejang pada pembuluh darah sehingga akan menimbulkan kontraksi

5) Distensi rahim

Seperti halnya kandung kemih yang bila dindingnya meregang karena isinya, demikian pula dengan rahim. Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan maka otot-otot rahim akan semakin meregang. Rahim yang membesar dan meregang iskemi otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenter kemudian timbullah kontraksi.

6) Pengaruh janin

Hypofise dan kelenjar *suprarenal* janin juga memegang peranan dalam terjadinya persalinan pada janin *anancepalus* kehamilan lebih lama dari biasanya.

c. Tahapan-tahapan persalinan

1) Kala I

Kala I disebut juga masa pembukaan yang berlangsung antara 0 cm sampai 10 cm pembukaan lengkap. Pada awal kontraksi, proses pembukaannya tidak terlalu kuat sehingga pasien masih bisa berjalan. Proses terbukanya leher rahim akibat kontraksi terbagi menjadi dua tahap, yaitu:

a) Fase laten

Berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai dengan pembukaan mencapai ukuran diameter 3 cm

b) Fase aktif

1. Fase akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaannya menjadi 3 cm hingga 4 cm

2. Fase dilatasi maksimal

Dalam waktu 2 jam pembukaannya sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.

3. Fase dilatasi

Pembukaannya sangat lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan berubah menjadi pembukaan lengkap.

Pada fase aktif ini, frekuensi dan durasi kontraksi rahim akan meningkat secara bertahap, biasanya terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih. Biasanya dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm akan terjadi kecepatan rata-rata yaitu 1 cm per jam pada primigravida dan 2 cm pada multigravida. Pada primigravida ostium uteri interna (OUI) terbuka terlebih dahulu sehingga leher rahim akan mendatar dan menipis, kemudian ostium uteri eksterna (OUE) terbuka, pada multigravida OUI dan OUE akan mengalami penipisan dan perataan secara bersamaan. Tahap pertama selesai ketika serviks sudah melebar sempurna (Stephanie Sorta Llyod, 2021).

2) Kala II

Kala II disebut juga masa ekspulsi, masa ini dimulai dari pembukaan sempurna 10 cm hingga bayi lahir. Proses ini memakan waktu 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida

3) Kala III

Otot-otot rahim tertarik kembali setelah kala kedua, menyebabkan rahim berhenti berkontraksi selama lima sampai sepuluh menit. Plasenta sudah mulai terpisah dari lapisan Nitabisch saat bayi lahir, dan proses ini akan memakan waktu tidak lebih dari tiga

puluh menit. Jika memerlukan waktu lebih lama, pengobatan tambahan atau rujukan perlu dilakukan.

4) Kala IV

Karena perdarahan postpartum biasanya terjadi dalam dua jam pertama setelah melahirkan, Kala IV dimaksudkan untuk observasi.

d. Tanda-tanda persalinan

1) Tanda bahwa persalinan sudah dekat

a) *Lightening*

Menjelang minggu ke-36, tanda pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh kontraksi *Barkton Hiks*, ketegangan dinding perut, ketegangan ligamentum rotundum, dan gaya berat janin dimana kepala ke arah bawah. Masuknya bayi ke pintu atas panggul menyebabkan ibu merasakan:

1. Ringan dibagian atas dan rasa sesaknya Berkurang
2. Bagian bawah perut ibu terasa penuh dan Mengganjal
3. Terjadinya kesulitan saat berjalan
4. Sering kencing

b) Terjadinya his permulaan

Makin tua kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesterone juga makin berkurang sehingga produksi

oksitosin meningkat, dengan demikian dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering. His permulaan ini lebih sering diistilahkan sebagai his palsu. Sifat his palsu antara lain:

1. Rasa nyeri ringan dibagian bawah
2. Datangnya tidak teratur
3. Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan
4. Durasinya pendek
5. Tidak bertambah bila beraktivitas

2) Tanda-tanda timbulnya persalinan

a) Terjadinya his persalinan

His adalah kontraksi rahim yang dapat diraba dan menimbulkan rasa nyeri di perut serta dapat menimbulkan pembukaan serviks kontraksi rahim, dimulai pada 2 face maker yang letaknya di dekat cornu uteri. His yang menimbulkan pembukaan serviks dengan kecepatan tertentu disebut his efektif. His efektif mempunyai sifat adanya dominan kontraksi uterus pada *fundus uteri (fundal dominance)*, kondisi berlangsung secara sinkron dan harmonis. Kondisi ini juga menyebabkan adanya intensitas kontraksi yang maksimal diantara dua kontraksi, irama teratur dan frekuensi yang kian sering, lama his berkisar 45-60 detik. Pengaruh his dapat menimbulkan dinding

menjadi tebal pada korpus uteri, isthmus uterus menjadi teregang dan menipis, kanalis servikalis mengalami effacement dan pembukaan. His bersalin memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

1. Pinggangnya terasa sakit dan menjalar ke depan.
2. Sifat his teratur, interval semakin pendek, dan kekuatan semakin besar
3. Terjadi perubahan pada serviks
4. Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan maka kekuatan hisnya akan bertambah.

b) Keluarnya lendir bercampur darah perbagian (show)

Lendir berasal dari pembukaan, yang menyebabkan lepasnya lendir berasal dari kanalis servikalis. Dengan pengeluaran darah disebabkan robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka.

c) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya

Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung 24 jam. Namun, apabila tidak tercapai maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya *ekstrasi vakum* atau *section caesaria*.

d) *Dilatasi* dan *effacement*

Dilatasi adalah terbukanya kanalis *servikalis* secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. *Effacement* adalah pendataran atau pemendekan kanalis *servikalis* yang semula panjangnya 1-2 cm menjadi hilang sama sekali sehingga hanya tinggal ostium yang tipis, seperti kertas.

e. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

1) *Passenger* (Isi kehamilan)

Faktor *passenger* terdiri atas 3 komponen yaitu janin, air ketuban, dan plasenta.

a) Janin

Janin yang bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor yaitu ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin.

1. Anatomi kepala janin

Tulang-tulang penyusun kepala janin terdiri dari:

Bagian tengkorak:

- a. *Os frontal* (tulang dahi)
- b. *Os parietal* (tulang ubun-ubun)
- c. *Os occipital* (tulang belakang kepala)
- d. *Os temporal* (tulang pelipis)

Bagian muka:

- a. *Os nasalis* (tulang hidung)
- b. *Os maxilaris* (tulang rahang atas)

c. *Os mandibularis* (tulang rahang bawah)

d. *Os zigomatic* (tulang pipi)

Sutura (sela ruang antara dua tulang) :

a. *Sutura frontalis* (antara kedua tulang frontal)

b. *Sutura sagitalis* (antara kedua tulang parietal kiri dan kanan)

c. *Sutura koronalis* (antara tulang *parietal* dan *frontal*)

d. *Sutura lamboidea* (antara tulang *parietal* dan *oksipital*)

Pada tulang tengkorak terdapat dua *fontanel* atau ubun-ubun (merupakan pertemuan beberapa sutura) :

a. *fontanel mayor/fontanel anterior* atau ubun-ubun besar merupakan pertemuan antara *sutura sagitalis*, *sutura frontalis*, dan *sutura koronia*, berbentuk segiempat panjang. *Fontanel* ini menutup pada usia bayi 18 bulan.

b. *fontal minor* atau ubun-ubun kecil berbentuk segitiga dengan puncak segitiga berbentuk runcing searah muka janin dan dasar segitiga searah dengan punggung janin, merupakan pertemuan antara *sutura sagitalis* dengan *sutura lamboidea*. *Fontanel* ini menutup pada usia 6-8 minggu.

b) *Moulage (molase)* kepala janin

Molase adalah suatu keadaan di mana ada celah antara tulang kepala janin, yang memungkinkan terjadinya penyisipan (tumpang tindih) antara tulang (*overlapping*) sehingga kepala janin dapat mengalami perubahan bentuk dan ukuran.

c) Presentasi

Presentasi adalah bagian janin yang pertama kali memasuki pintu atas panggul dan terus melalui jalan lahir pada saat persalinan mencapai *aterm*. Bagian presentasi adalah bagian tubuh janin yang pertama kali teraba oleh jari pemeriksa saat melakukan pemeriksaan dalam.

d) Letak janin

Letak janin adalah bagaimana sumbu janin berada terhadap sumbu ibu, misalnya letak lintang dimana sumbu janin tegak lurus pada sumbu ibu. Letak membujur dimana sumbu janin sejajar dengan sumbu ibu, letak yang dimaksud bisa letak kepala ataupun letak sungsang.

e) Sikap janin (*Habitus*)

Sikap janin disini adalah hubungan bagian-bagian tubuh janin yang satu dengan bagian tubuh yang lain, dimana sebagian merupakan akibat pola pertumbuhan janin dan sebagai akibat penyesuaian janin terhadap bentuk rongga

rahim. Pada kondisi normal, punggung janin sangat *fleksi*, kepala *fleksi* ke arah dada dan paha *fleksi* ke arah sendi lutut. Tangan disilangkan di depan toraks dan tali pusat terletak di antara lengan dan tungkai. Penyimpangan sikap normal dapat menimbulkan kesulitan saat anak dilahirkan.

f) Posisi janin

Ada lima variasi dari petunjuk arah dari bagian terbawah janin:

1. Letak belakang kepala (LBK)

Indikator: ubun-ubun kecil (uuk)

Variasi posisi:

- a. ubun-ubun kecil kiri depan
- b. ubun-ubun kecil kiri belakang
- c. ubun-ubun kecil melintang kiri
- d. ubun-ubun kecil kanan depan
- e. ubun-ubun kecil kanan belakang
- f. ubun-ubun kecil melintang kanan

2. Presentasi dahi

Indikator: teraba dahi dan ubun-ubun besar (uub)

Variasi posisi:

- a. ubun-ubun besar kiri depan
- b. ubun-ubun besar kiri belakang
- c. ubun-ubun besar melintang kiri

- d. ubun-ubun besar kanan depan
- e. ubun-ubun besar kanan belakang

3. Presentasi muka

Indikator : dagu (*mento*)

Variasi posisi :

- a. dagu kiri depan
- b. dagu kiri belakang
- c. dagu melintangkiri
- d. dagu kanan depan
- e. dagu kanan belakang
- f. dagu melintang kanan

4. Presentasi bokong

Indicator : *sacrum*

Variasi posisi:

- a. *sacrum* kiri depan
- b. *sacrum* kanan depan
- c. *sacrum* kanan belakang
- d. *sacrum* melintang kanan

5. Presentasi bahu (*scapula*)

- a. bahu kanan
- b. bahu kiri

g) *Stasion*

Stasion adalah hubungan bagian janin yang terbawah terhadap tinggi *spina ischiadica* dalam panggul ibu.

h) Air ketuban

Waktu persalinan, air ketuban membuka serviks dan mendorong selaput janin ke dalam ostium uteri. Bagian selaput anak yang berada di atas ostium uteri dan menonjol waktu his disebut dengan ketuban. Ketuban inilah yang membuka serviks

i) *Plasenta*

Plasenta adalah bagian dari kehamilan yang penting. Dimana plasenta memiliki peranan penting sebagai transport zat dari ibu ke janin, penghasil hormon yang berguna selama kehamilan, serta sebagai barrier.

2) *Passage*

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yaitu bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan *introitus* (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relative kaku. Oleh karena itu, ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai

3) *Power*

Power merupakan kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan terdiri dari his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligament, dengan kerja sama yang baik dan sempurna.

4) *Psyche* (psikologi)

Orang-orang terdekat Anda dapat memberikan Anda dukungan psikologis, yang akan membantu proses persalinan berkelanjutan. Dukungan psikologis adalah tindakan membuat pasien merasa nyaman di ruang bersalin, menawarkan sentuhan, memberikan pereda nyeri nonfarmakologis, memberikan analgetik jika diperlukan, dan yang terpenting, berada di sisinya. Keadaan psikologis yang sehat memudahkan proses persalinan.

f. Fisiologi persalinan

1) Kala I

a) Uterus

Ketika persalinan dimulai maka jaringan myometrium mengalami kontraksi dan relaksasi. Kontraksi uterus dikarenakan adanya rangsangan pada otot polos uterus dan penurunan hormon progesteron yang mengakibatkan keluarnya hormon oksitosin. Saat otot retraksi uterus tidak

kembali ke ukuran semula tapi terjadi perubahan ke ukuran yang lebih pendek secara progresif.

b) *Ligamentum rotundum*

Saat terjadi kontraksi fundus berpindah ke depan mendesak dinding perut depan ke arah depan.

c) *Servik*

Ada 2 proses fisiologi utama yang terjadi pada *servik*:

1. Pendataran *servik* disebut juga penipisan *servik*, pemendekan saluran *servik* dari 2 cm menjadi hanya berupa muara melingkar dengan tepi hampir setipis kertas. Proses ini terjadi dari atas ke bawah sebagai hasil dari aktivitas *myometrium*. Serabut-serabut otot setinggi os *servik internum* di tarik ke atas dan di pendekkan menuju segmen bawah uterus, sementara os *eksternum* tidak berubah
2. Pembukaan *servik*, pembukaan terjadi sebagai akibat dari kontraksi uterus serta tekanan yang berlawanan dari kantong *membrane* dan bagian bawah janin. Kepala janin saat *fleksi* akan membantu pembukaan yang efisien. Pada *primigravida* pembukaan di dahului oleh pendataran *servik*, sedangkan *multigravida* pembukaan *servik* dapat terjadi bersamaan dengan pendataran.

d) *Kardiovaskuler*

Dengan setiap kontraksi, 400 ml darah dikeluarkan dari rahim dan masuk ke sistem pembuluh darah ibu. Hal ini akan meningkatkan curah jantung sebesar 10% - 15%.

e) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi (rata-rata sistolik meningkat 15 mmHg, diastolik 5-10 mmHg), di antara kontraksi tekanan darah kembali normal pada tingkat sebelum persalinan. Rasa sakit, ketakutan dan kecemasan juga akan meningkatkan tekanan darah.

f) *Metabolisme*

Metabolisme anaerobik dan aerobik terus meningkat selama persalinan, begitu pula kontraksi otot dan kecemasan. peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernapasan, curah jantung, dan kehilangan cairan adalah tanda - tanda peningkatan metabolisme ini.

g) Ginjal

Poliuria akan terjadi pada saat persalinan. Hal ini mungkin disebabkan oleh peningkatan curah jantung selama persalinan dan peningkatan filtrasi glomerulus serta aliran plasma ginjal

h) *Hematologi*

Hemoglobin meningkat menjadi 1,2 gram/100ml selama persalinan dan akan kembali ke tingkat sebelum melahirkan pada hari setelah melahirkan kecuali jika terjadi perdarahan pascapersalinan.

i) Vagina dan Dasar Panggul

Cairan ketuban meregangkan bagian atas vagina sehingga bayi bisa melewatinya. Setelah ketuban pecah, segala perubahan yang diakibatkan bagian depan bayi pada dasar panggul menjadi saluran berdinding tipis. Dari luar, peregangan ke depan tampak seperti perineum yang menonjol dan menipis, sedangkan anus menjadi terbuka. Peregangan yang kuat ini disebabkan oleh peningkatan pembuluh darah pada vagina dan dasar panggul, namun jika jaringan tersebut robek akan menyebabkan pendarahan yang banyak.

2) Kala II

a) Tekanan darah

Tekanan darah akan meningkat 15 hingga 25 mmHg saat kontraksi stadium II. Upaya ibu untuk mengejan juga dapat mempengaruhi tekanan darah. Peningkatan rata-rata tekanan darah sebesar 10 mmHg di antara kontraksi saat wanita mengejan adalah hal yang normal.

b) *Metabolisme*

Upaya mengejan yang dilakukan ibu akan meningkatkan aktivitas otot rangka sehingga mendorong peningkatan metabolisme, mengiringi peningkatan metabolisme hingga kala dua.

c) Denyut nadi

Dengan setiap dorongan, frekuensi denyut nadi ibu berubah. Umumnya, takikardia dan peningkatan denyut nadi terjadi pada kala dua persalinan, yang mencapai puncaknya pada saat kelahiran.

d) Suhu

Momen kelahiran dan momen setelahnya mengalami lonjakan suhu paling besar. Peningkatan yang umum terjadi adalah antara 0,5 dan 1°C.

e) Sistem pernapasan

Karena peningkatan tambahan curah jantung selama persalinan, terjadi sedikit peningkatan laju pernapasan, yang merupakan hal yang khas dan mencerminkan peningkatan metabolisme.

f) Ginjal

Poliuria merupakan kelainan umum yang timbul saat melahirkan. Hal ini mungkin disebabkan oleh peningkatan tambahan curah jantung selama persalinan, serta peningkatan aliran plasma ginjal dan laju filtrasi glomerulus. Posisi terlentang mengurangi aliran urin selama kehamilan, sehingga poliuria tidak terlalu terlihat.

g) *Gastrointestinal*

Pada kala kedua, masih terjadi penurunan motilitas lambung. Biasanya, muntah hanya terjadi pada kejadian yang jarang terjadi. Muntah tanpa henti adalah hal yang tidak normal dan bisa menjadi tanda pecahnya rahim atau masalah lain selama kehamilan.

h) Dorongan mengejan

Perubahan *fisiologis* terjadi akibat *montinuasi* kekuatan serupa yang telah bekerja sejak jam-jam awal persalinan, tetapi aktivitas ini mengalami akselerasi setelah *serviks* berdilatasi lengkap namun, akselerasi ini tidak terjadi secara tiba-tiba. Beberapa wanita merasakan dorongan mengejan sebelum *servik* berdilatasi lengkap dan sebagian lagi tidak merasakan aktivitas ini sebelum sifat ekspulsif penuh. Kontraksi menjadi *ekspulsif* pada saat janin turun lebih jauh ke dalam vagina. Tekanan dan bagian janin

yang berpresentasi menstimulasi reseptor saraf di dasar *pelvic* (hal ini di sebut *reflek ferguson*) dan ibu mengalami dorongan untuk mengejan. Reflek ini pada awalnya dapat dikendalikan hingga batas tertentu, tetapi menjadi semakin kompulsif, kuat, dan involunter pada setiap kontraksi. Respon ibu adalah menggunakan kekuatan ekspulsi sekundernya dengan mengontraksikan otot abdomen dan *diafragma*.

i) Pergeseran jaringan lunak

Saat kepala janin yang keras menurun, jaringan lunak *pelvis* mengalami pergeseran. Dari *anterior*, kandung kemih terdorong ke atas ke dalam abdomen tempat risiko cedera terhadap kandung kemih lebih sedikit selama penurunan janin. Akibatnya, terjadi peregangan dan penipisan *uretra* sehingga lumen uretra mengecil. Dari *posterior rectum* menjadi rata dengan *kurvasacrum*, dan tekanan kepala menyebabkan keluarnya materi *fekal residual*. Otot *levator* anus berdilatasi, menipis, dan bergeser ke arah *lateral*, dan badan perineum menjadi datar, meregang, dan tipis. Kepala janin menjadi terlihat pada vulva, maju pada setiap kontraksi dan mundur di antara kontraksi sampai terjadinya *crowning*

j) *Hematologi*

Selama persalinan, *hemoglobin* meningkat rata-rata 1,2 gm/100 ml. Jika tidak ada kehilangan darah yang tidak normal, darah akan pulih ke tingkat sebelum melahirkan pada hari pertama pascapersalinan.

3) Fisiologis kala III

Tempat *implantasi plasenta* mengalami pengerutan akibat pengosongan *kavum uteri* dan kontraksi lanjutan sehingga plasenta dilepaskan dari perlekatannya dan pengumpulan darah pada ruang *utero-plasenter* akan mendorong plasenta keluar. Otot uterus (*myometrium*) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding rahim, setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina.

4) Fisiologis kala IV

Rahim sering kali terletak di tengah perut, sekitar dua pertiga antara simfisis pubis dan umbilikus, atau sedikit di atasnya, setelah evakuasi plasenta.

g. Tanda Bahaya Persalinan

- 1) Perdarahan lewat jalan lahir
- 2) Air ketuban hijau dan berbau
- 3) Ibu gelisah atau mengalami kesakitan yang hebat
- 4) Ibu tidak kuat mengejan
- 5) Tali pusar atau tangan bayi keluar dari jalan lahir
- 6) Ibu mengalami kejang

h. Asuhan Persalinan

Asuhan Persalinan Normal Menurut Buku Saku Kebidanan, Obstetrik Edisi 2018. Tatalaksana asuhan persalinan normal tergabung dalam 60 langkah APN, yaitu :

Mengenali Tanda dan Gejala Kala II

Mendengar, melihat dan memeriksa gejala dan tanda kala dua

- a) Ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran
- b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina
- c) Perineum tampak menonjol
- d) Vulva dan sfinger ani membuka

Menyiapkan Pertolongan Persalinan

- 1) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk resusitasi : tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat, 3 handuk/kain bersih

dan kering, alat penghisap lendir, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm di atas tubuh bayi.

a) Menggelar kain di atas perut ibu dan tempat resusitasi serta ganjal bahu bayi

b) Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set

2) Pakai celemek plastic

3) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering

4) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam

5) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik, gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT dan steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).

Memastikan Pembukaan Lengkap dan Keadaan Janin Baik

1) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.

a) Jika *introitus vagina*, *perineum* atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang

- b) Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia
 - c) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5 %
- 2) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.
- Bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi
- 3) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan 0,5 % selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
- 4) Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi/ saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120 - 160x/menit).
- a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
 - b) Mendokumentasikan hasil - hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf

Menyiapkan Ibu dan Keluarga Untuk Membantu Proses Bimbingan Meneran

- 1) Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
 - a) Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin.
 - b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan member semangat pada ibu untuk meneran secara benar.
- 2) Minta keluarga membantu menyiapkan proses meneran. (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontrakssi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).
- 3) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran:
 - a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif
 - b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
 - c) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama)
 - d) Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi

- e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu
 - f) Berikan cukup asupan cairan peroral (minum)
 - g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai
 - h) Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (primigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (multigravida)
- 4) Anjurkan ibu untuk berjalan, jongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasakan keinginan untuk mengejan dalam waktu 60 menit.

Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

- 1) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) pada perut ibu, jika kepala bayi sudah memperlihatkan vulva dengan diameter 5-6 cm.
- 2) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 di bawah pantat ibu.
- 3) Buka tutup alat partus set dan lihat kembali kelengkapan alat dan bahannya.
- 4) Kenakan sarung tangan DTT di kedua tangan.

Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

- 1) Setelah terlihat kepala bayi berdiameter 5-6 cm, buka vulva, lindungi perineum dengan salah satu tangan ditutup dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi

untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal.

- 2) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi.
 - a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi
 - b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara dua klem tersebut
- 3) Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan

Lahirnya bahu

- 1) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

Lahirnya badan dan tungkai

- 1) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah untuk kepala dan bahu, gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas
- 2) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya.

Penanganan Bayi Baru Lahir

- 1) Lakukan penilaian (selintas)
 - a) Apakah bayi cukup bulan?
 - b) Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernapas tanpa kesulitan?
 - c) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

Bila salah satu jawabannya adalah "TIDAK", lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir. Bila semua jawaban adalah "YA", lanjut ke langkah 26.

- 2) Keringkan tubuh bayi

Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan

verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Biarkan bayi di atas perut ibu.

- 3) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (kehamilan tunggal).
- 4) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
- 5) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
- 6) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
- 7) Pemotongan dan pengikatan tali pusat
 - a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut
 - b) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya
 - c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan

8) Letakkan bayi tengkurap didada ibu agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi. Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

a) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusui pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara. Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.

Kala III

Kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban.

Tanda lepasnya plasenta:

- 1) Perubahan bentuk dan tinggi fundus uteri
- 2) Tali pusat memanjang
- 3) Semburan dada mendadak dan singkat

Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala Tiga

- 1) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- 2) Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
- 3) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang - atas (*dorso-kranial*) secara hati-hati (untuk mencegah *inversio uteri*). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas.
 - a) Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
- 4) Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).
 - a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta

b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:

1. Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM
2. Lakukan kateterisasi (aseptic) jika kandung kemih penuh
3. minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
4. Ulangi penegangan tali pusat 15 menit Berikutnya
5. Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual
6. Saat plasenta muncul di *introitus vagina*, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.
 - a) Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput, kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.

Rangsangan taktil (*masase uterus*)

- 1) *masase uterus* segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir. Tekankan telapak tangan pada fundus dan gerakkan

pijatan dengan gerakan melingkar lembut hingga rahim berkontraksi dan fundus menjadi kaku.

a) Jika, setelah 15 detik *masase*, rahim tidak berkontraksi, lakukan tindakan yang tepat.

Menilai perdarahan

- 1) Pastikan selaput ketuban utuh dan tidak pecah, dan periksa plasenta pada sisi ibu dan bayi. Masukkan plasenta ke dalam wadah atau kantong plastik yang telah ditentukan.
- 2) Periksa kemungkinan adanya luka pada perineum dan vagina. Jika terjadi pendarahan akibat laserasi, jahitlah. Jahit robekan sesegera mungkin jika terjadi pendarahan aktif.

Melakukan Prosedur Pasca Persalinan

- 1) Pastikan tidak ada pendarahan vagina dan rahim berkontraksi secara normal.
- 2) Saat masih mengenakan sarung tangan, celupkan tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, bilas dengan air DTT, lalu keringkan dengan tisu atau handuk tangan yang segar dan kering.

Derajat Robekan / Laserasi Vagina dan Perineum

- 1) Derajat I

Laserasi epitel vagina atau laserasi pada kulit perineum saja

2) Derajat II

Melibatkan kerusakan pada otot-otot perineum, tetapi tidak melibatkan kerusakan sfingter ani

3) Derajat III

Kerusakan pada otot sfingter ani

4) Derajat IV

Robekan stadium tiga disertai robekan epitel anus.

Kala IV

Persalinan kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu

Selama Dua Jam Postpartum:

- 1) Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih, dan darah yang keluar setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua
- 2) Masase uterus untuk membuat kontraksi menjadi baik setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua
- 3) Pantau temperatur tubuh setiap jam dalam dua jam pertama pasca persalinan
- 4) Nilai perdarahan

Evaluasi

- 1) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik serta kandung kemih kosong
- 2) Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
- 3) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
- 4) Periksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik
- 5) Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/menit).

Kebersihan dan Keamanan

- 1) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi
- 2) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
- 3) Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
- 4) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan Air Susu Ibu (ASI). Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya
- 5) Dekontaminasi tempat bersalin dan apron yang dipakai dengan larutan klorin 0,5%

- 6) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan dalam keadaan terbalik kemudian rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
- 7) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering
- 8) Pakai sarung tangan bersih atau DTT untuk penatalaksanaan bayi baru lahir
- 9) Dalam waktu satu jam, beri antibiotika salep mata pencegahan, dan vitamin K1, 1 mg intramuscular di paha kiri anterolateral. Setelah itu lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pantai setiap 15 menit untuk pastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5)
- 10) Setelah satu jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B dipaha kanan anterolateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan
- 11) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik di dalam larutan klorin 0,5%
- 12) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering

Dokumentasi

- 1) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala 4

PARTOGRAF

No Register: Nama Ibu: Umur: G: P: A:
 No Puskesmas: Tanggal: Jam:

Ketuban Pecah: Sejak jam Mijes Sejak Jam

200	
180	
170	
160	
150	
140	
130	
120	
110	
100	
90	
80	

Daftar Obat
 Obat dan
 Cairan
 Obat (1)

Temporaleur °C

Ukt. Beken
 Asam
 Kalsium

Gambar 1.1 Partograf

Sumber : (MMN 2018)

3. Nifas

a. Definisi

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (MMN, 2018)

b. Perubahan fisiologis nifas

Organ dalam dan luar secara progresif kembali ke keadaan sebelum hamil selama fase pascapersalinan. Perubahan pada seluruh alat kelamin ini sebagai involusi. Pada masa ini terjadi juga perubahan penting lainnya, perubahan-perubahan yang terjadi antara lain sebagai berikut:

1) Perubahan sistem reproduksi

a) uterus

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil (Wahida Yuliana, 2021) Proses involusi uterus adalah sebagai berikut:

Table 1.3 Involusi uterus (MMN, 2018)

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Plasenta lahir	2 jari bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan antara pusat-simfisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba di atas simfisis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar norml	30 gram

b) Lochia

Selama fase nifas, rongga rahim dan vagina mengeluarkan cairan yang disebut lochia. (MMN, 2018).

Jenis - jenis lochia:

Lochia Rubra (cruenta)	:	Berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium selama 2 hari pasca persalinan.
Lochia Sanguinolenta	:	Berwarna merah kuning berisi darah dan lendir, hari ke 3 - 7 pasca persalinan.
Lochia Serosa	:	Berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7 - 14 pasca persalinan
Lochia alba	:	Berwarna putih, setelah 2 minggu

Lochia Purulenta : Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk

Lochiostasis : Pengeluaran lochia tidak lancar

c) Servik

Setelah melahirkan, mungkin ada sayatan kecil, leher rahim sedikit terbuka, dan konsistensi lembek. Tangan masih bisa masuk ke dalam rahim setelah bayi dilahirkan; setelah dua jam, dua hingga tiga jari bisa melewatinya, dan setelah tujuh hari, hanya satu jari yang bisa melewatinya.

d) Vagina dan Perineum

Selama proses persalinan, vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendor. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama. Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu.

2) Perubahan sistem pencernaan

a) Nafsu makan

Pasca melahirkan, biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengonsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3 - 4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesterone menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu dua hari.

b) *Motilitas*

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot *traktus* cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan *analgesia* dan *anastesia* bisa memperlambat pengembalian tonus dan *motilitas* ke keadaan normal.

c) Pengosongan usus

Pasca melahirkan, Ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi jalan lahir. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal.

3) Perubahan sistem *musculoskeletal*

Setelah melahirkan, otot-otot rahim langsung berkontraksi. Setelah plasenta lahir, pendarahan akan berhenti ketika pembuluh darah di antara otot-otot rahim tertekan. Karena ligamen retunum menjadi longgar, ligamen, diafragma panggul, dan fasia yang tegang saat melahirkan semakin menyusut dan memulihkan diri, menyebabkan rahim sering tergelincir ke belakang dan mengalami retrofleksi. Setelah melahirkan, wanita sering kali melaporkan mengalami "kehilangan rahim" karena melonggarnya ligamen, fasia, dan jaringan pendukung alat kelamin mereka. Setelah lahir, stabilitas selesai enam sampai delapan minggu kemudian.

4) Perubahan tanda - tanda vital

a) Suhu

Suhu maksimum yang dapat dicapai tubuh wanita saat melahirkan adalah $37,2^{\circ}\text{C}$. Suhu dapat meningkat sekitar $0,5^{\circ}\text{C}$ setelah melahirkan, tetapi tidak akan melebihi 8°C . Biasanya suhu tubuh kembali normal setelah dua jam pertama setelah melahirkan. Jika suhu melebihi 38°C , kemungkinan ibu terinfeksi.

b) Nadi

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

c) Tekanan darah

Dalam kebanyakan kasus, tekanan darah tetap sama setelah melahirkan. Pendarahan bisa menjadi penyebab perubahan tekanan darah ke nilai yang lebih rendah setelah melahirkan. Sebaliknya, hipertensi postpartum merupakan salah satu indikator terjadinya preemklapsia postpartum.

d) Pernafasan

Pada ibu post partum, umumnya pernafasan lambat atau normal. Hal ini dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

5) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Setelah persalinan, volume darah ibu relative akan bertambah. Keadaan ini akan menyebabkan beban pada jantung dan akan menimbulkan *decompensatio cordis* pada pasien dengan *vitum cardio*. Keadaan ini dapat diatasi

menggunakan mekanisme kompensasi dengan tumbuhnya haemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sedia kala. Umumnya ini akan terjadi pada 3-5 hari *post partum*.

6) Perubahan Sistem *Hematologi*

Pada awal *post partum*, jumlah *hemoglobin*, *hematokrit*, dan *eritrosit* sangat bervariasi. Hal ini disebabkan volume darah, volume plasenta, dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Tingkatan ini dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi dari wanita tersebut. Jika hematokrit pada hari pertama atau kedua lebih rendah dari titik 2 persen atau lebih tinggi dari pada saat memasuki persalinan awal, maka pasien dianggap telah kehilangan darah yang cukup banyak. Titik 2 persen kurang lebih sama dengan kehilangan darah 500 ml darah. Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan *hematokrit* dan *hemoglobin* pada hari ke 3-7 *post partum* dan akan normal dalam 4-5 minggu *post partum*. Jumlah kehilangan darah selama masa persalinan kurang lebih 200-500 ml, minggu pertama *post partum* berkisar 500-800 ml dan selama sisa masa nifas berkisar 500 ml.

7) Perubahan Sistem Endokrin

a) Hormon plasenta

Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG (*Human Chorionic Gonadotropin*) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 post partum dan sebagai omset pemenuhan *mamae* pada hari ke-3 post partum.

b) *Hormone Pituitary*

Prolaktin darah akan meningkat dengan cepat. Pada wanita yang tidak menyusui, prolaktin menurun dalam waktu 2 minggu.

c) *Hormon Pituitary Ovarium*

Lamanya wanita mendapatkan menstruasi juga dipengaruhi oleh faktor menyusui. Sering kali menstruasi pertama ini bersifat *anovulasi* karena rendahnya kadar *estrogen* dan *progesterone*

d) Kadar *Estrogen*

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar *estrogen* yang bermakna sehingga aktivitas *prolaktin* yang juga sedang meningkat dapat mempengaruhi kelenjar *mamae* dalam menghasilkan ASI.

c. Perubahan Psikologis Nifas

Perubahan psikologis pada masa nifas diantaranya (Rosyati, 2017)

1) Periode *Taking In*

Terjadi Kebutuhan seorang ibu akan tidur dan makanan meningkat dalam satu atau dua hari pertama setelah melahirkan, dan dia tetap patuh dan sangat bergantung pada orang lain.

2) Periode *Taking Hold*

Selama tiga sampai lima hari pertama setelah melahirkan, ibu berfokus terutama pada kemampuannya untuk mengambil tanggung jawab penuh atas perawatan bayinya. Para ibu menjadi cukup sensitif pada masa ini, oleh karena itu mereka menginginkan dukungan dan arahan untuk membantunya menghadapi kritik yang didapat.

3) Periode *Letting Go*

Dialami setelah ibu dan bayi tiba di rumah. Ibu mulai menerima atau merasa sepenuhnya bahwa kebutuhan bayi sangat bergantung padanya.

d. Tanda Bahaya Nifas

Tanda bahaya/komplikasi nifas (Kementerian Kesehatan RI, 2022)

1) Demam lebih dari 2 hari

2) Keluar cairan berbau dari jalan lahir

- 3) Payudara bengkak, merah disertai rasa sakit
- 4) Bengkak di wajah, tangan, kaki, atau sakit kepala dan kejang-kejang
- 5) Ibu terlihat sedih, murung dan menangis tanpa sebab (depresi)
- 6) Pendarahan lewat jalan lahir

e. Asuhan Masa Nifas

Kunjungan masa nifas dilakukan sedikitnya 4 kali kunjungan karena untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi (Rosyati, 2017).

- 1) Kunjungan pertama (6 jam - 2 hari setelah persalinan)

Tujuan :

- a) Menghentikan pendarahan setelah melahirkan karena atonia uteri.
- b) Temukan dan atasi penyebab pendarahan lebih lanjut; jika pendarahan terus berlanjut, dapatkan bantuan.
- c) Berikan nasihat kepada ibu atau anggota keluarga tentang cara menghentikan perdarahan pascapersalinan yang berhubungan dengan atonia uteri.
- d) Pemberian ASI awal
- e) memungkinkan terjadinya komunikasi antara ibu dan anaknya
- f) Menjaga kesehatan bayi dengan hipotermia

2) Kunjungan kedua (3 - 7 hari setelah persalinan)

Tujuan :

- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan, tidak ada bau
- b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi perdarahan abnormal
- c) Memastikan ibu untuk mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat
- d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
- e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga agar bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari

3) Kunjungan ketiga (8 - 28 hari setelah persalinan)

Tujuan :

- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan, tidak ada bau
- b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi perdarahan abnormal
- c) Memastikan ibu untuk mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat

- d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
 - e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga agar bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari
- 4) Kunjungan keempat setelah (29-42 hari setelah persalinan)
- Tujuan :
- a) Pastikan tidak ada darah atau bau, rahim berkontraksi, fundus berada di bawah umbilikus, dan involusi uterus normal.
 - b) Periksa gejala infeksi, demam, atau pendarahan yang tidak biasa.
 - c) Memastikan ibu untuk mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat
 - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda - tanda penyulit
 - e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga agar bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari - hari
 - f) Menanyakan kepada ibu tentang penyulit - penyulit yang ibu atau bayi alami
 - g) Memberikan konseling untuk KB secara dini.

4. Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

Bayi Baru Lahir (*Neonatus*) adalah bayi yang berusia 0-28 hari. Bayi Baru Lahir normal mempunyai ciri - ciri berat badan lahir 2500 - 4000 gram, umur kehamilan 37 - 40 minggu, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, menghisap Air Susu Ibu (ASI) dengan baik, dan tidak ada cacat bawaan(Khuzazanah, 2023)

b. Fisiologi Bayi Baru Lahir

Fisiologi bayi baru lahir menurut (Sembiring, 2019)

1) Sistem pernapasan

Pernapasan pertama pada bayi normal terjadi pada waktu 30 menit pertama sesudah lahir. Cara *neonatus* bernapas dengan cara bernapas *difrakmatik* dan *abdominal*. Sedangkan untuk frekuensi dan dalamnya bernapas belum teratur.

2) Suhu tubuh

Empat kemungkinan mekanisme yang dapat menyebabkan bayi baru lahir kehilangan panas tubuhnya

a) *Konduksi*

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi

b) *Konveksi*

Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang bergantung pada kecepatan dan suhu udara).

c) *Radiasi*

Panas dipancarkan dan BBL keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 objek yang mempunyai suhu berbeda)

d) *Evaporasi*

Panas hilang melalui proses penguapan yang tergantung pada kecepatan dan kelembapan udara (perpindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap)

3) Sistem Peredaran darah

Tekanan darah pada waktu lahir dipengaruhi oleh jumlah darah yang melalui transfuse plasenta yang pada jam-jam pertama sedikit menurun, untuk kemudian naik lagi dan menjadi konstan .

4) Sistem *Metabolisme*

Pada jam-jam pertama kehidupan, energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua, energy berasal dari pembakaran lemak.

c. Asuhan Bayi Baru Lahir

Menurut (Khuzazanah, 2023), yaitu:

1) Tahap pertama adalah pengkajian setelah bayi lahir, yang bertujuan untuk mengkaji adaptasi bayi baru lahir, yang bertujuan untuk mengkaji adaptasi bayi baru lahir dari kehidupan di dalam uterus ke kehidupan luar uterus, yaitu dengan melakukan penilaian APGAR

Tabel 1.4 Penilaian APGAR Score

Keterangan		0	1	2
A	Appearance (Warna kulit)	seluruh tubuh biru pucat	Tubuh kemerahan, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
P	Pulse (Laju jantung)	Tidak ada	< 100 x /menit	≥ 100 x / menit, bayi terlihat bugar
G	Grimace (Refleks)	Tidak Bereaksi	Gerakan sedikit	Reaksi melawan
A	Activity (Tonus otot)	Lumpuh	Ekstremitas fleksi sedikit	Gerakan aktif
R	Respiration (Usaha bernapas)	Tidak ada	Lambat	Menangis kuat

Sumber: (MMN, 2018)

- 2) Tahap kedua adalah pengkajian keadaan fisik bayi baru lahir. pengkajian ini dilakukan untuk memastikan bayi dalam keadaan normal atau tidak mengalami penyimpangan.
- a) Lihat postur, tonus dan aktivitas: posisi tungkai dan lengan fleksi, bayi sehat akan bergerak aktif.
 - b) Lihat kulit; wajah, bibir dan selaput lendir, dada harus berwarna merah muda, tanpa adanya kemerahan atau bisul.
 - c) Hitung pernapasan dan lihat tarikan dinding dada bawah ketika bayi sedang tidak menangis; frekuensi napas normal 40 - 60 kali per menit, tidak ada tarikan dinding dada bawah yang dalam.
 - d) Hitung denyut jantung dengan meletakkan stetoskop di dada kiri setinggi apeks kordis; denyut jantung normal 120-160 kali per menit.
 - e) Lakukan pengukuran suhu ketiak dengan thermometer, suhu normal adalah 36,5 - 37,5°C
 - f) Lihat dan raba bagian kepala; bentuk kepala terkadang asimetris karena penyesuaian pada saat proses persalinan, umumnya hilang dalam 48 jam. Ubun-ubun besar rata atau tidak membonjol, dapat sedikit membonjol saat bayi menangis.
 - g) Lihat mata; tidak ada kotoran/secret

- h) Lihat bagian dalam mulut, bibir, gusi, langit - langit utuh dan tidak ada bagian yang terbelah, nilai kekuatan isap bayi.
- i) Lihat dan raba perut; perut bayi datar, teraba lemas
- j) Lihat tali pusat; tidak ada perdarahan, pembengkakan, nanah, bau yang tidak enak pada tali pusat atau kemerahan sekitar tali pusat
- k) Lihat punggung dan raba tulang belakang; kulit terlihat utuh, tidak terdapat lubang dan benjolan pada tulang belakang
- l) Pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah; tidak terdapat sindaktili, polidaktili, siemenline, dan kelainan kaki (pes equino varus dan vagus).
- m) Lihat lubang anus; terlihat lubang anus dan periksa apakah mekonium sudah keluar. Tanyakan pada ibu apakah bayi sudah buang air besar; biasanya mekonium keluar dalam 24 jam setelah lahir, lihat dan raba alat kelamin luar bayi perempuan kadang terlihat cairan vagina berwarna putih atau kemerahan.

d. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Menurut (Kementerian Kesehatan RI, 2022), yaitu:

- 1) Tinja bayi saat buang air besar berwarna pucat
- 2) Demam/panas tinggi

- 3) Diare
- 4) Muntah–muntah
- 5) Kulit dan mata bayi kuning
- 6) Lemah
- 7) Dingin
- 8) Menangis atau merintih terus - menerus
- 9) Sesak napas
- 10) Kejang
- 11) Tidak mau menyusu
- 12) Tali pusat kemerahan sampai dinding perut, berbau atau bernanah

5. Manajemen Asuhan Kebidanan 7 Langkah Varney

Tujuh langkah proses manajemen kebidanan, menurut Varney (2007) (Pratiwi, 2021) yaitu:

1. Langkah I (Pengkajian): Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap.

a.Data Subyektif

Merupakan informasi yang dicatat dan diperoleh dari hasil wawancara langsung kepada pasien/klien atau dari keluarga dan tenaga kesehatan. Data subyektif meliputi:

- 1) Identitas pasien

- 2) Nama pasien
- 3) Umur
- 4) Suku/bangsa
- 5) Agama
- 6) Pendidikan
- 7) Pekerjaan
- 8) Alamat pasien
- 9) Alasan berkunjung
- 10) Keluhan utama
- 11) Kesehatan sekarang / kronologi
- 12) Riwayat kesehatan yang lalu
- 13) Riwayat kesehatan keluarga
- 14) Riwayat pernikahan
- 15) Riwayat menstruasi
- 16) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi yang lalu
- 17) Pola kebiasaan sehari - hari
- 18) Riwayat kontrasepsi
- 19) Riwayat psikososial
- 20) Riwayat sosial budaya

b. Data Obyektif

Pencatatan dilakukan dari hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan khusus kebidanan, data penunjang yang dilakukan sesuai dengan beratnya masalah.

a) Pemeriksaan fisik umum meliputi:

1. Keadaan umum
2. Kesadaran
3. Tanda - tanda vital
4. Berat badan saat hamil
5. Tinggi badan
6. Lingkar Lengan Atas (LILA)

b) Pemeriksaan fisik khusus (Head To Toe) meliputi:

1. Kepala
2. Wajah
3. Mata
4. Hidung
5. Telinga
6. Mulut dan gigi
7. Leher
8. Dada
9. Payudara
10. Abdomen (kehamilan)
11. Genetalia
12. Ekstremitas

c) Pemeriksaan panggul luar

d) Pemeriksaan penunjang

2. Langkah II (Interpretasi Data Dasar)

Pada langkah ini dilakukan interpretasi data yang benar terhadap diagnose atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data - data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik.

3. Langkah III (Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial)

Pada langkah ini dilakukan identifikasi masalah atau diagnose potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnose yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap - siap bila diagnose atau masalah potensial benar - benar terjadi

4. Langkah IV (Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera)

Tahap ini menentukan apakah bidan atau dokter perlu segera bertindak, berkonsultasi dengan anggota tim kesehatan lainnya, atau menangani situasi klien bersama-sama dengan mereka.

5. Langkah V (Planning/Intervensi) : Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah - langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi.

6. Langkah VI (Implementasi)

Implementasi atau penatalaksanaan asuhan disesuaikan dengan rencana tindakan atau intervensi.

7. Langkah VII (Evaluasi)

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektivan dari asuhan yang telah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar telah dipenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana rencana tersebut dapat dianggap efektif dalam pelaksanaannya.

7. Pendokumentasian SOAP

SOAP adalah singkatan dari Subjective (Subjektif), Objective (Objektif), Assesment, Planning. Tahap - tahapan manajemen SOAP, (Pratiwi, 2021) yaitu:

S :Data Subjektif

Data ini diperoleh melalui anamnesa

O :Data Objektif

Hasil pemeriksaan klien dan pemeriksaan pendukung lainnya

A :Assesment

Interpretasi berdasarkan data yang terkumpul dibuat kesimpulan

P :Planning (Penatalaksanaan)

Merupakan tindakan dari diagnosa yang telah dibuat