

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Persalinan

2.1.1 Pengertian

Persalinan merupakan pengeluaran hasil konsepsi yang telah mampu hidup di luar kandungan melalui beberapa proses seperti adanya penipisan dan pembukaan serviks, serta adanya kontraksi yang berlangsung dalam waktu tertentu tanpa penyulit (Rohani, 2011).

Menurut Prawirohardjo (2014), persalinan merupakan fase-fase terakhir kehamilan yang ditandai dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabkan penipisan, dilatasi serviks, dan mendorong janin keluar melalui jalan lahir. Persalinan dikatakan normal jika janin yang dilahirkan pada kehamilan cukup bulan yaitu 37-42 minggu.

Menurut Sondakh (2013), Persalinan adalah proses pengeluaran (kelahiran) hasil konsepsi yang dapat hidup di luar uterus melalui vagina ke dunia luar. Proses tersebut dapat dikatakan normal atau spontan jika bayi yang dilahirkan berada pada posisi letak belakang kepala dan berlangsung tanpa bantuan alat-alat atau pertolongan, serta tidak melukai ibu dan bayi. Pada umumnya proses ini berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam

2.1.2 Etiologi

Persalinan belum dapat diketahui dengan pasti penyebab terjadinya, namun beberapa teori menyebutkan terjadinya persalinan yaitu sebagai berikut:

a. Teori penurunan hormon

Saat 1-2 minggu sebelum proses melahirkan dimulai, terjadi penurunan kadar estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim, jika kadar progesteron turun akan menyebabkan tegangnya pembuluh darah dan menimbulkan his (Sulistyawati, 2013).

b. Teori keregangan

Ukuran uterus yang makin membesar dan mengalami peregangan akan mengakibatkan otot-otot uterus mengalami iskemia sehingga mungkin dapat menjadi faktor yang mengganggu sirkulasi utero plasenta yang pada akhirnya membuat plasenta mengalami degenerasi. Ketika uterus berkontraksi dan menimbulkan tekanan pada selaput ketuban, tekanan hidrostatis kantong amnion akan melebarkan saluran serviks (Sondakh, 2013).

c. Teori oksitosin interna

Hipofisis posterior menghasilkan hormon oksitosin. Adanya perubahan keseimbangan antara estrogen dan progesteron dapat mengubah tingkat sensitivitas otot rahim, mengakibatkan terjadinya kontraksi uterus yang disebut *Baxton Hicks* (Sondakh, 2013).

d. Teori prostaglandin

Peningkatan konsentrasi prostaglandin dimulai sejak usia kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Peningkatan ini

menimbulkan kontraksi myometrium sehingga dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan (Rohani, 2011)

2.1.3 Tanda-Tanda Persalinan

Menurut Sondakh (2013), tanda-tanda dimulainya proses persalinan adalah sebagai berikut:

a. Terjadinya his persalinan

Sifat his persalinan adalah:

- 1) Pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan
- 2) Sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar
- 3) Makin beraktivitas (jalan), kekuatan akan semakin bertambah

b. Pengeluaran lendir serviks

Terjadinya his persalinan mengakibatkan terjadinya perubahan pada serviks yang akan menimbulkan:

- 1) Pendataran dan pembukaan.
- 2) Pembukaan menyebabkan lendir yang berada di kanalis servikalis lepas.
- 3) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

c. Pengeluaran cairan

Pada beberapa kasus persalinan akan terjadi pecah ketuban. Sebagian besar, keadaan ini terjadi menjelang pembukaan lengkap. Setelah adanya pecah ketuban, diharapkan proses persalinan akan berlangsung kurang dari 24 jam.

Hasil-hasil yang didapatkan pada pemeriksaan dalam yaitu :

- 1) Perlunakan serviks
- 2) Pendataran serviks
- 3) Pembukaan serviks

2.1.4 Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

a. *Power* (Tenaga atau Kekuatan)

Menurut Sondakh (2013), *power* merupakan tenaga yang dikeluarkan untuk melahirkan janin, yaitu kontraksi uterus atau his dari tenaga mengejan ibu. Berdasarkan Rohani (2013), menyatakan bahwa kekuatan primer yang diperlukan dalam persalinan adalah his, sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah tenaga meneran ibu.

Menurut sifatnya, his dibedakan menjadi his pendahuluan (his palsu) dan his persalinan.

1) His pendahuluan (His palsu)

His Pendahuluan merupakan peningkatan kontraksi dari barxton hicks. Frekuensi dari jenis his ini tidak teratur dan menyebabkan nyeri perut bagian bawah dan lipat paha, tetapi tidak menyebabkan nyeri yang memencar dari pinggang ke perut bagian bawah. Lama kontraksinya pendek dan tidak bertambah kuat bila dibawa berjalan, tetapi sering berkurang. Kualitas his ini tidak bertambah kuat dengan majunya waktu dan tidak memberikan pengaruh pada serviks.

2) His persalinan

His ini awalnya timbul perlahan tetapi teratur. Makin lama bertambah kuat, sampai pada puncaknya ialah yang paling kuat. Makin lama makin cepat dan jaraknya teratur sesuai dengan proses persalinan sampai bayi dilahirkan. Menurut fisiologisnya his persalinan dapat dibagi menjadi his pembukaan, his pengeluaran, his pelepasan plasenta dan his pengiring.

a) His pembukaan: his menimbulkan pembukaan dari serviks sampai terjadi pembukaan lengkap 10 cm. Sifat spesifik dari kontraksi otot rahim kala pertama adalah:

(1) Intervalnya makin lama makin pendek.

(2) Kekuatannya makin besar dan kala kelahiran diikuti dengan refleks mengejan.

(3) Diikuti dengan retraksi, artinya panjang otot rahim yang telah berkontraksi tidak akan kembali ke bentuk semula.

b) His pengeluaran: his yang mendorong bayi keluar, disertai dengan keinginan mengejan, sangat kuat, teratur, dan terkoordinasi bersama antara his kontraksi atau perut, kontraksi diafragma, serta ligamen.

c) His pelepasan plasenta: his dengan kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.

d) His pengiring: kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, pengecilan rahim akan terjadi dalam beberapa jam atau hari

b. Passage (Jalan Lahir)

Menurut Sondakh (2013), jalan lahir terbagi atas dua, yaitu jalan lahir jalan lahir lunak dan keras. Pada jalan lahir lunak hal yang perlu diperhatikan yaitu segmen bawah uterus yang dapat meregang, serviks, otot dasar panggul, vagina, dan introitus vagina. Sedangkan, jalan lahir keras yaitu sebagai berikut:

1) Dua *os coxae* (disebut juga tulang innominata)

- a) Tulang usus (*os ilium*)
- b) Tulang duduk (*os ischium*)
- c) Tulang kemaluan (*os pubis*)

2) *Os sacrum*

Berbentuk segitiga dengan lebar di bagian atas dan mengecil di bagian bawahnya.

3) *Os coccygis*

Berbentuk segitiga dengan ruas 3-5 buah dan bersatu, pada saat persalinan, tulang tungging dapat didorong ke belakang sehingga memperluas jalan lahir.

Menurut Nurasih (2014), ruang panggul terdiri dari:

- 1) Pelvis mayor (*false pelvis*): bagian diatas pintu atas panggul tidak berkaitan dengan persalinan
- 2) Pelvis minor (*true pelvis*) terdiri dari :
 - a) Pintu atas panggul (PAP) atau disebut *pelvic inlet*

(1) Batasan PAP adalah promontorium, sayap *sacrum*, linea innominata, *ramus superior os pubis*, dan pinggir atas *symphysis pubis*.

(2) Ukuran PAP

(a) Ukuran muka belakang (*conjugata vera*)

Jaraknya dari promontorium ke pinggir atas *symphysis*, ukuran normalnya 11 cm. *Conjugata vera* tidak dapat diukur langsung tapi dapat diperhitungkan dengan mengurangi konjugata diagonalis (dari promontorium ke pinggir bawah *symphysis*) sejumlah 1,5-2 cm.

(b) Ukuran melintang (*diameter transversa*)

Merupakan ukuran terbesar antara linea innominata diambil tegak lurus pada *conjugata vera*, ukurannya 12,5 – 13,5 cm.

(c) Ukuran serong (*diameter oblique*)

Articulatio sacroiliaca ke *tuberculum pubicum* dari belahan panggul yang bertentangan. Ukurannya 13 cm.

b) Bidang tengah panggul terdiri atas bidang luas panggul dan bidang sempit panggul

Bidang luas panggul terbentang antara *symphysis*, pertengahan *acetabulum*, dan pertemuan antara ruas *sacral* II dan III Bidang sempit panggul terdapat setinggi pinggir bawah *symphysis*, kedua

spina ischiadica dan memotong *sacrum* \pm 1-2 cm diatas ujung *sacrum*.

c) Pintu bawah panggul atau disebut *pelvic outlet*

Pintu bawah panggul buka suatu bidang, tetapi terdiri dari dua segitiga dengan dasar yang sama, ialah garis yang menghubungkan kedua *tuber ischiadikum* kiri dan kanan. Puncak dari segitiga yang belakang adalah ujung os sacrum, sisinya ialah *ligamentum sacro tuberosum* kiri dan kanan. Segitiga depan dibatasi oleh *arcus pubis*.

d) Bidang hodge

Menurut Prawirohardjo (2014), bidang *hodge* dipelajari untuk menentukan sampai dimana bagian terendah janin turun dalam panggul dalam persalinan, yaitu:

- (1) Bidang *Hodge I*: bidang datar yang melalui bagian atas simfisis dan promontorium. Bidang ini dibentuk pada lingkaran pintu atas panggul.
- (2) Bidang *Hodge II* : bidang yang sejajar dengan bidang *Hodge I* terletak setinggi bagian bawah simfisis.
- (3) Bidang *Hodge III* : bidang yang sejajar dengan bidang *Hodge I* dan II, terletak setinggi *spina ischiadica* kanan dan kiri.
- (4) Bidang *Hodge IV* : bidang yang sejajar dengan *Hodge I, II, III*, terletak setinggi *os coccygis*.

e) Ukuran panggul luar

Menurut Widyastuti (2011), ukuran panggul luar yang biasa diukur antara lain:

(1) Distansia spinarum

Jarak antara kedua *spina iliaca anterior superior sinistra* dan *dextra*, jaraknya 24-26 cm.

(2) Distansia kristarum

Jarak terpanjang antara dua tempat yang simetris pada krista iliaka kanan dan kiri, jaraknya 28-30 cm.

(3) Konjugata eksterna atau *Boudelouge*

Merupakan jarak antara bagian atas simfisis dan prosesus spinosus lumbal 5, jaraknya 18-20 cm.

(4) Lingkar panggul

Jarak anatara tepi atas simpisis *pubis* ke pertengahan antara trochanter dan spina iliaka *anterior superior* kemudian ke lumbal ke-5 kembali ke sisi sebelahnya sampai kembali ke tepi atas simpisis *pubis*. Diukur menggunakan metlin. Normal 80-90 cm.

c. Passenger (Janin dan Plasenta)

Cara penumpang (Passenger) atau janin bergerak sepanjang jalan lahir dipengaruhi ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. plasenta juga harus melalui jalan lahir sehingga dapat juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin. Kepala janin dapat

mengalami cedera pada persalinan yang dapat membahayakan janin, oleh karena tulang-tulang masih dibatasi fontanel dan sutura yang belum keras, maka pinggir tulang dapat menyisip antara tulang satu dengan tulang yang lain disebut *moulage* atau *molase* sehingga kepala bayi bertambah kecil (Rohani, 2013).

Menurut Sulistyawati (2013), Pada tulang tengkorak janin dikenal beberapa sutura, antara lain:

- 1) Sutura *sagitalis superior* : menghubungkan kedua *os. Parietalis* kanan dan kiri.
- 2) Sutura *coronaria* : menghubungkan *os. Parietalis* dengan *os. Frontalis*
- 3) Sutura *lambdoidea* : menghubungkan *os. Parietalis* dengan *os. Oksipitalis*
- 4) Sutura *frontalis* : menghubungkan kedua *os. Frontalis* kanan dan kiri

Terdapat dua fontanel (ubun-ubun), antara lain:

- 1) Fontanel minor (ubun-ubun kecil)
 - a) Berbentuk segitiga
 - b) Terdapat di sutura *sagitalis superior* bersilang dengan sutura *lambdoidea*
 - c) Sebagai penyebut (penunjuk presentasi kepala) dalam persalinan, yang diketahui melalui pemeriksaan dalam (*vaginal touche*). Pada saat tangan pemeriksa meraba kepala janin, ketika terasa adanya cekungan yang berbentuk segitiga itulah ubun-ubun kecil.

2) Fontanel mayor (ubun-ubun besar)

- a) Berbentuk segi empat panjang
- b) Terdapat sutura sagitalis superior dan sutura frontalis bersilang dengan sutura koronaria

Menurut Sondakh (2013), struktur-struktur yang menyusun bagian dari plasenta yaitu:

1) Bentuk dan ukuran

Umumnya plasenta berbentuk bundar/ oval yang memiliki diameter 15-20 cm, tebal 2-3 cm, dan berat 500-600 gram. Sementara itu, tali pusat yang menghubungkan plasenta memiliki panjang 25-60 cm.

2) Letak plasenta dalam rahim

Letak plasenta berada didepan atau dibelakang dinding uterus, agak ke atas ke arah fundus uteri. Hal ini adalah fisiologis karena pembukaan bagian atas korpus uteri lebih luas sehingga lebih banyak tempat untuk berimplantasi.

3) Pembagian plasenta

- a) Bagian janin (*fetal portion*) terdiri atas korion frondosum dan vili.
- b) Bagian maternal (*maternal portion*), terdiri dari beberapa lobus dan kotiledon sebanyak 15-20 buah.
- c) Tali pusat. Tali pusat merentang dari pusat janin ke plasenta bagian permukaan janin. Panjang rata-rata tali pusat tersebut adalah 50-55 cm dan diameter sebesar jari (1-2,5 cm).

d. Respon Psikologi (*Psychology Response*) dan Pengaruh Budaya

1) Respon psikologi

Menurut Sondakh (2013), pada ibu bersalin terjadi beberapa perubahan psikologis yaitu rasa cemas pada bayi yang dilahirkan, kesakitan dan nyeri saat kontraksi dan ketakutan saat melihat darah. Hal tersebut akan mempengaruhi pada lamanya persalinan, his kurang baik dan pembukaan kurang lancar serta akan berujung pada stress. Oleh karena itu, seorang penolong dituntut dapat memberikan dukungan psikologis berupa bimbingan dalam persiapan mental menghadapi persalinan, diantaranya:

- a) Mengatasi perasaan takut yang dirasakan oleh ibu dengan cara berusaha menentramkan perasaan yang mencemaskan dengan memberikan penjelasan yang ditanyakan ibu, memberi gambaran yang jelas tentang jalannya persalinan dan ibu harus selalu ditemani.
- b) Membantu mengambil tindakan yang efektif untuk pasien dalam mengurangi kesakitan yang menimbulkan rasa takut dengan cara menghadirkan seorang pendamping yang mendukung dalam persalinan, membantu mengatur posisi yang nyaman, melakukan relaksasi seperti latihan pernapasan, pijat aromaterapi, masase dan memberikan terapi rohani.

Selain memberikan bimbingan, usaha lainnya yang dapat diberikan pada ibu bersalin adalah asuhan sayang ibu, yaitu sebagai berikut:

- a) Asuhan yang aman, berdasarkan *evidence based*, dan turut meningkatkan angka kelangsungan hidup ibu.
 - b) Membantu ibu merasa nyaman dan aman selama proses persalinan yang menghargai budaya, praktik kegamaan dan kepercayaan, serta melibatkan ibu dan keluarga dalam membuat keputusan.
 - c) Menghindari intervensi yang tidak perlu dan pengobatan untuk proses persalinan yang alamiah harus dihindarkan.
 - d) Berpusat pada ibu tentang tindakan yang akan dilakukan
 - e) Memberikan *inform concent* dan *inform choice* pada ibu dan keluarga
 - f) Memastikan pendaming persalinan yang diharapkan ibu selama persalinan (suami, ibu, mertua, saudara perempuan, teman).
 - g) Ibu yang memperoleh dukungan emosional selama persalinan akan mengalami waktu persalinan yang singkat, intervensi yang lebih sedikit, dan hasil persalinan yang lebih baik.
- 2) Pengaruh budaya

Menurut Sondakh (2013), Adat istiadat adalah kegiatan atau sesuatu yang dibuat oleh masyarakat dan dilakukan oleh masyarakat secara terus menerus secara rutin sehingga menjadi kebudayaan.

Bidan harus dapat mengkaji apakah ibu hamil menganut atau mempunyai kepercayaan atau kebiasaan tabu setempat yang berpengaruh terhadap persalinan. Kemudian menilai apakah hal tersebut bermanfaat atau membahayakan ibu maupun janin. Terutama bila faktor budaya tersebut dapat menghambat pemberian asuhan yang optimal bagi ibu hamil. Bidan harus mampu mencari jalan untuk menolongnya atau meyakinkan ibu untuk merubah kebiasaannya dengan memberikan penjelasan yang benar. Tentu saja hal ini memerlukan dukungan dari berbagai pihak yang berperan dalam keluarga dan masyarakat. Budaya yang mempengaruhi ibu bersalin, diantaranya:

- a) Memberikan ibu jamu saat menjelang persalinan
 - b) Menganjurkan ibu memakan makanan tertentu
 - c) Tata cara menolong persalinan, seperti di daerah Bali seorang penolong persalinaan adalah seorang laki-laki yang disebut *Balian Manak*, serta adanya adat melahirkan tanpa bantuan siapapun
 - d) Pijat oyok waktu hamil
 - e) Brokohan, merupakan budaya setempat untuk selamat kelahiran bayi
 - f) Selapanan, perayaan ke 35 hari kelahiran bayi
- e. Penolong

Penolong persalinan adalah seseorang yang memiliki pengetahuan dan keterampilan tertentu untuk membantu ibu dalam menjalankan proses persalinan. Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin sehingga diperlukan persyaratan kemampuan, ketrampilan, dan kepribadian (Sondakh, 2013)

f. Posisi

Posisi ibu dapat mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Perubahan posisi diberikan pada ibu bertujuan untuk menghilangkan rasa letih, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak (contoh: posisi berdiri, berjalan, duduk, dan jongkok) memberi sejumlah keuntungan, salah satunya adalah memungkinkan gaya gravitasi membantu penurunan janin. Selain itu, posisi ini dianggap dapat mengurangi kejadian penekanan tali pusat (Sondakh, 2013).

2.1.5 Mekanisme Persalinan Normal

Menurut Rohani (2013), gerakan utama dalam persalinan normal yaitu sebagai berikut:

a. Penurunan kepala

Masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul (PAP), dengan sutura sagitalis melintang dan dengan fleksi yang ringan. Masuknya kepala melewati PAP dengan keadaan sinklitismus yaitu bila sutura sagitalis

terdapat ditengah jalan lahir tepat diantara simpisis dan promontorium. Pada sinklitismus, *os. parietal* depan dan belakang sama tingginya.

Jika sutura sagitalis agak kedepan mendekati simpisis atau agak kebelakang mendekati promontorium, maka dikatakan kepala dalam keadaan asinklitismus. Ada 2 jenis asinklitismus:

- 1) Asinklitismus posterior : sutura sagitalis mendekati simpisis dan *os. Parietal* belakang lebih rendah dari *os. Parietal* depan.
- 2) Asinklitismus anterior : sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga *os. Parietal* depan lebih rendah daripada *os. Parietal* belakang.

b. Fleksi

Pada awal persalinan, kepala bayi dalam keadaan fleksi ringan dengan majunya kepala biasanya fleksi juga akan bertambah. Pada gerakan ini, dagu dibawa lebih dekat kearah dada janin sehingga ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun-ubun besar. Hal ini disebabkan karena adanya tahanan dari dinding serviks, dinding pelvis, dan lantai pelvis. Dengan adanya fleksi, diameter *sub oksipito bremantika* (9,5 cm) menggantikan diameter *suboccipito frontalis* (11 cm). sampai didasar panggul, biasanya kepala janin berada dalam keadaan fleksi maksimal.

c. Rotasi dalam

Pemutaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan janin sehingga bagian terendah bagian depan janin memutar ke depan ke

bawah simpisis. Pada presentasi belakang kepala, bagian terendah adalah ubun-ubun kecil dan akan memutar ke depan ke arah simpisis. Rotasi ini sangat penting karena untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bidang tengah dan pintu bawah panggul.

d. Ekstensi

Ketika kepala janin sampai didasar panggul dan ubun-ubun kecil berada dibawah simpisis, terjadi ekstensi dari kepala janin. Hal ini disebabkan sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan ke atas sehingga kepala harus mengadakan fleksi untuk melewatinya. *Sub oksiput* yang tertahan pada pinggir bawah simpisis akan menjadi pusat pemutaran (*hypomochion*), maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum: ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut, dan dagu bayi dengan gerakan ekstensi.

e. Rotasi luar (putaran paksi luar)

Kepala yang sudah lahir selanjutnya mengalami restitusi yaitu kepala bayi memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Bahu melintasi pintu dalam keadaan miring, di dalam rongga panggul, bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya, bahu mengalami putaran dalam dimana ukuran bahu (diameter bisa kromial) menempatkan diri dalam diameter *anteroposterior* dari pintu bawah panggul. Bersamaan dengan itu

kepala bayi juga melanjutkan putaran hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber iskiadikum sepihak.

f. Ekspulsi

Setelah paksi luar, bahu depan sampai dibawah simpisis dan menjadi *hypomochlion* untuk kelahiran bahu belakang. Setelah kedua bahu bayi lahir, selanjutnya seluruh badan bayi dilahirkan searah dengan sumbu jalan lahir.

2.1.6 Tahapan Persalinan

Tahapan persalinan terdiri dari kala I (kala pembukaan), kala II (kala pengeluaran janin), kala III (kala pengeluaran plasenta) dan kala IV (kala pengawasan/pemulihan).

a. Persalinan kala I

1) Pengertian kala I

Menurut Rohani (2011), Persalinan kala I dimulai ketika ada kontraksi yang adekuat serta adanya dilatasi serviks, dan berakhir saat pembukaan lengkap (10 cm). Oleh karena itu pada kala I disebut stadium pendataran dan dilatasi serviks. Menurut Sondakh (2013), Proses ini terbagi dalam 2 fase, yaitu:

a) Fase laten berlangsung selama 8 jam, serviks membuka sampai 3 cm.

b) Fase aktif berlangsung selama 7 jam, serviks membuka dari 4 cm sampai 10 cm. Kontraksi lebih kuat dan sering dibagi dalam 3 fase:

(1) Fase akselerasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

(2) Fase dilatasi maksimal, dengan durasi waktu 2 jam pembukaan yang berlangsung sangat cepat mulai dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm.

(3) Fase deselerasi, pembukaan menjadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap.

Proses kala I terjadi pada primigravida berlangsung dalam jangka waktu lebih panjang ± 12 jam, sedangkan pada multigravida ± 8 jam.

2) Perubahan fisiologis kala I

a) Uterus

Saat persalinan dimulai, terjadi kontraksi, relaksasi dan retraksi mengakibatkan perubahan bentuk otot uterus yang semakin mengecil dan pendek secara progresif. Faktor tersebut yang menyebabkan janin turun ke pelviks (Sulistyawati, 2013).

b) Serviks

Serviks mengalami perubahan bentuk menjadi lebih tipis (penipisan/ *effacement*) yang disebabkan kontraksi uterus yang bersifat fundal dominan. Proses *effacement* dan dilatasi serviks

dapat melonggarkan membran os internal menyebabkan lendir darah (*show/ bloody show*) dari sumbatan (*operculum*) (Sulistyawati, 2013). Pembukaan serviks selama fase aktif sedikitnya 1 cm/ jam (JNPK-KR, 2015).

c) Ketuban

Ketuban akan pecah dengan sendirinya ketika pembukaan hampir lengkap atau sudah lengkap. Tidak jarang ketuban harus dipecahkan ketika pembukaan sudah lengkap. Bila ketuban belum pecah sebelum pembukaan 5 cm disebut ketuban pecah dini (Sulistyawati, 2013).

d) Tekanan darah

Menurut Rohani (2011), terdapat perubahan fisiologis pada tekanan darah ibu bersalin seperti tekanan darah akan meningkat selama kontraksi, sistol meningkat rata-rata 10-20 mmHg dan diastol rata-rata 5-10 mmHg. Hal tersebut dapat dipengaruhi oleh rasa takut dan khawatir sehingga pemeriksaan diantara kontraksi dapat memperoleh hasil lebih akurat.

e) Suhu tubuh

Suhu tubuh pada persalinan dapat meningkat tidak lebih dari 0,5-1⁰C, suhu tertinggi selama dan setelah melahirkan dianggap normal sebagai peningkatan metabolisme, namun apabila

persalinan berlangsung lebih lama peningkatan suhu tubuh dapat mengindikasikan dehidrasi (Sulistyawati, 2013).

f) Detak jantung

Frekuensi denyut nadi meningkat selama kontraksi uterus dan akan kembali normal diantara kontraksi. Sistol meningkat 10-20 mmHg dan diastole 5-10 mmHg. Perubahan posisi dari telentang menjadi miring ke kiri menimbulkan perubahan tekanan darah selama satu kontraksi (Rohani, 2011).

g) Pernapasan

Peningkatan laju pernafasan adalah normal. Hal ini mencerminkan adanya kenaikan metabolisme. Hiperventilasi yang lama adalah tidak normal dan dapat menyebabkan alkalosis. Sulit untuk mendapatkan penemuan angka yang akurat mengenai pernapasan karena angka dan iramanya dipengaruhi oleh rasa tegang, nyeri, kekhawatiran, serta penggunaan teknik-teknik bernapas (Rohani, 2011).

3) Perubahan Psikologis Kala I

a) Perubahan psikologis pada kala 1 fase laten

Pada fase ini biasanya ibu merasa lega dan bahagia karena masa kehamilannya akan segera berakhir. Namun pada awal persalinan, wanita biasanya gelisah, gugup, cemas dan khawatir berhubungan dengan rasa tidak nyaman karena kontraksi. Pada wanita yang dapat menyadari bahwa proses ini wajar dan

alami, maka ia akan mudah beradaptasi dengan keadaan tersebut (Rohani, 2011).

b) Perubahan psikologis pada kala 1 fase aktif

Pada persalinan stadium dini, ibu dapat tetap makan dan minum atau tertawa serta mengobrol dengan riang diantara kontraksi. Saat kemajuan persalinan sampai pada fase kecepatan maksimum, rasa khawatir ibu menjadi meningkat. Kontraksi menjadi semakin kuat dan frekuensinya lebih sering sehingga ia tidak dapat mengontrolnya. Dalam keadaan ini, ibu akan menjadi lebih serius, ia menginginkan seseorang untuk mendampinginya karena merasa takut tidak mampu beradaptasi dengan kontraksinya (Rohani, 2011).

4) Asuhan kala I

Menurut Marmi (2012), asuhan kala I yang dapat diberikan adalah

- a. Memberikan dukungan emosional
- b. Pendampingan anggota keluarga selama proses persalinan sampai kelahiran bayi
- c. Menghargai keinginan ibu untuk memilih pendamping selama persalinan
- d. Peran aktif anggota keluarga selama proses persalinan dengan cara
:
 - 1) Mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati dan memuji ibu

- 2) Membantu ibu bernafas dengan benar saat ada kontraksi
 - 3) Melakukan massage pada tubuh ibu dengan lembut
 - 4) Menyeka wajah ibu dengan lembut menggunakan kain
 - 5) Menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa aman
- e. Membantu ibu mencari posisi yang nyaman
 - f. Memberikan cairan nutrisi dan hidrasi untuk memberi kecukupan energi dan mencegah dehidrasi.
 - g. Memberikan keluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur dan spontan
 - h. Melakukan pencegahan infeksi
- 5) Cara pengisian partograf

Menurut JNPK-KR (2015), tujuan utama penggunaan partograf yaitu mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks, mendeteksi apakah persalinan berjalan secara normal, data pelengkap pemantauan ibu dan janin dan sebagai dasar membuat keputusan klinik

Menurut JNPK-KR (2015), pencatatan partograf pada fase aktif persalinan, yaitu:

- a) Informasi tentang ibu

Meliputi nama, umur, gravida, para, abortus, nomor catatan medik/nomor puskesmas, tanggal dan waktu mulai di rawat, dan waktu pecahnya selaput ketuban.

- b) Kondisi janin

Kolom pertama adalah digunakan untuk mengamati kondisi janin seperti DJJ, warna dan adanya air ketuban, dan penyusupan (molase) kepala janin, yaitu sebagai berikut:

(1) Detak jantung janin

Menilai dan mencatat detak jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Tiap kotak menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus. Kisaran normal DJJ 120-160 x/menit.

(2) Warna dan adanya air ketuban

Menilai air ketuban dilakukan bersamaan dengan periksa dalam. Warna air ketuban hanya bisa dinilai jika selaput ketuban telah pecah. Lambang untuk menggambarkan ketuban atau airnya:

U : Selaput ketuban utuh (belum pecah)

J : Selaput ketuban telah pecah dan air ketuban jernih

M : Selaput ketuban telah pecah dan air ketuban bercampur mekonium

D : Selaput ketuban telah pecah dan air ketuban bercampur darah

K :Selaput ketuban telah pecah dan air ketuban kering (tidak mengalir lagi).

Mekonium dalam air ketuban tidak selalu berarti gawat janin. Merupakan indikasi gawat janin jika juga disertai DJJ di luar rentang nilai normal.

(3) Penyusupan (molase) tulang kepala

Penyusupan tulang kepala merupakan indikasi penting seberapa jauh janin dapat menyesuaikan dengan tulang panggul ibu. Semakin besar penyusupan semakin besar kemungkinan disporposi kepal panggul. Lambang yang digunakan:

0 :Tulang–tulang kepala janin terpisah, sutura mudah dipalpasi.

1 :Tulang-tulang kepa janin sudah saling bersentuhan.

2 :Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih bisa dipisahkan.

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

c) Kemajuan persalinan

Kolom kedua untuk mengawasi kemajuan persalinan yang meliputi: pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah janin, garis waspada dan garis bertindak dan waktu, yaitu:

(1) Pembukaan serviks

Angka pada kolom kiri 0-10 menggambarkan pembukaan serviks. Menggunakan tanda X pada titik silang antara angka yang sesuai dengan temuan pertama pembukaan serviks pada fase aktif dengan garis waspada. Hubungan tanda X dengan garis lurus tidak terputus.

(2) Penurunan bagian terbawah atau presentasi janin

Tulisan “turunnya kepala” dan garis tidak terputus dari 0-5 pada sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda “o” pada waktu yang sesuai dan hubungkan dengan garis lurus.

(3) Garis waspada dan garis bertindak

Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada, maka waspadai kemungkinan adanya penyulit persalinaan. Jika persalinan telah berada di sebelah kanan garis bertindak yang sejajar dengan garis waspada maka perlu segera dilakukan tindakan penyelesaian persalinan.

d) Jam dan waktu

(1) waktu mulainya fase aktif persalinan

di bagian bawah pembukaan serviks dan penurunan yang terdiri dari kotak-kotak yang diberi angka 1-16, setiap kotak 1 jam, yang menyatakan waktu dimulainya fase aktif persalinan.

(2) waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan.

Di bawah lajur kotak untuk waktu mulainya fase aktif , tertera kotak-kotak untuk mencatat waktu aktual saat Pemeriksaan dilakukan

e) Kontraksi uterus

Terdiri dari frekuensi dan lamanya serta lama kontraksi (dalam menit) Terdapat lima kotak mendatar untuk kontraksi. Pemeriksaan dilakukan setiap 30 menit, raba dan catat jumlah dan durasi kontaksi dalam 10 menit.

f) Obat-obatan dan cairan yang diberikan

Catat obat dan cairan yang diberikan di kolom yang sesuai. Untuk oksitosin dicantumkan jumlah tetesan dan unit yang diberikan.

g) Kondisi ibu

(1) Catat nadi ibu setiap 30 menit dan beri tanda titik (.) pada kolom yang sesuai.

(2) Ukur tekanan darah ibu tiap 4 jam dan beri tanda ↑ pada kolom yang sesuai.

(3) Temperatur dinilai setiap 2 jam dan catat di tempat yang sesuai.

(4) Volume urine, protein dan aseton Lakukan tiap 2 jam jika memungkinkan.

h) Asuhan, pengamatan, keputusan klinik lainnya

Catat semua asuhan lain, hasil pengamatan, dan keputusan klinik disisi luar kolom partograf atau buat catatan terpisah tentang kemajuan persalinan, cantumkan tanggal dan waktu saat membuat catatan persalinan. Selain itu juga mencantumkan hal sebagai berikut :

(1) Jumlah cairan peroral.

(2) Keluhan sakit kepala dan penglihatan kabur.

(3) Konsultasi dengan penolong persalinan.

(4) Persiapan sebelum melakukan rujukan.

(5) Upaya rujukan.

i) Pencatatan pada lembar belakang partograf

Data atau informasi umum nilai dan catat asuhan yang diberikan pada kala I hingga kala IV dan penatalaksanaan pada bayi baru lahir. Diisi dengan tanda centang (✓) dan diisi titik yang disediakan sesuai dengan asuhan.

5) Penapisan pada saat persalinan

Menurut Rohani (2013), bidan harus merujuk apabila didapati salah satu atau lebih penyulit seperti yang ada pada lembar

penapisan. Selama anamnesis dan Pemeriksaan fisik tetap waspada terhadap indikasi seperti yang tertera pada tabel 2.1 dan segera lakukan tindakan yang diperlukan.

T

NO	KETERANGAN	YA	TIDAK
1	Riwayat Bedah Caesar		
2	Perdarahan Pervaginam		
3	Persalinan Kurang Bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)		
4	Ketuban Pecah disertai Mekonium Kental		
5	Ketuban Pecah Lama (lebih dari 24 jam)		
6	Ketuban Pecah pada Persalinan Kurang Bulan (Usia Kehamilan kurang dari 37 minggu)		
7	Ikterus		
8	Anemia Berat		
9	Tanda/Gejala Infeksi		
10	Pre eklamsia/ Hipertensi Dalam Kandungan		
11	Tinggi Fundus Uteri 40 cm atau lebih		
12	Gawat Janin		
13	Primipara dalam Fase Aktif Persalinan Dengan Palpasi Kepala Masih 5/5		
14	Presentasi Bukan Belakang Kepala		
15	Presentasi Majemuk		
16	Kehamilan Gemeli		
17	Fali Pusat Menumbang		
18	Syock		

a

pisan Persalinan

Sumber: JNPK-KR, 2015. Asuhan Persalinan Normal & Inisiasi Menyusu Dini, Jakarta, halaman 50

b. Persalinan kala II

1) Pengertian persalinan kala II

Menurut Prawirohardjo (2014), kala II dimulai ketika dilatasi serviks sudah lengkap dan berakhir ketika janin sudah lahir. Kala II persalinan disebut juga sebagai stadium ekspulsi janin. Menurut Sondakh (2013), tanda-tanda kala II adalah ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rectum dan atau vagina, perineum terlihat menonjol vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka, peningkatan pengeluaran cairan.

2) Perubahan fisiologis kala II

a) Uterus

Kontraksi menjadi lebih kuat dan lebih cepat yaitu setiap 2 menit sekali dengan durasi >40 detik, intensitas semakin lama dan semakin kuat. Saat ada his uterus teraba keras menyebabkan pembukaan serviks dan penurunan janin ke bawah secara alami (Sulistyawati, 2013).

b) Serviks

Pada kala II, serviks menipis dan dilatasi maksimal. Saat dilakukan pemeriksaan dalam, porsio tidak teraba dengan pembukaan 10 cm (Sulistyawati 2013).

c) Pergeseran organ dasar panggul

Tekanan pada otot dasar panggul (*fleksus frankenhauser*) oleh kepala janin menyebabkan keinginan pasien mengejan (Sondakh, 2013). Tekanan pada otot dasar panggul menyebabkan perineum menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka, labia mulai membuka dan tak lama kemudian kepala janin tampak pada vulva saat ada his (Sulistyawati, 2013).

3) Asuhan kala II

Asuhan yang diberikan pada kala II menurut Marmi (2012), meliputi:

- a. Pendampingan ibu selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya oleh suami dan anggota keluarga yang lain
- b. Keterlibatan anggota keluarga dalam memberikan asuhan antara lain:
 - 1) Membantu ibu berganti posisi
 - 2) Melakukan rangsangan taktil
 - 3) Memberikan makan dan minum
 - 4) Menjadi teman bicara atau pendengar yang baik
 - 5) Memberikan dukungan dan semangat selama persalinan sampai kelahiran bayinya
- c. Keterlibatan penolong bersalin selama proses persalinan dengan cara:

- 1) Memberikan dukungan dan semangat kepada ibu dan keluarga
 - 2) Menjelaskan tahapan dan kemajuan persalinan
 - 3) Melakukan pendampingan selama proses persalinan
- d. Membantu hati ibu merasa tenang selama kala II persalinan dengan cara memberikan bimbingan dan menawarkan bantuan kepada ibu
- e. Menganjurkan ibu meneran bila ada dorongan yang kuat dan spontan untuk meneran sampai dengan cara memberikan waktu istirahat selama tidak ada his
- f. Mencukupi asupan makan dan minum selama kala II
- g. Memberikan rasa aman dan nyaman dengan cara :
- 1) Mengurangi rasa tegang
 - 2) Membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi
 - 3) Menjawab pertanyaan ibu
 - 4) Menjelaskan apa yang dialami ibu dan bayinya
 - 5) Memberitahu hasil pemeriksaan
- h. Pencegahan infeksi pada kala II dengan membersihkan vulva dan perineum ibu
- i. Membantu mengosongkan kandung kemih secara spontan
- c. Persalinan kala III
- 1) Pengertian persalinan kala III

Kala III merupakan periode waktu di mana penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Oleh karena perlekatan menjadi kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, maka plasenta menjadi berlipat, menebal, dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina (Rohani, 2013). Kala III dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta.

2) Mekanisme pelepasan plasenta

Menurut Rohani (2013), pemisahan plasenta ditimbulkan dari kontraksi dan retraksi miometrium sehingga mempertebal dinding uterus dan mengurangi ukuran area plasenta. Area plasenta menjadi lebih kecil sehingga plasenta mulai memisahkan diri dari dinding uterus karena plasenta tidak elastis seperti uterus dan tidak dapat berkontraksi atau beretraksi. Pada area pemisahan, bekuan darah retroplasenta terbentuk. Berat bekuan darah ini menambah tekanan pada plasenta dan selanjutnya membantu pemisahan. Kontraksi uterus yang selanjutnya akan melepaskan keseluruhan plasenta dari uterus dan mendorongnya keluar vagina disertai dengan pengeluaran selaput ketuban dan bekuan darah retroplasenta.

Tanda – tanda pelepasan plasenta adalah sebagai berikut:

- a) Bentuk uterus berubah menjadi globular dan terjadinya perubahan tinggi fundus.

b) Tali pusat memanjang.

c) Semburan darah tiba – tiba.

3) Manajemen aktif kala III

a) Tujuan

Menurut Sondakh (2013), tujuan manajemen aktif kala III adalah untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah perdarahan, dan mengurangi kehilangan darah kala III persalinan jika dibandingkan kala III fisiologis.

b) Keuntungan

Keuntungan–keuntungan manajemen aktif kala III adalah sebagai berikut :

- (1) Persalinan kala III yang lebih singkat
- (2) Mengurangi jumlah kehilangan darah
- (3) Mengurangi kejadian retensio plasenta

c) Langkah-langkah utama manajemen aktif kala III

Menurut Rohani (2013), manajemen aktif kala III terdiri atas tiga langkah utama, yaitu sebagai berikut :

- (1) Pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir
- (2) Melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT)
- (3) Masase fundus uteri

Selain itu, hal yang juga penting untuk dilakukan adalah mengetahui apakah terjadi robekan jalan lahir dan perineum dengan cara melakukan pemeriksaan dengan menggunakan ibu jari telunjuk dan tengah tangan kanan yang telah dibalut kasa untuk memeriksa bagian dalam vagina, bila ada kecurigaan robekan pada serviks dapat dilakukan pemeriksaan dengan spekulum untuk memastikan lokasi robekan serviks. Laserasi perineum dapat diklasifikasi menjadi 4 yaitu:

- (a) Derajat satu : mukosa vagina, komisura posterior, dan kulit
- (b) Derajat dua : derajat satu + otot perineum
- (c) Derajat tiga : derajat dua + otot sfingter ani
- (d) Derajat empat : derajat tiga + dinding depan *rectum*

4) Perubahan psikologis kala III

a) Bahagia

Waktu yang telah lama ditunggu akhirnya datang juga yaitu kelahiran bayinya dan ia merasa bahagia karena merasa menjadi perempuan sempurna dan melihat anaknya.

b) Cemas dan takut.

Cemas dan takut jika terjadi bahaya atas dirinya saat persalinan karena persalinan suatu keadaan dianggap suatu keadaan antara hidup dan mati. Cemas dan takut karena pengalaman yang lalu dan takut tidak dapat memenuhi kebutuhan anaknya.

5) Asuhan kala III

- c) Memberikan kesempatan ibu untuk memeluk bayinya dan menyusui segera
- d) Memberitahu setiap tindakan yang akan dilakukan
- e) Pencegahan infeksi kala III
- f) Memantau keadaan ibu (tanda vital, kontraksi, perdarahan)
- g) Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi
- h) Memberikan motivasi dan pendampingan selama kala III

d. Persalinan kala IV

1) Pengertian kala IV

Kala IV merupakan tahap pemulihan, yaitu periode yang kritis untuk ibu dan bayi baru lahir. Mereka bukan saja pulih dari proses fisik persalinan, tetapi juga memulai suatu hubungan baru (Sondakh, 2013).

2) Perubahan fisiologis pada kala IV

Menurut Sondakh (2013), perubahan fisiologis pada kala IV meliputi:

a) Tanda vital

Tekanan darah, nadi, dan pernapasan harus menjadi stabil pada level pra-persalinan dan menjadi stabil selama satu jam pertama pascapartum. Pemantauan tekanan darah dan nadi yang rutin selama interval ini adalah salah satu sarana mendeteksi syok akibat kehilangan darah berlebihan (Varney, 2008).

b) Uterus

Uterus terletak di tengah abdomen kurang lebih $\frac{2}{3}$ sampai $\frac{3}{4}$, antara simfisis pubis sampai umbilikus. Jika uterus ditemukan di bagian tengah, di atas umbilikus, maka hal tersebut menandakan adanya darah dan bekuan di dalam uterus yang perlu ditekan dan dikeluarkan. Uterus yang berada di atas umbilikus dan bergeser, paling umum ke kanan, cenderung menandakan kandung kemih penuh. Uterus berkontraksi normal harus keras ketika disentuh.

c) Serviks, vagina, dan perineum

Keadaan serviks, vagina, dan perineum diinspeksi untuk melihat adanya laserasi, memar, dan pembentukan hematoma awal. Oleh karena inspeksi serviks dapat menyakitkan bagi ibu, maka hanya dilakukan jika ada indikasi. Segera setelah kelahiran, serviks akan berubah menjadi bersifat patulous, terkulai, dan tebal. Tonus vagina dan tampilan jaringan vagina dipengaruhi oleh peregangan yang telah terjadi selama kala II persalinan. Adanya edema atau memar pada introitus atau area perineum sebaiknya dicatat.

c) Plasenta, membran dan tali pusat

Inspeksi unit plasenta membutuhkan kemampuan bidan untuk mengidentifikasi tipe-tipe plasenta dan insersi tali pusat. Bidan harus waspada apakah plasenta dan membrane lengkap, serta

apakah terdapat abnormalitas, seperti ada simpul sejati pada tali pusat.

3) Perubahan psikologis kala IV

Pada kala IV persalinana, setelah kelahiran bayi dan plasenta dengan segera ibu akan meluapkan perasaan untuk melepaskan tekanan dan ketegangannya yang dirasakan, dimana ibu mendapat tanggung jawab baru mengasuh dan merawat bayi yang telah dilahirkannya.

4) Asuhan kala IV

Menurut Marmi (2012), Asuhan yang dapat diberikan pada kala IV diantaranya :

- a) Memastikan tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan dalam keadaan normal
- b) Membantu ibu berkemih
- c) Mengajarkan ibu dan keluarganya tentang cara menilai kontraksi dan melakukan masase uterus
- d) Menyelesaikan asuhan awal bagi bayi baru lahir
- e) Mengajarkan ibu dan keluarga tentang tanda-tanda bahaya postpartum seperti perdarahan, demam, bau busuk dari vagina, pusing, lemas, penyulit dalam menyusui bayinya dan terjadi kontraksi yang hebat
- f) Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi
- g) Pendampingan pada ibu selama kala IV
- h) Memberikan dukungan emosional

2.1.7 Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

Menurut Widyastuti (2011), asuhan yang mendukung selama persalinan sangat penting dalam proses persalinan. Tindakan ini mempunyai efek positif baik secara emosional maupun psikologis, sehingga persalinan dapat berlangsung secara aman.

a. Kebutuhan dasar menurut A.Maslow

1) Kebutuhan fisiologi

Kebutuhan dasar atau kebutuhan pokok/utama yang bila tidak terpenuhi akan terjadi ketidakseimbangan. Misal O₂, makan, minum dan seks

2) Kebutuhan rasa aman

Kebutuhan rasa aman misalnya perlindungan hukum, perlindungan terhindar dari penyakit

3) Kebutuhan dicintai dan mencintai

Kebutuhan dicintai dan mencintai misalnya mendambakan kasih sayang dari orang terdekat, ingin dicintai dan diterima oleh keluarga dan orang lain disekitarnya.

4) Kebutuhan harga diri

Kebutuhan harga diri misalnya ingin dihargai dan menghargai adanya respon dari orang lain, toleransi dalam hidup berdampingan.

5) Kebutuhan aktualisasi

Kebutuhan aktualisasi missal ingin diakui atau dipuja, ingin berhasil, ingin menonjol, atau ingin lebih dari orang lain.

b. Kebutuhan ibu selama persalinan

1) Kebutuhan fisiologis

- a) Oksigen
- b) Makan dan minum
- c) Istirahat selama tidak ada his
- d) Kebersihan badan terutama genetalia
- e) Buang air besar dan buang air kecil
- f) Pertolongan persalinan yang berstandar
- g) Penjahitan perineum bila perlu

2) Kebutuhan rasa aman

- 2. Memilih tempat dan penolong persalinan
- 3. Informasi tentang proses persalinan atau tindakan yang akan dilakukan
- c) Posisi tidur yang dikehendaki ibu
- d) Pendampingan oleh keluarga
- e) Pantauan selama persalinan
- f) Intervensi yang diperlukan

3) Kebutuhan dicintai dan mencintai

- a) Pendampingan suami dan keluarga
- b) Kontak fisik (memberikan sentuhan ringan)

- c) Masase untuk mengurangi rasa sakit
- d) Berbicara dengan suara yang lemah, lembut dan sopan
- 4) Kebutuhan harga diri
 - a) Merawat bayi sendiri dan menetekinya
 - b) Asuhan kebidanan dengan memperhatikan privasi ibu
 - c) Pelayanan yang bersifat empati dan simpati
 - d) Informasi bila akan melakukan tindakan
 - e) Memberikan pujian kepada ibu terhadap tindakan positif yang ibu lakukan
- 5) Kebutuhan aktualisasi diri
 - a) Memilih tempat dan penolong sesuai dengan keinginan
 - b) Memilih pendamping selama persalinan
 - c) *Bouding and Anttachment*
 - d) Ucapan selamat atas kelahiran anaknya
- c. Pemenuhan kebutuhan dasar ibu
 - 1) Pemenuhan kebutuhan fisiologis selama persalinan
 - a) Mengatur sirkulasi udara dalam ruangan
 - b) Memberi makan dan minum
 - c) Menganjurkan istirahat di luar his
 - d) Menjaga kebersihan badan terutama daerah genetalia (bila memungkinkan ibu disuruh untuk mandi dan membersihkan daerah kemaluan)
 - e) Menganjurkan ibu untuk buang air kecil atau buang air besar

- f) menolong persalinan sesuai standar
- 2) Pemenuhan kebutuhan rasa aman
 - a) Memberi informasi tentang proses persalinan atau tindakan yang akan dilakukan
 - b) Menghargai pemilihan posisi tidur
 - c) Menentukan pendampingan selama persalinan
 - d) Melakukan pantauan selama persalinan
 - 3) Pemenuhan kebutuhan dicintai dan mencintai
 - a) Menghormati pemilihan pendampingan selama persalinan
 - b) Melakukan kontak fisik /memberi sentuhan ringan
 - c) Melakukan masase untuk mengurangi rasa sakit
 - 4) Pemenuhan kebutuhan harga diri
 - a) Mendengarkan keluhan ibu dengan penuh perhatian/menjadi pendengar yang baik
 - b) Memberikan asuhan dengan memperhatikan privasi ibu
 - c) Memberi pelayanan dengan empati
 - d) Memberitahu pada setiap tindakan yang akan dilakukan
 - 5) Pemenuhan kebutuhan aktualisasi diri
 - a) Memilih tempat dan penolong persalinan sesuai keinginan
 - b) Menentukan pendamping selama persalinan
 - c) Melakukan *bounding* and *attachment* dan memberi ucapan selamat setelah persalinan selesai

2.3 Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan

Menurut Varney (1997) Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah kebidanan yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan, keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk mengambil suatu keputusan yang terfokus pada pasien.

Manajemen kebidanan terdiri dari tujuh langkah yang berurutan, dimulai dengan pengumpulan data sampai dengan evaluasi. Proses ini bersifat siklus (dapat berulang), dengan tahap evaluasi sebagai data awal pada siklus berikutnya.

2.2.1 Pengkajian

a. Data Subjektif

1) Biodata

Menurut Sulistyowati (2013), biodata terdiri dari:

a) Nama

Bisa sebagai identitas, dan sebagai upaya untuk meningkatkan keakraban bidan dan ibu dalam berkomunikasi.

b) Umur

Data ini digunakan untuk menentukan apakah ibu bersalin beresiko karena usia atau tidak. Usia yang memiliki resiko adalah usia ≤ 16 tahun dan ≥ 35 tahun. Usia dibawah 16 tahun meningkatkan insiden preeklamsia. Usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes tipe II, hipertensi kronis,

persalinan lama pada nulipara, seksio sesaria, kelahiran preterm, IUGR, anomaly kromosom, dan kematian janin.

c) Agama

Data ini digunakan untuk mengetahui kepercayaan ibu terhadap agama yang dianutnya sehingga dapat digunakan sebagai dasar dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga.

d) Suku/bangsa

Berhubungan dengan sosial budaya yang dianut oleh ibu dan keluarganya yang dapat berpengaruh di dalam proses persalinan.

e) Pendidikan terakhir

Tingkat pendidikan ini dapat mempengaruhi daya tangkap dan tanggap pasien terhadap intruksi yang diberikan bidan pada proses persalinan sehingga dapat digunakan sebagai dasar bidan untuk menentukan metode yang paling tepat dalam penyampaian informasi

f) Pekerjaan

Untuk mengetahui aktivitas ibu setiap hari, mengukur tingkat sosial ekonomi agar nasehat yang diberikan sesuai

g) Penghasilan

Data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi.

h) Alamat

Selain sebagai data mengenai pendistribusian lokasi ibu, data ini juga memberikan gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh ibu menuju lokasi persalinan.

2) Keluhan utama

Menurut Sondakh (2013), tanda-tanda ibu bersalin yaitu terjadinya his persalinan (pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan, sifatnya teratur, interval makin pendek, kekuatan makin besar, dan makin beraktivitas kekuatan his akan makin bertambah), pengeluaran lender dengan darah, dan adanya pengeluaran cairan

3) Riwayat menstruasi

Data yang harus diperoleh dari riwayat menstruasi adalah *menarche* (usia pertama kali menstruasi), siklus menstruasi, volume (banyaknya menstruasi), lama saat menstruasi, keluhan disaat mengalami menstruasi. Riwayat menstruasi berpengaruh pada tafsiran persalinan apakah maju lebih awal atau mundur dari tafsiran persalinan tersebut. Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) diperlukan untuk menentukan usia kehamilan, cukup bulan/ prematur. Hari Perkiraan Lahir (HPL) digunakan untuk menentukan perkiraan bayi dilahirkan, dimana dihitung dari HPHT (Rohani, 2013).

4) Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

a. Kehamilan

Pengkajian mengenai berapa jumlah kehamilan ibu, jika ibu pernah hamil lebih dari 4 (*grandemulti*) maka akan berpotensi terjadinya *malpresentation*, *rupture uteri*, dan *atonia uteri*. Jika ibu bersalin pernah mengalami anemia dan preeklamsi/ eklamsi pada kehamilan sebelumnya maka berpotensi terjadi anemia pada kehamilan ini yang menyebabkan persarahan pada saat persalinan. Jika ibu pernah mengalami oligohidramnion maka akan beresiko terjadinya Ketuban Pecah Dini (KPD) dan apabila ibu mengalami poligohidramnion maka perkembangan janin akan terganggu. Apabila ibu pernah mengalami preeklamsi/ eklamsi maka akan berpotensi terjadiya *Intra Uteri Growth Restriction* (IUGR), solusio plasenta, dan *premature* (Widiastini, 2014).

b. Persalinan

Jarak persalinan sangat mempengaruhi kesehatan ibu maupun janin karena dapat menimbulkan komplikasi serius pada proses peralihan seperti perdarahan bahkan kematian, apabila jarak persalinan terlalu jauh >10 tahun maka juga akan beresiko pada ibu dan janin dikarenakan fungsi reproduksi yang menurun. Persalinan dengan riwayat bedah caesar tidak dapat ditolong secara spontan karena saat melahirkan normal ibu akan mengejan, saat mengejan ini dikhawatirkan akan membuka sayatan bekas opeasi caesar tersebut dan dapat menimbulkan

banyak komplikasi lain. Riwayat persalinan sungsang dapat menyebabkan asfiksia pada bayi dikarenakan kemacetan saat melahirkan kepala bayi sehingga terjadi aspirasi antara air ketuban dan lendir. Apabila ibu memiliki riwayat *cephalopelvic disproportion* (CPD) maka pada persalinan selanjutnya ibu tidak bisa melahirkan secara spontan karena dapat beresiko terjadinya distosia bahu. Jika ibu pernah mengalami retensio plasenta (uri dirogoh) maka pada persalinan selanjutnya dapat berpotensi retensio plasenta, janin dengan TBJ >3500 gram sangat berisiko mengalami asfiksia dan distosia apabila dilakukan persalinan secara spontan (Widiastini, 2014).

c. Nifas

Pada persalinan normal beresiko terjadinya infeksi pada maternal, hal ini dapat disebabkan karena ketuban pecah lama, trauma jalan lahir, pengeluaran plasenta secara manual, episiotomi dan pemeriksaan dalam. Tanda- tanda infeksi antara lain adanya keluhan fisik seperti panas tinggi dan nyeri pada bagian tubuh tertentu seperti tungkai dan perut bagian bawah. Oleh sebab itu, perlu adanya pemantauan selama kehamilan sampai dengan persalinan. Pada saat persalinan hal yang perlu perhatikan untuk mengurangi infeksi yaitu dengan membatasi pemeriksaan dalam (Prawirohardjo, 2014).

5) Riwayat kehamilan sekarang

Pengkajian mengenai jumlah kehamilan ibu saat ini, jika ibu pernah hamil lebih dari 4 (*grandemulti*) maka akan berpotensi terjadinya *malpresentation*, *rupture uteri*, dan *atonia uteri* yang menyebabkan perdarahan pada saat persalinan. Keluhan keluhan apa saja yang dirasakan oleh ibu jika ibu merasakan mual muntah berlebih maka akan beresiko terjadinya BBLR dan terganggunya perkembangan janin. Pemeriksaan kehamilan secara rutin dapat mengidentifikasi komplikasi lebih dini. Pemberian tablet tambah darah dapat mencegah terjadinya anemia yang beresiko pada perdarahan pada saat proses persalian. Apabila ibu mengalami preeklamsi/eklamsi maka akan berpotensi terjadi IUGR solusio plasenta, dan premature. Jika ibu mengalami oligohidramnion maka akan beresiko lebih besar terjadinya Ketuban Pecah Dini (KPD) dan apabila ibu mengalami poligohidramnion maka dapat menyebabkan terganggunya perkembangan janin (Widiastini, 2014).

6) Riwayat kesehatan

Menurut Poedji Rochyati (2011), selama hamil, ibu dan janin dipengaruhi oleh kondisi medis atau sebaliknya. Riwayat kesehatan yang berpengaruh pada kehamailan sampai dengan persalinan antara lain :

- a) Anemia (kurang darah), bahaya jika Hb <10 gr % yaitu terjadinya kematian janin dalam kandungan, persalinan premature, persalinan lama, dan perdarahan postpartum.
 - b) TBC paru, janin akan tertular setelah lahir. Bila TBC berat akan menurunkan kondisi ibu hamil, tenaga bahkan ASI juga berkurang, dapat terjadi abortus, bayi lahir premature dan persalinan lama.
 - c) Jantung, pada proses persalinan penyakit ini dapat memperberat kerja jantung sehingga jantung akan lebih mudah payah, kelahiran premature atau lahir mati.
 - d) Diabetes Melitus, bahayanya yaitu dapat terjadi persalinan premature, hidramnion, kelainan bawaan, makrosomia dan kematian janin dalam kandungan.
 - e) HIV/AIDS, bahayanya pada bayi dapat terjadi penularan melalui ASI dan ibu mudah terinfeksi.
- 7) Status pernikahan
- Sebagai gambaran mengenai suasana rumah tangga pasangan serta kepastian mengenai siapa yang akan mendampingi persalinan. Data yang dikaji adalah: usia menikah pertama kali, status pernikahan sah/tidak, lama pernikahan dan perkawinan yang sekarang dengan suami yang keberapa (Widiastini, 2014).
- 8) Pola aktivitas sehari-hari
- a) Pola nutrisi

Menurut Mutmainnah (2017), makan dan minum sangat penting selama proses persalinan untuk memastikan kecukupan energi dan mempertahankan keseimbangan normal cairan dan elektrolit bagi ibu dan bayi. Cairan isotonik dan makanan ringan yang mempermudah pengosongan lambung cocok untuk awal persalinan. Makanan yang disarankan dikonsumsi pada ibu saat persalinan adalah roti, biskuit, sayuran dan buah-buahan, yogurt rendah lemak, sup, minuman isotonik dan jus buah-buahan. Asupan cairan yang tidak adekuat dapat menimbulkan dehidrasi, ketosis, hiponatremia, stress, dan muntah. Hal ini dapat mengakibatkan kelelahan dan mengganggu kemajuan persalinan serta menyulitkan bagi ibu untuk lebih termotivasi dan aktif selama persalinan.

b) Pola eliminasi

Fokus utama dalam eliminasi yaitu kapan ibu terakhir BAK. Kandung kemih yang penuh akan mengurangi kekuatan kontraksi dan menghambat penurunan kepala. Begitu juga dengan tidak terpenuhinya kebutuhan eliminasi yang misalnya bisa disebabkan karena ibu kurang serat sayuran sehingga feses mengeras dan sulit dikeluarkan, hal ini juga dapat menghambat penurunan kepala dan nantinya dapat menyebabkan haemoroid karena persalinan. Kebutuhan eliminasi BAK dan BAB ibu

dalam masa persalinan harus terpenuhi, hal ini berkaitan dengan kemajuan persalinan (Eniyati, 2012)

c) Pola istirahat

Istirahat sangat diperlukan oleh ibu untuk mempersiapkan energi menghadapi proses persalinannya, hal ini akan lebih penting jika proses persalinannya mengalami pemanjangan waktu pada kala I sehingga dapat mencegah terjadinya kelelahan (Rohani,2011).

9) Riwayat psikososial dan budaya

a) Psikososial

Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dimaksudkan agar ibu hamil terdata, tercatat dan dilaporkan keadaannya dengan melibatkan peran aktif masyarakat sekitar dan apabila sewaktu-waktu membutuhkan pertolongan, masyarakat siap sedia untuk membantu. Ditanyakan kepada ibu mengenai pendamping selama proses persalinan dikarenakan pendamping pada saat persalinan sangat berpengaruh terhadap proses persalinan yang akan dilalui ibu.

b) Budaya

Mendapatkan data tentang adat istiadat yang dilakukan ketika menghadapi persalinan. Pemberian rumput Fatimah menjelang persalinan dapat menyebabkan kontraksi berlebihan sehingga dapat terjadi asfiksia pada bayi dikarenakan

kurangnya suplai oksigen yang didapatkan dan kemungkinan terjadi rupture uteri pada jalan lahir.

b. Data objektif

Data ini dikumpulkan guna melengkapi data untuk menegakkan diagnosis. Data objektif ini diperoleh melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi, dan pemeriksaan penunjang yang dilakukan secara berurutan.

Langkah – langkah pemeriksaan :

1) Keadaan umum

Menurut sulistyawati (2013), data ini didapat dengan mengamati keadaan secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan kriterianya adalah sebagai berikut :

- a) Baik, jika ibu memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami keterbatasan dalam berjalan.
- b) Lemah, jika ibu kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan ibu sudah tidak mampu berjalan sendiri.

2) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien melalui Glasgow Coma Scale (GCS).

Berikut Glasgow Coma Scale (GCS) menurut Khoirulatifin (2014):

- a) Keadaan koma (GCS 3), yaitu keadaan dimana pasien mengalami penurunan kesadaran yang sangat dalam, tidak terdapat respon setelah dirangsang oleh nyeri serta tidak ada gerakan secara spontan.
- b) Keadaan semi koma (GCS 4), yaitu keadaan pasien yang mengalami penurunan kesadaran yang tidak memberikan respon rangsang terhadap verbal, tidak dapat dibangunkan tetapi respon terhadap nyeri tidak adekuat dan reflek pupil dan kornea masih baik.
- c) Keadaan stupor (GCS 5-6), yaitu kondisi pasien tertidur lelap dan berkepanjangan tetapi masih ada respon terhadap nyeri.
- d) Keadaan samnolen (GCS 7-9), yaitu keadaan pasien mengantuk yang dapat pulih jika dirangsang, tapi jika rangsangan itu berhenti pasien akan tidur kembali (pasien tidak dalam keadaan sadar).
- e) Keadaan delirium (GCS 10–11), yaitu suatu keadaan dimana terjadinya kekacauan motorik dan siklus tidur bangun, pasien tampak gelisah, disorientasi (orang, tempat, waktu),kadang berkhayal/ berhalusinasi.
- f) Keadaan apatis (GCS 12-13), yaitu kesadaran pasien yang tampak acuh (kurangnya respon) baik terhadap lingkungan

maupun dirinya sendiri ditandai dengan tidak adanya kontak mata atau mata tampak tidak fokus.

- g) Keadaan komposmentis (GCS 14–15), yaitu kesadaran pasien sadar penuh, baik terhadap lingkungan maupun dirinya sendiri.

3) Tanda vital

Menurut Rohani (2011), tanda-tanda vital terdiri dari:

a) Tekanan darah

Pada saat persalinan terdapat perubahan fisiologis pada tekanan darah. Tekanan darah akan meningkat rata-rata 10-20 mmHg dan diastole rata-rata 5-10 mmHg. Peningkatan tekanan darah melebihi batas normal merupakan indikasi adanya gangguan hipertensi dalam kehamilan atau syok, ansietas atau nyeri.

b) Nadi

Peningkatan denyut nadi dapat menunjukkan infeksi, syok, ansietas, atau dehidrasi. Nadi yang normal adalah tidak lebih dari 100 kali per menit

c) Suhu

Peningkatan suhu menunjukkan adanya proses infeksi atau dehidrasi. Suhu tubuh normal adalah 36,5-37,5⁰C.

d) Pernapasan

Peningkatan frekuensi pernapasan dapat menunjukkan ansietas atau syok. Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 12-20 kali per menit.

4) Pemeriksaan fisik

a) Muka

Hal yang perlu dikaji adalah bengkak/oedem yang merupakan tanda preeklamsi, pucat kemungkinan terjadi anemia, ekspresi ibu, hal ini merupakan gambaran kesakitan/ ketidaknyamanan yang dirasakan ibu (sulistyawati, 2013).

b) Mata

Dikaji apakah konjungtiva pucat atau tidak, bila pucat menunjukkan terjadinya anemia yang mungkin dapat menjadi komplikasi pada persalinan yaitu perdarahan, dikaji sklera putih atau kuning bila kuning menunjukkan adanya penyakit hepatitis, kebersihan, kelainan pada mata dan gangguan penglihatan (rabun jauh/dekat). Normalnya yaitu konjungtiva tidak pucat, sclera putih, bersih, tidak ada kelainan mata dan gangguan penglihatan (rabun jauh /dekat)(Rohani 2011).

c) Mulut

Dikaji apakah ada kepucatan dan kekeringan pada bibir. Kepucatan pada bibir mengindikasikan terjadinya anemia yang dapat menjadi komplikasi pada persalinan yaitu terjadinya perdarahan dan bibir kering dapat menjadi indikasi dehidrasi (Rohani, 2013).

d) Leher

Digunakan untuk mengetahui apakah ada kelainan atau pembesaran pada kelenjar tiroid. Hipertiroid dapat menimbulkan terjadinya preeklamsia, lahir premature, dan berat bayi lahir rendah (Kemenkes RI, 2013).

e) Payudara

Dikaji apakah kolostrum/ASI sudah keluar. Keluarnya kolostrum pada persalinan menunjukkan kesiapan seorang ibu dalam proses laktasi. Kolostrum adalah cairan berwarna kekuningan yang keluar pertama kali sebelum ASI. Kolostrum biasanya sudah diproduksi pada minggu-minggu terakhir kehamilan. Kolostrum tidak hanya memenuhi kebutuhan gizi bayi yang baru lahir, tetapi juga melindungi bayi karena bersifat mengaktifasi sistem imun.

f) Abdomen

(1) Bekas Luka Operasi Caesar

Digunakan untuk melihat apakah ibu pernah mengalami operasi SC, kapan dilakukannya dan atas indikasi apa ibu dilakukan SC, sehingga dapat ditentukan tindakan selanjutnya karena riwayat SC masuk kedalam penapisan persalinan yang dapat menimbulkan resiko saat persalinan. Jika ibu post SC dan melahirkan normal memiliki resiko terjadinya rupture

uteri, terbukanya sayatan SC sebelumnya dan perdarahan (Mutmainnah, 2017).

(2) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Berat dan tinggi fundus yang lebih kecil daripada perkiraan kemungkinan menunjukkan kesalahan dalam menentukan tanggal HPHT, kecil masa kehamilan (KMK) atau oligohidramnion. Sedangkan berat janin dan tinggi fundus yang lebih besar menunjukkan ibu salah dalam menentukan tanggal HPHT, bayi besar (mengindikasikan diabetes), kehamilan atau polihidramnion. Bayi yang besar memberi peringatan terjadinya atonia uteri pascapartum, yang menyebabkan perdarahan atau kemungkinan distosia bahu (Rohani,2011).

(3) Pemeriksaan Leopold

Menurut Rohani (2013), pemeriksaan leopold digunakan untuk mengetahui letak, presentasi, posisi, dan variasi janin.

(a) Leopold I

Normal :TFU sesuai usia kehamilan (tabel 2.2)

Tujuan :menentukan tinggi fundus uteri dan mengidentifikasi bagian janin yang berada di fundus

Cara :Kedua telapak tangan pemeriksa diletakkan di puncak fundus uteri, tentukan tinggi fundus uteri untuk menentukan usia kehamilan, dan rasakan bagian janin yang berada di fundus.

Tanda kepala :Keras, bundar, melenting

Tanda bokong:Lunak, kurang melenting, kurang bundar

Tabel 2.2 Perkiraan TFU terhadap Umur Kehamilan

Usia Kehamilan	TFU
12 minggu	3 jari di atas simpisis
16 minggu	Pertengahan pusat dan simpisis
20 minggu	3 jari di bawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	3 jari di atas pusat
34 minggu	Pertengahan pusat dan proxecus xepoideus
36 minggu	Setinggi proxecus xepoideus
40 minggu	2 jari di bawah proxecus xepoideus

: Hani, 2010. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Fisiologis, Jakarta, Halaman 81

(b) Leopold II

Normal :Teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) dan pada satu sisi lainnya teraba bagian-bagian kecil janin (ekstremitas)

Tujuan : menentukan batas lateral dan bagian janin yang berada di lateral (bagian punggung atau ekstremitas).

Cara : Kedua tangan pemeriksa geser turun ke bawah sampai di kiri dan kanan umbilikus, tentukan bagian punggung janin untuk menentukan lokasi auskultasi denyut jantung janin, dan tentukan bagian-bagian kecil janin

(c) Leopold III

Normal : Pada bagian bawah janin teraba bagian yang bulat, keras dan melenting (terkesan kepala)

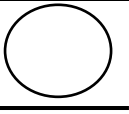
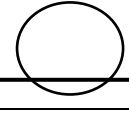
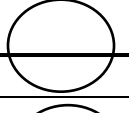
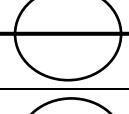
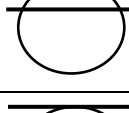
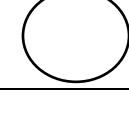
Tujuan : Menentukan bagian terbawah janin dan apakah bagian terbawah sudah masuk PAP atau belum

Cara :Bagian terendah janin dicekap dengan menggunakan ibu jari dan telunjuk tangan kanan tentukan apa yang menjadi bagian terendah janin dan tentukan apakah sudah masuk PAP atau belum.

(d) Leopold IV

Tujuan : untuk menilai seberapa jauh bagian terendah janin sudah masuk PAP

Cara : Pemeriksa mengubah posisi sehingga menghadap ke arah kiri pasien dan kedua telapak tangan diletakkan di kanan dan kiri bagian terendah janin

Periksa Luar	Periksa Dalam	Keterangan
 =5/5		Kepala di atas PAP, mudah digerakkan
 =4/5	H I-II	Sulit digerakkan, Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
 =3/5	H II-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
 =2/5	H III+	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
 =1/5	H III-IV	Kepala di dasar panggul
 =0/5	H IV	Di perineum

Gambar 2.1 Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perlimaan

Sumber: Saifudin, Abdul Bari. 2014. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, Jakarta, Halaman N-1

(4) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Rumus Tafsiran Berat Janin

Rumus : $TFU \text{ (cm)} - N \times 155$

Hodge I : $N = 13$ bila kepala belum masuk

Hodge II : $N = 12$ bila kepala berada diatas spina isciadika

Hodge III : N = 11 bila kepala berada dibawah spina isciadika

Jika kepala belum masuk PAP maka rumusnya

Berat janin = (tinggi fundus uteri – 12) x 155 gram

Jika kepala sudah masuk PAP maka rumusnya

Berat janin = (tinggi fundus uteri – 11) x 155 gram

Widiastini (2014), bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan aterm dan berat lahir 2500 gram – 4000 gram.

(5) Kontraksi Uterus

Frekuensi, durasi dan intensitas kontraksi digunakan untuk menentukan status persalinan (Rohani, 2013). Pada fase aktif, minimal terjadi dua kontraksi dalam 10 menit. Lama kontraksi adalah 40 detik atau lebih. Diantara dua kontraksi akan terjadi relaksasi dinding uterus (Sondakh, 2013).

(6) Denyut Jantung Janin (DJJ)

Normal apabila DJJ terdengar 120-160 kali per menit. Frekuensi jantung janin kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali per menit dapat menunjukkan gawat janin dan perlu dievaluasi segera (Rohani, 2013).

(7) Palpasi Kandung Kemih

Kandung kemih harus dikosongkan secara berkala sepanjang proses persalinan, minimal setiap 2 jam. Bila ibu tidak mampu

berkemih dan kandung kemihnya menjadi distensi, turunya kepala janin ke pelvis dapat mengganggu (Sulistiyawati,2013).

g) Ekstremitas

Untuk menilai adanya kelainan pada ekstremitas yang dapat menghambat atau mempengaruhi proses persalinan yang meliputi mengkaji adanya odema dan varises.

h) Genetalia

Mengkaji tanda-tanda inpartu, kemajuan persalinan, hygiene pasien dan adanya tanda-tanda infeksi vagina, meliputi:

- (1) Kebersihan.
- (2) Pengeluaran pervaginam, adanya pengeluaran lendir darah (*blood show*).
- (3) Tanda-tanda infeksi vagina.
- (4) Pemeriksaan dalam.

Menurut Sondakh (2013), pemeriksaan dalam meliputi langkah sebagai berikut :

- (a) Pemeriksaan genetalia eksterna, memperhatikan adanya luka atau masa (benjolan) termasuk kondilomata, varikosis vulva atau rectum, atau luka parut di perineum. Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan *episiotomy* sebelumnya, hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi.

- (b) Penilaian cairan vagina dan menentukan adanya bercak darah, perdarahan pervaginam atau mekonium, jika ada perdarahan pervaginam maka tidak dilakukan pemeriksaan dalam. Jika ketuban sudah pecah, melihat warna dan bau air ketuban. Jika terjadi pewarnaan mekonium, nilai kental atau encer dan periksa detak jantung janin (DJJ) dan nilai apakah perlu dirujuk segera.
- (c) Menilai pembukaan dan penipisan serviks
- (d) Memastikan tali pusat dan bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan pemeriksaan dalam. Jika terjadi, maka segera rujuk.
- (e) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian tersebut telah masuk ke dalam rongga panggul. Menentukan kemajuan persalinan dengan cara membandingkan tingkat penurunan kepala dari hasil pemeriksaan dalam dengan hasil pemeriksaan melalui dinding abdomen (perlimaan).
- (f) Jika bagian terbawah adalah kepala, memastikan penunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar, atau fontanela magna) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau tumpang tindih tulang kepala dan apakah ukuran kepala janin sesuai dengan ukuran jalan lahir.

i) Anus

Digunakan untuk mengetahui kelainan pada anus seperti hemoroid. Penyakit ini dapat menjadi lebih parah dengan kuatnya tekanan bayi pada persalinan. Hemoroid dapat menimbulkan terjadinya perdarahan dan rasa nyeri yang hebat (Prawirohardjo, 2014).

j) Data Penunjang

Menurut Sulistyawati (2013), data penunjang digunakan untuk mengetahui keadaan ibu dan janin untuk mendukung proses persalinan, seperti :

(1) USG

Digunakan untuk mengetahui kondisi janin dalam rahim yang meliputi DJJ, perkembangan struktur janin seperti, tulang belakang, kaki, otak, dan organ-organ internal lainnya, usia kehamilan dan berat badan janin, adanya kelainan pada janin, kadar cairan dan letak plasenta

(2) Laboratorium

(a) Kadar hemoglobin (Hb)

Saat hamil relatif terjadi anemia karena darah ibu hamil mengalami hemodilusi (pengenceran) dengan peningkatan volume 30% sampai 40%. Pemeriksaan kadar Hb digunakan untuk mengetahui kadar Hb dalam darah dan menentukan derajat anemia. Kurangnya Hb dalam darah

dapat mengakibatkan kematian janin didalam kandungan, abortus, cacat bawaan, BBLR, prematur, dan anemia pada bayi yang dilahirkan dan terjadinya perdarahan. Menurut Manuaba (2010), tingkatan anemia sebagai berikut:

Tidak anemia : Hb 11 gr %

Anemia ringan : Hb 9-10 gr %

Anemia sedang: Hb 7-8 gr %

Anemia berat : Hb < 7 gr %

(b) Golongan darah

Melahirkan sangat berhubungan dengan peristiwa kehilangan darah atau perdarahan. Perdarahan yang hebat dapat menyebabkan kematian pada ibu. Untuk itu mengetahui golongan darah ibu sangat penting bila sewaktu-waktu ibu membutuhkan transfusi darah (A, B, AB, maupun O).

(c) Urinalisis

Pemeriksaan yang dilakukan adalah reduksi urin dan albumin urin, hal ini digunakan untuk mengetahui fungsi ginjal dan mendeteksi infeksi saluran kemih, diabetes, gagal ginjal dan protein urin. Jika terdapat protein urin maka dapat terjadi pre eklamsia/eklamsia yang dapat mempengaruhi dari proses persalinan.

2.2.2 Interpretasi Data Dasar

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

a. Diagnosis kebidanan/nomenklatur

Diagnosa Subyektif

1) Keluhan utama :

Ibu mengatakan perutnya terasa kenceng-kenceng dan disertai keluar lendir

2) Riwayat kehamilan :

Jumlah kehamialan, pernahatau tidak ibu mengalami keguguran, pernah atau tidak ibu hamil di luar kandungan

3) Riwayat persalinan yang lalu:

Berapa kali ibu bersalin, bersalin seacara normal atau SC, berapa jumlah anak hidup, usia kandungan saat melahirkan dan umur anak terakhir.

Diagnosa Objektif

1) Keadaan umum: baik, cukup

2) Kesadaran : Composmentis, apatis, samnolen, semi koma, koma

3) TTV : TD : 100/60-130 mmHg, nadi : 60-90 x/menit, RR :
16-24 x/menit, suhu 36,5-37,5 C

4) Puka atau Puki

5) VT : pembukaan berapa, effacement, ketuban, bagian

terdahulu, bagian terendah, hodge, molase

1) Paritas

Paritas adalah riwayat reproduksi seorang wanita yang berkaitan dengan kehamilannya (jumlah kehamilan). Format penulisan paritas dalam interpretasi data

G _ P _ _ _ _ Ab _ _ _ _

Keterangan :

G= Jumlah kehamilan

P = Jumlah kehamilan yang diakhiri dengan kelahiran janin yang memenuhi syarat untuk melangsungkan kehidupan .

Ab = jumlah kelahiran yang diakhiri dengan aborsi spontan atau terinduksi UK sebelum 20 mg/500gr.

2) Usia kehamilan (dalam minggu)

3) Kala dan fase persalinan.

4) Keadaan janin

5) Normal atau tidak normal.

b. Masalah Aktual

Dalam asuhan kebidanan istilah “masalah” dan “diagnosis” dipakai keduanya karena beberapa masalah tidak dapat didefinisikan sebagai diagnosis, tetapi perlu dipertimbangkan untuk membuat rencana yang menyeluruh. Masalah sering berhubungan dengan bagaimana wanita itu mengalami kenyataan terhadap diagnosisnya.

2.2.3 Identifikasi Diagnosa Potensial

Masalah potensial yang dapat terjadi pada persalinan antara lain:

a. kala I

Pada kala I dapat terjadi perdarahan intrapartum, kala I lama, ketuban pecah dini, fetal distress, dan malpresentasi (JNPK-KR, 2015).

b. kala II

Pada kala II dapat terjadi syok, dehidrasi, preeklamsi-eklamsia, inersia uteri, gawat janin, distosia bahu, tali pusat menumbung/ lilitan tali pusat, dan kelainan letak (Rohani, 2013).

c. kala III

Pada kala III dapat terjadi atonia uteri, retensio plasenta, ruptur uteri (Rohani, 2013).

d. kala IV

Pada kala IV dapat terjadi atonia uteri, perdarahan post partum, adanya robekan serviks sehingga menimbulkan perdarahan hebat, syok hipovolemik (Rohani, 2013).

2.2.4 Identifikasi Kebutuhan Segera

Dalam pelaksanaannya bidan kadang dihadapkan pada beberapa situasi darurat dimana harus segera melakukan tindakan untuk menyelamatkan pasien sehingga bidan sangat dituntut kemampuannya untuk selalu melakukan evaluasi keadaan pasien agar asuhan yang diberikan tepat dan aman. Jika dalam melakukan pertolongan persalinan mandiri dan hasil pemeriksaan menunjukkan adanya tanda bahaya pada pasien, maka tindakan yang harus dilakukan adalah merujuk pasien

dengan melakukan tindakan stabilisasi pra rujukan terlebih dahulu. Jika pertolongan persalinan dilakukan di rumah sakit maka sesegera mungkin bidan melaporkan kondisi pasien kepada dokter.

2.2.5 Intervensi

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh berdasarkan langkah sebelumnya. Dalam menyusun perencanaan sebaiknya pasien dilibatkan, karena pada akhirnya pengambilan keputusan untuk dilaksanakannya suatu rencana asuhan harus disetujui oleh pasien.

- Dx : G...P...Ab... UK...minggu, T/H/I Presentasi..... Inpartu
Kala ... fase Keadaan ibu dan janin baik.
- Tujuan : Ibu dan janin dalam keadaan baik, persalinan berjalan lancar tanpa ada komplikasi
- Kriteria : a. Keadaan umum ibu baik
- hasil b. TTV dalam batas normal
- TD : 100/60 – 130/menit
- Nadi : 60-90x/ menit
- RR : 16-24x/ menit
- Suhu : 36,5-37,5° C
- c. DJJ (120-160x/ menit)
- d. Kala I :
- 1) Pada Multigravida kala 1 berlangsung \pm 8 jam dan pada primigravida \pm 12 jam

- 2) Ada kemajuan persalinan (his makin sering dan durasinya makin lama, \emptyset dan efficement bertambah, penurunan kepala bertambah, tidak ada moulage)
 - 3) Tidak terjadi perdarahan intrapartum, kala I lama, ketuban pecah dini, fetal distress, dan malpresentasi.
- e. Kala II :
- 1) Lama kala II tidak lebih dari 1 jam.
 - 2) Ibu meneran dengan efektif.
 - 3) Bayi lahir spontan menangis kuat dan gerak aktif dan kulit kemerahan.
 - 4) Tidak terjadi terjadi syok, dehidrasi, preeklamsi-eklamsia, inersia uteri, gawat janin, distosia bahu, tali pusat menumbung/ lilitan tali pusat, dan kelainan letak.
- f. Kala III :
- 1) Plasenta lahir lengkap tidak lebih dari 30 menit.
 - 2) Kontraksi uterus baik, keras (globuler).
 - 3) Jumlah perdarahan < 500 cc
 - 4) Tidak terjadi atonia uteri, retensio plasenta, rupture uteri.
- g. Kala IV

- 1) TTV ibu dalam batas normal.
- 2) TFU umumnya setinggi atau beberapa jari di bawah pusat.
- 3) Uterus berkontraksi dengan baik.
- 4) Kandung kemih dalam keadaan kosong.
- 5) Perdarahan < 500 cc.
- 6) Tidak terjadi atonia uteri dan perdarahan post partum

Intervensi:

Kala I

- a. Lakukan anamnesa dan pemeriksaan fisik pada ibu

Rasional : informasi yang diperoleh digunakan dalam proses membuat keputusan klinik menentukan diagnosis dan menilai kondisi kekesahatan ibu dan janin sehingga dapat memberikan rencana asuhan yang sesuai (JNPK-KR, 2015).

- b. Berikan informasi kepada ibu mengenai hasil pemeriksaannya, bahwa ibu dan janin dalam keadaan baik.

Rasional :pengetahuan tentang hasil pemeriksaan dapat menurunkan rasa takut akibat ketidaktahuan (Doenges, 2001)

- c. Persiapkan ruangan, kelengkapan persalinan, bahan dan obat-obatan esensial.

Rasional :Melindungi dari resiko infeksi, dengan mempersiapkan tempat ibu mendapatkan privasi yang diinginkan, memastikan kelengkapan, jenis, dan jumlah bahan yang diperlukan serta dalam keadaan siap pakai (Sondakh, 2013).

d. Bantu klien dalam memenuhi kebutuhan eliminasi

Rasional :kandung kemih yang distensi dapat meningkatkan ketidaknyamanan, mengakibatkan kemungkinan trauma, mempengaruhi penurunan janin dan memperlama persalinan (Doenges, 2001).

e. Pantau kebutuhan cairan dan nutrisi pada klien

Rasional :Dehidrasi dapat memperlambat kontraksi dan membuat kontraksi jadi tidak teratur dan kurang efektif. (Sondakh, 2013)

f. Dukung klien selama kontraksi dengan teknik pernafasan dan relaksasi.

Rasional :memungkinkan klien untuk mendapatkan keuntungan maksimum dari istirahat, mencegah kelelahan otot dan dapat memperbaiki aliran darah uterus. Memberikan kesempatan untuk partisipasi aktif dan meningkatkan rasa kontrol (Doenges, 2001)

g. Bantu klien mencari posisi yang nyaman

Rasional : Posisi yang nyaman saat persalinan dapat mengurangi ketegangan dan nyeri serta pada posisi tertentu dapat

membantu proses penurunan kepala janin sehingga persalinan dapat berjalan lebih cepat (sulistyawati, 2013).

- h. Lakukan observasi kemajuan persalinan yang meliputi pemeriksaan DJJ, his, nadi tiap 30 menit, suhu tiap 2 jam sekali, tekanan darah tiap 4 jam sekali, dan pemeriksaan dalam tiap 4 jam sekali atau sewaktu-waktu apabila ada indikasi

Rasional :

1) Pemeriksaan DJJ

DJJ Normal jika terdengar 120-160 kali per menit. Frekuensi jantung janin kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali per menit dapat menunjukkan gawat janin dan perlu dievaluasi segera (Rohani, 2013)

2) His

Penurunan hormone esterogen dan progesteron pada akhir kehamilan menyebabkan oksitosin yang dikeluarkan hipofise posterior menimbulkan kontraksi (his) (Sondakh, 2013).

3) Nadi

Frekuensi nadi merupakan indikator yang baik dari kondisi fisik umum ibu. Apabila frekuensi nadi meningkat lebih dari 100 kali denyutan per menit, maka hal tersebut dapat mengindikasikan adanya infeksi, syok, ansietas atau dehidrasi (Rohani, 2013)

4) Suhu

Peningkatan suhu menunjukkan adanya proses infeksi atau dehidrasi. Suhu tubuh normal adalah $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$ (Rohani, 2013)

5) Tekanan darah

Pada saat persalinan terdapat perubahan fisiologis pada tekanan darah. Tekanan darah akan meningkat rata-rata 10-20 mmHg dan diastole rata-rata 5-10 mmHg. Peningkatan tekanan darah melebihi batas normal merupakan indikasi adanya gangguan hipertensi dalam kehamilan atau syok, ansietas atau nyeri (Rohani, 2013)

6) Pemeriksaan dalam

Kemajuan persalinan ditandai dengan meningkatnya *effacement* dan dilatasi cerviks yang diketahui melalui pemeriksaan dalam. Pemeriksaan dalam dilakukan setiap 4 jam sekali atau apabila ada indikasi (meningkatnya frekuensi dan durasi serta intensitas kontraksi, dan ada tanda gejala kala 2) (Mutmainnah, 2017).

i. Pantau terhadap komplikasi atau penyulit

Rasional :Deteksi dini terhadap penyulit dapat memberikan manfaat dan memastikan proses persalinan berjalan lancar sehingga berdampak baik bagi keselamatan ibu dan bayi (JNPK-KR, 2015).

j. Catat kemajuan persalinan

Rasional :Persalinan lama/disfungsional dengan perpanjangan fase laten dapat menimbulkan masalah kelelahan ibu, stress berat, infeksi dan hemorargi karena atonia/rupture uterus,

menempatkan janin pada risiko lebih tinggi terhadap hipoksia dan cedera (Doenges, 2001).

Kala II

- a. Lakukan persiapan penolong dengan menggunakan alat perlindungan diri

Rasional :Perlindungan diri sebagai penghalang atau barrier antara penolong dengan bahan-bahan yang berpotensi menularkan penyakit (JNPK-KR, 2015).

- b. Bantu ibu untuk posisi yang nyaman yaitu posisi setengah duduk, jongkok, berdiri, miring ke kiri atau posisi yang nyaman yang dikehendaki ibu.

Rasional :Kehadiran orang terdekat dapat memeberikan semangat ibu untuk melahirkan bayinya dan posisi yg benar dapat membantu penurunan jan in dengan bantuan gravitasi bumi ke dalam panggul dan terus turun ke dasar pnggul (sondakh, 2013).

- c. Beritahu ibu teknik meneran yang benar yaitu dengan meneran ketika pembukaan sudah lengkap dan ada dorongan spontan untuk meneran dengan menarik nafas dalam, menahannya dengan mulut tertutup, lalu mengejan ke arah bawah seperti orang BAB, dagu diletakkan di dada dengan mata terbuka sehingga dapat melihat perut.

Rasional :Cara meneran yang benar dapat menambah kontraksi uterus, sehingga kombinasi antara his dan tenaga meneran ibu akan meningkatkan tekanan intrauterus sehingga janin akan semakin terdorong ke luar (Sulistyawati, 2013).

d. Lakukan pertolongan persalinan sesuai dengan APN 60 langkah

Rasional :Pertolongan persalinan sesuai standart mencegah terjadinya komplikas selama dan pasca persalinan dan mampu mengurangi kesakitan atau kematian ibu dan bayi (Rohani, 2011).

Kala III

a. Lakukan manajemen aktif kala III

Rasional :manajemen aktif kala III menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu dan mencegah terjadinya kehilangan darah (JNPK-KR, 2015).

Kala IV

a. Observasi TTV, kontaksi uterus, kandung kemih, dan kehilangan darah sampai 2 jam pasca persalinan

Rasional :TTV melebihi batas normal dapat menunjukkan adanya gangguan pada sistem metabolisme,keadaan kadung kemih yang penuh dapat menghambat kontraksi uterus sehingga tidak dapat berkontraksi dengan baik dan menimbulkan terjadinya perdarahan (Sulistyawati, 2013),

b. Ajarkan ibu cara masase uterus dan menilai kontraksi

Rasional :Masase uterus dapat membuat kontraksi uterus menjadi lebih baik sehingga tidak terjadi perdarahan (JNPK-KR, 2015)

c. Ajarkan ibu cara melakukan IMD

Rasional :IMD dapat menstimulasi uterus yang menurunkan resiko perdarahan dan meningkatkan jalinan kasih antara ibu dan bayi (Sondakh, 2013).

d. Lakukan Pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir

Rasional :Pemeriksaan fisik pada bayi lahir dapat menentukan kondisi bayi sehingga dapat menentukan tindakan yang tepat.

e. Dekontaminasi peralatan bekas pakai dan tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5 %

Rasional :Larutan klorin dapat membunuh virus dan bakteri sehingga dapat memutus rantai penyebaran infeksi (JNPK-KR, 2015)

f. Lengkapi dokumentasi

Rasional :Catatan asuhan yang telah diberikan memungkinkan untuk menganalisa diagnosis yang efektif dan membuat rencana asuhan bagi ibu dan bayi (JNPK-KR, 2015).

2.2.6 Implementasi

Melaksanakan asuhan menyeluruh yang telah direncanakan mulai dari kala I fase laten sampai berakhirnya kala IV dan janin serta BBL yang

berpedoman pada panduan persalinan normal 60 langkah dan asuhan sayang ibu secara efektif dan aman. Bila perlu dapat berkolaborasi dengan dokter jika terdapat komplikasi. Perencanaan yang dapat dilakukan pada manajemen kebidanan kala II hingga kala IV dalam persalinan.

MANAJEMEN KEBIDANAN KALA II

Tanggal.....Pukul.....

S : Mengetahui apa yang dirasakan ibu, biasanya ibu akan merasakan tanda gejala kala II yaitu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, adanya peningkatan tekanan pada rektum dan vagina, perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingteri membuka, adanya peningkatan pengeluaran lendir bercampur darah (JNPK-KR, 2014).

O :Pembukaan serviks telah lengkap, terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina. Menurut Sondakh (2013), tanda-tanda dan gejala kala II adalah sebagai berikut:

- a. Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- b. Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan atau vagina.
- c. Perineum terlihat menonjol.
- d. Vulva-vagina dan sfingteri terlihat membuka.

e. Peningkatan pengeluaran lendir dan darah.

Pemeriksaan dalam menurut Sulistyawati (2012), yaitu:

- a. Cairan vagina : ada lendir bercampur darah.
- b. Ketuban : sudah pecah (negatif).
- c. Pembukaan : 10 cm
- d. Penipisan : 100%
- e. Bagian terdahulu kepala dan bagian terendah ubun-ubun kecil (UUK) jam 13.00 WIB.
- f. Tidak ada bagian kecil atau berdenyut di sekitar kepala bayi.
- g. Molage 0 (nol)
- h. Hodge IV

A : G_P_ _ _ Ab_ _ _UK_ _ _minggu, T/H/I presentasi...inpartu kala II, keadaan ibu dan janin baik.

P :Menurut JNPK-KR 2014, penatalaksanaan kala II persalinan normal sebagai berikut :

- 1) Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala II
 - a) Klien merasa ada dorongan kuat untuk meneran
 - b) Klien merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina
 - c) Perineum tampak menonjol
 - d) Vulva dan sfingter ani membuka
- 2) Memastikan kelengkapan persalinan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinaan dan tata laksana

komplikasi ibu dan bayi baru lahir, untuk asfiksia tempat datar dan keras, 2 kain dan 1 handuk bersih dan kering. Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.

- a) Meletakkan kain diatas perut ibu dan resusitasi, serta ganjal bahu bayi.
 - b) Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai didalam partus set.
- 3) Memakai celemek plastik
 - 4) Melepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
 - 5) Memakai sarung tangan DTT pada tangan saya akan digunakan untuk periksa dalam.
 - 6) Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).
 - 7) Membersihkan vulva dan perinium dengan hati hati (jari tidak boleh menyentuh vulva dan perinium) dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi air DTT.
 - a) Jika introitus vagina, perineum, atau anus terkontaminasi tinja, membersihkan dengan seksama dari arah depan kebelakang.

- b) Membuang kapas atau kasa pembersih yang telah digunakan.
 - c) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5 %
- 8) Melakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap, bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan lengkap, maka melakukan amniotomi.
- 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 % kemudian melepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan 0,5 % selama 10 menit. Mencuci kedua tangan dengan air mengalir setelah sarung tangan dilepaskan.
- 10) Memeriksa detak jantung janin (DJJ) setelah kontraksi/ saat uterus relaksasi untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 kali/menit).
- a) Melakukan tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
 - b) Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil penilaian, serta asuhan lainnya pada patograf.
- 11) Memberitahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, serta 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 (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.
 - b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.
- 12) Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).
- 13) Melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran :
- a) Bimbingan ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif,
 - b) Dukung dan beri beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring telentang dalam waktu yang lama).
 - c) Bantu ibu mengambil posisi nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring telentang dalam waktu yang lama).
 - d) Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.
 - e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.

- f) Berikan cukup asupan makan dan cairan per oral (minum).
 - g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai .
 - h) Segera rujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 Jam) meneran (primigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (multi gravida).
- 14) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- 15) Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- 16) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
- 17) Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- 18) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 19) Setelah nampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka melindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi bayi tetap fleksi agar tidak defleksi dan membantu lahirnya kepala. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal saat 1/3 bagian kepala bayi telah keluar dari vagina.

- 20) Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera melanjutkan proses kelahiran bayi.
- a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, melepaskan melalui bagian atas bayi.
 - b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan memotong di antara dua klem tersebut.
- 21) Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 22) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, memegang secara biparietal .menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi, dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arcus pubis dan kemudian gerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- 23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan atas ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan, dan siku sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- 24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (memasukkan telunjuk diantara kaki dan

memegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari lainnya).

25) Melakukan penilaian (selintas) :

a) Menilai tangis kuat bayi dan/ atau bernapas tanpa kesulitan.

b) Menilai gerak aktif bayi, jika bayi tidak menangis, tidak bernapas atau megap-megap, melakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi bayi baru lahir).

26) Mengeringkan tubuh bayi dimulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Mengganti handuk basah dengan handuk/ kain yang kering. Membiarkan bayi di atas perut ibu.

27) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).

28) Memberitahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.

29) Menyuntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (melakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin), dalam waktu 1 menit setelah bayi baru lahir.

30) 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 menjepit kembali tali pusat pada 2 cm dari klem pertama.

31) Pemotongan dan pengikatan tali pusat

- a) Menggunakan satu tangan, memegang tali pusat yang telah dijepit (melindungi perut bayi) dan melakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.
- b) Mengikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
- c) Melepaskan klem dan memasukkan dalam wadah yang telah disediakan.

32) Meletakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi, meletakkan bayi tengkurap di dada ibu. Meluruskan bahu bayi sehingga bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari payudara ibu. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.

MANAJEMEN KEBIDANAN KALA III

Tanggal.....Pukul.....

S : Mengetahui apa yang dirasakan ibu pada kala III, perasaan ibu terhadap kelahiran bayi, apakah senang/sedih/khawatir dan mengetahui apa yang dirasakan ibu dengan adanya uterus yang berkontraksi kembali untuk mengeluarkan plasenta.

O : Tampak tali pusat didepan vulva serta adanya tanda pelepasan plasenta (perubahan bentuk dan tinggi uterus, tali pusat memanjang, semburan darah mendadak dan singkat.

A : P____Ab____ Inpartu kala III kondisi ibu dan bayi baik

P : Menurut JNPK-KR 2014, penatalaksanaan kala III persalinan normal sebagai berikut :

- 1) Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- 2) Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, pada tepi atas simpisis untuk mendeteksi adanya kontraksi. Tangan lain memegang tali pusat.
- 3) Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversion uteri). Mempertahankan posisi tangan dorso kranial selama 30-40 detik. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur di atas. Jika uterus tidak segera berkontraksi, meminta ibu, suami, atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
- 4) Melakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, meminta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap melakukan dorso kranial).

- a) Jika tali pusat bertambah panjang, memindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan melahirkan plasenta.
- b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:
 - (1) Memberi dosis ulangan oksitosin 10 unit IM.
 - (2) Melakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.
 - (3) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
 - (4) Mengulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
 - (5) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera melakukan plasenta manual.
- 5) Saat plasenta muncul di introitus vagina, melahirkan plasenta dengan kedua tangan. Memegang dan memutar plasenta (searah jarum jam) hingga selaput ketuban terpilin kemudian melahirkan dan menempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian menggunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.
- 6) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan

melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Melakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase.

- 7) Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi, dan memastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Memasukkan plasenta ke dalam kantung plastik atau tempat khusus.
- 8) Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan (bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera melakukan penjahitan).

MANAJEMEN KEBIDANAN KALA IV

Tanggal.....Pukul.....

S : Mengetahui apa yang dirasakan ibu pada kala IV, perasaan ibu terhadap kelahiran bayi dan ari-ari apakah senang/sedih/atau khawatir.

O : kontraksi uterus keras/lembek, kandung kemih penuh/kosong, TFU umumnya setinggi atau beberapa jari di bawah pusat, perdarahan sedikit/banyak, TTV dalam batas normal/tidak, laserasi.

A : P___Ab___ Inpartu kala IV kondisi ibu dan bayi baik.

P :Menurut JNPK-KR 2014, penatalaksanaan kala IV persalinan normal sebagai berikut :

- 1) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 2) Mencilupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membersihkan noda darah dan cairan tubuh, lepaskan secara terbalik dan rendam sarung tangan dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan tangan dengan tissue atau handuk yang kering dan bersih
- 3) Memastikan kandung kemih kosong
- 4) Mengajarkan ibu/ keluarga cara masase uterus dan menilai kontraksi
- 5) Evaluasi dan estimasi kehilangan darah
- 6) Memeriksa nadi ibu dan memastikan keadaan umum baik
- 7) Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit)
 - Jika bayi sulit bernapas, merintih, atau relaksasi, direkusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit
 - Jika bayi bernapas terlalu cepat atau sesak napas, segera rujuk ke RS
 - Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali

- Kontak kulit ibu dan bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut
- 8) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi
 - 9) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
 - 10) Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah diranjang atau disekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
 - 11) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya
 - 12) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
 - 13) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
 - 14) Cuci tangan kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk yang kering dan bersih
 - 15) Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan Pemeriksaan fisik bayi

- 16) Dalam 1 jam pertama, beri salep mata/tetes mata profilaksis, vitamin K1 1 mg IM di paha kiri bawah lateral, Pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pernapasan bayi (normal 40-60 kali/menit) dan temperatur tubuh (normal 36,5-37,5 C)
- 17) Setelah 1 jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan
- 18) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
- 19) Cuci tangan kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk yang kering dan bersih
- 20) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV persalinan.

2.2.1 Evaluasi

Melaksanakan asuhan menyeluruh yang telah direncanakan mulai dari kala I fase laten sampai berakhirnya kala IV dan janin serta BBL yang berpedoman pada panduan persalinan normal 60 langkah dan asuhan sayang ibu secara efektif dan aman. Bila perlu dapat berkolaborasi dengan dokter jika terdapat komplikasi.

2.3 Bayi Baru Lahir Normal

2.3.1 Pengertian

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang baru saja mengalami proses kelahiran melewati jalan lahir dengan presentasi belakang kepala tanpa dibantu alat, lahir pada usia kehamilan antara 37-42 minggu, berat badan lahir antara 2500-4000 gram, serta nilai APGAR >7 dan lahir tanpa adanya cacat bawaan (Rukiyah, 2012).

Bayi baru lahir disebut juga neonatus yang merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ektrauterin.

2.3.2 Kriteria Bayi Normal

Menurut Sondakh (2013), Bayi baru lahir dikatakan normal jika termasuk dalam kategori berikut :

- a. Lahir aterm 37-42 minggu.
- b. Berat badan lahir antara 2500-4000 gram.
- c. Panjang badan bayi 48-50 cm.
- d. Lingkar dada bayi 32-34 cm.
- e. Lingkar kepala bayi 33-35 cm.
- f. Lingkar lengan 11-12 cm.
- g. Frekuensi denyut jantung 120-160 kali/menit.
- h. Pernapasan 40-60 kali/menit.
- i. Suhu 36,5-37,5 °C
- j. Gerak aktif dan menangis kuat

- k. Kulit kemershan dan licin (jaringan subkutan yang cukup), kuku agak panjang dan lemas.
- l. Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna.
- m. Reflek rooting (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik
- n. Reflek sucking (isap) sudah terbentuk dengan baik.
- o. Reflek swallowing (menelan) sudah terbentuk dengan baik.
- p. Reflek morrow (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.
- q. Genetalia
 - i. Pada laki-laki kematangan ditandai adanya testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang.
 - ii. Pada perempuan kematangan ditandai adanya vagina dan uretra yang berlubang serta adanya labia minora dan labia majora.
- r. Eliminasi baik, ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kehijauan dan lengket.

2.3.3 Tujuan Pemeriksaan Bayi Baru Lahir

Tujuan dilakukannya pemeriksaan bayi baru lahir yaitu:

- a. Menilai gangguan adaptasi bayi baru lahir dari kehidupan dalam uterus ke luar uterus yang memerlukan resusitasi.
- b. Untuk menemukan kelainan seperti cacat bawaan yang perlu tindakan segera.

- c. Menentukan apakah bayi baru lahir dapat dirawat bersama ibu (rawat gabung) atau tempat perawatan khusus

2.3.4 Asuhan Bayi Baru Lahir

Menurut Nursiah (2012), asuhan pada bayi baru lahir sebagai berikut:

- a. Jaga kehangatan bayi
- b. Bersihkan jalan napas jika perlu
- c. Potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit
- d. Lakukan inisiasi menyusui dini dan kontak kulit bayi dengan kulit ibu
- e. Beri salep mata antibiotik tetrasiklin 1% pada kedua mata
- f. Beri suntikan vitamin K1 1 mg IM, di paha kiri anterolateral setelah IMD
- g. Berikan imunisasi hepatitis B 0,5 ml IM di paha kanan anterolateral, diberikan kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1

2.3.5 Adaptasi Fisiologis Neonatus

Menurut Armini (2017), Setiap bayi baru lahir mengalami periode transisi dimana periode tersebut merupakan fase tidak stabil selama 6-8 jam pertama kehidupan. Periode transisi dibedakan menjadi 3 yaitu, reaktivitas I (dimulai pada masa persalinan dan berakhir setelah 30 menit), Fase tidur (30 menit - 2 jam setelah persalinan), Periode reaktivitas II (2 jam – 6 jam setelah persalinan). Pada neonatus terjadi adaptasi fisiologis yang bertujuan untuk menyesuaikan diri pada kehidupan *ekstra uterine* sehingga memerlukan perubahan organ-organ untuk dapat beradaptasi. Perubahan tersebut antara lain:

- a. Sistem pernapasan

Selama dalam uterus, janin mendapatkan oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta sehingga bayi tidak membutuhkan paru-paru. Pada saat lahir oksigen dari plasenta terputus dan terbentuk karbondioksida dalam darah bayi. Bayi akan berusaha bernapas pertama kali saat menangis pada ekspirasi pertama. Terjadi perkembangan pada paru-paru yaitu terjadi pengeluaran cairan dalam paru-paru yang berfungsi untuk mengembangkan jaringan alveolus pada pertama kali. Cairan tersebut adalah surfaktan yang berfungsi untuk mengurangi tekanan permukaan paru dan membantu untuk menstabilkan dinding alveolus sehingga tidak kolaps pada akhir pernapasan (Rohani, 2011).

b. Sistem peredaran darah

Setelah bayi lahir dan dengan berkembangnya paru-paru, pada alveoli akan terjadi peningkatan tekanan oksigen. Sebaliknya, tekanan karbondioksida akan mengalami penurunan. Hal ini mengakibatkan penurunan resistensi pembuluh darah dari arteri pulmonalis mengalir ke paru-paru dan ductus arteriosus tertutup. Setelah tali pusat dipotong aliran darah dari plasenta terhenti dan foramen oval akan tertutup (Sondakh,2013).

c. Sistem termoregulasi

Bayi baru lahir memiliki kecenderungan untuk mengalami stress fisik akibat perubahan suhu di luar uterus. Pada lingkungan yang dingin, pembentukan suhu tanpa mekanisme menggigil merupakan usaha bayi untuk mendapatkan panas tubuhnya kembali. Pembentuk suhu tanpa

menggingil ini merupakan hasil penggunaan lemak coklat yang terdapat pada tubuh bayi. Untuk membakar lemak coklat ini seorang bayi harus menggunakan glukosa guna mendapatkan energy yang akan mengubah lemak menjadi panas. Ketika seorang bayi mengalami stress akibat udara dingin, konsumsi oksigen akan meningkat, terjadi vasokonstriksi perifer dan vasokonstriksi pulmoner sehingga mabilan oksigen dan kadar oksigen di jaringan menurun. Glikolisis anaerob meningkat mengakibatkan asidosis metabolic. Suhu normal bayi yaitu 36,5-37,5 °C. Bayi baru lahir menghasilkan panas dengan 3 cara yaitu, menggingil, aktivitas voluntair otot dan thermogenesis buka melalui menggingil (Sulistyawati, 2013).

Menurut Kemenkes RI (2012), mekanisme kehilangan panas tubuh bayi melalui cara-cara berikut:

- 1) Evaporasi adalah kehilangan panas akibat penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh bayi sendiri. Kehilangan panas ini terjadi jika tubuh bayi tidak segera dikeringkan atau terlalu cepat dimandikan.
- 2) Konduksi adalah kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin.
- 3) Konveksi adalah kehilangan panas tubuh bayi yang terjadi karena terpapar udara sekitar yang lebih dingin.
- 4) Radiasi adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu bayi.

d. Sistem gastrointestinal

Menurut Sondakh (2013), enzim-enzim digestif aktif setelah bayi lahir dan dapat menyokong kehidupan ektrauterine pada kehamilan cukup bulan. Perkembangan otot dan refleks yang penting untuk menghantarkan makanann sudah terbentuk data lahir. Kemampuan mencerna protein dan karbohidrat telah tercapai namun pencernaan dan absorbs lemak kurang baik karena tidak adekuatnya enzim-enzim pancreas dan lipase. Kapasitas lambung msih terbatas , kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan. Kapasitas lambung ini akan meningkat bersamaan dengan tumbuhnya bayi.

e. Sistem imun

Sistem imunitas bayi baru lahir masih belum matang sehingga menyebabkan neonatus rentan terhadap berabagai infeksi dan alergi. Bayi memiliki immunoglobulin guna meningkatkan sistem imunitas yang disekresikan oleh limfosit dan sel-sel plasma. Immunogloblin tersebut terdiri dari IgC,IgM,IgA. IgC didapatkan bayi sejak dalam kandungan melalui plasenta dari ibunya. Imunitas ini berada dalam jumlah bervariasi dan akan hilang setelah 4 bulan. IgM tidak mampu menembus plasenta karena memiliki berat molekul yang lebih besar dibandingkan dengan IgC. Bayi akan membentuk IgM segera setelah lahir. Dalam beberapa minggu setelah lahir, bayi akan memproduksi IgA. Hal ini memiliki peran dalam melindungi terhadap infeksi saluran pernapasan, saluran pencernaan, dan maata. ASI dan terutama kolostrum

memberikan kekebalan pasif pada bayi dalam bentuk *Lactobacillus bifidys*, lactoferin, lisozim dan sekresi IgA (Maryunani, 2016).

f. Sistem ginjal

Pada bayi baru lahir, struktur ginjal sudah lengkap namun kemampuan ginjal untuk mengkonsentrasikan urin dan mengatur kondisi cairan serta fluktuasi elektrolit belum maksimal. Bayi biasanya berkemih dalam waktu 24 jam pertama kelahirannya. Volume pengeluaran urin total bayi baru lahir pada 24 jam pertama sampai akhir minggu pertama sekitar 200-300 ml (Maryunani, 2016).

g. Sistem reproduksi

Pada bayi baru lahir perempuan yang cukup bulan dan normal, labia mayora berkembang dengan baik dan menutupi labia minora. Pada bayi premature, klitoris menonjol dan labia mayora terbentuk kecil dan terbuka. Pada bayi laki-laki, testis turun ke dalam skrotum pada akhir kehamilan 36 minggu.

h. Sistem neurologis

Menurut Sondakh (2013), Sistem neurologi bayi secara sistemik atau fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstremitas. Perkembangan neonatus terjadi cepat, sewaktu bayi tumbuh perilaku yang lebih kompleks (misalnya kontrol kepala, tersenyum) akan

berkembang. Reflek bayi baru lahir merupakan indikator penting perkembangan normal. Beberapa reflek tersebut antara lain :

Tabel 2.3 Reflek Pada bayi Baru Lahir

Reflek	Respon Normal	Respon Abnormal
Rooting (Mencari) dan Sucking (Menghisap)	Bayi baru lahir menolehkan kepala ke arah stimulus, membuka mulut dan mulai menghisap bila pipi, bibir, atau sudut mulut bayi disentuh dengan jari atau puting.	Respon yang lemah atau tidak ada respon terjadi pada prematuritas, penurunan atau cedera neurologis atau depresi sistem saraf pusat (SSP)
Swallowing (Menelan)	Bayi baru lahir menelan berkoordinasi dengan menghisap bila cairan ditaruh di belakang lidah	Muntah, batuk, atau regurgitasi cairan dapat terjadi kemungkinan berhubungan dengan sianosis sekunder karena prematuritas, defisit neurologis, atau cedera terlihat setelah laringoskopi.
Morro	Ekstensi simetris bilateral dan abduksi seluruh ekstremitas, dengan ibu jari dan jari telunjuk membentuk huruf "C" diikuti dengan abduksi ekstremitas	Respon asimetris terlihat pada cedera saraf perifer (fleksus brakialis) atau fraktur klavikula atau fraktur tulang panjang lengan atau kaki.

	dan kembali ke fleksi relaks jika posisi bayi berubah tiba-tiba atau jika bayi diletakkan terlentang pada permukaan yang datar	
--	--	--

Sumber: Sondakh, 2013. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru lahir, Jakarta, Halaman 154.

2.3.6 Pemeriksaan Bayi Baru Lahir

a. Mencari Kelainan Kongenital

Pemeriksaan di kamar bersalin juga menentukan adanya kelainan kongenital pada bayi terutama yang memerlukan penanganan segera, pada anamnesis perlu ditanyakan apakah ibu menggunakan obat-obat teratogenik, terkena radiasi atau infeksi virus pada trimester pertama.

b. Pemeriksaan Bayi Secara cepat dan menyeluruh.

2.3.7 Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

a. Pemeriksaan Fisik

Menurut Marmi (2012), Pemeriksaan fisik terdiri dari :

- 1) Kepala : Raba sepanjang garis sutura dan fontanela apakah ukuran dan tampilannya normal. Periksa aadanya trauma jalan lahir seperti caput succedaneum, sephal hematoma, perdarahan dan fraktur tulang tengkorak. Perhatikan adanya kelaianan kongingetal seperti anensefali, mikrosefali, dan kraniotabes.
- 2) Wajah : Perhatikan wajah apakah simetris atau asimetris.
Perhatikan

kelainan wajah yang khas seperti sindrom down atau sindrom piere robin. Perhatikan kelainan wajah akibat trauma jalan lahir seperti laserasi, paresis N. fasialis.

3) Mata : periksa jumlah, posisi, dan letak mata. Periksa adanya

strabismus yaitu koordinasi matayang belum sempurna. Periksa adanya glaucoma kongingetal, mulanya akan tampak pembesaran kemudian sebagai kekeruhan pada kornea. Katarak kongingetal akan mudah terlihat yaitu dengan pupil berwarna putih. Periksa adanya trauma seperti palpebral, perdarahan konjungtiva, atau retina. Periksa adanya secret pada mata, konjungtivitis oleh kuman gonokokus dapat menjadi panoftalmia dan menyebabkan kebutaan. Apabila ditemukan epichantus melebar kemungkinan bayi mengalami sindrom down.

4) Hidung : Kaji bentuk dan lebar hidung. Pada bayi cukup bulan lebar hidung harus lebih 2,5 cm. Bayi harus bernafas dengan hidung, jika bayi bernafas dengan mulut kemungkinan ada obstruksi jalan nafas karena atresia koana bilateral, fraktur tulang hidung atau ensefalokel yang menonjol ke nasofaring. Periksa adanya secret yang mukopurulen yang terkadang berdarah, hal ini kemungkinan adanya sifilis kongingetal. Periksa adanya cuping hidung, jika cuping

hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernapasan.

- 5) Leher : Periksa kesimetrisannya. Pergerakan harus baik, jika terdapat keterbatasan pergerakan kemungkinan adanya kelainan tulang leher. Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brachialis. Lakukan palpasi untuk mengidentifikasi adanya pembengkakan. Periksa adanya pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis.
- 6) Dada : Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernapas. Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk dengan baik dan tampak simetris.
- 7) Abdomen : kaji adanya pembengkakan. Jika perut cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika. Abdomen membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya. Jika perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis vesikalis, omfalokel atau duktus omfaloentrikus persisten.
- 8) Genitalia : Labia mayora sudah menutupi labia minora pada perempuan. Pada laki-laki kedua testis harus dapat diraba pada skrotum.
- 9) Anus : Dikaji adanya kelainan atresia ani atau tidak. Mekonium

secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya meconium plug sindrom, megakolon, atau obstruksi saluran.

10) Ekstremitas: Periksa kesimetrisan kaki dan tangan. Periksa panjang dengan cara meluruskan keduanya dan bandingkan. Ekstremitas harus dapat bergerak bebas. Kurangnya gerakan berkaitan dengan adanya trauma, misalnya fraktur dan kerusakan neurologis. Periksa adanya polidaktil dan sindaktil.

11) Kulit : Periksa adanya ruam dan bercak atau tanda lahir. Periksa adanya pembengkakan. Perhatikan adanya verniks kaseosa. Periksa adanya rambut lanugo, jika terdapat rambut lanugo dalam jumlah yang banyak kemungkinan usia bayi kurang bulan.

b. Pemeriksaan Reflek

- 1) Reflek Mencari (*Rooting*)
- 2) Reflek Menghisap (*Sucking*)
- 3) Reflek Menelan (*Swallowing*)
- 4) Reflek Morrow

c. Pengukuran Antropometri

Menurut Sondakh (2013) ukuran antropometri bayi normal adalah sebagai berikut:

- 1) Penimbangan berat badan, normalnya adalah 2500- 4000 gram.
- 2) Panjang badan, normalnya adalah 48-50 cm.
- 3) Lingkar kepala, normalnya yaitu 33-35 cm.
- 4) Lingkar dada, normalnya adalah 32-34 cm.