

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Persalinan

2.1.1 Pengertian

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir, spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2009: 100).

Menurut Sondakh (2013: 2) proses persalinan 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 dan Nugraheny, 2013: 5).

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, 2013:3).

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 : 3).

2.1.3 Tanda- Tanda Persalinan

Menurut Sondakh (2013: 3), beberapa tanda dimulainya proses persalinan adalah sebagai berikut:

a. Terjadinya his persalinan mempunyai sifat sebagai berikut:

1) Pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan.

- 2) Sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar.
 - 3) Makin beraktivitas (jalan), kekuatan akan makin bertambah.
- b. Pengeluaran lendir dengan darah.

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.

- d. Hasil-hasil yang didapatkan pada pemeriksaan dalam.
- 1) Perlunakan serviks
 - 2) Pendataran serviks
 - 3) Pembukaan serviks

2.1.4 Faktor yang Mempengaruhi Proses Persalinan

- a. *Power* (Tenaga atau Kekuatan)

Menurut Sondakh (2013: 76-77), *power* merupakan tenaga yang dikeluarkan untuk melahirkan janin, yaitu kontraksi uterus atau his dari tenaga mengejan ibu. Menurut fisiologisnya his persalinan dapat

dibagi menjadi his pembukaan, his pengeluaran, his pelepasan plasenta dan his pengiring.

- 1) His pembukaan: his menimbulkan pembukaan dari serviks sampai terjadi pembukaan lengkap 10 cm. Sifat spesifik dari kontraksi otot rahim kala pertama adalah:
 - a) Intervalnya makin lama makin pendek.
 - b) Kekuatannya makin besar dan kala kelahiran diikuti dengan refleks mengejan.
 - c) Diikuti dengan retraksi, artinya panjang otot rahim yang telah berkontraksi tidak akan kembali ke bentuk semula.
- 2) 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.
- 3) His pelepasan plasenta: his dengan kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
- 4) His pengiring: kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, pengecilan rahim akan terjadi dalam beberapa jam atau hari.

b. Passage (Jalan Lahir)

Menurut Sondakh (2013: 4), jalan lahir terbagi atas dua, yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak. 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, Rukmawati, & Badriah (2014: 33), 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 oblique*)

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 ischiadicum* 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 Sondakh (2013: 66), 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 coccyges*

e) Ukuran panggul luar

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013: 21-22), 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 28-30cm.

(3) Konjugata eksterna atau *Boudelouqe*

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

(4) Lingkar panggul

Diukur mulai pinggir atas simpisis, *trochanter mayor*, dan *processus spinosus lumbal ke-5*, ukuran 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,dkk , 2013: 28).

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013: 28), 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 *lamboidea* : 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 *lamboidea*
 - c) Sebagai penyebut (penunjuk presentasi kepala) dalam persalinan, yang diketahui melalui pemeriksaan dalam (*vagina touchér*). 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: 36), 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).

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013: 39), pada kehamilan amnion memiliki beberapa fungsi, yaitu antara lainnya:

1) Melindungi janin dari trauma/benturan.

2) Memungkinkan janin bergerak bebas.

- 3) Menstabilkan suhu tubuh janin agar tetap hangat.
 - 4) Menahan tekanan uterus.
 - 5) Pembersih jalan lahir.
- d. Respon Psikologi (*Psychology Response*) dan Pengaruh Budaya
- 1) Respon psikologi

Menurut Sondakh (2013: 90), pada ibu bersalin terjadi beberapa perubahan psikologis yaitu rasa takut dan cemas, kesakitan dan nyeri saat kontraksi serta ketakutan saat melihat darah. Hal tersebut akan berpengaruh pada lamanya persalinan, his kurang baik dan pembukaan kurang lancar. Oleh sebab itu, seorang penolong dituntut untuk memberikan asuhan berupa bimbingan dalam persiapan mental menghadapi persalinan, diantaranya:

- a) Mengatasi perasaan takut yang dirasakan oleh ibu,
- b) Berusaha menentramkan perasaan yang mencemaskan dengan beberapa penjelasan yang bijaksana,
- c) Memberi gambaran yang jelas dan sistematis tentang jalannya persalinan,
- d) Ibu harus sering ditemani,
- e) Mengerti perasaan ibu,
- f)Menarik perhatian ibu,
- g) Membantu pasien memperjelas serta mengurangi beban perasaan dan pikiran selama proses persalinan,
- h) Membantu mengambil tindakan yang efektif untuk pasien,

i) Membantu memengaruhi orang lain , lingkungan fisik dan diri sendiri,

j) Menunjukkan sikap dewasa dan bertanggung jawab.

Bimbingan dan persiapan mental yang diberikan oleh penolong bertujuan untuk menerima prinsip bahwa persalinan bukanlah peristiwa yang menakutkan melainkan peristiwa yang dapat diingat dalam lembaran hidup sebagai peristiwa yang indah. Selain bimbingan tersebut, usaha lainnya yang dapat diberikan pada ibu bersalin yaitu 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 keagamaan 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 *informed consent* dan *informed choice* pada ibu dan keluarga

f) Memastikan pendamping 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

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 persalihan 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 selamatn 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 (Rohani, dkk , 2013: 36).

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. Posisi lainnya adalah posisi tidur dengan miring kiri, posisi ini dapat mengurangi penekanan pada vena cava inferior sehingga memperlancar aliran darah dari ibu dan janin serta membantu penurunan kepala bayi (Sondakh, 2013: 5).

2.1.5 Mekanisme Persalinan Normal

Menurut Rohani, dkk (2013: 145–150), 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, 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 hingga bagian terendahnya memutar 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

Saat kepala janin sampai didasar panggul dan ubun-ubun kecil berada dibawah simpisis, terjadilah ekstensi dari kepala janin. Hal ini disebabkan karena 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

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 Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

Kebutuhan dasar ibu bersalin menurut Sulistyawati (2013: 41-61).

a. Dukungan Fisik dan Psikologis

Dukungan fisik dan psikologis tidak hanya diberikan oleh bidan, melainkan suami, keluarga, teman, maupun tenaga kesehatan yang lain. Dukungan fisik dan emosional harus sesuai dengan asuhan sayang ibu.

b. Kebutuhan Cairan dan Nutrisi

Pemberian makan dan minum selama persalinan merupakan hal yang tepat karena memberikan lebih banyak energy dan mencegah

dehidrasi (dehidrasi dapat menghambat kontraksi/ tidak teratur dan kurang efektif).

c. Kebutuhan Eliminasi

Selama persalinan terjadi penekanan pada pleksus sacrum oleh bagian terendah janin sehingga menyebabkan retensio urin maupun sering berkemih oleh karena itu anjurkan ibu untuk bereliminasi secara spontan minimal 2 jam sekali selama persalinan, apabila tidak mungkin dapat dilakukan katerisasi. Hal ini dapat menunjang kemajuan persalinan dan pasien merasa nyaman.

d. Posisi dan Ambulasi

Selama persalinan pemilihan posisi dapat membantu ibu tetap tenang dan rileks. Adapun posisi persalinan dapat dilakukan dengan duduk/ setengah duduk, merangkak, berjongkok/berdiri dan berbaring miring kiri.

e. Pengurangan Rasa Sakit

Pendekatan pengurangan rasa sakit menurut Varney's Midwifery sebagai berikut :

- 1) Adanya seseorang yang dapat mendukung dalam persalinan
- 2) Pengaturan posisi
- 3) Relaksasi dan latihan pernapasan
- 4) Istirahat dan Privasi
- 5) Penjelasan mengenai proses/ kemajuan/ prosedur yang akan dilakukan.

6) Asuhan Diri

7) Sentuhan

2.1.7 Tahapan Persalinan

Tahapan persalinan terdiri atas 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 Sondakh (2013: 5), kala I (kala pembukaan) dimulai saat pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm). 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 akselearasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4cm.

(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

Menurut Rohani, dkk (2013: 63), Pada tiap kontraksi, sumbu panjang rahim bertambah panjang sedangkan ukuran melintang berkurang. Hal ini mengakibatkan tulang punggung janin menjadi lebih lurus sehingga bagian atas janin tertekan pada fundus dan bagian bawah janin masuk PAP. Otot-otot memanjang diregang dan menarik pada SBR dan serviks.

b) Serviks

Serviks mengalami perubahan bentuk menjadi lebih tipis (penipisan/ *effacement*) seiring dengan kontraksi dan retraksi. Serviks membuka disebabkan daya tarikan otot uterus ke atas akibat kontraksi. Proses *effacement* dan dilatasi serviks dapat melonggarkan membran os internal menyebabkan lendir darah (*show/ bloody show*) dari sumbatan (*operculum*) (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 64-65). Pembukaan serviks selama fase aktif sedikitnya 1 cm/ jam (JNPK-KR, 2014: 64).

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 dan Nugraheny, 2013: 66).

d) Tekanan Darah

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013: 66-67), terdapat perubahan fisiologis pada tekanan darah ibu bersalin seperti tekanan darah akan meningkat selama kontraksi, disertai peningkatan sistol rata-rata 15-20 mmHg dan diastol rata-rata 5-10 mmHg.

e) Suhu Tubuh

Suhu tubuh meningkat tidak lebih dari $0,5-1^{\circ}\text{C}$, suhu tertinggi selama dan setelah melahirkan dianggap normal sebagai peningkatan metabolisme, namun apabila persalinan berlangsung lebih lama peningkatan suhu tubuh dapat mengindikasikan dehidrasi (Sulistyawati dan Nugraheny, 2013: 67).

f) Detak Jantung

Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan diakibatkan peningkatan metabolisme. Perubahan peningkatan denyut nadi setiap adanya kontraksi maupun tidak adanya kontraksi lazim terjadi. Penurunan denyut nadi drastis selama

puncak kontraksi uterus tidak terjadi dengan ibu berbaring posisi miring kiri (Sulistyawati dan Nugraheny, 2013: 67).

g) Perubahan Renal

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013: 68), perubahan renal dalam persalinan kala I yaitu kandung kemih harus sering dievaluasi (setiap 2 jam) untuk mengetahui adanya distensi, juga harus dikosongkan untuk mencegah obstruksi persalinan, hipotonia kandung kemih akibat penekanan yang lama, dan retensi urin selama periode pasca persalinan.

h) Gastrointestinal

Motilitas dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang, penurunan sekresi asam lambung selama persalinan sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Mual dan muntah terjadi selama fase transisi akhir fase pertama persalinan sebagai respon terhadap faktor-faktor seperti kontraksi uterus, nyeri, rasa takut, khawatir, obat, atau komplikasi (Sulistyawati dan Nugraheny, 2013: 68-69).

Lambung yang penuh menghambat obstruksi persalinan sehingga dianjurkan untuk tidak makan dalam porsi besar atau minum berlebihan, tetapi makan dan minum ketika keinginan timbul dan mempertahankan energi dan hidrasi. Makanan yang dimakan selama periode menjelang persalinan atau fase laten

cenderung tetap akan berada selama persalinan (Sulistyawati dan Nugraheny, 2013: 68-69).

3) Perubahan Psikologis Kala I

(1) 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.

(2) 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 mendampingi karena merasa takut tidak mampu beradaptasi dengan kontraksinya.

4) Cara pengisian partograf

Menurut Rohani, Reni Saswita & Marisah (2013: 100), tujuan utama penggunaan partograf yaitu mencatat hasil observasi dan menilai kemajuan persalinan dan mendeteksi apakah persalinan berjalan normal atau terdapat penyimpangan, dengan demikian dapat melakukan deteksi dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama.

Menurut Rohani, dkk (2013: 102-112), pencatatan partograf pada fase aktif persalinan, yaitu:

- a) Informasi tentang ibu
- b) Keselamatan dan kenyamanan janin

Kolom pertama adalah digunakan untuk mengamati kondisi janin seperti DJJ, air ketuban, dan penyusupan (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 meconium

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 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

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

d) Jam dan waktu

Waktu berada dibagian bawah kolom terdiri atas waktu mulainya fase aktif persalinaan dan waktu aktual saat pemeriksaan. Waktu mulainya fase aktif persalinaan diberi angka 1-16, setiap kotak 1 jam, yang digunakan untuk menentukan lamanya proses persalinaan telah berlangsung.

e) Kontraksi uterus

Terdapat lima kotak mendatar untuk kontraksi. Pemeriksaan dilakukan setiap 30 menit, raba dan catat jumlah dan durasi kontraksi 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) Kesehatan dan kenyamanan ibu

- (1) Catat nadi ibu setiap 30 menit dan beri tanda titik (.) pada kolom yang sesuai.
- (2) Ukur tekanan darah ibu tiap 10 menit dan beri tanda ↑ pada kolom yang sesuai.
- (3) Temperatur dinilai setiap dua 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 :

- (a) Jumlah cairan peroral.
- (b) Keluhan sakit kepala dan penglihatan kabur.
- (c) Konsultasi dengan penolong persalinan.
- (d) Persiapan sebelum melakukan rujukan.
- (e) 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.

6) Penapisan pada saat persalinan

Menurut Rohani, dkk (2013: 95-96), bidan harus merujuk apabila didapati salah satu atau lebih penyulit seperti yang ada pada lembar penapisan.

b. Persalinan Kala II

1) Pengertian Persalinan Kala II

Menurut Sarwono (2009 : 101), kala II dimulai dari pembukaan lengkap 10 cm sampai bayi lahir, proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi. Tanda-tanda kala II menurut Sondakh (2013: 125) 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 dan Nugraheny, 2013: 101).

b) Serviks

Pada kala II, serviks menipis dan dilatasi maksimal. Saat dilakukan pemeriksaan dalam, porsio tidak teraba dengan pembukaan 10 cm (Sulistyawati & Nugraheny, 2013: 101).

c) Pergeseran organ dasar panggul

Tekanan pada otot dasar panggul (*fleksus frankenhauser*) oleh kepala janin menyebabkan keinginan pasien mengejan (Sondakh, 2013: 5). 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 dan Nugraheny, 2013: 101).

3) Asuhan kala II

Asuhan yang diberikan pada kala II menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013: 115-125), meliputi:

a) Pemantauan ibu

(1) Kontraksi

Kontraksi uterus merupakan kunci dari proses persalinan kala II dengan frekuensi lebih dari 3 kali dalam 10 menit, intensitas kontraksi kuat, durasi lebih dari 40 detik.

(2) Tanda-tanda kala II

- (a) Merasa ingin meneran dan biasanya sudah tidak bisa menahannya
- (b) Perineum menonjol
- (c) Mersa seperti ingin buang air besar
- (d) Lubang vagina dan sfingter ani membuka
- (e) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat (jika ketuban sudah pecah).

(3) Tanda vital

Pemeriksaan tanda vital dengan frekuensi yang meningkat dibandingkan pemeriksaan pada kala I. Tekanan darah diperiksa tiap setiap 15 menit dengan waktu pemeriksaaan diantara dua his. Hasil kenaikan sistol 10 mmHg diatas rata-rata dan nilai normal. Tanda vital lain seperti suhu, nadi, dan pernapasan diperiksa setiap jam.

(4) Kandung kemih

Pemasangan kateter dengan melakukan pertimbangan, yaitu:

- (a) Ketidaknyamanan bagi pasien.
- (b) Kandung kemih memang perlu dikosongkan dikarenakan distensi, tidak berkemih selama 2 jam terakhir, dan jenis intake cairan terakhir kali.
- (c) Peningkatan risiko infeksi kandung kemih disebabkan kateter.

(d) Sebagai antisipasi komplikasi yang mungkin terjadi, seperti perdarahan, partus lama, dan distosia bahu.

(5) Hidrasi

Cairan keringat yang diakibatkan peningkatan suhu dan metabolisme, mengakibatkan perlunya suplai energi.

(6) Kemajuan persalinan

Kriteria kemajuan persalinan hasil dari upaya mendorong pasien yang efektif, yakni:

(a) Penonjolan perineum

(b) Pembukaan anus

(c) Mekanisme persalinan

(d) Pada tahap selanjutnya semakin terlihatnya bagian terbawah janin di jalan lahir.

(7) Integritas perineum

Pemantauan perineum, bidan mengidentifikasi elastisitas perineum dan kondisi pasien serta taksiran berat janin (TBJ) untuk membuat keputusan dilakukannya episiotomi.

b) Pemantauan janin

(1) Saat bayi belum lahir

(a) DJJ

Sebagai indikator kesejahteraan janin, diperiksa tiap 30 menit (normal 120-160 kali/ menit) dan dituliskan dalam partograf.

(b) Bagian terendah janin

Hal ini berkaitan dengan posisi ubun-ubun kecil jika janin dengan presentasi kepala, letak muka, atau ubun-ubun besar yang mengindikasikan kesulitan dalam proses kelahiran kepala. Pemantauan molase menilai apakah proses penyesuaian kepala janin dengan jalan lahir.

(c) Penurunan bagian terendah janin

Hal ini berkaitan dengan proses kemajuan persalinan. Penurunan kepala yang lambat disertai dengan DJJ abnormal mengindikasikan lilitan tali pusat.

(2) Saat bayi sudah lahir

Penilaian awal yaitu tangisannya, nafasnya tanpa kesulitan atau tidak, dan bergerak aktif atau lemas (JNPK-KR, 2014 : 96).

c) Melakukan amniotomi dan episiotomi

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013: 123-125), amniotomi dan episiotomi yaitu:

(1) Amniotomi adalah tindakan untuk membuka selaput ketuban atau amnion dengan cara membuat robekan kecil

yang kemudian akan melebar secara spontan akibat gaya berat cairan dan adanya tekanan dalam rongga amnion. Tindakan dilakukan saat pembukaan lengkap atau hampir lengkap agar penyelesaian proses persalinan berlangsung sebagaimana mestinya. Apabila pemeriksaan dalam teraba bagian-bagian kecil janin, maka jangan sekali-kali memecahkan ketuban karena akan menyebabkan penyulit persalinan.

(2) Episiotomi adalah insisi dari perineum untuk memudahkan persalinan dan mencegah ruptur perineum totalis. Indikasi episiotomi mempercepat persalinan jika terdapat hal berikut:

- (a) Gawat janin dan janin akan segera dilahirkan dengan tindakan.
- (b) Penyulit kelahiran pervaginam misalnya karena bayi sungsang, distosia bahu, ekstraksi vakum, atau forsep.
- (c) Jaringan pada perineum atau vagina yang memperlambat kemajuan persalinan.

Menurut Fraser & Cooper (2009: 489), tipe insisi pada perineum meliputi :

- (a) Mediolateral: insisi ini dimulai dari titik tengah *fourchette* dan diarahkan 45° dari garis tengah menuju titik tengah antara tuberositas iskia dan anus.

(b) Median: insisi ini merupakan insisi garis tengah yang mengikuti garis alami insersi otot perineal.

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 : 204). Kala III dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta.

2) Mekanisme Pelepasan Plasenta

Menurut Rohani, dkk (2013: 205-208), 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. Ada dua metode untuk pelepasan plasenta, yaitu sebagai berikut:

a) Metode *Schultze*

Plasenta terlepas dari satu titik dan merosot ke vagina melalui lubang dalam kantong amnion, permukaan fetal plasenta muncul pada vulva dengan selaput ketuban yang mengikuti dibelakang seperti payung terbalik saat terkelupas dari dinding uterus.

b) Metode *Matthews Duncan*

Plasenta turun melalui bagian samping dan masuk ke vulva dengan pembatas lateral terlebih dahulu seperti kancing yang memasuki lubang baju, bagian plasenta tidak berada dalam kantong.

Fase pengeluaran plasenta adalah sebagai berikut :

a) *Kustner*

Meletakkan tangan disertai tekanan di atas simfisis, tali pusat ditegangkan, maka bila tali pusat masuk berarti plasenta belum lepas, tetapi bila diam atau maju berarti plasenta sudah lepas.

b) *Klien*

Sewaktu ada his, rahim didorong sedikit, bila tali pusat kembali berarti plasenta belum lepas, tetapi bila diam atau turun berarti plasenta sudah lepas.

c) Strassman

Menegangkan tali pusat dan ketok pada fundus, bila tali pusat bergetar berarti plasenta belum lepas, tetapi bila tidak bergetar berarti plasenta sudah lepas.

Normalnya, pelepasan plasenta ini berkisar $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ jam sesudah bayi lahir, namun bila terjadi banyak perdarahan atau bila pada persalinan sebelumnya ada riwayat perdarahan postpartum, maka tidak boleh menunggu, sebaiknya plasenta dikeluarkan dengan tangan. Selain itu, bila perdarahan sudah lebih dari 500 cc atau satu nierbeken, sebaiknya plasenta langsung dikeluarkan.

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

Tujuan manajemen aktif kala III adalah untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga

dapat mempersingkat waktu setiap kala, 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, dkk (2013: 208), 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:

Derajat satu : mukosa vagina, komisura posterior, dan kulit

Derajat dua : derajat satu + otot perineum

Derajat tiga : derajat dua + otot sfingter ani

Derajat empat : derajat tiga + dinding depan *rectum*

Catatan: jika plasenta belum lahir dalam waktu 15 menit, berikan oksitosin 10 IU secara IM dosis kedua. Periksa kandung kemih, jika penuh, gunakan kateter, ulangi kembali PTT dan tekanan dorsokranial. Nasehati keluarga jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit mungkin diperlukan rujukan. Pada menit ke-30, coba lagi melahirkan plasenta dengan melakukan PTT untuk terakhir kalinya. Jika plasenta tidak lahir, rujuk segera.

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, 2013:144).

2) Perubahan Fisiologis pada Kala IV

Menurut Sondakh (2013: 144-145), perubahan fisiologis pada kala IV meliputi:

a) 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.

b) 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) Pemantauan dan Evaluasi Lanjut

Menurut Sondakh (2013:147-148) pemantauan dan evaluasi lanjut kala IV diantaranya :

a) Memperkirakan Kehilangan Darah

Sangat sulit untuk memperkirakan kehilangan darah ibu bersalin secara tepat. Penilaian kehilangan darah sukar dilakukan karena darah seringkali bercampur dengan cairan atau urin dan mungkin terserap handuk, kain atau sarung. Satu cara untuk menilai kehilangan darah adalah dengan melihat volume darah yang terkumpul dan memperkirakan berapa banyak botol 500 ml dapat menampung semua darah tersebut. Jika darah bisa mengisi dua botol ibu kehilangan 250 ml darah. Cara tidak langsung untuk mengukur jumlah kehilangan darah melalui pemeriksaan tekanan darah.

b. Memeriksa perdarahan dari perineum

Perlu diperhatikan dan ditemukan penyebab perdarahan dari laserasi atau robekan perineum dan vagina, kemudian menilai

perluasan laserasi. Laserasi diklasifikasi berdasarkan luasnya robekan.

c. Pencegahan Infeksi

Setelah persalinan, dilakukan dekontaminasi plastic, tempat tidur, dan matras dengan larutan klorin 0,5% kemudian dicuci dengan detergen dan dibilas dengan air bersih. Jika sudah bersih, dikeringkan dengan kain bersih supaya ibu tidak berbaring di atas matras yang basah. Linen yang digunakan selama persalinan didekontaminasi dalam larutan klorin 0,5% kemudian segera cuci dengan air dan detergen.

d. Pemantauan Keadaan Umum Ibu

Sebagian besar kejadian kesakitan dan kematian ibu yang disebabkan oleh perdarahan pascapersalinan terjadi selama empat jam pertama setelah kelahiran bayi. Oleh karena itu, sangatlah penting untuk memantau ibu secara ketat setelah persalinan. Jika tanda-tanda vital dan kontraksi uterus menunjukkan akan mengalami perdarahan pascapersalian, maka penting untuk berada disamping ibu dan bayinya selama 2 jam pertama pascapersalian.

4) Penjahitan luka episiotomi atau laserasi

Menurut Rohani, dkk (2013: 238), prinsip dasar penjahitan perineum adalah sebagai berikut:

a) Ibu dalam posisi litotomi

- b) Penggunaan cahaya yang cukup terang
- c) Anatomi dapat dilihat dengan jelas
- d) Tindakan cepat
- e) Teknik yang steril
- f) Bekerja hati-hati
- g) Hati-hati jangan sampai kasa/kapas tertinggal dalam vagina
- h) Penjelasan dan pendekatan yang peka terhadap perasaan ibu selama tindakan.
- i) Pentingnya tindak lanjut jangka panjang untuk menilai teknik dan pemilihan bahan untuk penjahitan.

2.1.8 Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi baru Lahir

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

Menurut Sondakh (2013) bayi baru lahir dikatakan normal jika termasuk dalam kriteria sebagai berikut:

- 1) Berat badan lahir bayi antara 2500-4000 gram.
- 2) Panjang badan bayi 48-50 cm.
- 3) Lingkar dada bayi 32-34 cm.
- 4) Lingkar kepala bayi 33-35 cm.

- 5) Bunyi jantung dalam menit pertama \pm 180 kali/menit, kemudian turun sampai 120-140 kali/menit pada saat bayi berumur 30 menit.
- 6) Pernapasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80 kali/menit disertai pernapasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit.
- 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan dilapisi verniks kaseosa.
- 8) Rambut lanugo telah hilang, rambut kepala tumbuh baik.
- 9) Kuku agak panjang dan lemas.
- 10) Genetalia : testis sudah turun (pada bayi laki-laki) dan labia mayora telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan).
- 11) Refleks isap, menelan, dan moro telah terbentuk.
- 12) Eliminasi, urin, dan mekonium normalnya keluar pada 24 jam pertama. Mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket.

b. Adaptasi fisiologis BBL

Adaptasi yang terjadi pada bayi baru lahir adalah :

1) Sistem Pernapasan

a) Pernapasan awal dipacu oleh faktor fisik, sensorik, dan kimia

- (1) Faktor-faktor fisik meliputi usaha yang diperlukan untuk mengembangkan paru-paru dan mengisi alveolus yang kolaps.
- (2) Faktor-faktor sensorik, meliputi suhu, bunyi, cahaya, suara.

- (3) Faktor-faktor kimia, meliputi perubahan dalam darah (misalnya penurunan kadar oksigen, peningkatan kadar karbon dioksida, dan penurunan pH) sebagai akibat asfiksia sementara selama kelahiran.
 - b) Frekuensi pernapasan bayi baru lahir berkisar 30-60 kali/menit.
 - c) Sekresi lendir mulut dapat menyebabkan bayi batuk dan muntah, terutama selama 12-18 jam pertama.
- 2) Sistem Termoregulasi dan Metabolik
- a) Suhu bayi baru lahir dapat turun berapa derajat karena lingkungan eksternal lebih dingin daripada lingkungan pada uterus.
 - b) Suplai lemak subkutan yang terbatas dan area permukaan yang besar dibandingkan dengan berat badan menyebabkan bayi mudah menghantarkan panas pada lingkungan.
 - c) Kehilangan panas yang cepat dalam lingkungan yang dingin terjadi melalui konduksi, konveksi, radiasi, dan evaporasi.
 - d) Trauma dingin (hipotermi) pada bayi baru lahir dalam hubungannya dengan asidosis metabolik dapat bersifat mematikan, bahkan pada bayi cukup bulan yang sehat.
- 3) Adaptasi Neurologis
- Sistem neurologis bayi secara 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.

4) Adaptasi Gastrointestinal

- a) Perkembangan otot dan refleks yang penting untuk menghantarkan makanan sudah terbentuk saat lahir.
- b) Pencernaan protein dan karbohidrat telah tercapai, pencernaan dan absorpsi lemak kurang baik karena tidak adekuatnya enzim-enzim pankreas dan lipase.
- c) Pengeluaran mekonium. Yaitu feses berwarna hitam kehijauan, lengket, dan mengandung darah samar, diekskresikan dalam 24 jam pada 90% bayi baru lahir yang normal.
- d) Beberapa bayi baru lahir menyusui segera bila diletakkan pada payudara, sebagian lainnya memerlukan 48 jam untuk menyusui secara efektif.

5) Adaptasi Ginjal

- a) Laju filtrasi glomerulus relatif rendah pada saat lahir disebabkan oleh tidak adekuatnya area permukaan kapiler glomerulus.
- b) Sebagian besar bayi baru lahir berkemih dalam 24 jam pertama setelah lahir dan 2-6 kali sehari pada 1-2 hari pertama, setelah itu mereka berkemih 5-20 kali dalam 24 jam.

6) Adaptasi Hati

- a) Selama periode neonatus, hati memproduksi zat yang esensial untuk pembekuan darah.
- b) Hati juga mengontrol jumlah bilirubin tak terkonjugasi yang bersirkulasi, pigmen berasal dari hemoglobin dan dilepaskan bersamaan dengan pemecahan sel-sel darah merah.
- c) Bilirubin tak terkonjugasi dapat meninggalkan sistem vaskular dan menembus jaringan ekstrasvaskuler lainnya (misalnya: kulit, sklera dan membran mukosa oral) mengakibatkan warna kuning yang disebut ikterus.

7) Adaptasi Imun

- a) Bayi baru lahir tidak dapat membatasi organisme penyerang di pintu masuk.
- b) Imaturitas jumlah sistem pelindung secara signifikan meningkatkan risiko infeksi pada periode bayi baru lahir.

c. Penilaian

Menurut JNPK-KR (2014 : 114) Sebelum bayi lahir, sesudah ketuban pecah lakukan penilaian apakah air ketuban bercampur mekonium pada presentasi kepala. Segera setelah bayi lahir lakukan penilaian apakah bayi menangis, bernapas spontan dan teratur , apakah bayi lemas/lunglai.

1) Penilaian APGAR

Tabel 2.1

Penilaian keadaan umum bayi berdasarkan nilai APGAR

	0	1	2
<i>Appearance</i> (warna kulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerah- merahan
<i>Pulse rate</i> (frekuensi nadi)	Tidak ada	Kurang dari 100	Lebih dari 100
<i>Grimace</i> (reaksi rangsang)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik (grimace)	Batuk/bersin
<i>Activity</i> (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas dalam sedikit fleksi	Gerakan aktif
<i>Respiration</i> (pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Baik/menangis

(Sondakh.2013)

Menurut Mead (1996) dalam Sondakh (2013) mengemukakan :

Nilai 7 – 10 : bayi dalam kondisi baik

Nilai 4 – 6 : menunjukkan adanya depresi sedang dan membutuhkan beberapa tindakan resusitasi sedang

Nilai 0 – 3 : menunjukkan depresi serius dan membutuhkan resusitasi segera dan mungkin memerlukan ventilasi.

Prosedur penilaian APGAR

- a) Pastikan bahwa pencahayaan baik, sehingga visualisasi warna dapat dilakukan dengan baik, dan pastikan adanya akses yang baik ke bayi.

- b) Catat waktu kelahiran, tunggu 1 menit, kemudian lakukan pengkajian yang pertama. Kaji kelima variabel dengan cepat dan simultan. Kemudian jumlahkan hasilnya.
 - c) Lakukan tindakan dengan cepat dan tepat sesuai dengan hasilnya.
 - d) Ulangi pada menit kelima. Skor harus naik bila nilai sebelumnya 8 atau kurang.
 - e) Ulangi lagi pada menit ke sepuluh.
 - f) Dokumentasikan hasilnya dan lakukan tindakan yang sesuai.
- d. Konsep inisiasi menyusui dini (IMD)

1) Pengertian

Menurut Sondakh (2013 : 170) inisiasi menyusui dini adalah bayi mulai menyusui sendiri segera setelah lahir. Kontak antara kulit bayi dengan kulit ibunya dibiarkan setidaknya selama satu jam segera setelah lahir, kemudian bayinya akan mencari payudara ibunya dengan sendirinya. Cara melakukan inisiasi menyusui dini ini dinamakan *the breast crawl* atau merangkak mencari payudara.

2) Manfaat

a) Bagi ibu

(1) Oksitosin

- (a) Stimulasi kontraksi uterus dan menurunkan resiko perdarahan pasca persalinan.

- (b) Merangsang pengeluaran kolostrum dan meningkatkan produksi ASI.
- (c) Keuntungan mutualistik ibu dan bayi.
- (d) Ibu menjadi lebih tenang, memfasilitasi kelahiran plasenta, dan pengalihan rasa nyeri dari berbagai prosedur pasca persalinan lainnya.

(2) Prolaktin

- (a) Meningkatkan produksi ASI
- (b) Membantu ibu mengatasi stres terhadap berbagai rasa kurang nyaman.
- (c) Memberi efek relaksasi pada ibu setelah bayi selesai menyusui
- (d) Menunda ovulasi

b) Bagi bayi

- (1) Makanan dengan kualitas dan kuantitas optimal. Mendapat kolostrum segera, disesuaikan dengan kebutuhan bayi.
- (2) Segera memberikan kekebalan pasif pada bayi. Kolostrum adalah imunisasi pertama bagi bayi.
- (3) Meningkatkan kecerdasan.
- (4) Membantu bayi mengoordinasikan kemampuan menghisap, menelan dan bernafas.
- (5) Meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dan bayi.
- (6) Mencegah kehilangan panas.

(7) Meningkatkan berat badan.

3) Langkah dalam pemberian IMD

Menurut Sondakh (2013 : 173) langkah dalam pemberian IMD adalah :

- a) Lahirkan, lakukan penilaian penilaian pada bayi, keringkan.
 - (1) Catat waktu kelahiran bayi.
 - (2) Letaakkan bayi diperut ibu.
 - (3) Kaji bayi apakah perlu dilakukan resusitasi apa tidak (2 detik)
 - (4) Bila tidak perlu resusitasi, keringkan tubuh bayi mulai dari wajah, kepala, dan bagian tubuh lainnya dengan halus tanpa membersihkan verniks. Setelah kering, selimuti bayi dengan kain kering untuk menunggu 2 menit sebelum tali pusat diklem.
 - (5) Hindari mengeringkan tangan bayi.
 - (6) Lendir cukup dilap dengan air bersih, pengisapan lendir di dalam mulut atau hidung dapat merusak selaput lendir dan meningkatkan resiko infeksi pernapasan.
 - (7) Periksa kembali uterus untuk memastikan kembali hamil tunggal. Kemudian suntik oksitosi 10 IU secara IM, serta jaga bayi tetap hangat.

b) Lakukan kontak kulit dengan kulit selama paling sedikit 1 jam. Biarkan bayi mencari dan menemukan puting ibu dan mulai menyusui.

(1) Setelah tali pusat dipotong, letakkan bayi tengkurap didada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga badan bayi menempel di dada ibu. Kepala bayi diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting.

(2) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat, dan pasang topi bayi.

(3) Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam., mintalah ibu untuk memeluk bayinya. Sebagian besar bayi baru berhasil melakukan IMD dalam waktu 30-60 menit.

(4) Hindari membasuh atau menyeka payudara ibu sebelum bayi menyusui.

(5) Selama kontak kulit tersebut, lanjutkan dengan manajemen aktif kala III.

c) Biarkan bayi mencari dan menemukan puting susu dan mulai menyusui.

(1) Biarkan bayi mencari dan menemukan puting susu.

(2) Anjurkan ibu dan orang lain untuk tidak menginterupsi supaya bayi menyusui. Misalnya, dengan memindahkan bayi dari payudara satu ke yang lain.

- (3) Menunda semua asuhan BBL normal hingga bayi selesai menyusui. Tunda memandikan bayi 6-24 jam untuk mencegah hipotermi.
 - (4) Usahakan tetap menempatkan ibu dan bayi di ruang bersalina samapai bayi selesai menyusui.
 - (5) Segera setelah bayi selesai menghisap dan menelan, lakukan asuhan bayi baru lahir normal.
- e. Masalah potensial yang mungkin terjadi pada janin dan BBL
- 1) Asfiksia bayi baru lahir
 - a) Pengertian

Asfiksia bayi baru lahir adalah suatu keadaan bayi baru lahir yang gagal bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir (FKUI RSCM, 2000: 1072)
 - b) Tanda dan gejala
 - (1) Tidak ada pernapasan (apnea)/ pernapasan lambat (< 30 kali/ menit)
 - (2) Pernapasan tidak teratur, dengkuran, atau retraksi
 - (3) Tenagisan lemah
 - (4) Warna kulit pucat dan biru
 - (5) Tonus otot lemas atau terkulai
 - (6) Denyut jantung tidak ada atau perlahan (< 100 kali/ menit)
 - c) Etiologi

Aliran darah ibu ke janin dapat dipengaruhi oleh keadaan ibu. Jika aliran oksigen ke janin berkurang, akan mengakibatkan gawat janin. Hal ini dapat menyebabkan asfiksia pada bayi baru lahir. Akan tetapi, bayi juga dapat mengalami asfiksia tanpa didahului dengan tanda gawat janin.

d) Patofisiologi

Patofisiologi yang menyebabkan asfiksia diantaranya kurangnya oksigenasi sel, retensi karbon dioksida berlebihan dan asidosis metabolik.

e) Penataksanaan

(1) Memastikan jalan nafas terbuka

(2) Isap lendir dari hidung bayi sedalam kurang lebih 3 cm, dari mulut bayi kurang lebih 5 cm.

(3) Lakukan resusitasi pada asfiksi bayi baru lahir

2) Hipotermi

a) Pengertian

Hipotermi merupakan suatu keadaan bayi baru lahir dimana suhu tubuhnya $< 36^{\circ}$ C serta kedua kaki dan tangan terasa dingin (Rukiyah, 2012: 283)

b) Etiologi

(1) Radiasi , hilangnya panas dari objek ke panas bayi (timbangan bayi yang dingin)

- (2) Evaporasi, hilangnya panas karena penguapan cairan yang melekat pada kulit (air ketuban yang belum dikeringkan)
 - (3) Konduksi, panas bayi diambil oleh suatu permukaan yang melekat ditubuh bayi (pakaian bayi yang basah)
 - (4) Konveksi, penguapan dari tubuh ke udara (angin disekitar tubuh bayi)
- c) Tanda dan gejala
- Bayi tidak mau minum, bayi tampak lesu atau mengantuk saja, tubuh bayi teraba dingin, dalam keadaan berat, denyut jantung bayi menurun dan kulit bayi mengeras (sklerema).
- d) Penatalaksanaan
- (1) Segera menghangatkan bayi di dalam incubator atau melalui penyinaran lampu
 - (2) Metoda kangguru, yaitu dengan menghangatkan bayi dengan kontak langsung antara kulit ibu dan bayi, dengan tetap menyelimuti tubuh ibu dan bayi.

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

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 kala I

a. Data Subjektif

1) Biodata

a) Nama

Sabagai identitas, dan sebagai upaya untuk meningkatkan keakraban bidan dan ibu.

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.

c) Agama

Data ini digunakan untuk mengetahui kepercayaan ibu terhadap agama yang dianutnya, mengenali hal-hal yang berkaitan dengan masalah asuhan yang akan diberikan, membimbing/mengarahkan ibu dalam berdoa, dan dapat memberi motivasi sesuai agamanya, serta untuk mengetahui kemungkinan pengaruhnya terhadap kesehatan selama bersalin.

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 mempengaruhi daya tangkap dan tanggap terhadap instruksi yang diberikan pada saat persalinan.

f) Pekerjaan

Untuk mengetahui aktivitas ibu atau suami setiap hari, mengukur tingkat sosial ekonomi agar nasehat yang diberikan sesuai (Sulistyawati, 2013 : 220).

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 (Sulistyawati,2013:221).

2) Riwayat pasien

a) Keluhan utama

Keluhan utama ibu meliputi apa yang ibu rasakan (kapan mulai terasa kenceng-kenceng, bagaimana intensitas dan frekuensinya, apakah ada pengeluaran cairan dari vagina, dan

lendir yang disertai darah, dan keluhan lainnya) dan tindakan apa saja yang sudah dilakukan.

b) Riwayat menstruasi

(1) Menarche

Menarche pada wanita Indonesia pada usia sekitar 12-16 tahun yang berhubungan dengan kesuburan wanita dan keluhan-keluhan yang timbul saat menstruasi.

(2) Siklus

Siklus menstruasi adalah jarak antara menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya dalam hitungan hari, biasanya sekitar 23-32 hari. Yang berhubungan HPHT.

(3) Volume

Data ini menjelaskan seberapa banyak darah menstruasi yang dikeluarkan dan dapat dikaitkan dengan usia kehamilan.

(4) Keluhan

Beberapa wanita memiliki keluhan ketika mengalami menstruasi. Keluhan yang biasanya dikeluhkan adalah *dysmenorrhea*.

(5) HPHT

HPHT merupakan data dasar yang diperlukan untuk menentukan usia kehamilan (Rohani, 2013 : 80).

3) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas, dan KB yang lalu

Riwayat kehamilan diperlukan penjelasan tentang jumlah gravida dan para untuk mengidentifikasi masalah potensial pada kelahiran kali ini dan periode pascapartum. Paritas/para mempengaruhi durasi persalinan dan insiden komplikasi. Semakin tinggi paritas insiden abrupsio plasenta, plasenta previa, perdarahan uterus, mortalitas juga meningkat.

Data persalinan diperlukan informasi tentang jarak antara dua kelahiran, tempat melahirkan, cara melahirkan (spontan, vakum, forsep atau operasi), masalah atau gangguan yang timbul pada saat hamil dan melahirkan seperti perdarahan, letak sungsang, pre eklamsi dsb, berat dan panjang bayi waktu lahir jenis kelamin, kelainan yang menyertai bayi, bila bayi meninggal apa penyebabnya.

Data nifas diperlukan untuk mengetahui apakah dalam riwayat nifas yang lalu ibu ada penyulit atau kelainan yang akan mempengaruhi persalinan yang sekarang.

Riwayat KB meliputi jenis kontrasepsi yang pernah digunakan, efek samping, alasan berhentinya penggunaan dan lama penggunaan kontrasepsi (Rohani,2013).

4) Riwayat Kehamilan Sekarang

Diperlukan untuk mengidentifikasi masalah potensial yang mungkin dapat terjadi dalam proses persalinan dan setelah melahirkan.

5) Riwayat kesehatan

Data dari riwayat kesehatan ini dapat kita gunakan sebagai “*warning*” akan adanya penyulit dalam persalinan. Beberapa data penting tentang riwayat kesehatan yang perlu kita ketahui adalah apakah ibu pernah atau sedang menderita penyakit seperti jantung, diabetes mellitus, ginjal, hipertensi, hepatitis, atau anemia (Sulistyawati, 2013 : 223).

6) Status pernikahan

Data ini penting untuk kita kaji karena dari data ini kita akan mendapatkan gambaran mengenai suasana rumah tangga pasangan serta kepastian mengenai siapa yang akan mendampingi persalinan.

7) Pola Aktivitas Sehari-hari

a) Pola nutrisi

Pola makan ini penting untuk diketahui agar bisa mendapatkan gambaran mengenai asupan gizi ibu selama hamil sampai dengan masa awal persalinan, sedangkan jumlah cairan sangat penting diketahui karena akan menentukan kecenderungan terjadinya dehidrasi. Data fokus yang perlu ditanyakan adalah kapan atau jam berapa terakhir kali makan serta minum,

makanan yang dimakan, jumlah makanan yang dimakan, berapa banyak yang diminum, apa yang diminum.

b) Pola Eliminasi

Hal yang perlu dikaji adalah BAB dan BAK terakhir. Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin. Apabila ibu belum BAB kemungkinan akan dikeluarkan selama persalinan, yang dapat mengganggu jika bersamaan dengan keluarnya kepala bayi.

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.

d) *Personal hygiene*

Data ini perlu dikaji karena berkaitan dengan kenyamanan ibu dalam menjalani persalinannya (Sulistyawati, 2013:224).

8) Riwayat psikososial dan budaya

Hal ini penting untuk kenyamanan psikologis ibu. Adanya respon yang positif terhadap persalinan akan mempercepat proses adaptasi dalam menerima kondisi dan perannya. Serta untuk mendapatkan data tentang adat istiadat yang dilakukan ketika menghadapi persalinan, salah satunya adalah persalinan yang ditolong oleh dukun bayi. Dukun bayi umumnya adalah

perempuan, walaupun dalam berbagai kebudayaan tertentu, dukun bayi adalah laki-laki. *Paraji* di Sunda adalah dukun bayi perempuan. Sedangkan di Bali, *balian manak* pada masyarakat Bali Hindu umumnya adalah laki-laki berusia diatas 50 tahun. Selain itu, adanya adat melahirkan tanpa bantuan siapapun. Alasannya adalah karena kebudayaan yang bersangkutan memandang kelahiran sebagai masalah pribadi dan dari segi sopan santun perlu dijaga dari keterbukaan bagi orang lain.

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 ketergatungan 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

Gambaran tentang kesadaran meliputi komposmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam keadaan sadar (Sulistyawati, 2013 : 226)

3) Tinggi badan

Tinggi badan yang ≤ 145 cm dapat berhubungan dengan panggul sempit

4) Berat badan

Digunakan untuk memantau perkembangan janin dan keadaan ibu. Menurut Manuaba (2010) jumlah penambahan berat badan selama hamil normalnya adalah antara 6,5 kg sampai 16,5 kg.

5) Tanda vital

Kenaikan atau penurunan tekanan darah merupakan indikasi adanya gangguan hipertensi dalam kehamilan atau syok. Peningkatan tekanan darah sistol dan diastol dalam batas normal dapat mengindikasikan nyeri. Peningkatan suhu menunjukkan adanya proses infeksi atau dehidrasi. Peningkatan frekuensi pernapasan dapat menunjukkan syok.

6) Pemeriksaan fisik

a) Muka

Hal yang perlu dikaji adalah bengkak/oedem (tanda preeklampsi), pucat (kemungkinan anemia), ekspresi ibu (gambaran kesakitan / ketidaknyamanan).

b) Mata

Hal yang perlu dikaji adalah konjungtiva (kepucatan pada konjungtiva mengindikasikan terjadinya anemia yang mungkin dapat berpengaruh pada persalinannya), dikaji sklera, kebersihan, kelainan pada mata dan gangguan penglihatan (Rohani, 2013).

c) Mulut

Bibir yang pucat menandakan ibu mengalami anemia, bibir kering dapat menjadi indikasi dehidrasi.

d) Leher

Digunakan untuk mengetahui apakah ada kelainan atau pembesaran pada kelenjar getah bening serta adanya parotitis (Sulistyawati, 2013 : 227).

e) Dada

Dikaji apakah ada kelainan bentuk pada payudara, apakah ada perbedaan besar pada masing-masing payudara, adakah hiperpigmentasi pada areola, adakah teraba nyeri dan massa pada payudara, kolostrum, keadaan puting (menonjol, datar atau masuk ke dalam) dan kebersihan (Sulistyawati, 2013 : 227).

f) Perut

Nilai adanya kelainan pada abdomen serta memantau kesejahteraan janin, kontraksi uterus dan menentukan kemajuan proses persalinan (Sulistyawati, 2013 : 227).

(1) Bekas operasi SC

Digunakan untuk melihat apakah ibu pernah mengalami operasi SC, sehingga dapat ditentukan tindakan selanjutnya karena riwayat SC masuk kedalam penapisan persalinan (Rohani, 2013:84).

(2) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

TFU berkaitan dengan usia kehamilan (dalam minggu). 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, 2013 : 84).

(3) Pemeriksaan Leopold

Digunakan untuk mengetahui letak, presentasi, posisi dan variasi janin (Rohani, 2013 : 84).

(4) Kontraksi Uterus

Frekuensi, durasi dan intensitas kontraksi digunakan untuk menentukan status persalinan (Rohani, 2013 : 84).

(5) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

(6) Denyut Jantung Janin (DJJ)

(7) Palpasi kandung kemih (pemantauan pengosongan kandung kemih).

g) Genital

Mengkaji tanda-tanda inpartu, kemajuan persalinan, *hygiene* pasien dan adanya tanda-tanda infeksi vagina, meliputi : kebersihan, pengeluaran pervaginasi (adanya pengeluaran lendir darah), tanda-tanda infeksi vagina, pemeriksaan dalam.

h) Anus

Digunakan untuk mengetahui kelainan pada anus seperti hemoroid yang berpengaruh dalam proses persalinan.

i) Ekstremitas

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

j) Data penunjang

Pemeriksaan USG, kadar hemoglobin, golongan darah, kadar leukosit, hematokrit dan protein urin

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

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

Diagnosa potensial pada kala I adalah perdarahan intrapartum, eklamsia, partus lama, infeksi intrapartum, partus lama, asfiksia intra uterus.

Diagnosa potensial pada kala II adalah syok, dehidrasi, infeksi, preeklamsia-eklamsia, inersia uteri, gawat janin, distosia bahu, tali pusat menumbung/ lilitan tali pusat (JNPK-KR,2014 : 90).

Pada kala III diagnosa yang mungkin terjadi adalah retensio plasenta, ruptur uteri, dan kontraksi inadkuat.

Pada kala IV diagnosa potensial yang mungkin terjadi adalah atonia uteri, perdarahan post partum, adanya robekan serviks sehingga menimbulkan perdarahan hebat, syok hipovolemik , dan potensial terhadap robekan perineum derajat II, III, & IV.

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 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

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 hasil : a. Keadaan umum ibu baik
 b. TTV dalam batas normal
 TD :100/60 – 130/90 mmHg
 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

2) Ada kemajuan persalinan (his makin sering dan durasinya makin lama, \emptyset dan effacement bertambah, penurunan kepala bertambah, tidak ada moulage)

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.

f. Kala III :

- 1) Plasenta lahir lengkap tidak lebih dari 30 menit.
- 2) Kontraksi uterus baik, keras (globuler).
- 3) Jumlah perdarahan < 500 cc.

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.

- a. Beritahu ibu tentang hasil pemeriksaannya bahwa ibu dan bayi dalam keadaan sehat.

R : Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu adalah hak ibu untuk mengetahui kondisinya sehingga ibu menjadi lebih kooperatif dalam pemberian asuhan terhadapnya (Rohani,2011)

- b. Menjelaskan tentang persalinan, proses persalinan, dan penyebab dari nyeri saat kontraksi.

R : Menjelaskan tentang persalinan , proses persalinan dan penyebab nyeri saat kontraksi pada ibu merupakan Pendidikan antepartum yang dapat memudahkan persalinan dan proses kelahiran karena dapat membantu ibu untuk meningkatkan sikap positif atau rasa kontrol dan dapat menurunkan ketergantungan pada medikasi, penjelasan dapat mengurangi kecemasan dan ketakutan ibu selama proses persalinan serta meningkatkan sikap kooperatif terhadap perubahan yang dialami oleh ibu serta tindakan yang diberikan oleh petugas.

- c. Berikan asuhan sayang ibu yang meliputi pengurangan rasa sakit, pengaturan posisi ibu, pemenuhan cairan dan nutrisi, pemberian keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur, dan pencegahan infeksi.

- R : Memberikan asuhan sayang ibu berupa anjuran untuk mengonsumsi Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama proses persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi dapat memperlambat kontraksi membuat kontraksi tidak teratur dan kurang efektif (Sondakh,2013). Pengurangan rasa sakit dapat berupa teknik relaksasi dengan cara mengatur pernapasan yaitu menghirup udara dari hidung lalu dikeluarkan lewat mulut dan pengaturan posisi ibu dapat meningkatkan rasa aman dan nyaman yang dirasakan ibu.
- d. Pantau masukan / pengeluaran cairan. Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih minimal setiap 2 jam sekali.
- R : Memantau pemasukan atau pengeluaran cairan pada ibu sangat penting, karena apabila ibu mempertahankan kandung kemih bebas distensi dapat meningkatkan ketidaknyamanan, sehingga mengakibatkan kemungkinan trauma, mempengaruhi penurunan janin dan memperlama persalinan.
- e. Lakukan observasi TTV, kontraksi, DJJ, kemajuan persalinan, dan catat dalam lembar observasi.
- R : Lembar observasi dan partograf dapat mendeteksi apakah proses persalinan berjalan baik atau tidak karena tiap persalinan memiliki kemungkinan terjadinya partus lama. (JNPK-KR,2014)

f. Dukung ibu selama kontraksi dengan teknik pernapasan dan relaksasi.

R : Memberitahukan pada ibu cara teknik relaksasi dan distraksi dapat memecahkan konsentrasi ibu terhadap nyeri , sehingga menurunkan ambang rasa nyeri

g. Persiapkan perlengkapan yang diperlukan

R : Mempersiapkan hal-hal yang diperlukan untuk melindungi ibu 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)

h. Persiapan Rujukan

R : Persiapan rujukan diperlukan apabila terjadi penyulit dalam persalinan, keterlambatan untuk merujuk ke fasilitas yang sesuai dapat membahayakan jiwa ibu atau bayinya sehingga tidak mengalami keterlambatan dalam memberikan tindakan lebih lanjut (Sondakh,2013).

2.2.6 Implementasi

Melaksanakan asuhan menyeluruh yang telah direncanakan yang berpedoman pada panduan persalinan normal 58 langkah dan asuhan sayang ibu secara efektif dan aman. Bila perlu dapat berkolaborasi dengan dokter jika terdapat komplikasi.

2.2.7 Evaluasi

Pada langkah ini dievaluasi tujuan asuhan kebidanan, keefektifan asuhan yang telah diberikan, apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnosis maupun masalah, serta hasil asuhan yang berupa bentuk nyata dari perubahan kondisi serta respon dari keluarga. Hasil evaluasi tindakan nantinya dituliskan dalam bentuk SOAP.

2.2.8 Catatan Perkembangan

a. 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 rectum dan vagina, perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka, adanya peningkatan pengeluaran lendir bercampur darah (JNPK-KR,2014).

O : Pembukaan serviks telah lengkap, terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

A : Pembukaan serviks telah lengkap, terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina

P : 1) Mengenali gejala dan tanda kala II

2) Pastikan kelengkapan persalinan, bahan, dan obat, untuk menolong persalinan dan tata laksana komplikasi ibu dan bayi bayi baru lahir.

- 3) Pakai celemek plastik.
- 4) Lepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir, kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk yang bersih dan kering.
- 5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
- 6) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik.
- 7) Bersihkan vulva dan perineum dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi air DTT.
- 8) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.
- 9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan dengan air mengalir setelah sarung tangan dilepaskan.
- 10) Periksa DJJ setelah kontraksi / saat uterus relaksasi untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal.
- 11) Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, serta bantu ibu dalam menentukan

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) Minta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran.
 - 13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.
 - 14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, dan mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
 - 15) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
 - 16) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
 - 17) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.

- 18) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi kepala bayi tetap fleksi agar tidak defleksi dan membantu lahirnya kepala . Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal saat 1/3 bagian kepala bayi telah keluar dari vagina.
- 20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi.
- 21) Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 22) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- 23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan atas kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan, dan siku sebelah bawah. Gunakan 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.
- 25) Lakukan penilaian sepiantas (apakah bayi menangis kuat/bernapas tanpa kesulitan, dan apakah bayi bergerak dengan aktif).
- 26) Keringkan tubuh bayi.

a. Pengkajian Bayi Baru Lahir

Tanggal :

Pukul :

S : Bayi Ny. X lahir spontan dan segera menangis, bayi bergerak dengan aktif, dan menyusu dengan kuat. Bayi lahir pukul..... dengan jenis kelamin.....

O : Keadaan umum : Baik

Nadi : 100- 160 x/ menit

Pernapasan : 40- 60 x/ menit

Suhu : 36,5⁰C- 37⁰C

Berat badan : 2500- 4000 gram

Panjang badan : 48- 52 cm

Lingkar kepala : 32- 37 cm

Lingkar dada : 32- 35 cm

LILA : 9- 11 cm

APGAR : 7-10

Pemeriksaan fisik :

- 1) Kepala : untuk mengetahui adanya molase, caput hematoma dan caput succedaneum
- 2) Telinga : mengetahui adanya infeksi
- 3) Mata : mengetahui tanda-tanda infeksi, sklera berwarna putih, konjungtiva merah muda
- 4) Hidung : mengetahui adanya pernapasan cuping hidung
- 5) Mulut : mengetahui adanya kelainan bawaan seperti labioskisis atau labiopalatoskisis
- 6) Leher : mengetahui adanya pembengkakan dan gumpalan
- 7) Dada : mengetahui apakah ada retraksi dinding dada, bentuk dada
- 8) Abdomen : mengetahui bentuk, adanya benjolan abnormal, keadaan tali pusat
- 9) Genetalia
 - Laki-Laki : testis sudah berada dalam skrotum baik kiri maupun kanan
 - Perempuan : vagina ada lubang, keadaan labia mayora menutupi labia minora
- 10) Anus : apakah atresia ani atau tidak

11) Kulit : verniks, warna kulit, tanda lahir

12) Ekstremitas : gerak aktif, apakah polidaktil atau sindaktil

A : Bayi baru lahir usia dengan kondisi normal

P :

- 1) Memberitahu ibu dan keluarga bahwa bayi ibu dalam keadaan normal
- 2) Memberikan konseling kepada ibu tentang menjaga kehangatan bayi, pemberian ASI sesering mungkin, perawatan tali pusat yang baik dan benar, serta perencanaan imunisasi yang lengkap.
- 3) Memberitahu ibu tentang tanda bahaya baru lahir seperti keadaan suhu bayi yang terlalu hangat atau terlalu dingin, bayi mengantuk berlebih, gumoh/ muntah berlebih, tali pusat merah, bengkak, bernanah maupun berbau, tidak berkemih dalam waktu 24 jam.
- 4) Memberikan salep mata untuk mencegah infeksi pada mata, melakukan penyuntikan Vit K 0,5 ml pada paha kiri secara IM dan 1 jam kemudian melakukan penyuntikan imunisasi Hb 0 pada paha kanan, serta memandikan bayi setelah 6 jam.
- 5) Ibu dan keluarga mengerti dengan penjelasan yang telah diberikan dan mampu mengulangnya.

