

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Persalinan

2.1.1 Pengertian Persalinan

Kemampuan uterus dalam mempertahankan kehamilan mempunyai jangka waktu tertentu dan dibatasi oleh kemampuan meregang, besarnya janin dalam uterus dan jangka waktu tuanya plasenta. Setelah itu, terjadilah serangkaian proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba (1998) dalam Marmi (2012)).

2.1.2 Etiologi Persalinan

Terdapat beberapa faktor dominan yang memengaruhi proses persalinan atau dimulainya kontraksi uterus, yaitu sebagai berikut.

a. Teori Penurunan Kadar Hormon Progesterone

Progesterone merupakan hormone penting untuk mempertahankan kehamilan. Progesterone berfungsi menurunkan kontraktilitas dengan cara meningkatkan potensi membrane istirahat pada sel myometrium sehingga menstabilkan membrane dan kontraksi berkurang, uterus rileks dan tenang. Pada akhir kehamilan terjadi penurunan kadar progesterone yang mengakibatkan peningkatan kontraksi uterus karena sintesa prostaglandin di chorioamnion (Manuaba (1998) dalam Marmi (2012)).

b. Teori Rangsangan Estrogen

Estrogen menyebabkan irritability myometrium. Mungkin karena peningkatan konsentrasi actin-myocin dan adenosine tripospat (ATP). Selain itu, estrogen memungkinkan sintesa prostaglandin pada desidua dan selaput ketuban sehingga menyebabkan kontraksi uterus (myometrium). Estrogen juga menimbulkan berbagai perubahan pada miometrium yang meningkatkan kapasitas miometrium untuk menimbulkan daya kontraksi yang kuat dan terkoordinasi (Manuaba (1998) dalam Marmi (2012)).

c. Reseptor Oksitosin dan Kontraksi Braxton Hiks

Kontraksi persalinan tidak terjadi secara mendadak, tetapi berlangsung lama dengan persiapan semakin meningkatnya reseptor oksitosin. Oksitosin adalah hormone yang dikeluarkan oleh kelenjar hiposis posterior. Distribusi reseptor oksitosin, dominan pada fundus dan korpus uteri, makin berkurang jumlahnya di segmen bawah rahim dan praktis tidak banyak dijumpai pada serviks uteri. Sejak umur kehamilan 20 minggu, sebaran reseptor oksitosin dan kontraksi Braxton Hicks makin meningkat, aktifitas uterus untuk menerima rangsangan makin tinggi sehingga kontraksi Braxton Hicks makin sering terjadi, yang mempunyai arti sangat penting untuk dimulainya proses pematangan serviks (Manuaba, 2007).

d. Teori Keregangan (Distensi Rahim)

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu.

Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenter. Mekanisme yang mungkin berperan adalah peregangan serat otot yang menyebabkan peningkatan eksitabilitas serat tersebut (Coad, Jane, Melvyn. 2007). Seperti halnya dengan kandung kencing dan lambung, bila dindingnya teregang oleh karena isinya bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot dan otot-otot rahim makin rentan (Unpad (1983) dalam Sulistyowati (2015)).

e. Teori Fetal Cortisol

Dalam teori ini diajukan sebagai “Pemberi tanda” untuk dimulainya persalinan adalah janin, diduga akibat peningkatan tiba-tiba kadar kortisol plasma janin. Kortisol janin akan mempengaruhi plasenta sehingga produksi progesterone berkurang dan memperbesar sekresi estrogen, selanjutnya berpengaruh terhadap meningkatnya produksi prostaglandin, yang menyebabkan irritability miometerium meningkat. Pada cacat bawaan janin seperti anesefalus, hypoplasia adrenal janin dan tidak adanya kelenjar hipofisis pada janin akan menyebabkan kortisol janin tidak diproduksi dengan baik sehingga kehamilan dapat berlangsung lewat bulan (Marmi, 2012:6).

f. Teori Prostaglandin

Endometrium mengandung banyak prostaglandin E_2 dan F_2 , dengan desintegrasi endometrium, prostaglandin terlepas dan menyebabkan berkontraksinya miometrium (Prawirohardjo, Sarwono, 2010). Prostaglandin yang dikeluarkan oleh decidua konsentasinya meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F_2 atau E_2 yang diberikan secara intravena menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap umur kehamilan, hal ini disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu-ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan (Obstetri Williams, 2006).

g. Teori Iritasi Mekanik

Di belakang serviks terdapat ganglion servikale (pleksus Frankenhauser). Bagian terendah akan langsung merangsang pleksus Frankenhauser yang terletak antara pertemuan kedua ligamentum sakrouterinum, sehingga menimbulkan refleks mengejan, sebagai tambahan kekuatan yang dapat dikendalikan dari luar (Manuaba, 2007)

h. Teori Plasenta Sudah Tua

Menurut teori ini, plasenta yang menjadi tua akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesterone yang menyebabkan kekejangan

pembuluh darah, hal ini akan menimbulkan kontraksi Rahim (Unpad (1983) dalam Sulistyowati (2015)).

2.1.3 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Proses persalinan normal, ditentukan oleh tiga faktor utama, yaitu (Prawirohardjo, Sarwono, 2014):

a. Power

Terdiri dari kekuatan his yang adekuat dan tambahan kekuatan mengejan.

Faktor kekuatan dalam persalinan dibagi menjadi dua, yaitu:

1) Kekuatan Primer (Kontraksi involunter)

Kontraksi berasal dari segmen atas uterus yang menebal dan dihantarkan ke uterus bawah dalam bentuk gelombang. Sifat kontraksi otot uterus adalah “retraksi”, artinya otot tidak akan kembali pada panjang semula, tetapi bertambah pendek, sehingga dapat mendorong janin menuju jalan lahir secara pasif, mulai dari isthmus, serviks dan selanjutnya vagina. Kekuatan primer ini mengakibatkan serviks menipis (*effacement*) dan berdilatasi sehingga janin turun.

2) Kekuatan Sekunder (Kontraksi volunter)

Kekuatan ini, otot-otot diafragma dan abdomen ibu berkontraksi dan mendorong keluar isi ke jalan lahir sehingga menimbulkan tekanan intraabdomen. Refleks mengejan mempercepat proses persalinan sehingga kala II persalinan berjalan lebih cepat. Kekuatan sekunder tidak memengaruhi dilatasi serviks, tetapi setelah dilatasi serviks

lengkap, kekuatan ini penting dalam usaha mendorong keluar dari uterus dan vagina (Sondakh, 2013).

Tabel 2.1 Tabel Perbedaan Antara His Palsu dan His Sejati

Jenis Perubahan	His Palsu	His Sejati
Karakteristik kontraksi	Tidak teratur dan tidak semakin sering (disebut kontraksi Braxton Hicks)	Kontraksi terjadi pada interval yang teratur, interval secara bertahap semakin pendek, intensitas secara bertahap meningkat
Pengaruh gerakan tubuh	Jika ibu berjalan atau beristirahat atau jika posisi tubuh ibu berubah, kontraksi akan menghilang/ berhenti	Meskipun posisi/ gerakan ibu berubah, kontraksi tetap dirasakan
Kekuatan kontraksi	Biasanya lemah dan tidak semakin kuat (mungkin menjadi kuat lalu melemah)	Kontraksinya semakin kuat
Nyeri karena kontraksi	Biasanya hanya dirasakan di tubuh bagian depan	Biasanya berawal di punggung dan menjalar ke depan

Sumber: Leveno, dkk. 2009. *Obstetri Williams Edisi 21*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC

Hal-hal yang harus diperhatikan dari his adalah:

1) Frekuensi dan Intensitas his

Jumlah his dalam waktu tertentu biasanya persepuluh menit.

2) Intensitas his

Kekuatan his diukur dalam mmHg. Intensitas dan frekuensi kontraksi uterus bervariasi selama persalinan, baik sering, teratur atau tidak. Semakin meningkat seiring kemajuan persalinan. Telah diketahui bahwa aktifitas uterus bertambah besar jika wanita tersebut berjalan-jalan sewaktu persalinan masih dini.

3) Durasi atau lama his

Lamanya setiap his berlangsung diukur dengan detik, misalnya selama 40 detik

4) Interval

Jarak antara his satu dengan his berikutnya, misalnya his datang 2 sampai 3 menit

Pembagian His Dan Sifatnya

1) *His pendahuluan*: his tidak kuat dan tidak teratur namun menyebabkan keluarnya plak. Plak ini menjadi pelindung dan menutup jalan lahir selama kehamilan. Pengeluaran plak lendir inilah yang dimaksud dengan *bloody show* (Varney, 2008).

2) *His pembukaan*: menyebabkan pembukaan serviks, semakin kuat, teratur dan sakit.

3) *His pengeluaran (kala II)*: untuk mengeluarkan janin, sangat kuat.

teratur, simetris, terkoordinir dan lama, koordinasi bersama antara kontraksi otot perut, diafragma dan ligament.

4) *His pelepasan uri (kala III)*: kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.

5) *His pengiring (kala IV)*: kontraksi lemah, masih sedikit nyeri (merian), terjadi pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

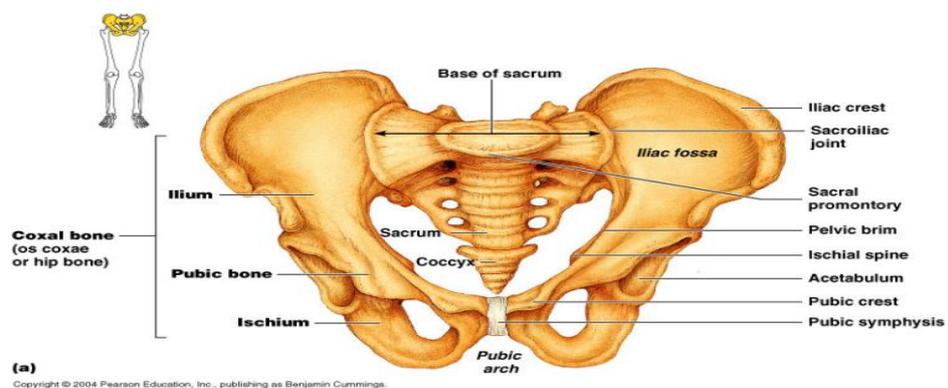
b. Passage

Jalan lahir terbagi atas dua, yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak. Hal-hal yang perlu diperhatikan dari jalan lahir keras adalah ukuran dan bentuk tulang panggul; sedangkan yang perlu diperhatikan pada jalan lahir lunak adalah segmen bawah uterus yang dapat meregang, serviks, otot dasar panggul, vagina dan introitus vagina.

1) Anatomi Jalan Lahir

a) Jalan Lahir Keras

Bagian keras dibentuk oleh empat buah tulang, yaitu:



Gambar 2.1 Anatomi Panggul

Sumber: Manuaba, Chandranita, Fajar. 2008. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC

(1) 2 tulang panggul paha (*os coxae*) terdiri dari :

Os Ilium Atau Tulang Usus

- (a) Ukurannya terbesar dibanding dengan ukuran lainnya. Sebagai batas dinding atas dan belakang panggul-panggul atau pelviks
- (b) Pinggir atas os ilium yang timbul dan menebal: Crista iliaka
- (c) Bagian terdepan Crista iliaka: Spina Iliaka anterior posterior (SIAS) dan beberapa centimeter dibawahnya menonjol: Spina iliaka anterior inferior (SIAI)
- (d) Bagian terbelakang Crista Iliaka dinamakan spina iliaka posterior superior (SIPS)
- (e) Di bawah SIPS ada tonjolan dinamakan spina iliaka posterior inferior (SIPI). Lengkungan dibawah SIPI dinamakan incisura ischiadika mayor
- (f) Pada sisi dalam os ilium merupakan batas antara panggul mayor dan panggul minor dinamakan linea innominate atau linea terminalis.

Os Ischium Atau Tulang Duduk

- (a) Posisi os ischium terlekat dibawah os ilium, pada bagian belakang terdapat cuat duri dinamakan spina ischiadika.
- (b) Lengkungan di bawah spina ischiadika dinamakan incisura ischiadika minor.

- (c) Pada bagian bawah, sebagai penopang tubuh saat duduk dinamakan tuber ischiadicum.

Os Pubis Atau Tulang Kemaluan

- (a) Membentuk suatu lubang dengan os ischium yaitu foramen obsturatorium. Fungsi di dalam persalinan belum di ketahui secara pasti.
 - (b) Di atas foramen obturatorium dibatasi oleh sebuah tangkai dari os pubis yang menggabungkan dengan os ischium disebut ramus superior ossis pubis, sedang dinding bawah foramen dibatasi oleh ramus inferior ossis pubis.
 - (c) Pada ramus superior ossis pubis kanan dan kiri terdapat tulang yang bersisir, dinamakan pectin ossis pubis.
 - (d) Pada ramus inferior ossis pubis kiri dan kanan membentuk sudut yang disebut arkus pubis. Pada panggul wanita normal sudut ini tidak kurang dari 90° .
 - (e) Pada bagian atas os pubis terdapat tonjolan yang dinamakan tuberkulum pubic.
- (2) 1 tulang kelangkang (*os sacrum*)
- (a) Membentuk segitiga, dengan dasar segitiga di atas dan puncak segitiga pada ujung di bawah.
 - (b) Terdiri lima ruas yang bersatu, terletak diantara os coxae dan merupakan dinding belakang panggul.
 - (c) Permulaan belakang pada bagian tengah terdapat cuat duri

dinamakan crista sakralia.

- (d) Permukaan depan membentuk lengkungan disebut arkus sakralina yang memperlebar luas panggul kecil atau pelvis minor.
 - (e) Dengan lumbal ke-5 terdapat artikulasio lumbosacralis.
 - (f) Bagian depan paling atas dari tulang sacrum dinamakan promontorium, dimana bagian ini bila dapat teraba pada waktu periksa dalam, berarti ada kesempitan panggul.
- (3) 1 tulang tungging (*os cocygis*)
- (a) Dibentuk oleh 3-5 ruas tulang yang saling berhubungan dan berpadu dengan bentuk segitiga.
 - (b) Pada kehamilan tahap akhir, koksigeum dapat bergerak (kecuali jika struktur tersebut patah).

Tulang Panggul di pisahkan oleh pintu atas panggul menjadi dua bagian, yaitu:



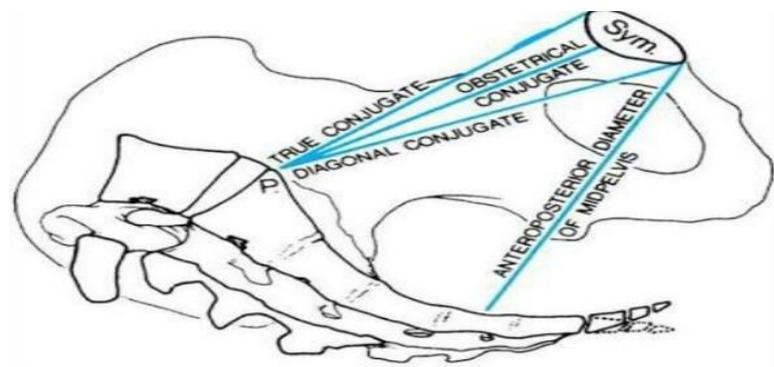
Gambar 2.2 Pelvis Mayor dan Minor

Sumber: Prawirohardjo, Sarwono. 2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

(1) Panggul palsu (pelvis mayor). Panggul palsu adalah bagian di atas pintu atas panggul dan tidak berkaitan dengan persalinan. Bagian ini terletak di atas linea terminalis, disebut pula *false pelvis* (Prawirohardjo, Sarwono, 2014).

(2) Panggul sejati atau true pelvis (pelvis minor). Bentuk pelvis minor ini menyerupai suatu saluran dengan sumbu melengkung ke depan. Dalam obstetric yang dimaksud pelvis minor terdiri atas (Prawirohardjo, Sarwono, 2014):

Pintu atas panggul (PAP) disebut juga pelvic inlet, bagian anterior PAP, yaitu batas atas sejati, di bentuk oleh tepi atas tulang pubis. Bagian lateralnya di bentuk oleh linea iliopektena, yaitu sepanjang tulang inominata. Bagian posteriornya dibentuk oleh bagian anterior tepi atas sacrum dan promontorium. Ukuran-ukuran PAP, antara lain:



Gambar 2.3 Ruang Panggul

Sumber: Prawirohardjo, Sarwono. 2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

(a) *Konjugata diagonalis*: pinggir bawah symphysis pubis ke promontorium 12,5 cm

- (b) *Konjugata obstetrika* yaitu jarak dari tengah simfisis bagian dalam ke promontorium
- (c) *Konjugata vera*: pinggir atas symphysis pubis ke promontorium. Cara mengukur konjugata vera adalah dengan mengukur konjugata diagonalis – 1,5 = normalnya tidak boleh kurang dari 11,5 cm. Konjugata vera adalah ukuran PAP yang utama yang dapat diukur secara tidak langsung
- (d) *Konjugata transversa*: antar dua linea innominate: 12 cm – 13 cm
- (e) *Konjugata obliqua* antara artikulasi sakroiliaka ke ramus superior osis pubis: 12,5-13,5 cm (Oxorn, William R, 2010).

Bidang tengah panggul (midlet) merupakan saluran lengkung yang memiliki dinding anterior pendek dan dinding posterior yang lebih cembung dan Panjang. Rongga panggul melekat pada bagian posterior simpisis pubis, ischium, sebagian ilium, sacrum dan koksigeum. Ukuran-ukuran PTP, antara lain:

- (a) Bidang luas panggul: pertengahan symphysis ke pertemuan os sacrum 2 dan 3. Sekitar $12,75 \times 12,5$ cm. dalam persalinan tidak mengalami kesukaran
- (b) Bidang sempit panggul: tepi bawah symphysis menuju spina ischiadica. Sekitar $11,5 \times 11$ cm

(c) Jarak kedua spina 10 – 11 cm

Pintu bawah panggul merupakan batas bawah panggul sejati. Jika dilihat dari bawah, struktur ini berbentuk lonjong, agak menyerupai intan, di bagian anterior dibatasi oleh lengkung pubis, dibagian lateral oleh tuberositas ischium, dan bagian posterior oleh ujung koksigeum. Ukuran-ukuran PBP, antara lain:

(a) Anterior posterior: pinggir bawah symphysis ke os coccyges
: 10 – 11 cm

(b) Melintang : 10,5 cm

(c) Arcus pubis : lebih dari 90 derajat

Bidang hodge dijadikan sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan yaitu seberapa jauh penurunan kepala dalam panggul pada persalinan melalui pemeriksaan dalam atau vagina toucher (VT) (Prawirohardjo, Sarwono, 2014). Bidang Hodge dibagi menjadi 4 bagian, yaitu sebagai berikut.

(1) Hodge 1

Dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas symphysis dan promontorium

(2) Hodge 2

Sejajar dengan Hodge 1 setinggi pinggir bawah symphysis

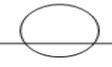
(3) Hodge 3

Sejajar hodge 1 dan 2 setinggi spina ischiadika kanan dan kiri

(4) Hodge 4

Sejajar hodge 1, 2, dan 3 setinggi os koksigis.

Tabel 2.2 Perbandingan Hasil Periksa Luar dan Dalam

Perlindungan	Hodge	Keterangan
5/5 		Kepala di atas PAP mudah digerakkan
4/5 	HI-HII	Sulit di gerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
3/5 	HII-HIII	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
2/5 	HIII +	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
1/5 	H IV	Kepala di dasar panggul
0/5 	H IV	Di Perineum

Sumber: JNPK-KR, 2014. Asuhan Persalinan Normal & Inisiasi Menyusui Dini, Jakarta

Dalam obstetri dikenal 4 jenis panggul (Caldwell-Moloy

(1933) dalam Sarwono (2014)) yang mempunyai ciri-ciri pintu

atas panggul, yaitu :

(1) Ginekoid

Panggul ini merupakan panggul ideal untuk persalinan, bentuknya bulat. Diameter anteroposterior kira-kira sama dengan diameter transversa.

(2) Android

Bentuk PAP hampir segitiga. Panjang diameter anteroposterior

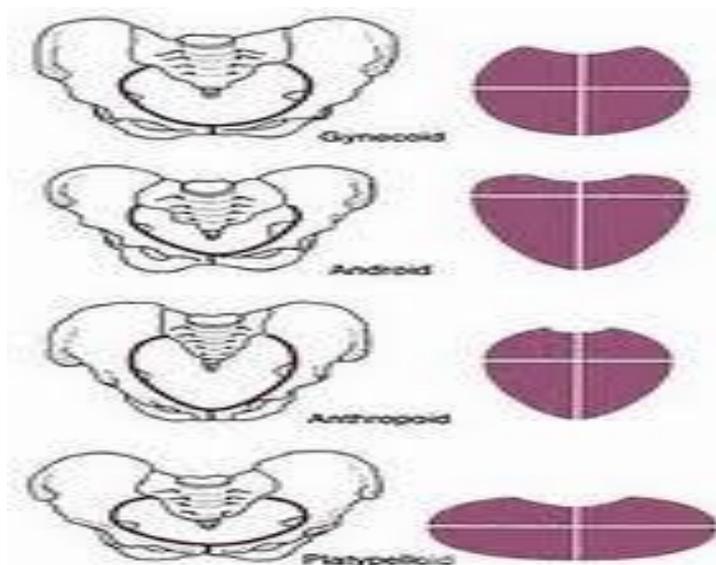
hampir sama dengan diameter transversa, akan tetapi yang terakhir ini jauh lebih mendekati sakrum. Pada persalinan biasa terjadi *deep transverse arrest* oleh karena UUK di belakang, putaran paksi dalam tidak sempurna (Oxorn, William R, 2010).

(3) Antropoid

PAP lonjong seperti telur, diameter anteroposterior lebih besar daripada diameter transversa. Persalinan umumnya mudah tetapi seringkali kepala lahir menghadap ke atas (Oxorn, William R, 2010).

(4) Platipoid

Picak menyerupai arah muka belakang, diameter transversa lebih besar daripada diameter anteroposterior. Seringkali persalinan macet pada PAP (Oxorn, William R, 2010).



Gambar 2.4 Jenis-jenis Panggul

Sumber: Prawirohardjo, Sarwono. 2014. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

b) Jalan lahir lunak

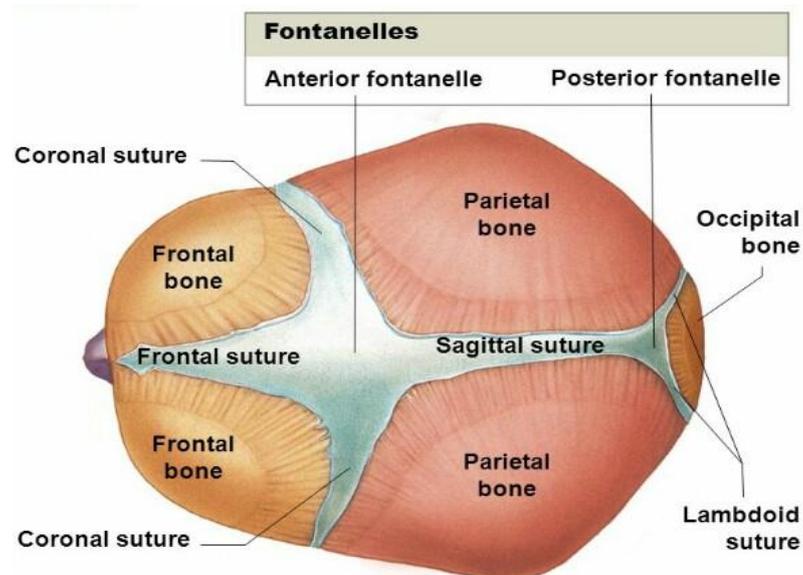
Bagian ini tersusun atas segmen bawah uterus, serviks uteri, vagina, otot-otot, jaringan-jaringan ikat, muskulus dan ligamentum yang menyelubungi dinding dalam dan bawah panggul. Semuanya mempengaruhi jalan lahir pada proses persalinan (Prawirohardjo, Sarwono, 2014).

c. Passanger

1) Janin

Janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yaitu ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal.

a) Anatomi Kepala Janin



Gambar 2.5 Tulang Tengkorak

Sumber: Manuaba, Chandranita, Fajar. 2007. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC

Tulang-tulang penyusun kepala janin terdiri dari:

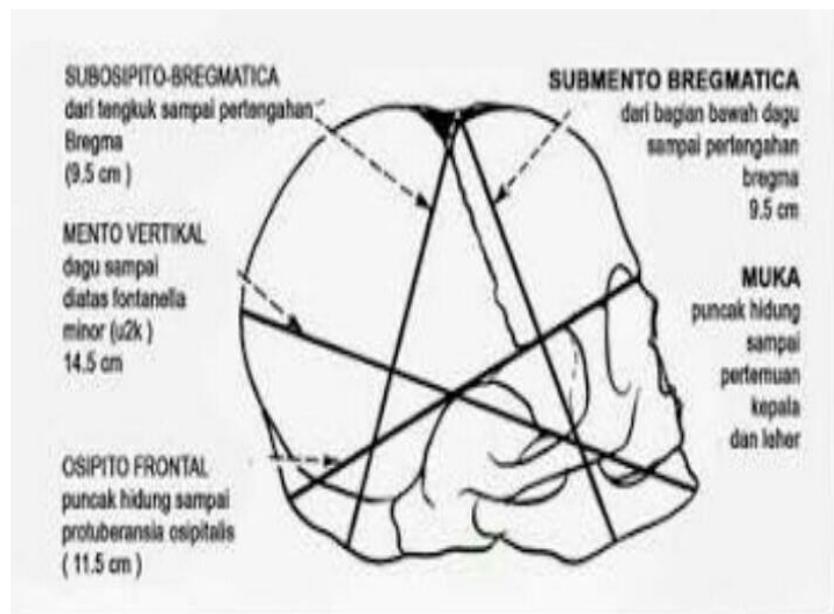
- (1) Bagian tengkorak
 - (a) Os Fronta atau tulang dahi
 - (b) Os Parietal atau tulang ubun-ubun
 - (c) Os Occipital atau tulang belakang kepala
 - (d) Os Temporal atau tulang pelipis
- (2) Bagian muka
 - (a) Os nasalis atau tulang hidung
 - (b) Os maxilaris atau tulang rahang atas
 - (c) Os mandibularis atau tulang rahang bawah
 - (d) Os zygomatic atau tulang pipi
- (3) Sutura (sela ruang antara dua tulang)
 - (a) Sutura frontalis, antara kedua tulang frontal
 - (b) Sutura sagitalis, anantara kedua tulang parietal kiri dan kanan
 - (c) Sutura koronalis, antara tulang parietal dan frontal
 - (d) Sutura lamboidea, antara tulang parietal dan oksipital

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

- (1) Fontanel mayor atau fontanel anterior atau ubun-ubun besar merupakan pertemuan antara sutura sagitalis, sutura frontalis, dan sutura koronaria, berbentuk segiempat panjang. Fontanel ini menutup pada usia bayi 18 bulan.

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

Ukuran-Ukuran Kepala Janin



Gambar 2.6 Ukuran-Ukuran Kepala Janin

Sumber: Manuaba, Chandranita, Fajar. 2007. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC

- (1) Diameter
- (a) Diameter sub occipito bregmatika $\pm 9,5$ cm
 - (b) Diameter occipitofrontalis. Jarak antara tulang oksiput dan frontal, 11,5 cm.

- (c) Diameter vertikomento atau supraoksipitomental atau mento occipitalis $\pm 14,5$ cm, merupakan diameter terbesar, terjadi pada presentasi dahi
 - (d) Diameter submentobregmatika $\pm 9,5$ cm atau diameter anteroposterior pada presentasi muka.
- (2) Diameter melintang pada tengkorak janin adalah:
- (a) Diameter biparietalis 9,5 cm
 - (b) Diameter bitemporalis ± 8 cm
- (3) Ukuran Circumferensia (keliling)
- (a) Cirkum ferensia fronto occipitalis ± 34 cm
 - (b) Cirkum ferensia mento occipitalis ± 35 cm
 - (c) Cirkum ferensia sub occipito bregmatika ± 32 cm
- (4) Ukuran Bahu
- (a) Jaraknya ± 12 cm (jarak antara kedua akromnion)
 - (b) Lingkaran bahu ± 34 cm
- (5) Ukuran Bokong
- (a) Lebar bokong (diameter intertrokanterrika), ± 12 cm
 - (b) Lingkaran bokong ± 27 cm

b) Moulage Kepala Janin

Moulage adalah suatu keadaan dimana adanya celah antar tulang kepala janin yang memungkinkan terjadinya penyisipan (tumpang tindih) antar bagian tulang (*overlapping*) sehingga kepala janin dapat mengalami perubahan bentuk dan ukuran. Faktor yang

membantu moulage adalah masih lunaknya tulang-tulang kepala (Oxorn, William R, 2010).

c) Hubungan Janin dengan Panggul

Untuk dapat memahami keadaan janin di dalam uterus dan panggul, harus didefinisikan dan dijelaskan lebih dahulu istilah-istilah yang akan digunakan, sebagai berikut (Prawirohardjo, Sarwono, 2014).

(1) Presentasi

Presentasi adalah bagian janin yang pertama kali memasuki pintu atas panggul dan yang merupakan bagian tubuh janin yang pertama kali teraba oleh jari pemeriksa saat melakukan pemeriksaan dalam (Oxorn, William R. 2010).

(2) Letak Janin

Letak adalah bagaimana sumbu janin berada terhadap sumbu ibu misalnya Letak lintang dimana sumbu janin tegak lurus pada sumbu ibu. Letak membujur dimana sumbu janin tegak lurus pada sumbu ini bisa letak kepala atau letak sungsang.

(3) Sikap Janin (Habitus)

Adalah hubungan bagian-bagian tubuh janin yang satu dengan bagian tubuh yang lain yang sebagian merupakan akibat pola pertumbuhan janin dan sebagai akibat penyesuaian janin terhadap bentuk rongga rahim.

(4) Posisi Janin

Untuk indikator atau menetapkan arah bagian terbawah janin apakah sebelah kanan, kiri, depan atau belakang terhadap sumbu ibu (maternal-pelvis).

2) Air ketuban

a) Fungsi

Cairan ini sangat penting untuk melindungi pertumbuhan dan perkembangan janin, yaitu: menjadi bantalan untuk melindungi janin terhadap trauma dari luar, menstabilkan perubahan suhu, pertukaran cairan, sarana yang memungkinkan janin bergerak bebas, sampai mengatur tekanan dalam rahim. Ketuban juga yang mendorong cervix untuk membuka, juga meratakan tekanan intruterin dan membersihkan jalan lahir bila ketuban pecah.

b) Cara mengenali air ketuban

(1) Dengan lakmus (air ketuban diteteskan ke atas kertas lakmus, jika positif maka akan ditemukan adanya reaksi kertas lakmus berwarna biru. Pemeriksaan ini bisa dilakukan pada kasus persalinan dengan kasus ketuban pecah dini).

(2) Makroskopis (bau amis, adanya lanugo, rambut, verniks caseosa, dan bercampur mekonium). Mikroskopis (lanugo dan rambut).

(3) Laboratorium (kadar urea atau ureum rendah dibandingkan air kemih) (Marmi, 2012).

3) Plasenta

Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, ia juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin. Plasenta adalah bagian dari kehamilan yang penting. Dimana plasenta memiliki peranan berupa transport zat dari ibu ke janin, penghasil hormone yang berguna selama kehamilan, serta sebagai barrier.

2.1.4 Mekanisme Persalinan

Proses persalinan kepala dan badan janin mempunyai gerakan-gerakan utama, yaitu sebagai berikut (Manuaba (2007) dalam Marmi (2012)):

a. Engagement

Masuknya kepala:

- 1) Pada primi terjadi pada bulan terakhir kehamilan
- 2) Pada multi terjadi pada permulaan persalinan

Kepala masuk pintu atas panggul dengan sumbu kepala janin dapat tegak lurus dengan pintu atas panggul (sinklitismus) atau miring/membetuk sudut dengan pintu atas panggul (asinklitismus anterior/posterior). Masuknya kepala ke dalam PAP → dengan fleksi ringan, sutura sagitalis/ SS melintang, yaitu:

Bila SS di tengah-tengah jalan lahir : Synklitismus

Bila SS tidak ditengah-tengah jalan lahir: Asynklitismus

Asynklitismus posterior : SS mendekati simfisis

Asynklistismus anterior : SS mendekati promontorium

b. Descent

Kepala turun ke dalam rongga panggul, akibat: tekanan langsung dari his dari daerah fundus ke arah daerah bokong, tekanan dari cairan amnion, kontraksi otot dinding perut dan diafragma (mengejan) dan badan janin terjadi ekstensi dan meregang. Bentuk penurunan kepala ada 3, yaitu:

- 1) Sinklitismus, artinya sutura sagitalis berhimpitan dengan sumbu jalan lahir.
- 2) Asinklitismus anterior adalah keadaan masuknya kepala janin yang mengarah ke promontorium sehingga os parietalis lebih rendah dan teraba lebih banyak. Masuknya kepala secara asinklitismus anterior ini lebih menguntungkan karena dapat masuk lebih dalam sebelum terjadi putaran paksi dalam.
- 3) Asinklitismus posterior adalah keadaan masuknya kepala janin yang lebih mengarah ke simfisis sehingga kepala akan lebih cepat tersentuh dan tertahan oleh simfisis pubis. Akibatnya terjadi kepala miring ke arah simfisis dan mengalami kegagalan untuk turun selanjutnya. Akibat lebih jauh adalah gagal melakukan putar paksi dalam, sehingga menimbulkan keadaan yang disebut *deep transverse arrest*.

c. Flexion (fleksio)

Desensus kepala dengan kekuatan his, akan menimbulkan "fleksio" kepala sehingga dagu akan lebih menempel pada tulang dada janin. Pada umumnya terjadi fleksio penuh/sepurna sehingga sumbu panjang kepala sejajar sumbu panggul sehingga membantu penurunan kepala

selanjutnya. Dengan majunya kepala, maka fleksi bertambah dan ukuran kepala yang melalui jalan lahir lebih kecil (diameter suboksipito bregmatika menggantikan suboksipito frontalis). Fleksi terjadi karena anak didorong maju, sebaliknya juga mendapat tahanan dari PAP, serviks, dinding panggul/dasar panggul. Rata-rata panjang mulut rahim normal adalah tiga cm. Saat melahirkan, mulut rahim akan menjadi setipis kertas, dan dikatakan 100% effacemen.

d. Internal rotation (putar paksi dalam)

Pada keadaan normal, putar paksi dalam selalu disertai dengan penurunan kepala janin yang terjadi setelah mencapai dasar panggul. Putaran ubun-ubun kecil ke arah depan (ke bawah simpisis pubis), membawa kepala melewati distansia interspinarum dengan diameter biparietalis. Penyebab terjadinya rotasi adalah upaya kepala janin untuk menyesuaikan diri dengan jalan lahir dan dibantu oleh faktor (Manuaba (2007) dalam Marmi (2012):

- 1) Kepala janin berbentuk oval sehingga akan mencari lingkaran terkecil (sub oksipito bregmatika) melalui jalan lahir. Lingkaran ini dapat melalui jalan lahir karena telah terjadi fleksi terlebih dahulu.
- 2) Ada his selaku tenaga/ gaya pemutar dan faktor mengejan yang menyebabkan teregangnya perineum dan terbukanya anus dan vagina sehingga kepala janin harus menyesuaikan diri.
- 3) Ada dasar panggul beserta otot-otot dasar panggul selaku tahanan.

e. Extension (Ekstensi)

Setelah rotasi, kepala janin menghadapi persalinan dengan suboksiput sebagai hipomoklion. Perputaran kepala dengan suboksiput sebagai hipomoklion menyebabkan terjadinya ekstensi. Pada saat ini puncak kepala berada di simfisis dan dalam keadaan kontraksi perut ibu yang kuat mendorong kepala ekspulsi dan melewati introitus vagina. Pada kepala bekerja 2 kekuatan, yaitu yang mendesak kepala ke bawah dan tahanan dasar panggul yang menolak ke atas → resultannya kekuatan ke depan atas. Ekstensi terjadi setelah kepala mencapai vulva, terjadi ekstensi setelah oksiput melewati bawah simfisis pubis bagian posterior. Lahir berturut-turut: oksiput, bregma, dahi, hidung, mulut, dagu.

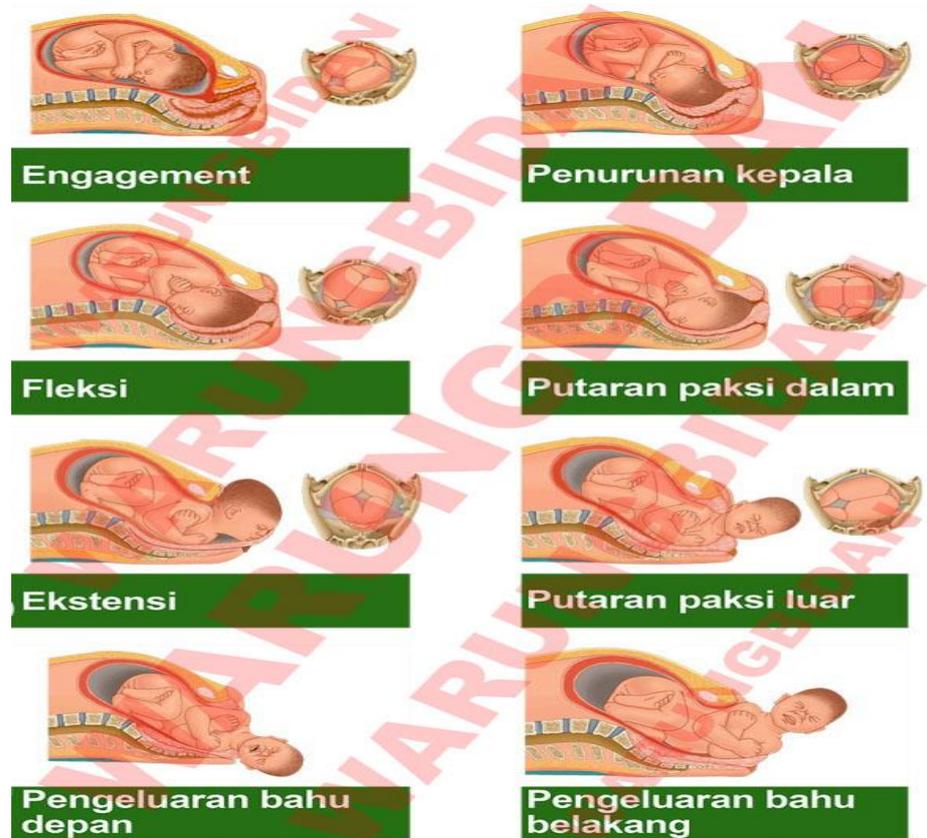
f. External rotation (putar paksi luar)

Badan janin yang telah masuk pintu atas panggul menyebabkan leher bebas sehingga leher berusaha kembali pada posisinya semula yaitu oksiput akan berada sesuai dengan tulang belakang bayi. Perputaran kepala menuju posisinya sehingga oksiput berada sesuai dengan tulang belakangnya yang disebut putar paksi luar. Badan yang masuk jalan lahir menyebabkan kompresi dada sehingga mengeluarkan lendir yang berasal dari jalan lahir melalui hidung dan mulut.

g. Expulsion

Setelah putaran paksi luar → bahu depan di bawah simpisis menjadi hipomoklion lahiran bahu belakang, bahu depan menyusul lahir, diikuti

seluruh badan anak : badan (toraks, abdomen) dan lengan, pinggul/ trochanter depan dan belakang, tungkai dan kaki.



Gambar 2.7 Mekanisme Persalinan

Sumber: Manuaba, Chandranita, Fajar. 2007. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC

2.1.5 Tahapan Persalinan

Persalinan terjadi dalam beberapa kala, yaitu dari kala I sampai kala IV, yaitu sebagai berikut (Manuaba (2007) dalam Marmi (2012)).

a. Kala I (Kala Pembukaan)

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm).

Persalinan kala 1 dibagi menjadi 2 fase, yaitu:

1) Fase Laten

Fase laten persalinan dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap, pembukaan serviks kurang dari 4 cm, biasanya berlangsung selama 8 jam.

2) Fase Aktif

Dalam fase aktif persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat/ memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih). Serviks membuka dari 4 ke 10 cm, biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih per jam hingga pembukaan lengkap (10 cm), terjadi penurunan bagian terbawah janin.

Fase aktif di bagi 3, antara lain:

a) Fase Akselerasi

Terjadi dalam waktu 2 jam. Dari pembukaan 3 cm menjadi 4 cm,

b) Fase Dilatasi Maksimal

Tejadi dalam waktu 2 jam. Pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.

c) Fase Deselerasi

Pembukaan menjadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam. Pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap.

Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida. Pada multigravida pun terjadi demikian, akan tetapi fase laten, fase aktif dan fase

deselerasi terjadi lebih pendek. Dalam perhitungan matematik dijabarkan bahwa pada primigravida terjadinya pembukaan 1 cm/jam dan pada multigravida terjadinya pembukaan 2 cm/jam. Serviks pada dasarnya merupakan sebuah silinder kolagen tebal. Sebelum dilatasi dapat terjadi sebuah proses pengecilan dan pemendekan, atau pasti terjadi penipisan serviks. Selama kehamilan dan persalinan awal perubahan fisiologis diarahkan pada perlunakan serviks (David, 2008). Kondisi ibu dan janin harus dicatat secara seksama yaitu: denyut jantung janin, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus, dan nadi setiap 30 menit, pembukaan serviks setiap 4 jam, produksi urin, aseton dan protein setiap 2 sampai 4 jam.

b. Kala 2 (Kala Pengeluaran)

Persalinan kala II (Kala Pengeluaran) dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai kelahiran bayi.

1) Tanda Gejala Persalinan Kala II

- a) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
- b) Ibu merasakan ada peningkatan tekanan pada rectum/ vagina
- c) Perineum menonjol
- d) Vulva vagina, spinter ani membuka
- e) Meningkatnya pengeluaran lendir darah

2) Diagnosa Persalinan Kala II

Diagnosis kala II dapat ditegakkan atas dasar hasil pemeriksaan dalam

yang menunjukkan perubahan serviks telah lengkap dan terlihat kepala bayi pada introitus vagina atau kepala janin sudah tampak di depan vulva dengan diameter 5-6 cm

3) Proses Melahirkan Kepala

Saat kepala crowning letakan kain di atas perut ibu dan di bawah bokong ibu (dilipat 1/3 bagian). Lindungi perineum dengan satu tangan, tangan yang lain diletakan pada kepala bayi untuk menahan kepala bayi secara lembut agar tidak terjadi defleksi secara cepat (perasat ritgen). Perhatikan perineum saat kepala lahir, usap muka bayi secara lembut dengan kasa/kain bersih/ DTT dan bersihkan mulut dan hidung bayi.

4) Proses Melahirkan Bahu

Setelah membersihkan kepala bayi tunggu sampai bayi melakukan putaran paksi luar. Setelah itu letakan satu tangan pada masing-masing sisi kepala bayi (biparietal) dan beritahu pada ibu untuk meneran pada kontraksi berikutnya. Lakukan tarikan perlahan kearah bawah dan lahir bahu anterior lalu tarik kearah atas dan lahir bahu posterior.

5) Proses Melahirkan Tubuh Bayi

- a) Saat bahu posterior lahir letakan satu tangan di bawah kepala bayi (posterior) sanggah
- b) Gunakan tangan ini untuk mengendalikan kelahiran bayi saat melewati perineum
- c) Letakan tangan yang satunya di bagian anterior bayi untuk

mengendalikan siku dan tangan bayi dengan cara menyusur badan bayi sampai kaki dengan menyelipkan satu jari diantara kedua paha sampai pergelangan kaki

d) Setelah bayi lahir pegang bayi sedemikian rupa, kemudian letakan bayi di atas perut ibu dengan posisi melintang pada perut ibu

e) Keringkan bayi (sambil rangsangan taktil)

f) Jepit dan gunting tali pusat sedini mungkin. Cara perawatan tali pusat dan puntung tali pusat pada masa segera setelah persalinan berbeda-beda, bergantung pada faktor sosial, budaya dan geografis (Myles, 2009)

c. Kala III (Pelepasan Plasenta)

Proses ini dimulai setelah janin lahir sampai pengeluaran plasenta. Pada keadaan normal proses ini harus kurang dari 30 menit. Persalinan kala I dan kala II berakhir, maka kala III akan mulai terjadi (Yongki, dkk, 2012). Plasenta melekat pada desidua basalis dengan jaringan ikat longgar yang disebut jaringan Nitabush. Kontraksi otot uterus bersifat retraktif artinya tidak kembali pada panjang semula dan dominan pada fundus atau korpus uteri. Insersio plasenta sebagian besar dalam keadaan normal pada daerah fundus atau korpus uteri. Dengan terjadinya retraksi otot uterus, maka plasenta tidak dapat mengikuti retraksi tersebut sehingga akan lepas dengan sendirinya dari lapisan Nitabush (Manuaba (2007) dalam Marmi (2012). Pengecilan mendadak ukuran uterus disertai mengecilnya daerah tempat perlekatan plasenta, maka plasenta

melakukan penyesuaian dengan semakin bertambah ketebalannya, tetapi karena kecilnya elastisitas plasenta, plasenta dipaksa untuk runtuh.

1) Tanda pelepasan plasenta (Baety, Aprilia Nurul, 2011):

- a) Tali pusat bertambah panjang
- b) Perubahan ukuran dan bentuk uterus menjadi globuler dan keras
- c) Semburan darah secara tiba-tiba
- d) Fundus uteri naik ke atas lebih tinggi sedikit di atas pusat

2) Manajemen Aktif Kala III

Penatalaksanaan aktif pada kala III (pengeluaran aktif plasenta) membantu menghindari terjadinya perdarahan pascapersalinan. Penatalaksanaan aktif kala III meliputi (POGI, IDAI, Perinasia, IBI, Depkes RI, 2004):

- a) Memberikan oksitosin dengan segera
- b) Melakukan PTT (Penegangan Tali Pusat Terkendali)
- c) Massase fundus segera setelah plasenta lahir

3) Tujuan penatalaksanaan aktif kala III yaitu:

- a) Menghasilkan kontraksi uterus yang lebih adekuat
- b) Membantu secara aktif pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap.

d. Kala IV (Kala Pengawasan/ Observasi/ Pemulihan)

Kala IV dimulai segera setelah lahirnya plasenta sampai stabilisasi keadaan pasien. Pemantauan kala IV dilakukan selama 2 jam postpartum.

Observasi yang dilakukan adalah:

- 1) Tingkat kesadaran penderita
- 2) Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu
- 3) Kontraksi uterus
- 4) Estimasi Pengeluaran Darah
- 5) Kondisi perineum

Uterus yang lunak, hipotonik, dan longgar menunjukkan uterus tidak berkontraksi dengan baik (Sondakh, 2013)

Perineum merupakan kumpulan berbagai jaringan yang membentuk perineum (Sukarni, dkk, 2014) Pemantauan terhadap keadaan perineum. Ada atau tidaknya robekan pada perineum. Penilaian perluasan laserasi diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan.

Tabel 2.3 Klasifikasi Derajat Robekan Jalan Lahir

Derajat	Penjelasan
1	Laserasi epitel vagina atau laserasi pada kulit perineum saja
2	Melibatkan kerusakan pada otot-otot perineum, tetapi tidak melibatkan kerusakan sfingter ani
3	Kerusakan pada otot sfingter ani
	3a: robekan < 50% sfingter ani eksterna
	3b: robekan > 50% sfingter ani eksterna
	3c: robekan juga meliputi sfingter ani interna
4	Robekan stadium tiga disertai robekan epitel anus

Sumber: Sondakh, 2013. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Jakarta: Erlangga

6) Pengeluaran ASI

Dengan menurunnya hormon estrogen, progesteron dan *Human Placenta Lactogen Hormon* setelah plasenta lahir, prolaktin dapat berfungsi membentuk ASI dan mengeluarkannya ke dalam alveoli bahkan sampai duktus kelenjar ASI. Upaya untuk memperbanyak ASI, antara lain:

- a) Menyarankan ibu untuk lebih sering menyusui bayinya. Menyusui lebih sering akan lebih baik karena merupakan kebutuhan bayi.
- b) Menyusu pada payudara kiri dan kanan secara bergantian. Berikan ASI dari satu payudara sampai kosong sebelum pindah ke payudara lainnya.
- c) Jika bayi tidur lebih dari 2 jam, bangunkan bayi dan langsung berikan ASI kepada bayi.
- d) Lakukan perawatan payudara.
- e) Istirahat yang cukup.
- f) Makan makanan yang bergizi seimbang, tinggi protein, vitamin (Kemenkes RI, 2011).

2.1.6 Lima Benang Merah Asuhan Persalinan dan Kelahiran Bayi

Ada lima aspek dasar atau Lima Benang Merah, yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologis. Tujuan asuhan persalinan normal adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya,

melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Prawirohardjo, Sarwono, 2014). Lima Benang Merah tersebut adalah:

a. Membuat keputusan klinik

Menurut Varney (2008), membuat keputusan klinik tersebut dihasilkan melalui serangkaian proses dan metode yang sistematis menggunakan informasi dan hasil dari olah kognitif dan intuitif serta dipadukan dengan kajian teoritis dan intervensi berdasarkan bukti (evidence-based), keterampilan dan pengalaman yang dikembangkan melalui berbagai tahapan yang logis dan diperlukan dalam upaya untuk menyelesaikan masalah dan terfokus pada pasien. Tujuh langkah dalam membuat keputusan klinik, yaitu :

- 1) Pengumpulan data utama dan relevan untuk membuat keputusan
- 2) Interpretasi data dan identifikasi masalah
- 3) Membuat diagnosis atau menentukan masalah yang terjadi
- 4) Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk menghadapi masalah
- 5) Menyusun rencana asuhan (intervensi)
- 6) Melaksanakan asuhan (implementasi)
- 7) Memantau dan mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi

b. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan ibu. Salah satu prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Karena perhatian dan dukungan pada ibu selama persalinan dan kelahiran bayi akan memberikan dampak rasa aman, keluaran yang lebih baik, mengurangi persalinan dengan vakum, cunam dan seksio caesaria (SC) dan persalinan berlangsung lebih cepat. Asuhan sayang ibu dan bayi perlu diterapkan terutama saat proses persalinan dan pascapersalinan.

1) Upaya penerapan asuhan sayang ibu selama proses persalinan meliputi kegiatan:

- a) Panggil ibu sesuai namanya, hargai dan perlakukan ibu sesuai martabatnya
- b) Jelaskan semua asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan tersebut
- c) Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarga
- d) Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir
- e) Dengarkan dan tanggapilah pertanyaan dan kekhawatiran ibu
- f) Berikan dukungan, besarkan hatinya dan tentramkan perasaan ibu beserta anggota keluarganya

- g) Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya
- h) Ajarkan suami dan anggota keluarga mengenai cara – cara bagaimana mereka dapat memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya
- i) Secara konsisten lakukan praktik – praktik pencegahan infeksi yang baik
- j) Hargai privasi ibu
- k) Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi
- l) Anjurkan ibu untuk minum dan makan ringan sepanjang ia menginginkannya
- m) Hargai dan perbolehkan praktik – praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu
- n) Hindari tindakan berlebihan dan mungkin membahayakan seperti episiotomi, pencukuran dan klisma
- o) Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin
- p) Membantu memulai pemberian ASI dalam satu jam pertama setelah kelahiran bayi
- q) Siapkan rencana rujukan (bila perlu)
- r) Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik dan bahan – bahan, perlengkapan dan obat – obatan yang diperlukan.

Siap untuk melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran bayi.

2) Bentuk asuhan sayang ibu pada tiap kala selama persalinan, antara lain (Marmi. 2012):

a) Kala I

Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah:

- (1) Memberikan dukungan emosional
- (2) Pendampingan anggota keluarga selama proses persalinan sampai kelahiran bayi
- (3) Menghargai keinginan ibu untuk memilih pendamping selama persalinan
- (4) Peran aktif anggota keluarga selama persalinan dengan cara:
 - (a) Mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati dan memuji ibu
 - (b) Membantu ibu bernafas dengan benar saat kontraksi
 - (c) Melakukan massage pada tubuh ibu dengan lembut
 - (d) Menyeka wajah ibu dengan lembut menggunakan kain
 - (e) Menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa aman
- (5) Mengatur posisi ibu sehingga terasa nyaman
- (6) Memberikan cairan nutrisi dan hidrasi. Untuk memberi kecukupan energi dan mencegah dehidrasi. Oleh karena dehidrasi menyebabkan kontraksi tidak teratur dan kurang adekuat

- (7) Memberikan keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur dan spontan.
- (8) Melakukan pencegahan infeksi.

b) Kala II

Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah:

- (1) Pendampingan ibu selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya oleh suami dan anggota keluarga yang lain
- (2) Keterlibatan anggota keluarga dalam memberikan asuhan antara lain:
 - (a) Membantu ibu untuk berganti posisi
 - (b) Melakukan rangsangan taktil
 - (c) Memberikan makanan dan minuman
 - (d) Menjadi teman bicara atau pendengar yang baik
 - (e) Memberikan dukungan dan semangat selama persalinan sampai kelahiran bayinya
- (3) Keterlibatan penolong persalinan selama proses persalinan, dengan cara:
 - (a) Memberikan dukungan dan semangat kepada ibu dan keluarga
 - (b) Menjelaskan tahapan dan kemajuan persalinan
 - (c) Melakukan pendampingan selama proses persalinan

- (4) Membuat hati ibu merasa tenang selama kala II persalinan dengan cara memberikan bimbingan dan menawarkan bantuan kepada ibu
 - (5) Menganjurkan ibu meneran bila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran sampai dengan cara memberikan waktu istirahat selama tidak ada his
 - (6) Mencukupi asupan makan dan minum selama kala II
 - (7) Memberikan rasa aman dan nyaman dengan cara:
 - (a) Mengurangi rasa tegang
 - (b) Membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi
 - (c) Memberikan penjelasan tentang cara dan tujuan setiap tindakan penolong
 - (d) Menjawab pertanyaan ibu
 - (e) Menjelaskan apa yang dialami ibu dan bayinya
 - (f) Memberitahu hasil pemeriksaan
 - (8) Pencegahan infeksi pada kala II dengan membersihkan vulva dan perineum ibu
 - (9) Membantu ibu mengosongkan kandung kemih secara spontan
- c) Kala III

Segera setelah bayi lahir, bayi diletakkan di perut ibu untuk dikeringkan tubuhnya kecuali kedua telapak tangan, selanjutnya bayi akan diselimuti dan diletakkan di dada ibu untuk selanjutnya

berusaha mencari puting susu ibu. Selama kala III ibu sangat membutuhkan kontak kulit dengan bayi, dengan IMD maka kontak kulit yang terjalin dapat memberikan ketenangan tersendiri pada ibu, selain itu manfaat IMD lainnya adalah menjaga suhu tubuh bayi tetap hangat, dan dapat membantu kontraksi uterus melalui tendangan-tendangan lembut dari kaki bayi. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah:

- (1) Memberikan kesempatan pada ibu untuk memeluk bayinya dan menyusui segera
- (2) Memberitahu setiap tindakan yang akan dilakukan
- (3) Pencegahan infeksi pada kala III
- (4) Memantau keadaan ibu (tanda vital, kontraksi, pendarahan)
- (5) Melakukan kolaborasi atau rujukan bila terjadi kegawatdaruratan
- (6) Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi
- (7) Memberikan motivasi dan pendampingan selama kala III

d) Kala IV

Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah:

- (1) Memastikan tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan dalam keadaan normal
- (2) Membantu ibu untuk berkemih
- (3) Mengajarkan ibu dan keluarganya tentang cara menilai kontraksi dan melakukan massase uterus

- (4) Menyelesaikan asuhan awal bagi bayi baru lahir
 - (5) Mengajarkan ibu dan keluarganya tentang tanda-tanda bahaya postpartum seperti perdarahan, demam, bau busuk dari vagina, pusing, lemas, penyulit dalam menyusui bayinya dan terjadi kontraksi hebat
 - (6) Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi
 - (7) Pendampingan pada ibu selama kala IV
 - (8) Memberikan dukungan emosional.
- 3) Asuhan sayang ibu dan bayi pada masa pascapersalinan, antara lain :
- a) Anjurkan ibu untuk selalu berdekatan dengan bayinya (rawat gabung)
 - b) Bantu ibu untuk mulai membiasakan menyusui dan anjurkan pemberian ASI sesuai dengan permintaan
 - c) Ajarkan ibu dan keluarga tentang nutrisi dan istirahat yang cukup setelah melahirkan
 - d) Anjurkan suami dan anggota keluarga untuk memeluk bayi dan mensyukuri kelahiran bayi
 - e) Ajarkan ibu dan anggota keluarga tentang gejala dan tanda bahaya yang mungkin terjadi dan anjurkan mereka untuk mencari pertolongan jika timbul masalah atau rasa khawatir

c. Pencegahan infeksi

Pencegahan infeksi (PI) harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan

tenaga kesehatan lainnya. Pencegahan infeksi (PI) adalah bagian yang esensial dari semua asuhan yang diberikan kepada ibu dan bayi baru lahir dan harus dilaksanakan secara rutin pada saat menolong persalinan dan kelahiran bayi, saat memberikan asuhan selama kunjungan antenatal atau pascapersalinan atau bayi baru lahir atau saat menatalaksana penyulit.

d. Pencatatan asuhan persalinan

Pencatatan (pendokumentasian) adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Partograf adalah alat bantu selama persalinan yang pencatatannya dilakukan sejak dimulainya persalinan kala I fase aktif. Perkembangan persalinan kala I fase laten juga dicatat pada lembar observasi (LO).

e. Rujukan

Rujukan tepat waktu merupakan unggulan asuhan sayang ibu dalam mendukung keselamatan ibu dan bayi baru lahir. Syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan yaitu kesiapan untuk merujuk bayi dan atau bayinya ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu (jika penyulit terjadi). Setiap penolong persalinan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan yang mampu untuk melaksanakan kasus kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir. Oleh karena sangat sulit untuk menduga kapan penyulit akan terjadi, maka pada saat ibu melakukan kunjungan antenatal anjurkan ibu untuk membahas dan

membuat rencana rujukan bersama suami dan keluarganya. Dan tawarkan agar penolong mempunyai kesempatan untuk berbicara dengan suami dan keluarganya untuk menjelaskan tentang perlunya rencana rujukan apabila diperlukan. Dari beberapa persiapan – persiapan dan informasi yang harus dimasukkan dalam rencana rujukan, untuk memudahkan bagi penolong untuk mengingat hal – hal penting tersebut maka terdapat singkatan BAKSOKUDA, antara lain:

- 1) B : BIDAN
 - 2) A : ALAT
 - 3) K : KELUARGA
 - 4) S : SURAT
 - 5) O : OBAT
 - 6) K : KENDARAAN
 - 7) U : UANG
 - 8) D : DARAH
 - 9) A : DOA
- (JNPK-KR, 2014)

2.1.7 Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

Bayi Baru Lahir ialah bayi yang baru mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstra uterin. Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. Bayi baru lahir memerlukan

penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstra uterin) dan toleransi untuk dapat hidup dengan baik. Dari beberapa pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa neonatus adalah bayi yang dilahirkan pada kehamilan cukup bulan dengan rentan usia 0 sampai 28 hari dan memerlukan adaptasi dari kehidupan saat di dalam kandungan ke kehidupan di luar kandungan (Sondakh, 2013).

b. Kriteria

Kriteria bayi baru lahir fisiologis, antara lain (Sondakh, 2013):

- 1) Lahir aterm 37-42 minggu.
- 2) Berat badan 2500-4000 gram.
- 3) Panjang badan lahir 48-52 cm.
- 4) Lingkar dada 30-38 cm.
- 5) Lingkar kepala 33-35 cm.
- 6) Lingkar lengan 11-12 cm.
- 7) Frekuensi denyut jantung 120-160 kali/menit.
- 8) Pernapasan 40-60 kali/menit.
- 9) Suhu 36,5-37,5°C.
- 10) Gerak aktif dan menangis kuat.
- 11) Kulit kemerah-merahan dan licin (jaringan subkutan yang cukup), kuku agak panjang dan lemas.
- 12) Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna.

- 13) Reflek rooting (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik.
- 14) Reflek sucking (isap) sudah terbentuk dengan baik.
- 15) Reflek swallowing (menelan) sudah terbentuk dengan baik.
- 16) Reflek morro (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.
- 17) Reflek grasping (menggenggam) sudah baik.
- 18) Genetalia
 - a) Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang.
 - b) Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora.
- 19) Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan.

c. Tujuan Pemeriksaan Bayi Baru Lahir

- 1) Menilai gangguan adaptasi bayi baru lahir dari kehidupan dalam uterus ke luar uterus yang memerlukan resusitasi.
- 2) Untuk menemukan kelainan seperti cacat bawaan yang perlu tindakan segera.
- 3) Menentukan apakah bayi baru lahir dapat dirawat bersama ibu (rawat gabung) atau tempat perawatan khusus.

d. Manajemen Terapi

Setelah bayi lahir :

(Umum)

- 1) Membersihkan jalan nafas.
- 2) Mengusahakan nafas pertama dan seterusnya.
- 3) Perawatan tali pusat

Asuhan tali pusat dilakukan setelah dua menit segera setelah bayi lahir, lakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat. Hal yang perlu diperhatikan dalam merawat tali pusat adalah sebagai berikut: cuci tangan sebelum dan sesudah merawat tali pusat; menjaga umbilikus tetap kering dan bersih; tidak boleh membungkus tali pusat dan memberikan bahan apapun di umbilikus dan lipatan popok di bawah umbilikus. Cara perawatan tali pusat dan puntung tali pusat pada masa segera setelah persalinan berbeda-beda, bergantung pada faktor sosial, budaya dan geografis (Myles, 2011).

Pemotongan dan pengikatan tali pusat merupakan pemisahan fisik terakhir antara ibu dan bayi. Tali pusat dijepit dengan kokher atau klem kira-kira 3 cm dan sekali lagi 1,5 cm dari pusat. Pemotongan dilakukan antara kedua klem tersebut. Kemudian bayi diletakkan di atas kain bersih atau steril yang hangat. Setelah itu, dilakukan pengikatan tali pusat dengan alat penjepit tali plastik atau pita dari nilon atau dapat juga benang katun steril. Untuk menghindari infeksi tali pusat yang dapat menyebabkan sepsis dan lain-lain, maka di

tempat pemotongan dan di pangkal tali pusat, serta 2,5 cm di sekitar tali pusat dapat diberi antiseptik, selanjutnya tali pusat dirawat dalam keadaan steril/bersih dan kering (Sondakh, 2013).

4) Perawatan mata.

(Khusus)

- 1) Suhu tubuh dijaga pada suhu aksila 36,5-37,5°C.
- 2) Tanda-tanda vital dipantau dengan ketat.
- 3) Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada 1 jam pertama kelahiran.

Keuntungan Inisiasi Menyusu Dini (IMD), antara lain dapat segera memberikan kekebalan pasif pada bayi, meningkatkan kecerdasan bayi, makanan dengan kualitas dan kuantitas optimal, membantu bayi mengkoordinasikan kemampuan hisap, telan dan napas, meningkatkan jalinan kasih sayang ibu-bayi, mencegah kehilangan panas pada bayi.

Tanda posisi bayi menyusui dengan baik yaitu dagu menyentuh payudara, mulut bayi terbuka lebar, hidung mendekat atau kadang menyentuh payudara, mulut mencangkup sebagian besar areolla, bibir bawah melengkung ke bawah, bayi menghisap kuat namun perlahan dan kadang berhenti sesaat (Rukiyah, 2012:12-13).

4) Pencegahan infeksi mata

Cara mencegah infeksi pada mata bayi baru lahir adalah merawat mata bayi baru lahir dengan mencuci tangan terlebih dahulu, membersihkan kedua mata segera setelah lahir dengan kapas atau sapu tangan halus dan bersih dengan air hangat. Lalu memberikan salep mata (tetrasiiklin

1%) pada konjungtiva mata bayi sesaat setelah bayi lahir, bisa dilakukan setelah pemberian vitamin K1.

5) Pemberian vitamin K

Semua bayi baru lahir harus diberikan suntikan vitamin K1 1 mg secara intramuskuler di paha kiri setelah 1 jam kontak kulit ke kulit dan bayi selesai menyusui untuk mencegah perdarahan bayi baru lahir akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami sebagian bayi baru lahir (JNPK-KR (2007) dalam Rukiyah (2012)).

6) Pemberian imunisasi Hb₀

Imunisasi adalah suatu cara memproduksi imunitas aktif buatan untuk melindungi diri melawan penyakit tertentu dengan cara memasukkan suatu zat dalam tubuh melalui penyuntikkan atau secara oral.

Imunisasi yang diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K1 adalah imunisasi hepatitis B. Manfaat pemberian imunisasi hepatitis B untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi, terutama yang ditularkan melalui ibu-bayi.

e. Adaptasi Fisiologis Neonatus

Pada neonatus terdapat berbagai macam perubahan fisiologis atau adaptasi fisiologis yang bertujuan untuk menyesuaikan diri pada kehidupan ekstrasuterin (di luar uterus). Pada masa transisi dari intrauterine (dalam uterus) ke ekstrasuterine (luar uterus) tersebut perlu pernapasan spontan dan perubahan kardiovaskular beserta perubahan system organ lain yang menjadi system organ dengan fungsi independen

(tidak lagi bergantung pada ibunya). Adapun perubahan-perubahan yang terjadi antara lain (Sondakh, 2013):

1) Sistem Pernapasan

Selama dalam uterus, janin mendapatkan oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru. Selama dalam kehidupan intrauterin, janin tidak membutuhkan paru-paru untuk mendapatkan oksigen. Karena oksigen didapatkan dari ibu melalui sirkulasi plasenta. Pada saat lahir oksigen dari plasenta terputus terbentuk karbondioksida dalam darah bayi. Bayi secara tiba-tiba akan berusaha bernapas pertama kali dengan menangis pada saat ekspirasi pertama (Maryunani, 2010). Terjadi perkembangan pada paru-paru yaitu terjadi pengeluaran cairan dalam paru-paru yang berfungsi untuk mengembangkan jaringan alveolus paru-paru untuk pertama kali. Cairan itu adalah surfaktan yang berfungsi untuk mengurangi tekanan permukaan paru dan membantu untuk menstabilkan dinding alveolus.

2) Sistem Peredaran Darah

Dengan pernapasan pertama yang dilakukan bayi baru lahir membuat paru-paru berkembang dan membuat resistensi vaskuler pulmonar sangat berkurang, sehingga darah paru mengalir. Tekanan arteri pulmonal menurun. Rangkaian peristiwa ini merupakan mekanisme besar yang menyebabkan tekanan atrium kanan menurun. Aliran darah pulmonal kembali meningkat ke jantung dan masuk ke jantung bagian

kiri, sehingga tekanan pada atrium kiri lebih besar dari tekanan pada atrium kanan. Perubahan tekanan ini menyebabkan foramen ovale menutup dengan menekannya melawan septum atrium. Frekuensi denyut jantung pada saat lahir dan selama 24 jam pertama adalah 120 kali/menit dan berkisar dari 100-180 kali/menit pada waktu bayi tenang. Pada akhir minggu pertama setelah lahir, denyut jantung secara bertahap telah meningkat sampai dengan rata-rata 140 kali/menit dan berkisar dari 100-180 kali/menit. Terjadi penutupan foramen ovale pada atrium jantung dan perubahan duktus arteriosus antara paru-paru dan aorta.

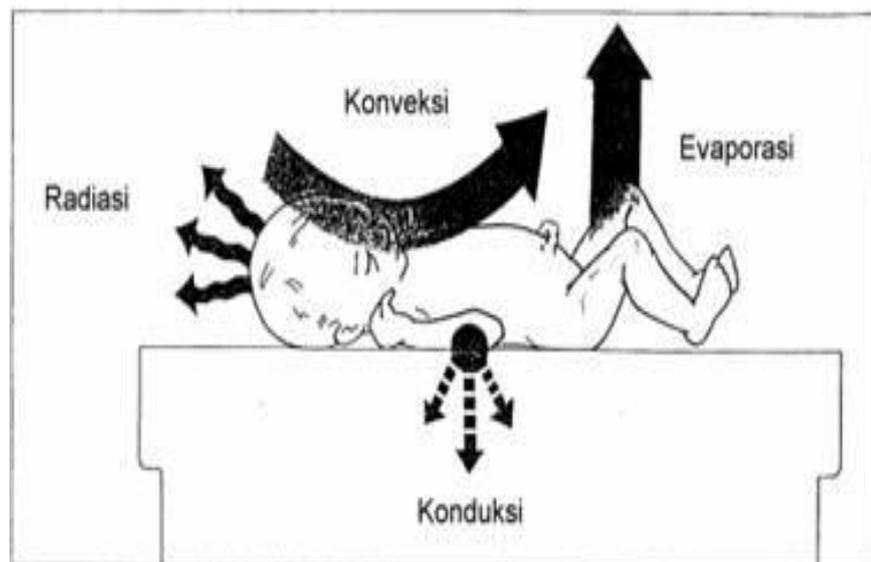
3) Sistem Termoregulasi

Bayi baru lahir belum dapat mengatur suhu tubuh mereka sehingga akan mengalami stress dengan adanya perubahan-perubahan lingkungan. Pada saat bayi meninggalkan lingkungan rahim ibu yang hangat, bayi tersebut kemudian menyesuaikan lingkungan luar rahim yang lebih dingin yang menyebabkan air ketuban menguap lewat kulit sehingga mendinginkan darah bayi.

Pada lingkungan yang dingin, pembentukan suhu tubuh tanpa mekanisme menggigil adalah usaha utama bayi untuk mendapatkan kembali panas tubuhnya yang merupakan hasil penggunaan lemak coklat yang terdapat di seluruh tubuh bayi. Timbunan lemak coklat ini mampu meningkatkan panas tubuh bayi sampai 100%. Untuk

membakar lemak coklat ini seorang bayi harus menggunakan glukosa guna mendapatkan energi 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 ambilan oksigen dan kadar oksigen di jaringan menurun. Glikolisis anaerobic meningkat mengakibatkan asidosis metabolik. Suhu inti normal bayi sekitar 36-37°C. Bayi baru lahir atau neonatus dapat menghasilkan panas dengan 3 cara, yaitu menggigil, aktivitas voluntair otot dan termogenesis bukan melalui mekanisme menggigil.

Bayi baru lahir dapat kehilangan panas melalui empat mekanisme, yaitu:



Gambar 2.8 Mekanisme Kehilangan Panas pada Tubuh Bayi

Sumber: Sondakh, 2013. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Jakarta: Erlangga

a) Konveksi

Kehilangan panas yang terjadi saat bayi terpapar dengan udara sekitar yang lebih dingin.

b) Konduksi

Kehilangan panas melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin.

c) Radiasi

Kehilangan panas yang terjadi saat bayi ditempatkan dekat benda yang mempunyai temperature tubuh lebih rendah dari temperature tubuh bayi.

d) Evaporasi

Kehilangan panas yang terjadi ketika menguapnya cairan ketuban pada permukaan tubuh karena tidak segera dikeringkan.

4) Sistem Gastrointestinal

Bayi baru lahir aterm (cukup bulan) mampu menelan, mencerna, memetabolisme dan mengabsorpsi protein serta karbohidrat sederhana, mengemulsi lemak. Enzim tersedia untuk mengkatalisasi protein dan karbohidrat sederhana (monosakarida dan disakarida), tetapi produksi amilase pankreas yang sedikit mengganggu penggunaan karbohidrat kompleks (polisakarida). Defisiensi lipase pankreas membatasi absorpsi lemak, terutama pada makanan yang memiliki kandungan asam lemak jenuh tinggi, seperti susu sapi.

Pada saat lahir, kapasitas lambung bayi adalah sekitar 30-60 ml dan meningkat dengan cepat. Selain harus mulai menghisap dan menelan dengan tujuan memperoleh makanan, bayi baru lahir harus mulai berdefekasi dengan tujuan mengeluarkan mekonium. Mekonium merupakan feses pertama bayi, yang berupa substansi kental, hitam, kehijau-hijauan. Normalnya mekonium pertama dikeluarkan dalam 24 jam pertama setelah lahir. Feses dari bayi yang menyusu ASI mengakibatkan karakteristik feses lunak, kuning terang atau keemasan dan tidak mengiritasi kulit bayi. Sedangkan pada pemberian susu formula feses lebih berbentuk tetapi tetap lunak, berwarna kuning pucat dan memiliki bau yang khas serta cenderung mengiritasi kulit bayi.

5) Sistem Imun

Sistem imunitas bayi baru lahir masih belum matang sehingga menyebabkan neonatus rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Terdapat imunoglobulin utama IgG, IgA, IgM dan hanya IgG yang cukup kecil menembus sawar plasenta. Pada saat lahir IgG bayi sama atau sedikit lebih tinggi dari ibu, ini memberikan kekebalan pasif selama 3 bulan. IgA melindungi terhadap infeksi saluran pernapasan, saluran pencernaan, dan mata. ASI dan terutama kolostrum memberikan kekebalan pasif pada bayi dalam bentuk *Lactobacillus bifidus*, lactoferin, lisozim dan sekresi IgA.

6) Sistem Ginjal dan Keseimbangan Cairan

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 dengan akhir minggu pertama adalah sekitar 200-300 ml, dengan frekuensi 2-6 kali hingga 20 kali dalam sehari.

7) Sistem Reproduksi

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

8) Sistem Neurologis

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 2.4 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 putting	Respon yang lemah atau tidak ada respon terjadi pada prematuritas, penurunan atau cedera neurologis atau depresi sistem saraf pusat (SSP)
Swallowing atau menelan	Bayi baru lahir menelan berkoordinasi dengan menghisap bila cairan ditaruh dibelakang lidah	Muntah, batuk atau regurgitasi cairan dapat terjadi kemungkinan berhubungan dengan sianosis sekunder karena prematuritas, defisit neurologis, atau cedera terutama terlihat setelah laringoskopi.
Morro	Ekstensi simetris bilateral dan abduksi seluruh ekstremitas, dengan ibu jari dan jari telunjuk membentuk huruf "c" diikuti dengan abduksi ekstremitas dan kembali ke fleksi relaks jika posisi bayi berubah tiba-tiba atau jika bayi diletakkan terlentang pada permukaan yang datar	Respon asimetris terlihat pada cedera saraf perifer (fleksus brakialis) atau fraktur klavikula atau fraktur tulang panjang lengan atau kaki

Sumber: Sondakh, 2013. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Jakarta: Erlangga

2.2 Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan Persalinan

2.2.1 Manajemen Kebidanan Kala I

a. Pengkajian Data

Pengkajian atau pengumpulan data dasar adalah mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan pasien. Merupakan langkah pertama untuk mengumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien (Varney, 2008).

Tanggal : tanggal dilakukan pengkajian

Pukul : waktu dilakukan pengkajian

Tempat : tempat dilakukan pengkajian

Penolong : orang yang melakukan pengkajian

1) Data subjektif

a) Biodata ibu dan suami

Biodata yang dikaji meliputi:

(1) Nama

Nama jelas dan nama lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan. Selain itu, agar kita lebih mudah dalam memanggil dan berkomunikasi

(2) Umur

Digunakan untuk menentukan apakah ibu dalam persalinan berisiko karena usia. Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya risiko seperti kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi

belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali mengalami komplikasi, antara lain perdarahan dalam masa nifas.

(3) Agama

Sebagai dasar dalam memberikan dukungan mental spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan.

(4) Suku/ bangsa

Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari dan berhubungan dengan social budaya yang dianut oleh pasien dan keluarga yang berkaitan dengan pasien.

(5) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya. Dan sebagai dasar untuk menentukan metode yang paling tepat dalam penyampaian informasi mengenai teknik melahirkan bayi.

(6) Pekerjaan

Untuk mengetahui seberapa berat dan berpengaruhnya aktifitas ibu terhadap persalinannya.

(7) Penghasilan

Gunanya untuk menggambarkan tingkat social ekonomi, pola

sosialisasi dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi, selain itu penghasilan juga data berguna untuk mengetahui tentang pola makan dan gizi pasien.

(8) Alamat

Sebagai data mengenai distribusi lokasi pasien, dan gambaran mengenai jarak serta waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan.

(9) No. telepon

Untuk mengetahui nomor hp klien sehingga bidan dapat menghubungi klien jika terjadi sesuatu.

b) Keluhan utama

Informasi yang didapat dari pasien adalah kapan mulai terasa ada kenceng-kenceng di perut, bagaimana intensitas dan kapan frekuensinya, apakah ada pengeluaran cairan dari vagina yang berbeda dari air kemih, apakah sudah ada pengeluaran lendir yang disertai darah, serta pergerakan janin untuk memastikan kesejahteraannya.

c) Riwayat kesehatan

(1) Riwayat kesehatan dahulu dan sekarang

Data dari riwayat kesehatan ini dapat kita gunakan sebagai “warning” aka adanya penyulit dalam persalinan. Beberapa data penting tentang riwayat kesehatan yang perlu kita ketahui adalah apakah ibu pernah atau sedang menderita penyakit

jantung, diabetes mellitus, ginjal, hipertensi, hepatitis atau anemia.

(2) Riwayat kesehatan keluarga

Untuk mengetahui apakah keluarga klien mempunyai penyakit keturunan, menular yang dapat mempengaruhi kesehatan klien. Riwayat penyakit menurun seperti jantung, asma, hipertensi, dan kencing manis. Riwayat penyakit menular seperti batuk menahun, sakit kuning, hepatitis.

d) Riwayat pernikahan

- (1) Pernikahan ke
- (2) Usia menikah
- (3) Lama menikah

e) Riwayat haid

Riwayat haid memberikan kesan tentang faal alat reproduksi/kandungan meliputi:

(1) Menarche

Menarche adalah usia pertama kali mengalami menstruasi. Untuk wanita Indonesia pada usia sekitar 12-16 tahun.

(2) Siklus

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

(3) Lama haid

Lama menstruasi adalah waktu keluarnya darah menstruasi yang berkisar antara 3-7 hari.

(4) Volume

Data ini menjelaskan seberapa banyak darah menstruasi yang dikeluarkan. Sebagai acuan biasanya kita gunakan kriteria banyak, sedang, sedikit.

(5) Keluhan

Beberapa wanita menyampaikan keluhan yang dirasakan ketika mengalami menstruasi misalnya, sakit, pusing sampai pingsan, atau jumlah darah yang banyak.

(6) HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir)

Merupakan data dasar yang diperlukan untuk menentukan usia kehamilan, apakah cukup bulan atau premature. Namun terkadang HPHT tidak bisa diingat oleh ibu, sehingga dibutuhkan pemeriksaan abdomen dan pemeriksaan penunjang seperti USG.

f) Riwayat obstetric

(1) Gangguan kesehatan alat reproduksi

Jika didapatkan ada riwayat gangguan alat reproduksi, maka kita harus waspada akan adanya kemungkinan gangguan kesehatan alat reproduksi pada masa intra sampai dengan pasca melahirkan serta pengaruhnya terhadap kesehatan bayi yang

dilahirkannya. Beberapa data yang perlu kita gali dari pasien adalah apakah pasien pernah mengalami gangguan seperti keputihan, infeksi, gatal karena jamur, atau tumor.

(2) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

Data ini diperoleh dari pasien yang menjelaskan mengenai riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang pernah dialami beserta penyulit dan keluhan pasien. Yang berkaitan dengan keadaan fisiologis dan patologis yang mungkin pernah dialaminya. Data ini sangat penting untuk diketahui secara dini, sebagai antisipasi apabila ada penyulit pada proses sebelumnya. Karena dapat berpengaruh juga pada proses kehamilan, persalinan dan nifas berikutnya.

(3) Riwayat kehamilan sekarang

Data ini diperoleh dari pasien yang menjelaskan mengenai kehamilannya saat ini, yang meliputi keteraturan dalam pemeriksaan antenatal, keluhan maupun komplikasi yang mungkin ibu alami.

g) Riwayat KB

Data ini meliputi jenis kontrasepsi yang pernah dipakai, efek samping, alasan berhentinya penggunaan alat kontrasepsi, dan lama penggunaan kontrasepsi.

h) Pola kebutuhan sehari-hari

(1) Nutrisi

(a) Pola makan

Diperoleh gambaran bagaimana pasien mencukupi asupan gizinya selama hamil sampai dengan masa awal persalinan. Dan fokus mengenai asupan makanan pasien adalah kapan atau jam berapa terakhir kali makan, makanan yang dimakan, jumlah makanan yang dimakan.

(b) Pola minum

Data yang perlu kita tanyakan berkaitan dengan intake cairan adalah kapan terakhir kali minum, berapa banyak yang diminum dan apa yang diminum.

(2) Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan buang air besar meliputi frekuensi, jumlah konsistensi dan bau serta kebiasaan buang air kecil meliputi frekuensi, warna dan jumlah.

(3) Istirahat

Istirahat sangat diperlukan oleh pasien untuk mempersiapkan energy menghadapi proses persalinannya. Data yang perlu ditanyakan yang berhubungan dengan istirahat pasien kapan terakhir tidur, berapa lama, aktivitas sehari-hari.

(4) Personal Hygiene

Data ini perlu kita gali karena berhubungan dengan kenyamanan pasien dalam menjalani proses persalinannya. Beberapa pertanyaan yang perlu diajukan berhubungan dengan perawatan kebersihan diri pasien seperti kapan terakhir kali mandi, keramas, dan gosok gigi dan kapan terakhir kali ganti baju dan pakaian dalam.

(5) Aktivitas seksual

Data yang kita perlukan berkaitan dengan aktivitas seksual adalah keluhan, frekuensi dan kapan terakhir melakukan hubungan seksual.

i) Riwayat psikososial dan adat istiadat

Adanya respon yang positif dari keluarga terhadap persalinan akan mempercepat proses adaptasi pasien menerima peran dan kondisinya. Dalam mengkaji data ini kita dapat menanyakan langsung kepada pasien bagaimana perasaannya terhadap kehamilan dan kelahiran bayinya. Dari kebiasaan atau adat istiadat, selama tidak membahayakan pasien sebaiknya tetap difasilitasi karena ada efek psikologis yang positif untuk pasien dan keluarganya.

2) Data Objektif

a) Pemeriksaan Umum

(1) Keadaan umum

Baik, jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain dan tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan. Lemah, jika pasien kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien tidak mampu berjalan sendiri.

(2) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, seperti keadaan komposmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam keadaan sadar).

(3) Tanda-tanda Vital

(a) Tekanan darah

Diukur untuk mengetahui kemungkinan preeklampsia yaitu bila tekanan darah lebih dari 140/ 90. Diukur tiap 4 jam, kecuali jika ada keadaan yang tidak normal sehingga harus lebih sering dicatat dan dilaporkan.

(b) Nadi

Untuk mengetahui fungsi jantung ibu, normalnya 80-90 kali/ menit. Jika lebih dari 100 kali/ menit, kemungkinan ibu dalam kondisi infeksi, ketosis dan perdarahan. Nadi diperiksa setiap 1-2 jam pada awal persalinan.

(c) Suhu

Suhu tubuh normal 36-37,5 °C. Peningkatan suhu tubuh

menunjukkan adanya proses infeksi atau dehidrasi. Suhu diukur setiap 4 jam.

(d) Pernafasan

Untuk mengetahui fungsi sistem pernafasan, normalnya 16-24 kali/ menit. Peningkatan frekuensi pernafasan menunjukkan ansietas atau syok.

(4) Berat badan

(5) Tinggi badan

(6) LILA

(7) HPL

b) Pemeriksaan Fisik

(1) Kepala

Bersih atau tidak, rambut rontok atau tidak, ada ketombe atau tidak, ada benjolan atau tidak

(2) Muka

Apakah oedema atau tidak, sianosis atau tidak. Oedema pada muka merupakan salah satu pertanda dari pre-eklampsia.

(3) Mata

(a) Konjungtiva : normalnya berwarna merah muda

(b) Sklera : normalnya berwarna putih

(4) Hidung

Bersih atau tidak, ada polip atau tidak, ada secret atau tidak

(5) Mulut dan gigi

Bersih atau tidak, ada luka atau tidak, ada caries atau tidak

(6) Telinga

Ada pengeluaran cairan abnormal atau tidak

(7) Leher

Ada pembesaran kelenjar tyroid dan kelenjar limfe atau tidak,
ada bendungan vena jugularis atau tidak

(8) Dada

Payudara simetris atau tidak, puting bersih dan menonjol atau tidak, hiperpigmentasi areola atau tidak, colostrum sudah keluar atau belum. Ada massa pada payudara atau tidak, ASI sudah keluar atau tidak.

(9) Abdomen

(a) Ada luka bekas operasi atau tidak, ada linea atau tidak, ada striae atau tidak.

(b) Palpasi Tinggi Fundus Uteri (TFU)

TFU berkaitan dengan usia kehamilan (dalam minggu). Berat janin dan tinggi fundus lebih kecil daripada perkiraan kemungkinan kesalahan dalam menentukan tanggal HPHT, kecil masa kehamilan, oligohidramnion. Sedangkan berat janin dan tinggi fundus yang lebih besar menunjukkan bahwa ibu salah dalam menentukan HPHT,

bayi besar (mengindikasikan diabetes), kehamilan kembar, atau polihidramnion (Unpad (1983) dalam Rohani (2011)).

(c) Palpasi Leopold

Leopold 1

Normalnya :tinggi fundus sesuai usia kehamilan

Tujuan :mengetahui tinggi fundus uteri (TFU) dan bagian yang teraba di fundus uteri

Tanda :keras, bundar, melenting (kesan kepala)

Tanda :lunak, kurang bundar, tidak melenting (kesan bokong)

Leopold 2

Normalnya :teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi dan pada sisi lainnya teraba bagian kecil.

Tujuan :mengetahui batas kiri atau kanan pada uterus ibu, yaitu punggung pada letak bujur dan kepala pada letak lintang.

Leopold 3

Normalnya : teraba bagian yang bulat, keras dan melenting (kepala)

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

Leopold 4

Tujuan : untuk mengetahui seberapa jauh bagian terendah janin sudah masuk PAP. Penilaian penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan pemeriksa (perlimaan) (Sondakh, 2013).

(d) Kontraksi uterus

Tentukan durasi atau lama setiap kontraksi yang terjadi. Pada fase aktif, minimal terjadi dua kali kontraksi dalam 10 menit. Lama kontraksi adalah 40 detik atau lebih. Di antara dua kontraksi akan terjadi relaksasi dinding uterus (Sondakh, 2013).

(e) Auskultasi

Terdengar denyut jantung di bawah pusat ibu (baik dibagian kiri atau kanan). Normalnya 120-160 kali/ menit. Frekuensi jantung kurang dari 120 dan lebih dari 160 kali

per menit menunjukkan adanya gawat janin (*fetal distress*).

(10) Genetalia

(a) Inspeksi

Vulva dan vagina :

Bersih atau tidak, oedema atau tidak, ada fluor albus atau tidak, ada pembesaran kelenjar skene dan bartholini atau tidak, ada condyloma talata dan akuminata atau tidak, kemerahan atau tidak

Perineum :

Ada luka parut atau tidak.

Pemeriksaan dalam :

Vaginal toucher sebaiknya dilakukan setiap 4 jam selama kala I fase aktif persalinan dan setelah ketuban pecah, catat pada jam berapa diperiksa, oleh siapa, sudah pembukaan berapa, dengan VT dapat diketahui juga *effacement*, keadaan ketuban, bagian terdahulu, bagian terendah, molase, dan hodge.

Vulva vagina :

penilaian adanya lendir darah, perdarahan dan cairan ketuban.

Pembukaan :

menentukan perubahan serviks yang progresif telah terjadi

sesuai dengan tahap dan fase persalinan.

Efficemant :

menentukan perubahan serviks yang progresif telah terjadi sesuai dengan tahap dan fase persalinan.

Ketuban :

sebagai deteksi dini komplikasi apabila ketuban telah pecah, periksa warna, jumlah cairan.

Bagian terdahulu :

untuk menentukan bagian terdahulu (contoh: kepala)

Bagian terendah :

untuk mengetahui bagian terendah janin (contoh: ubun-ubun kecil)

Molase :

sebagai indikator adaptasi janin terhadap panggul ibu.

Tulang kepala saling tumpang tindih menunjukkan kemungkinan adanya diproporsi tulang panggul atau sفالopelvik disproporsi (Manuaba (2008) dalam Marmi (2012))

Hodge :

menentukan tingkat penurunan kepala janin terhadap pelvis dan menunjukkan kemajuan Ada atau tidak bagian kecil maupun bagian berdenyut disekitar bagian terdahulu.

(11) Anus

Ada hemorroid atau tidak, ada lesi atau tidak.

(12) Ekstremitas

Simetris atau tidak, odema atau tidak, varises atau tidak. Ada atau tidaknya gerakan refleks pada kaki, baik kaki kiri maupun kaki kanan.

c) Data penunjang

Kadar Hb (hemoglobin), Ht (hematokrit), golongan darah, urinalisis dengan memeriksa protein, glukosa dan aseton (Unpad (1983) dalam Rohani (2011)).

b. Mengidentifikasi Diagnosa dan Masalah Aktual

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

1) Diagnosis kebidanan/nomenklatur

a) Paritas

Format penulisan paritas dalam interpretasi data.

G₀P₀₀₀₀Ab₀₀₀

Keterangan :

G (Gravida) : jumlah kehamilan

P (Para) : jumlah kehamilan yang diakhiri dengan kelahiran janin yang memenuhi syarat untuk melangsungkan kehidupan.

Setiap “0” yang ada dalam “P” memiliki makna tentang “APIA”, yang meliputi:

P₀(pertama) :berisi jumlah kelahiran aterm (>36 mgg / >2500 gram)

P₀(kedua) :berisi jumlah kelahiran premature (28-36 mgg / 1000-2499 gram)

P₀(ketiga) :berisi jumlah kelahiran immature (21-28 mgg / 500-1000 gram)

P₀(keempat) : berisi jumlah anak hidup

Ab (Abortus) : jumlah kehamilan yang diakhiri dengan aborsi spontan atau terinduksi dengan UK sebelum 20 mgg / <500 gram.

Setiap “0” yang ada dalam “Ab” memiliki makna tentang “AME”, yang meliputi:

Ab₀(pertama) : jumlah abortus yang dialami

Ab₀(kedua): jumlah kehamilan mola yang dialami

Ab₀(ketiga): jumlah kehamilan ektopik yang dialami

b) Usia kehamilan (dalam minggu)

c) Kala dan fase persalinan

d) Keadaan janin normal atau tidak normal

2) Masalah

Dalam asuhan kebidanan istilah “masalah” dan “diagnosis” dipakai keduanya karena beberapa masalah tidak dapat didefinisikan sebagai diagnosa, tetapi perlu dipertimbangkan untuk membuat rencana yang

menyeluruh. Masalah sering berhubungan dengan bagaimana wanita itu mengalami kenyataan terhadap diagnosisnya.

c. Mengidentifikasi Diagnosa Atau Masalah Potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah yang ada yang mungkin terjadi dalam proses persalinan.

d. Mengidentifikasi Kebutuhan Segera

Bidan melakukan pertolongan persalinan mandiri dan hasil pemeriksaan menunjukkan adanya tanda bahaya pasien, maka tindakan yang harus dilakukan adalah merujuk pasien dengan melakukan tindakan stabilisasi pra rujukan terlebih dahulu.

e. Intervensi

Tujuan : Persalinan kala I berjalan dengan normal.

Kriteria Hasil :

1) Keadaan umum : baik

2) Kesadaran : composmentis

3) Tanda-tanda Vital: dalam batas normal

4) Kontraksi : adekuat (4-5 kali 10 menit > 40 detik)

5) DJJ : 120 – 160 kali/ menit

6) Ada kemajuan persalinan (pembukaan serviks 1 cm/ jam, ada penurunan kepala)

7) Tidak ada tanda-tanda komplikasi

Intervensi

1) Beritahu ibu tentang hasil pemeriksaan

R/ merupakan hak ibu dan bisa menjadikan ibu lebih kooperatif dalam pemberian asuhan kepadanya.

2) Berikan KIE tentang prosedur seperti pemantauan janin dan kemajuan persalinan normal

R/ pendidikan antepartum dapat memudahkan persalinan dan proses kelahiran, membantu meningkatkan sikap positif dan atau rasa kontrol dan dapat menurunkan ketergantungan pada medikasi.

3) Anjurkan ibu untuk berkemih setiap 1-2 jam

R/ mempertahankan kandung kemih bebas distensi yang dapat meningkatkan ketidaknyamanan, mengakibatkan kemungkinan trauma, mempengaruhi penurunan janin dan memperlama persalinan.

4) Pemberian cairan dan nutrisi

R/ dehidrasi dapat memperlambat kontraksi dan membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (Sondakh, 2013).

5) Dukung klien selama kontraksi dengan teknik pernapasan dan relaksasi

R/ menurunkan ansietas dan memberikan distraksi yang dapat memblok persepsi impuls nyeri dalam korteks serebral.

6) Anjurkan ibu untuk posisi miring kiri

R/ oksigenasi janin maksimal karena dengan miring kiri sirkulasi darah ibu ke janin lebih lancar serta mencegah sindrom cava inferior.

7) Lakukan penilaian kemajuan persalinan yang meliputi pembukaan dan penipisan serviks, penurunan kepala dikontrol setiap 4 jam sekali, his, nadi dan DJJ setiap 30 menit sekali, tekanan darah setiap 4 jam sekali, suhu setiap 2 jam sekali.

R/ menilai apakah nilainya normal atau abnormal selama persalinan kala I sehingga dapat memberikan asuhan yang tepat sesuai dengan kebutuhan ibu bersalin (Unpad (1983) dalam Rohani, (2011)).

f. Implementasi

Tanggal :

Pukul :

- 1) Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan, bahwa ibu dan janin dalam keadaan baik.
- 2) Memberikan KIE tentang prosedur seperti pemantauan janin dan kemajuan persalinan normal.
- 3) Menganjurkan ibu untuk berkemih setiap 1-2 jam.
- 4) Memberikan cairan dan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan energi dan mencegah dehidrasi.
- 5) Mengajarkan ibu teknik pernapasan selama kontraksi untuk mengurangi rasa nyeri saat his dan ibu bisa rileks.
- 6) Anjurkan ibu untuk posisi miring kiri
- 7) Melakukan penilaian kemajuan persalinan yang meliputi pembukaan dan penipisan serviks, penurunan kepala dikontrol setiap 4 jam sekali,

his, nadi dan DJJ setiap 30 menit sekali, tekanan darah setiap 4 jam sekali, suhu setiap 2 jam sekali.

g. Evaluasi

Tanggal :

Jam :

S : data yang diperoleh dari pasien/keluarga.

O : hasil pemeriksaan fisik beserta pemeriksaan diagnostik dan penunjang/pendukung lain, serta catata medik.

A : kesimpulan dari data subjektif dan data objektif.

P : merupakan gambaran pendokumentasian dari tindakan evaluatif (Sondakh, 2013).

2.2.2 Manajemen Kebidanan Kala II

Tanggal :

Pukul :

S : Data subjektif yang mendukung dalam persalinan kala II adalah pasien mengatakan ada dorongan ingin meneran, dan mengatakan seperti ingin BAB.

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 sfingter ani terlihat membuka.
- e. Peningkatan pengeluaran lendir dan darah.

Pemeriksaan dalam, antara lain:

- a. Cairan vagina : ada lendir bercampur darah.
- b. Ketuban : sudah pecah (negatif).
- c. Pembukaan : 10 cm
- d. Penipisan : 100%
- e. Bagian terdahulu : kepala
- f. Bagian terendah : ubun-ubun kecil (UUK) jam 12.00
- g. Molage : 0 (nol)
- h. Hodge : IV (empat)
- i. Tidak ada bagian kecil atau berdenyut di sekitar kepala bayi.

A :G_P___Ab___UK__minggu, T/H/I presentasi... inpartu kala II, dengan keadaan ibu dan janin baik.

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

- a. 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.

- 1) Meletakkan kain diatas perut ibu dan resusitasi, serta ganjal bahu bayi.
 - 2) Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai didalam partus set.
- b. Memakai celemek plastik
 - c. 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.
 - d. Memakai sarung tangan DTT pada tangan saya akan digunakan untuk periksa dalam.
 - e. Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).
 - f. 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.
 - 1) Jika introitus vagina, perinium, atau anus terkontaminasi feses, membersihkan dengan seksama dari arah depan kebelakang.
 - 2) Membuang kapas atau kasa pembersih yang telah digunakan.
 - g. Melakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap, bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan lengkap, maka melakukan amniotomi.

- h. 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.
- i. Memeriksa detak jantung janin (DJJ) setelah kontraksi/ saat uterus relaksasi untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 kali/menit).
- 1) Melakukan tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
 - 2) Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil penilaian, serta asuhan lainnya pada patograf.
- j. Memberitahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, serta bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
- 1) 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.
 - 2) Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.
- k. 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).

l. Melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran :

- 1) Bimbingan ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif,
- 2) 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).
- 3) Bantu ibu mengambil posisi nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring telentang dalam waktu yang lama).
- 4) Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.
- 5) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
- 6) Berikan cukup asupan makan dan cairan per oral (minum).
- 7) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai .
- 8) Segera rujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2Jam) meneran (primigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (multi gravida).

m. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.

n. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.

o. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.

- p. Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- q. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- r. 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.
- s. Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera melanjutkan proses kelahiran bayi.
 - 1) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, melepaskan melalui bagian atas bayi.
 - 2) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan memotong di antara dua klem tersebut.
- t. Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- u. 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.

- v. 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.
- w. 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).
- x. Melakukan penilaian (selintas) :
 - 1) Menilai tangis kuat bayi dan/ atau bernapas tanpa kesulitan.
 - 2) Menilai gerak aktif bayi, jika bayi tidak menangis, tidak bernapas atau megap-megap, melakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi bayi baru lahir).
- y. Mengeringkan tubuh bayi dimulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks (Kemenkes RI, WHO, 2013). Mengganti handuk basah dengan handuk/ kain yang kering. Membiarkan bayi di atas perut ibu.
- z. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).

2.2.3 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 :

- a. TFU setinggi pusat
- b. Uterus teraba globuler
- c. Tali pusat memanjang
- d. Adanya 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 :

- a. Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi kuat.
- b. 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.
- c. 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.
- d. Pemotongan dan pengikatan tali pusat
 - 1) Menggunakan satu tangan, memegang tali pusat yang telah dijepit (melindungi perut bayi) dan melakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.

- 2) Mengikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
 - 3) Melepaskan klem dan memasukkan dalam wadah yang telah disediakan.
- e. 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.
 - f. Menstimulasi ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.
 - g. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
 - h. Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, pada tepi atas simpisis untuk mendeteksi adanya kontraksi. Tangan lain memegang tali pusat.
 - i. Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah 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 (Kemenkes RI, WHO, 2013). Jika uterus

tidak segera berkontraksi, meminta ibu, suami, atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.

j. 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).

1) Jika tali pusat bertambah panjang, memindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan melahirkan plasenta.

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

a) Memberi dosis ulangan oksitosin 10 unit IM.

b) Melakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.

c) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.

d) Mengulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.

e) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera melakukan plasenta manual.

k. 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.

- l. 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.
- m. Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi, dan memastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Memasukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.

2.2.4 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 :

- a. Kontraksi uterus keras/lembek
- b. Kandung kemih penuh/kosong
- c. TFU umumnya setinggi atau beberapa jari di bawah pusat
- d. Perdarahan sedikit/banyak
- e. TTV dalam batas normal/tidak
- f. Ada lacerasi atau tidak

A : P _ _ _ Ab _ _ _ “.....” jam Post Partum dengan kondisi ibu dan bayi baik

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

- a. Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum.
Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan (bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera melakukan penjahitan).
- b. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- c. Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit di dada ibu minimal 1 jam.
 - 1) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit, bayi cukup menyusu dari satu payudara.
 - 2) Membiarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.
- d. Setelah satu jam, melakukan penimbangan/ pengukuran bayi, memberi tetes mata antibiotik profilaksis dan vitamin K₁ 1 mg intramuskuler di paha kiri anterolateral.
- e. Setelah satu jam pemberian vitamin K₁ memberikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.
 - 1) Meletakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bias disususkan.

- 2) Meletakkan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusu di dalam satu jam pertama dan membiarkan sampai bayi berhasil menyusu.
- f. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan per vaginam.
- 1) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
 - 2) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
 - 3) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.
 - 4) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melakukan asuhan yang sesuai dengan tata laksana atonia uteri.
- g. Mengajarkan ibu/ keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- h. Mengevaluasi dan mengestimasi jumlah kehilangan darah.
- i. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
- 1) Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan.
 - 2) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan tidak normal.
- j. Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh normal ($36,5-37,5^{\circ}\text{C}$).

- k. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
- l. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- m. Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT, membersihkan sisa cairan ketuban, lender, dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- n. Memastikan ibu merasa nyaman, membntu ibu memberikan ASI, menganjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
- o. Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5 %.
- p. Mencilupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 %, membalikkan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
- q. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- r. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), memeriksa tanda vital dan asuhan kala IV. Mengingatkan ibu untuk masase fundus, menganjurkan ibu untuk tidak menahan BAB atau BAK dan selalu menjaga kebersihan genetalianya, dan menganjurkan ibu untuk mobilisasi bertahap.

2.2.5 Bayi Baru Lahir Normal

Tanggal :

Pukul :

S : Data yang diperoleh dari anamnesa yang dilakukan petugas kesehatan kepada pasien/keluarga pasien mengenai data bayi baru lahir (Sondakh, 2013)

O : Data yang diperoleh dari pemeriksaan yang dilakukan petugas kesehatan kepada bayi baru lahir, yang meliputi:

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : bergerak lemah, tangis lemah, daya isap lemah,
baik

Kesadaran : komposmentis, apatis, samnolen

Suhu : 36,5-37,5 °C (batas normal)

RR : 40-60 kali/menit (batas normal)

Nadi : 120-160 kali/menit (batas normal)

Berat Badan : 2500-4000 gram (batas normal)

Panjang Badan : 48-52 cm (batas normal)

Lingkar Kepala : 33-35 cm (batas normal)

Lingkar Dada : 30-38 cm (batas normal)

LILA : 10-11 cm (batas normal)

b. Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

Raba sepanjang garis sutura dan fontanela, apakah ukurannya dan

tampilannya normal. Periksa adanya trauma kelahiran misalnya seperti caput succedaneum, sephal hematoma, perdarahan subaponeurotik atau fraktur tulang tengkorak. Perhatikan adanya kelainan kongenital seperti anensefali, mikrosefali, kraniotabes dan sebagainya.

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 lahir seperti laserasi, paresi N. fasialis.

3) Mata

Periksa jumlah, posisi, atau letak mata. Periksa adanya strabismus yaitu koordinasi mata yang belum sempurna. Periksa adanya glaukoma kongenital, mulanya akan tampak sebagai pembesaran kemudian sebagai kekeruhan pada kornea. Katarak kongenital akan mudah terlihat yaitu pupil berwarna putih. Periksa adanya trauma seperti palpebra, perdarahan konjungtiva atau retina. Periksa adanya sekret 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 lebarnya haru

lebih dari 2,5 cm. Bayi harus bernapas dengan hidung, jika melalui mulut harus diperhatikan kemungkinan ada obstruksi jalan naps karena atresia koana bilateral, fraktur tulang hidung atau ensefalokel yang menonjol ke nasofaring. Periksa adanya sekret yang mukopurulen yang terkadang berdarah, hal ini kemungkinan adanya sifilis kongenital. Periksa adanya cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernapasan.

5) Leher

Periksa kesimetrisannya. Pergerakan harus baik, jika terdapat keterbatasan pergerakan kemungkinan ada kelainan tulang leher. Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis. Lakukan perabaan 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. Payudara tampak membesar.

7) Abdomen

Kaji adanya pembengkakan. Jika perut sangat 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) Genetalia

Labia mayora sudah menutupi labia minora pada perempuan. Pada laki-laki kedua testis harus dapat diraba pada skrotum.

9) Anus

Kaji adanya kelainan atresia ani atau tidak. Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya mekonium plug syndrom, megakolon atau obstruksi saluran pencernaan.

10) Tungkai dan kaki

Periksa kesimetrisan tungkai dan kaki. Periksa panjang kedua kaki dengan meluruskan keduanya dan bandingkan. Kedua tungkai harus dapat bergerak bebas. Kurangnya gerakan berkaitan dengan adanya trauma, misalnya fraktur, kerusakan neurologis. Periksa adanya polidaktili atau sindaktili pada jari kaki.

11) Tangan

Kedua tangan harus sama panjang, periksa dengan cara meluruskan kedua lengan ke bawah. Kedua lengan harus bebas bergerak, jika gerakan kurang kemungkinan adanya kerusakan neurologis atau fraktur. Periksa jumlah jari. Perhatikan adanya polidaktili atau sindaktili.

12) Kulit

Periksa adanya ruam dan bercak atau tanda lahir. Periksa adanya pembengkakan. Perhatikan adanya vernik kaseosa. Periksa adanya lanugo, jumlah yang banyak terdapat pada bayi kurang bulan (Marmi, 2012).

c. Pemeriksaan Neurologis

1) Refleks moro atau terkejut

Apabila bayi diberi sentuhan mendadak terutama dengan jari dan tangan, maka akan menimbulkan gerak terkejut.

2) Refleks menggenggam

Apabila telapak tangan bayi disentuh dengan jari pemeriksa, maka ia akan berusaha menggenggam jari pemeriksa.

3) Refleks mencari atau rooting

Apabila pipi bayi disentuh oleh jari pemeriksa, maka ia akan menoleh dan mencari sentuhan itu.

4) Refleks menghisap atau sucking

Apabila bayi diberi dot atau puting, maka ia berusaha menghisap.

d. Pemeriksaan Penunjang

Untuk mengetahui data-data penunjang untuk menegakkan diagnosa dan intervensi, antara lain hasil pemakaian laboratorium, hasil konsultasi data kehamilan dan persalinan sekarang. Pemeriksaan laboratorium sangatlah penting artinya untuk diagnosa yang tepat sehingga dapat memberikan terapi yang tepat. Pemeriksaan

laboratorium yang diperlukan adalah darah lengkap, yaitu Hb, leukosit darah, bilirubin total, trombosit, dan sebagainya.

A : By. Ny. “X” usia “.....” jam dengan bayi baru lahir fisiologis

P :Menurut JNPK-KR 2014, penatalaksanaan pada bayi baru lahir normal adalah sebagai berikut :

a. Melakukan informed consent.

E/ orangtua dapat mengerti tentang penjelasan yang diberikan bidan.

b. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan.

E/ orangtua dapat mengerti dan melakukan anjuran bidan.

c. Melakukan penilaian bayi baru lahir.

E/ bayi baru lahir fisiologis dengan kriteria menangis kuat dan gerak aktif.

d. Melakukan pembersihan jalan nafas bayi baru lahir, dan mengusahakan kelancaran nafas berikutnya

E/ telah dilakukan sesuai prosedur.

e. Memberi identitas bayi.

E/ bayi telah diberikan identitas.

f. Membungkus bayi dengan kain kering yang lembut.

E/ bayi telah dibungkus dengan kain kering dan lembut.

g. Melakukan pemotongan tali pusat pada 2 menit setelah kelahiran bayi serta melakukan perawatan tali pusat.

E/ telah dilakukan sesuai prosedur.

- h. Melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) selama 1 jam pertama kelahiran bayi.
E/ telah dilakukan sesuai prosedur.
- i. Mengukur suhu tubuh bayi, denyut jantung dan respirasi setiap jam dalam dua jam pertama setelah kelahiran.
E/ hasil pemeriksaan dalam batas normal.
- j. Mempertahankan suhu tubuh bayi untuk mencegah kehilangan panas tubuh bayi.
E/ telah dilakukan sesuai prosedur.
- k. Memberikan vitamin K1 dan salep mata sebagai profilaksis.
E/ telah diberikan sesuai prosedur.
- l. Memberikan imunisasi Hb₀ pada 1 jam setelah pemberian vitamin K1.
E/ telah diberikan sesuai prosedur.
- m. Mengajarkan kepada ibu atau orangtua bayi tentang perawatan bayi sehari-hari, tentang perawatan tali pusat agar tetap menjaga tali pusat selalu bersih dan kering, dan membungkus tali pusat hanya menggunakan kasa kering dan bersih tanpa menggunakan alkohol dan betadin.
E/ orangtua dapat mengerti tentang penjelasan yang telah diberikan bidan.