

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Persalinan

2.1.1 Pengertian persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar. Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Kuswanti dan Melina, 2014). Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Asri dan Clervo, 2012).

Sedangkan menurut Rohani dkk (2014) persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur. Mula-mula kekuatan yang muncul kecil, kemudian terus meningkat sampai pada puncaknya pembukaan serviks lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari rahim ibu.

Dari beberapa pengertian tersebut, dapat disimpulkan bahwa persalinan merupakan keluarnya hasil konsepsi melewati jalan lahir melalui beberapa tahapan berupa adanya kontraksi, penipisan serviks, dan keinginan meneran.

2.1.2 Etiologi

Menurut Muchtar (dalam Kuswanti dan Melina, 2014), sebab-sebab mulainya persalinan belum diketahui dengan jelas, banyak faktor yang memegang peranan dan bekerja sama sehingga terjadi persalinan diantaranya :

a. Teori penurunan hormon

Satu sampai dua minggu sebelum persalinan terjadi penurunan kadar esterogen dan progesteron. Progesteron mengakibatkan relaksasi otot-otot rahim, sedangkan esterogen meningkatkan kerentanan otot-otot rahim. Selama kehamilan terjadi keseimbangan antara kadar esterogen dan progesteron, tetapi akhir kehamilan terjadi penurunan kadar progesteron sehingga timbul his.

b. Teori distensi rahim

Rahim yang menjadi besar dan meregang akan menyebabkan iskemik otot-otot rahim sehingga timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya.

c. Teori iritasi mekanik

Di belakang serviks terletak ganglion servikalis, bila ganglion ini ditekan oleh kepala janin maka akan timbul kontraksi uterus.

d. Teori plasenta menjadi tua

Akibat plasenta tua menyebabkan turunnya kadar progesteron yang mengakibatkan ketegangan pada pembuluh darah, hal ini menimbulkan kontraksi rahim.

e. Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua menjadi sebab permulaan persalinan karena menyebabkan kontraksi pada miometrium pada setiap umur kehamilan.

f. Indikasi partus

Partus dapat ditimbulkan dengan pemberian oksitosin drip, menurut tetesan perinfus dan pemberian gagang laminaria ke dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang pleksus frankenhauser, sehingga timbul kontraksi dan melakukan amniotomi yaitu pemecahan ketuban.

Beberapa teori yang dikemukakan sebagai penyebab persalinan ialah :

a. Penurunan kadar progesterone

Progesterone menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya esterogen meninggikan kerenggangan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan esterogen di dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his.

b. Teori oxytosin

Pada akhir kehamilan kadar oksitosin bertambah oleh karena itu timbul kontraksi otot-otot rahim.

c. Ketegangan otot-otot

Seperti halnya dengan kandung kencing dan lambung, bila dindingnya terenggang oleh karena isinya. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu, yang apabila telah melewati batas tersebut akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai (Rohani dkk, 2014).

d. Pengaruh janin/fetal cortisol

Hypofise dan kelenjar suprarenal janin rupa-rupanya juga memegang peranan, oleh karena itu pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasa.

e. Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua sejak usia kehamilan 15 minggu, dianggap menjadi salah satu penyebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F₂ atau E₂ yang diberikan secara intravena, intra dan ekstra amnial menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap umur kehamilan. Hal ini juga didukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu-ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan.

2.1.3 Faktor yang mempengaruhi persalinan

a. *Power*

Menurut Sondakh (2013), *power* merupakan tenaga yang dikeluarkan untuk melahirkan janin, yaitu kontraksi uterus atau his dari tenaga mengejan ibu. Untuk menghasilkan suatu persalinan normal,

maka tenaga yang dikeluarkan ibu juga harus normal. Sementara itu, definisi dari his adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan. Jadi, ketika his normal, maka tenaga ibu juga harus normal. Hal ini berarti ibu dapat mengejan dengan kuat dan baik sehingga tenaga betul-betul dapat dimanfaatkan.

Tenaga mengejan adalah tenaga yang terjadi dalam proses persalinan setelah pembukaan lengkap dan setelah ketuban pecah. Tenaga yang menolong janin keluar selain dari his, terutama adalah kontraksi otot-otot dinding perut yang mengakibatkan peningkatan tekanan intraabdominal. Tenaga ini serupa dengan tenaga mengejan saat buang air besar, tetapi jauh lebih kuat lagi. Ketika kepala sampai dasar panggul, timbul suatu refleks yang mengakibatkan pasien menutup glotisnya, mengontraksikan otot-otot perutnya, dan menekan diafragma ke bawah. Tenaga mengejan ini dapat berhasil jika pembukaan sudah lengkap dan efektif ketika rahim berkontraksi. Tanpa menggunakan tenaga mengejan, bayi tidak akan lahir, misalnya pada penderita yang otot-otot perutnya mengalami kelumpuhan sehingga persalinan harus dibantu dengan forcep. Selain itu, tenaga mengejan juga melahirkan plasenta setelah lepas dari dinding rahim.

Menurut Tando (2013), pembagian dan sifat-sifat his :

1) His pendahuluan atau his palsu

Merupakan peningkatan kontraksi dari Braxton Hicks. Frekuensi dari jenis his ini tidak teratur dan menyebabkan nyeri di perut bagian

bawah dan lipat paha, tetapi tidak menyebabkan nyeri yang memancar dari pinggang ke perut bagian bawah seperti his persalinan. Lama kontraksinya pendek dan tidak bertambah kuat dengan majunya waktu (Sondakh, 2013).

2) His pembukaan (kala I)

Berlangsung sampai terjadi pembukaan 10 cm. His mulai teratur dan lebih kuat serta ibu merasa sakit atau nyeri. Diikuti dengan retraksi, yaitu panjang otot rahim yang telah berkontraksi tidak akan kembali ke bentuk semula.

3) His pengeluaran atau his mendedan (kala II)

Merupakan his untuk mengeluarkan janin. Koordinasi bersama antara his kontraksi otot perut, kontraksi diafragma, dan ligamen. His sangat kuat, lebih teratur, dan lebih lama. Biasanya disertai dengan keinginan mengejan.

4) His pelepasan uri (kala III)

Kontraksi menurun, ibu tidak terlalu merasa sakit, berguna untuk mengeluarkan plasenta.

5) His pengiring (kala IV)

Kontraksi berangsur-angsur melemah, masih sedikit nyeri, terjadi pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

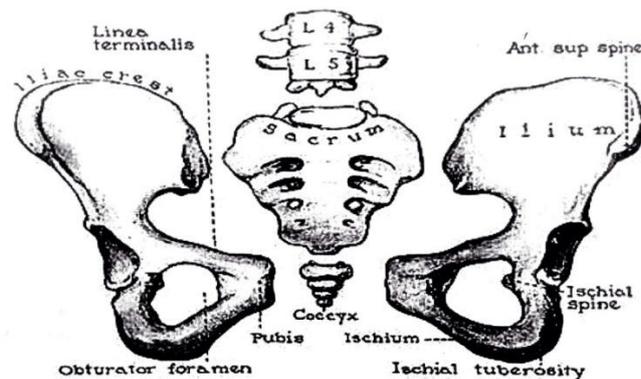
b. *Passage*

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yaitu bagian tulang padat, dasar panggul, vagina dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun

jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai (Marmi, 2012).

1) Jalan lahir keras (pelvik atau panggul)

Terdiri dari tulang paha (os coxae), tulang kelangkang (os sacrum), dan tulang tunggung (os coxygis) (Asri dan Clervo, 2012).



Gambar 2.1 Jalan lahir keras

Sumber: Annisa Ul Mutmainnah dkk, 2017, Asuhan Persalinan Normal dan Bayi Baru Lahir, Yogyakarta, halaman 39.

2) Jalan lahir lunak

Menurut Marmi (2012), bagian ini tersusun atas segmen bawah uterus, serviks uteri, vagina, muskulus dan ligamentum yang menyelubungi dinding dalam dan bawah panggul.

3) Bidang panggul

Menurut Asri dan Clervo (2012), bidang panggul adalah bidang datar imajiner yang melintang terhadap panggul pada tempat yang

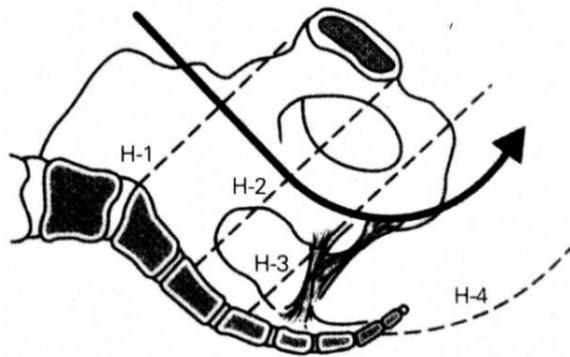
berbeda. Bidang ini digunakan untuk menjelaskan proses persalinan.

Ilmiah (2015) membedakan bidang panggul menjadi :

- a) Pintu atas panggul (PAP), disebut inlet. Dibatasi oleh promontorium, linea inominata, dan pinggir atas symphysis.
- b) Ruang tengah panggul (RTP), disebut midlet. Kurang lebih berada pada spina ischiadika.
- c) Pintu bawah panggul (PBP), disebut outlet. Dibatasi oleh symphysis dan arkus pubis.

4) Bidang hodge

Adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam atau *vagina toucher* (VT). Marmi (2012) membaginya menjadi 4 bagian.



Gambar 2.2 Bidang hodge

Sumber: Jenny J.S. Sondakh, 2013, *Asuhan Kebidanan Persalinan & Bayi Baru Lahir*, Jakarta, halaman 66.

Tabel 2.1 Bidang hodge

Bidang	Batasan
Hodge I	Dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas symphysis dan promontorium
Hodge II	Sejajar dengan hodge I, setinggi pinggir bawah symphysis
Hodge III	Sejajar hodge I dan II, setinggi spina ischiadika kanan dan kiri
Hodge IV	Sejajar hodge I, II, dan III serta setinggi os coccygis

Sumber: Marmi, 2012, *Intranatal Care Asuhan Kebidanan pada Persalinan*, Yogyakarta, halaman 48.

5) *Station*

Station adalah hubungan antara bagian terendah dari bagian bawah janin dengan garis bayangan yang ditarik antara dua spina ischiadika pada panggul. Bagian terendah dari janin yang setinggi spina ischiadika disebut *station 0*. Sedangkan 1 cm di atas spina ischiadika disebut *station 1* dan seterusnya sampai *station 5* yang berarti kepala tampak di pintu vagina. Jika 1 cm di bawah spina ischiadika, maka disebut *station -1* sampai *-5* yang berarti kepala belum masuk PAP (Rohani, 2014).

6) Ukuran-ukuran panggul

a) Ukuran luar panggul

- (1) *Distansia spinarum*, jarak antara kedua spina iliaca anterior superior yaitu 23-26 cm.

- (2) Distansia cristarum, jarak antara kedua crista iliaca kanan dan kiri yaitu 26-29 cm.
- (3) Konjugata externa (boudeloque), 18-20 cm.
- (4) Lingkaran panggul, 80-90 cm

b) Ukuran dalam panggul

- (1) Konjugata vera, sama dengan konjugata diagonalis melalui periksa dalam, 10,5-11 cm.
- (2) Konjugata transversa 12-13 cm.
- (3) Konjugata oblique, 13 cm (Ilmiah, 2015).

c. *Passanger*

Menurut Sondakh (2013), faktor passenger disebut juga dengan faktor penumpang. Bagian yang termasuk dalam faktor ini adalah janin, plasenta, dan air ketuban.

1) Janin

Merupakan passenger utama dan dapat memengaruhi jalannya persalinan karena besar dan posisinya. Bagian janin yang paling penting adalah kepala, karena mempunyai ukuran yang paling besar. Menurut Ilmiah (2015), postur janin dalam rahim dibedakan menjadi:

a) Sikap (habitus)

Menunjukkan hubungan bagian-bagian janin dengan sumbu janin, biasanya terhadap tulang-tulang punggungnya. Janin umumnya

dalam sikap fleksi, dimana kepala, tulang punggung, dan kaki dalam keadaan fleksi, serta lengan bersilang di dada.

b) Letak janin

Letak janin adalah bagaimana sumbu panjang janin berada terhadap sumbu ibu, misalnya letak lintang dimana sumbu janin sejajar dengan sumbu panjang ibu.

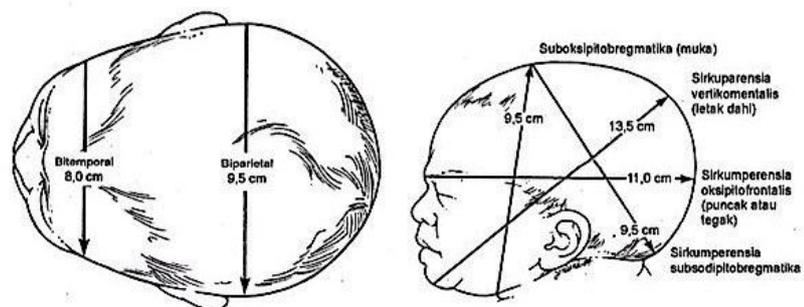
c) Presentasi

Presentasi digunakan untuk menentukan bagian janin yang ada di bagian bawah rahim yang dapat dijumpai pada palpasi atau pemeriksaan dalam. Misalnya presentasi kepala, presentasi bokong, dan presentasi bahu.

d) Posisi

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

e) Ukuran diameter kepala janin



Gambar 2.3 Diameter kepala janin

Sumber: Manuaba, I.B.G. dkk, 2007, Pengantar Kuliah Obstetri, Jakarta, halaman 297.

- (1) Diameter occipito frontalis : 12 cm
- (2) Diameter mento occipitalis : 13,5 cm
- (3) Diameter sub occipito bregmatika : 9,5 cm
- (4) Diameter biparietalis : 9,25 cm
- (5) Diameter ditemporalis : 8 cm

2) Plasenta

Karena plasenta juga harus melalui jalan lahir, ia juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada persalinan normal.

Plasenta adalah bagian dari kehamilan yang penting. Dimana plasenta memiliki peranan berupa transport zat dari ibu ke janin, penghasil hormon yang berguna selama kehamilan, serta sebagai barrier. Melihat pentingnya peranan dari plasenta, maka bila terjadi kelainan pada plasenta akan menyebabkan kelainan pada janin ataupun mengganggu proses persalinan.

Kelainan pada plasenta dapat berupa gangguan fungsi dari plasenta ataupun gangguan implantasi dari plasenta. Gangguan dari implantasi plasenta dapat berupa kelainan letak implantasinya ataupun kelainan dari kedalaman implantasinya. Kelainan letak implantasi adalah keadaan yang disebut sebagai plasenta previa. Sedangkan kelainan kedalaman dari implantasi disebut plasenta akreta, inkreta, dan perkreta (Marmi, 2012).

3) Air ketuban

Amnion pada kehamilan aterm merupakan suatu membran yang kuat dan ulet tetapi lentur. Amnion adalah jaringan yang menentukan hampir semua kekuatan regang membran janin. Pembentukan komponen amnion yang mencegah ruptura atau robekan sangatlah penting bagi keberhasilan kehamilan. Penurunan adalah gerakan bagian presentasi melewati panggul, penurunan ini terdiri atas tiga kekuatan, yaitu salah satunya adalah tekanan dari cairan amnion. Cairan amnion juga berpengaruh pada saat terjadinya dilatasi serviks atau pelebaran muara (Ilmiah, 2015).

2.1.4 Tanda dan Gejala Persalinan

Sebelum terjadi persalinan, beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki kala pendahuluan (*preparatory stage of labor*), dengan tanda-tanda sebagai berikut.

a. Terjadi lightening

Menjelang minggu ke-36 pada primigravida, terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk PAP. Pada multigravida tanda ini tidak terlalu terlihat. Penurunan bagian terbawah bayi ke pelvis terjadi sejak sekitar 2 minggu menjelang persalinan. Bila bagian terbawah janin telah turun, maka ibu akan merasa tidak nyaman. Ketidaknyamanan yang dirasakan selain akibat dari napas pendek pada trimester 3, namun juga disebabkan adanya tekanan bagian terbawah pada struktur daerah pelvis. Penekanan ini akan menyebabkan ibu

mengalami peningkatan frekuensi berkemih akibat berkurangnya peluang untuk melakukan ekspansi, sering mengalami kram kaki akibat meningkatnya tekanan sebagian besar bagian janin pada saraf yang melewati foramen obturator yang menuju kaki, serta dapat mengalami oedema karena tekanan pada pembuluh darah vena meningkat akibat bagian terbesar dari janin menghambatnya aliran darah yang kembali dari bagian bawah tubuh.

b. Terjadinya his permulaan

His permulaan ditandai dengan rasa nyeri ringan di bagian bawah, datangnya tidak teratur, tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda, dan durasinya yang pendek. His permulaan tidak akan bertambah sakit walaupun digunakan untuk beraktifitas.

c. Perut terlihat lebih melebar dan fundus uteri turun

d. Perasaan sering atau susah buang air kecil karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.

e. Serviks menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah, terkadang bercampur darah (*bloody show*). Dengan mendekatnya persalinan, maka serviks menjadi matang dan lembut, serta terjadi obliterasi serviks dan kemungkinan sedikit dilatasi.

Menurut Rohani dkk (2014), inpartu (persalinan) dimulai pada saat uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis), berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Pada ibu

yang belum inpartu, kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan pada serviks. Tanda dan gejala dari inpartu adalah :

- a. Timbul rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur. His persalinan ditandai dengan pinggangnya yang terasa sakit menjalar ke depan, sifatnya teratur dan kekuatan semakin besar, intervalnya pendek, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, serta jika digunakan untuk beraktivitas (jalan) kekuatan akan semakin bertambah.
- b. Keluar lendir bercampur darah (*bloody show*) yang lebih banyak karena robekan kecil pada serviks. Sumbatan mukus yang berasal dari sekresi servikal dari proliferasi kelenjar mukosa servikal pada awal kehamilan berperan sebagai barrier protektif dan menutup servikal selama kehamilan. *Bloody show* adalah pengeluaran dari mukus.
- c. Terkadang ketuban pecah dengan sendirinya. Pemecahan membran yang normal terjadi pada kala I persalinan.
- d. Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan pembukaan telah ada. Pada nulipara biasanya sebelum persalinan serviks menipis 50-60% dan pembukaan sampai 1 cm, dengan dimulainya persalinan biasanya penipisan serviks 50-100% kemudian terjadi pembukaan. Sedangkan pada multipara seringkali serviks tidak menipis pada awal persalinan tetapi hanya membuka 1-2 cm, kemudian diteruskan penipisan.
- e. Kontraksi uterus mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit).

2.1.5 Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

a. Peran orang terdekat

Suami atau orang terdekat dapat memainkan peranan penting bagi wanita yang sedang melahirkan. Bila orang terdekat menghadiri kelas prenatal bersama dengan ibu, maka orang tersebut dapat memberikan informasi yang membantu dan menemani ibu selama proses persalinan. Bantuan yang dapat diberikan seperti menghitung kontraksi ibu, menggosok punggungnya, mencuci mukanya, memberikan dorongan padanya untuk istirahat di antara kontraksi, dan mengingatkan padanya tentang teknik bernapas. Selain itu, juga dapat memberikan perhatian penuh kepada ibu dengan cara memegang tangannya.

a. Menjaga kebersihan dan kondisi kering

Kebersihan dan kondisi kering dapat meningkatkan kenyamanan dan relaksasi, serta menurunkan risiko terinfeksi. Kombinasi *bloody show*, keringat, cairan amnion, larutan untuk pemeriksaan vagina, dan feses dapat membuat wanita merasa sangat kotor dan tidak nyaman. Perawatan perineum dan mempertahankannya tetap kering akan menambah perasaan sejahtera pada wanita. Hal ini dilakukan dengan mengganti pakaian yang dikenakan jika sudah basah karena keringat, mengganti pernak jika sudah basah, melakukan perawatan perineum, menggunakan teknik membersihkan cermat dari depan ke belakang, dan mengganti dengan sering pembalut yang menyerap di antara bokongnya.

b. Mengajarkan dan memandu

Telah menjadi keyakinan bahwa ketakutan karena ketidaktahuan berpengaruh pada rasa nyeri saat melahirkan. Hal ini merupakan alasan utama untuk kelas-kelas prenatal. Bila pasien dalam proses melahirkan tidak mengunjungi kelas ini atau menambah pengetahuan dengan buku, maka bidan harus menerangkan, memandu, dan mengajarkan pada pasien hal-hal yang rumit dalam waktu yang amat singkat.

Untuk mengajarkan pada pasien seluruh proses fisik dari persalinan dan melahirkan selama beberapa jam saat pasien dalam proses persalinan adalah masalah besar. Hal tersebut dapat dilakukan dengan detail, tetapi aspek tertentu yang penting dapat dijelaskan dengan sederhana dan singkat. Hal ini harus sesuai dengan tahap persalinan yang sedang dihadapi oleh pasien.

c. Makanan dan cairan

Sebagai peraturan khusus, makanan padat tidak boleh diberikan selama persalinan aktif, karena makanan padat lebih lama tinggal dalam lambung daripada cairan, dan pencernaan menjadi sangat lambat selama persalinan. Pada saat bersamaan, kombinasi dari stres persalinan, kontraksi, dan obat-obatan tertentu mungkin akan menyebabkan mual. Bersamaan dengan faktor ini, lambung yang penuh dan mual dapat menyebabkan muntah sehingga berisiko aspirasi dari partikel-partikel makanan ke dalam paru-paru.

Di lain pihak, cairan sangat penting untuk mencegah dehidrasi. Banyak dokter menganjurkan pasien minum air putih sepanjang proses persalinan. Bila pasien mengalami mual, maka larutan ringer laktat 5% secara intravena dianjurkan untuk diberikan.

d. Eliminasi

Kandung kemih harus dikosongkan secara berkala sepanjang proses persalinan, minimal setiap 2 jam. Catatan yang jelas mengenai jumlah dan waktu berkemih harus disertakan. Bila ibu tidak mampu berkemih dan kandung kemihnya menjadi distensi, turunnya kepala janin ke pelvis dapat terganggu. Kandung kemih yang penuh dapat dipalpasi tepat dibawah pubis. Hal ini amat menyakitkan dan meingkatkan rasa tidak nyaman, tetapi karena adanya kontraksi, pasien tidak mengenali sumber dari rasa nyerinya. Bidan harus tetap memeriksa dengan cermat akan kebutuhan pasien. Bila pasien telah menjalani enema pada saat masuk, rektumnya akan kosong oleh karena ini, bila pasien mengatakan bahwa ia ingin buang air besar lagi, bidan harus melihat pada perineum dengan cermat. Terdapat kemungkinan bahwa bayinya akan segera lahir. Tekanan kepala bayi pada perineum merangsang refleks saraf sehingga menimbulkan keinginan buang air besar.

e. Posisi dan aktivitas

Beberapa orang mempunyai keyakinan bahwa bila ibu jongkok atau berjalan, serviks akan bersilatasi dengan pendataran yang lebih

cepat. Terdapat bukti bahwa bila ibu dapat benar-benar merelaksasikan otot-otot abdomennya, persalinan dapat berjalan dengan lebih mudah.

Kemungkinan posisi yang paling nyaman bagi ibu adalah posisi yang biasanya dilakukan bila ia tidur. Meletakkan bantal di belakang di bawah abdomen, dan di antara lutut juga dapat membantu. Selain itu, menggosok punggung dan mengusap keringat yang memenuhi wajah pasien juga merupakan hal yang dapat memberikan rasa nyaman. Orang terdekat dapat menolong bidan untuk melakukan tindakan tersebut. Oleh karena tekanan uterus pada vena cava dan pembuluh besar lainnya dapat melambatkan arus balik darah vena, jangan biarkan ibu untuk berbaring terlentang. Jika tetap melakukan hal tersebut, maka dapat menyebabkan sindrom hipotensi supinasi.

Keinginan untuk mandi dan ambulasi di sekitar ruang bersalin biasanya diperbolehkan kecuali ibu telah mendapat obat sedatif atau terlihat gejala-gejala persalinan yang tepat. Sebagian tempat tidur di ruang bersalin dilengkapi dengan bantalan bokong yang dapat diubah dengan cepat dan mudah kapan saja dibutuhkan. Merupakan hal penting untuk menjaga ibu tetap kering dan bersih karena hal ini tidak hanya membuatnya menjadi lebih nyaman, tetapi juga untuk mengurangi kontaminasi jalan lahir.

f. Kontrol rasa nyeri

Rasa sakit selama melahirkan dan persalinan disebabkan oleh ketegangan emosional, tekanan pada ujung saraf, regangan pada

jaringan dan persendian, serta hiposia otot uterus selama dan setelah kontaksi yang panjang. Disproporsional sepelopelvis dan penyebab lain yang menyulitkan kelahiran (distosia) dapat meningkatkan rasa sakit.

Metode persalinan secara alami dirancang untuk mengurangi ketakutan dan mengontrol rasa sakit yang berhubungan saat persalinan. Menggunakan latihan peregangan otot yang merupakan metode untuk menyiapkan ibu untuk melahirkan dan teknik relaksasi digunakan untuk membantu memberikan rasa nyaman pada ibu.

Pada proses bersalin, terdapat beberapa jenis latihan relaksasi yang dapat membantu wanita bersalin, yaitu relaksasi progresif, relaksasi terkendali, serta mengambil dan mengeluarkan napas.

g. Menjamin privasi dan mencegah pajanan

Menjamin privasi dan mencegah pajanan bukanlah sesuatu yang harus dipastikan pada persalinan rumah, tetapi sangat penting untuk diberikan pada penyuluhan di rumah sakit. Privasi bukan saja mengacu pada penghargaan terhadap tubuh ibu sebagai seorang pribadi, tetapi juga menghormati tubuhnya, yang merupakan haknya sebagai individu menjaga privasi dan mencegah pajanan merupakan upaya untuk menghormati martabat ibu. Pemikiran mengenai martabat sangat bervariasi saat ini. Oleh karena itu, cara terbaik adalah dengan menanyakan keinginan mereka berkenaan dengan hal tersebut.

2.1.6 Klasifikasi Persalinan

Menurut Kuswanti dan Melina (2014), berdasarkan caranya, persalinan dapat dibagi menjadi :

- a. Persalinan spontan, yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir.
- b. Persalinan buatan, yaitu persalinan yang dibantu dari luar misalnya vaccum ekstraksi, forceps, SC.
- c. Persalinan anjuran, yaitu terjadi bila bayi sudah cukup besar untuk hidup di luar, tetapi tidak sedemikian besarnya sehingga menimbulkan kesulitan dalam persalinan, misal dengan induksi persalinan.

Sedangkan klasifikasi persalinan berdasarkan usia kehamilannya dibagi menjadi:

- a. Partus immaturus, yaitu partus dimana umur kehamilan kurang dari 28 minggu dan lebih dari 20 minggu dengan berat janin antara 500-1000 gram.
- b. Partus prematurus, yaitu suatu pratus dari hasil konsepsi yang dapat hidup tetapi belum aterm (cukup bulan). Berat janin antara 1000-2500 gram atau tua kehamilan anatar 28 minggu sampai 36 minggu.
- c. Partus postmaturus (serotinus), yaitu partus yang terjadi 2 minggu atau lebih dari waktu partus yang diperkirakan.

2.1.7 Tahapan Persalinan

Menurut Ilmiah (2015), tahapan persalinan dibagi menjadi 4 kala, yaitu :

a. Kala I

Pada kala I serviks membuka sampai terjadi pembukaan 10 cm, disebut juga kala pembukaan. Secara klinis partus dimulai bila timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bersemu darah (*bloody show*). Lendir yang bersemu darah ini berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka atau mendatar. Sedangkan darahnya berasal dari pembuluh-pembuluh kapiler yang berada di sekitar kanalis servikalis itu pecah karena pergeseran-pergeseran ketika serviks membuka.

Proses membukanya serviks sebagai akibat his dibagi dalam 2 fase:

- 1) Fase laten, berlangsung selama 8 jam sampai pembukaan 3 cm his masih lemah dengan frekuensi jarang, pembukaan terjadi sangat lambat.
- 2) Fase aktif, dibagi tiga :
 - a) Fase akselerasi, lamanya 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
 - b) Fase dilatasi maksimal, 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 9 cm menjadi 10 cm. His tiap 3-4 menit selama 45 detik.

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

terjadi lebih pendek. Mekanisme membukanya serviks berbeda antara pada primigravida dan multigravida. Pada primigravida ostium uteri internum akan membuka lebih dahulu, sehingga serviks akan mendarat dan menipis. Pada multigravida ostium uteri internum sudah sedikit terbuka. Ostium uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam saat yang sama.

Ketuban akan pecah dengan sendiri ketika pembukaan hampir lengkap atau telah lengkap. Tidak jarang ketuban harus dipecahkan ketika pembukaan hampir lengkap atau telah lengkap. Kala I selesai apabila pembukaan serviks uteri telah lengkap. Pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan multipara kira-kira 7 jam.

b. Kala II

Disebut juga kala pengeluaran. Kala atau fase yang dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai dengan pengeluaran bayi. Setelah serviks membuka lengkap janin akan segera keluar. His 2-3 x/menit lamanya 60-90 detik. His sempurna dan efektif bila koordinasi gelombang kontraksi sehingga kontraksi simetris dengan dominasi di fundus, mempunyai amplitude 40-60 mm air raksa berlangsung 60-90 detik dengan jangka waktu 2-4 menit dan tonus uterus saat relaksasi kurang dari 12 mm air raksa. Karena biasanya dalam hal ini kepala janin sudah masuk ke dalam panggul, maka pada his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedan. Juga dirasakan tekanan pada rectum dan hendak buang air

besar. Kemudian perineum menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka. Labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada waktu his.

c. Kala III

Kala uri (kala pengeluaran plasenta dan selaput ketuban). Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusat beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keuar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah.

d. Kala IV

Kala atau fase setelah plasenta dan selaput ketuban dilahirkan sampai dengan 2 jam post partum.

2.1.8 Mekanisme Persalinan Normal

Mekanisme persalinan adalah putaran dan penyesuaian lain yang terjadi pada proses kelahiran manusia. Tujuh gerakan kondisi presentasi puncak kepala pada mekanisme persalinan adalah *engagement*, *descent* (penurunan), fleksi, putar paksi dalam, ekstensi, putar paksi luar, dan akhirnya kelahiran melalui ekspulsi.

a. *Engagement*

Kepala dikatakan telah menancap (*engager*) pada pintu atas panggul apabila diameter biparietal kepala melewati pintu atas panggul. Pada nulipara, hal ini terjadi sebelum persalinan aktif dimulai karena

otot-otot abdomen masih tegang sehingga bagian presentasi terdorong ke dalam panggul. Pada multipara yang otot-otot abdomennya lebih kendur, seringkali tetap dapat digerakkan di atas permukaan panggul sampai persalinan dimulai.

b. *Descent* (penurunan)

Pada primigravida, masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul biasanya sudah terjadi pada bulan terkahir dari kehamilan, tetapi pada multigravida biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala ke dalam PAP, biasanya dengan sutura sagitalis melintang dan dengan fleksi yang ringan. Masuknya kepala melewati PAP, dapat dalam keadaan sinklitismus yaitu bila sutura sagitalis terdapat di tengah-tengah jalan lahir tepat di antara symphysis dan promontorium.

Pada sinklitismus os parietal depan dan belakang sama tingginya. Jika sutura sagitalis agak ke depan mendekati symphysis atau agak ke belakang mendekati promontorium, maka dikatakan kepala dalam keadaan asinklitismus, ada 2 jenis asinklitismus yaitu:

- 1) Asinklitismus posterior, bila sutura sagitalis mendekati symphysis dan os parietal belakang lebih rendah dari os parietal depan.
- 2) Asinklitismus anterior, bila sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietal depan lebih rendah dari os parietal belakang.

Derajat sedang asinklitismus pasti terjadi pada persalinan normal, tetapi kalau berat gerakan ini dapat menimbulkan disproporsi sepalopelvik dengan panggul yang berukuran normal sekalipun.

Penurunan kepala lebih lanjut terjadi pada kala I dan kala II persalinan. Hal ini disebabkan karena adanya kontraksi dan retraksi dari segmen atas rahim, yang menyebabkan tekanan langsung fundus pada bokong janin. Dalam waktu yang bersamaan terjadi relaksasi dari segmen atas rahim, sehingga terjadi penipisan dan dilatasi servik. Keadaan ini menyebabkan bayi terdorong ke dalam jalan lahir. Penurunan kepala ini juga disebabkan karena tekanan cairan intra uterin, kekuatan mengejan atau adanya kontraksi otot-otot abdomen, kontraksi diafragma, dan melurusnya badan anak.

c. Fleksi

Dengan majunya kepala biasanya juga fleksi bertambah hingga ubun-ubun kecil jelas lebih rendah dari ubun-ubun besar. Keuntungan dari bertambahnya fleksi ialah ukuran kepala yang lebih kecil melalui jalan lahir, yaitu diameter suboccipito bregmatika (9,5 cm). Fleksi ini disebabkan karena anak didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir atas panggul, serviks, dinding panggul atau dasar panggul.

d. *Internal rotation* (putar paksi dalam)

Yang dimaksud dengan putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphysis. Putaran

paksi dalam mutlak perlu untuk kelahiran kepala karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul. Sebab-sebab putaran paksi dalam:

- 1) Pada letak fleksi, bagian belakang kepala merupakan bagian terendah dari kepala
- 2) Bagian terendah dari kepala mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat meatus genitilis antara muskulus levator ani kiri dan kanan
- 3) Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul adalah diameter antero posterior.

e. Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan atas sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya. Pada kepala bekerja dua kekuatan, yang satu mendesak ke bawah dan satunya disebabkan tahanan dasar panggul yang menolaknya keatas. Resultantnya adalah kekuatan ke arah depan atas.

Setelah subocciput tertahan pada pinggir bawah symphysis maka yang dapat maju karena kekuatan tersebut di atas bagian yang berhadapan dengan subocciput, maka lahirlah berturut-turut pada

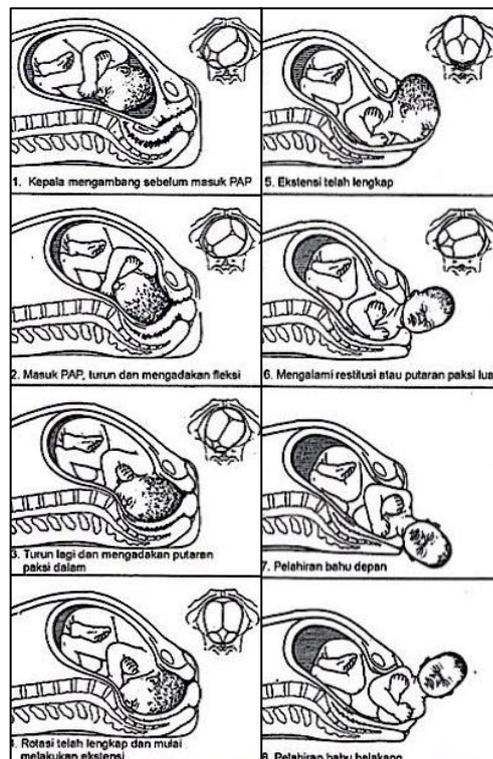
pinggir atas perineum ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut, dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi.

f. *External rotation* (putar paksi luar)

Setelah kepala lahir, maka kepala anak memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Gerakan ini disebut putaran restitusi. Selanjutnya putaran diteruskan hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadicum sepihak. Gerakan yang terakhir ini adalah putaran paksi luar yang sebenarnya dan disebabkan karena ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul.

g. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai di bawah symphysis dan menjadi hypomochlion untuk melahirkan bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir seraya dengan paksi jalan lahir (Marmi, 2012).



Gambar 2.4 Mekanisme persalinan normal

Sumber: Manuaba, I.B.G. dkk, 2007, Pengantar Kuliah Obstetri, Jakarta, halaman 307.

2.1.9 Kartu Skor Poedji Rohjati

Kartu Skor Poedji Rohjati (KSPR) adalah kartu yang digunakan sebagai alat skrining antenatal berbasis keluarga untuk menemukan faktor risiko ibu hamil, yang selanjutnya mempermudah pengenalan kondisi untuk mencegah terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan. KSPR disusun dengan format kombinasi antara checklist dari kondisi ibu hamil atau faktor risiko dengan sistem skor. Kartu skor ini dikembangkan sebagai suatu teknologi sederhana, mudah, dapat diterima dan cepat digunakan. Fungsi dari KSPR adalah:

- a. Melakukan skrining deteksi dini ibu hamil risiko tinggi
- b. Memantau kondisi ibu dan janin selama kehamilan
- c. Memberi pedoman penyuluhan untuk persalinan aman berencana (Komunikasi Informasi Edukasi/KIE)
- d. Mencatat dan melaporkan keadaan kehamilan, persalinan, nifas.
- e. Validasi data mengenai perawatan ibu selama kehamilan, persalinan, nifas dengan kondisi ibu dan bayinya
- f. Audit Maternal Perinatal (AMP)

Sistem skor memudahkan pengedukasian mengenai berat ringannya aktor risiko kepada ibu hamil, suami, maupun keluarga. Skor dengan nilai 2, 4, dan 8 merupakan bobot risiko dari tiap faktor risiko. Sedangkan jumlah skor setiap kontak merupakan perkiraan besar risiko persalinan dengan perencanaan pencegahan. Kelompok risiko dibagi menjadi 3, yaitu:

- a. Kehamilan Risiko Rendah (KRR) : skor 2 (hijau)
- b. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) : skor 6-10 (kuning)
- c. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) : skor ≥ 12 (merah)

Terdapat 20 faktor risiko yang dibagi menjadi 3 kelompok faktor risiko pada penilaian KSPR, yaitu:

- a. Ada Potensi Gawat Obstetrik/APGO (kehamilan yang perlu diwaspadai)
 - 1) Primi muda : terlalu muda, hamil pertama usia 16 tahun atau kurang
 - 2) Primi tua : terlalu tua, hamil usia ≥ 35 tahun

- 3) Primi tua sekunder : jarak anak terkecil >10 tahun
 - 4) Anak terkecil <2 tahun : terlalu cepat memiliki anak lagi
 - 5) Grande multi : terlalu banyak memiliki anak, anak ≥ 4
 - 6) Umur ibu ≥ 35 tahun : terlalu tua
 - 7) Tinggi badan ≤ 145 cm : terlalu pendek, belum pernah melahirkan normal dengan bayi cukup bulan dan hidup, curiga panggul sempit
 - 8) Pernah gagal kehamilan
 - 9) Persalinan yang lalu dengan tindakan
 - 10) Bekas operasi sesar
- b. Ada Gawat Obstetri/AGO (tanda bahaya pada saat kehamilan, persalinan, dan nifas)
- 1) Penyakit ibu, seperti anemia, malaria, TBC paru, payah jantung, dan penyakit lain
 - 2) Preeklampsia ringan
 - 3) Hami kembar
 - 4) Hidramnion : air ketuban terlalu banyak
 - 5) *Intra Uterine Fetal Death/IUFD* : bayi mati dalam kandungan
 - 6) Hamil serotinus : hamil lebih bulan (≥ 42 minggu belum melahirkan)
 - 7) Letak sungsang
 - 8) Letak lintang

- c. Ada Gawat Darurat Obstetri/AGDO (ada ancaman nyawa ibu dan bayi)
 - 1) Perdarahan antepartum, dapat berupa solusio plasenta, plasenta previa, atau vasa previa
 - 2) Preeklamsia berat/eklamsia

2.1.10 Penapisan Ibu Bersalin

- a. Ibu dengan riwayat bedah sesar

Beresiko terjadinya ruptur uteri yaitu robeknya uterus akibat perlukaan sesar, sehingga berbahaya bagi ibu dan bayi.
- b. Ibu dengan riwayat perdarahan pervaginam, beresiko terjadinya:
 - 1) Solusio plasenta : terlepasnya plasenta lebih dahulu. Adanya nyeri perut bagian bawah, perut tegang, warna darah yang dikeluarkan merah tua
 - 2) Plasenta previa : letak plasenta dibawah atau menutupi jalan lahir. Tidak ada nyeri perut kecuali ada kontraksi, warna darah merah segar.
- c. Ibu dengan riwayat kehamilan kurang bulan

Beresiko bagi janinnya karena kondisi janin terjadi prematur yang akibatnya organ-organ janin belum matur, sehingga janin belum sanggup menjalankan fungsinya dengan optimal.
- d. Ibu dengan riwayat ketuban ocah dengan mekonium kental

Beresiko janin terjadi hipoksia dan ketika lahir terjadi asfiksia yang dapat membahayakan janin.

- e. Ibu dengan riwayat ketuban pecah lama (>24 jam)

Berisiko terjadinya partus lama sehingga dapat mengakibatkan infeksi pada ibu dan janin.

- f. Ibu dengan riwayat ketuban pecah pada kehamilan kurang bulan

Berisiko terjadinya kelahiran premature yang nantinya dapat berdampak pada janin yang belum siap untuk dilahirkan.

- g. Ibu dengan riwayat anemia berat

Berisiko terjadinya IUGR pada janin serta persalinan dengan komplikasi yang berlebihan.

- h. Ibu dengan riwayat preeklampsia berat

Berisiko pada ibu dengan terjadinya hipertensi kronik serta kejang dan berisiko pula pada janin, yaitu pertumbuhan janin terhambat, kematian janin, perdarahan serebral serta persalinan prematur.

- i. Tinggi fundus uteri tidak sesuai dengan usia kehamilan

Dapat disebabkan makrosomia atau kehamilan ganda, maka perlu dilakukan pemeriksaan dini karena makrosomia dapat menyebabkan distosia bahu dan menyebabkan perdarahan pasca persalinan

- j. Demam (>38°C)

Ibu dengan riwayat demam memerlukan pengawasan yang intensif karena demam yang tinggi merupakan tanda dan gejala infeksi dan dapat menyebabkan kematian jika demam tidak langsung ditangani.

k. Gawat janin

Ibu yang mengalami gawat janin perlu dilakukan pemantauan DJJ yang sering, karena gawat janin dapat berakibat fatal pada janin yang dikandung dan bahkan dapat menyebabkan kematian pada janin.

l. Presentasi bukan belakang kepala

Kelainan pada malpresentasi/malposisi dapat menyebabkan kesulitan pada proses persalinan, maka ini bisa dilakukan SC untuk proses persalinannya.

m. Tali pusat menubung

Untuk mengetahui tali pusat menubung perlu dilakukan pemeriksaan dengan USG, karena tali pusat menubung dapat mengakibatkan perdarahan bahkan juga partus lama karena tali pusat menutupi jalan lahir.

n. Kehamilan primi fase aktif penurunan kepala 5/5

Untuk mengatasinya ibu dapat miring ke kiri ataupun dengan menambah posisi ibu dengan jongkok maupun berdiri. Posisi ini bisa membantu untuk penurunan kepala dan jika tetap tidak ada penurunan, persalinan bisa dilakukan dengan SC.

o. Letak majemuk

Untuk mencegah letak majemuk dapat dilakukan dengan ibu posisi sujud, tetapi jika presentasi terendah sudah masuk PAP posisi sujud tidak dapat mengubah presentasi dan persalinan harus dilakukan SC.

p. Gemeli

Ibu yang mengandung bayi gemeli/kembar perlu dilakukan SC untuk mengeluarkan bayinya karena dikhawatirkan adanya malpresentasi/malposisi pada salah satu janinnya dan juga dapat mengakibatkan perdarahan.

q. Shock

Untuk mengatasi shock bisa diberikan infus dan oksigen untuk mencegah komplikasi yang lebih serius. Jika shock tidak tertangani dapat menyebabkan kematian pada janin dan ibu.

2.1.11 Standar Pelayanan Kebidanan Pertolongan Persalinan dan Bayi Baru Lahir

a. Standar 9 : Asuhan Persalinan Kala Satu

1) Tujuan

Untuk memberikan pelayanan kebidanan yang memadai dalam mendukung pertolongan persalinan yang bersih dan aman untuk ibu dan bayi.

2) Pernyataan standar

Bidan menilai secara tepat bahwa persalinan sudah mulai, memberikan asuhan dan pemantauan yang memadai, memperhatikan kebutuhan ibu, melakukan pertolongan proses persalinan dan kelahiran yang bersih dan aman, bersikap sopan, dan penghargaan terhadap hak pribadi ibu, serta memperhatikan tradisi setempat. Ibu

dijinkan memilih orang yang akan mendampingi selama proses persalinan.

3) Hasil

- a) Ibu bersalin mendapat pertolongan darurat yang memadai dan tepat waktu bila diperlukan.
- b) Meningkatnya cakupan persalinan dan komplikasi lainnya yang ditolong tenaga kesehatan terlatih.
- c) Berkurangnya kematian kesakitan ibu dan bayi akibat partus lama.

4) Prasyarat

- a) Mengizinkan ibu memilih orang yang akan mendampingi selama proses persalinan dan kelahiran.
- b) Bidan dipanggil jika ibu sudah mulai mules/ ketuban pecah.
- c) Bidan telah terlatih dan terampil untuk :
 - (1) Memberikan pertolongan persalinan yang bersih dan aman
 - (2) Penggunaan partograf dan pembacaanya
- d) Ada alat untuk pertolongan persalinan termasuk beberapa sarung tangan DTT/steril.
- e) Adanya perlengkapan untuk pertolongan persalinan yang bersih dan aman.
- f) Tersedia ruangan yang hangat, bersih dan sehat untuk persalinan.
- g) Menggunakan KMS ibu hamil/ buku KIA, partograf dan kartu ibu.

h) Sistem rujukan untuk perawatan kegawat daruratan obstetri yang efektif.

5) Proses

Bidan harus:

- a) Minta bumil agar sering BAK sedikitnya 2 jam.
- b) Pada persalinan normal, mintalah ibu banyak minum guna menghindari dehidrasi dan gawat janin.
- c) Selama persalinan, beri dukungan moril dan perlakuan yang baik dan peka terhadap kebutuhan ibu hamil, suami, keluarga atau orang terdekat yang mendampingi.
- d) Jelaskan proses persalinan yang sedang terjadi pada ibu, suami, dan keluarganya. Beritahu mereka kemajuan persalinan secara berkala.
- e) Segera catat semua temuan pada partograf dan kartu ibu.
- f) Saat proses persalinan berlangsung, bersiaplah untuk menghadapi kelahiran bayi.
- g) Lakukan pertolongan persalinan yang bersih dan aman.
- h) Segera mendatangi ibu hamil ketika diberi tahu persalinan sudah mulai /ketuban pecah.
- i) Melaksanakan pemeriksaan kehamilan dengan memberikan perhatian terhadap tekanan darah. Teratur tidaknya his dan DJJ bila ketuban telah pecah.

- j) Catat semua temuan pemeriksaan dengan tepat jika ditemukan kelainan, lakukan rujukan ke PKM/RS.
 - k) Lakukan pemeriksaan dalam secara aseptik dan sesuai dengan kebutuhan (jika his teratur dan tidak ada hal yang mengkhawatirkan atau his lemah atau TTV ibu/ janin normal, maka tidak perlu dilakukan pemeriksaan dalam.
 - l) Dalam keadaan normal pemeriksaan dalam cukup setiap 4 jam dan harus selalu secara aseptik.
 - m) Jika sampai pada fase aktif, catat temuan dalam partograf dan kartu ibu.
 - n) Anjurkan ibu untuk mandi dan tetap aktif bergerak seperti biasa dan memilih posisi yang dirasakan nyaman.
 - o) Amati kontraksi dan DJJ sedikitnya 30 menit pada kala 1. Pada akhir kala 1 atau jika kontraksi sudah sangat kuat, periksa DJJ setiap 15 menit
 - p) Catat dan amati penurunan kepala janin dengan palpasi abdomen setiap 4 jam.
 - q) Catat tekanan darah setiap 4 jam.
- b. Standar 10 : Persalinan Kala Dua yang Aman

1) Tujuan

Memastikan persalinan yang bersih dan aman untuk ibu dan bayi.

2) Pernyataan standar

Bidan melakukan pertolongan bayi dan plasenta yang bersih dan aman, dengan sikap sopan dan penghargaan terhadap hak pribadi ibu serta memperhatikan tradisi setempat. Disamping itu, ibu diijinkan memilih orang yang akan mendampingi selama proses persalinan.

3) Hasil

- a) Persalinan yang bersih dan aman
- b) Meningkatnya kepercayaan terhadap bidan
- c) Meningkatnya jumlah persalinan yang ditolong oleh bidan
- d) Menurunnya komplikasi seperti pendarahan postpartum, asfiksia neonatorum, trauma kelahiran
- e) Menurunnya angka sepsis puerperalis

4) Prasyarat

- a) Bidan dipanggil jika ibu sudah mulai mulas/ ketuban pecah.
- b) Bidan sudah terlatih dan terampil dalam menolong persalinan secara bersih dan aman.
- c) Tersedianya alat untuk pertolongan persalinan termasuk sarung tangan dalam keadaan DTT/ steril.
- d) Adanya perlengkapan untuk pertolongan persalinan yang bersih dan aman, seperti air bersih, sabun dan handuk yang bersih, dua handuk/ kain hangat yang bersih (satu untuk mengeringkan bayi, yang lain dipakai untuk kemudian), pembalut wanita dan tempat

untuk plasenta. Bidan sedapat mungkin menggunakan sarung tangan yang bersih.

- e) Tersedia ruangan yang hangat, bersih dan sehat untuk persalinan
- f) Menggunakan KMS/buku KIA, partograf, dan Kartu Ibu
- g) Sistem rujukan untuk perawatan kegawatdaruratan obstetrik yang efektif

5) Proses

Bidan harus:

- a) Menghargai ibu selama proses persalinan.
- b) Mengizinkan ibu memilih orang yang akan mendampingi selama proses persalinan dan kelahiran.
- c) Memastikan tersedianya ruangan yang hangat, bersih dan sehat untuk persalinan, dua handuk/ kain hangat yang bersih (satu untuk mengeringkan bayi, yang lain untuk dipakai kemudian), tempat untuk plasenta (jika ibu belum mandi, bersihkan daerah perineum dengan sabun dan air mengalir).
- d) Cuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir, kemudiankeringkan hingga betul-betul kering dengan handuk bersih (kuku harus dipotong pendek dan bersih).
- e) Bantu ibu mengambil posisi yang paling nyaman baginya.
- f) Pada kala dua anjurkan ibu meneran hanya jika merasa ingin atau saat kepala bayi sudah kelihatan. (riset membuktikan bahwa menahan nafas sambil meneran adalah berbahaya, dan meneran

sebelum kepala bayi tampak tidaklah perlu. Bahkan meneran sebelum pembukaan serviks lengkap adalah berbahaya). Jika kepala belum terlihat, padahal ibu sudah sangat ingin meneran, periksa pembukaan serviks dengan periksa dalam. Jika pembukaan belum lengkap, keinginan meneran bisa dikurangi dengan memiringkan ibu keposisi sebelah kiri.

- g) Pada kala dua, dengarkan DJJ setiap 5 menit setelah his berakhir, irama dan frekuensinya harus segera kembali ke normal. Jika tidak, cari pertolongan medis. (Jika kepala sudah merenggangkan perineum, dan terjadi kelambatan kemajuan persalinan atau DJJ menurun sampai 100 kali/ menit atau kurang atau meningkat menjadi 180 kali/menit atau lebih, maka percepatan persalinan dengan melakukan episiotomi).
- h) Hindari peregangan perineum secara manual dengan gerakan menyapu atau menariknya kearah luar.
- i) Pakai sarung tangan DTT/ steril.
- j) Jika ada kotoran keluar dari rectum, bersihkan dengan kain bersih
- k) Bantu kepala bayi lahir perlahan, sebaiknya diantara his (riset menunjukkan bahwa robekan tingkat dua dapat sembuh sama baiknya dengan luka episiotomi, sehingga tidak perlu melakukan episiotomi, kecuali jika terjadi gawat janin, komplikasi persalinan pervaginam (sungsang, distosia bahu, forcep, vakum), atau ada

hambatan pada perineum (misal disebabkan jaringan parut pada perineum).

- l) Begitu kepala bayi lahir, usap mulut dan hidung bayi dengan kasa bersih dan biarkan kepala bayi memutar.
- m) Begitu bahu sudah pada posisi anterior-posterior yang benar, bantulah persalinan dengan cara yang tepat.
- n) Segera setelah lahir, periksa keadaan bayi, letakkan di perut ibu, dan segera keringkan bayi dengan handuk bersih yang hangat. Setelah bayi kering, selimuti bayi dengan handuk baru yang bersih dan hangat.
- o) Minta ibu memegang bayinya. Tali pusat di klem di dua tempat, lalu potong diantara dua klem dengan gunting tali pusat.
- p) Letakkan bayi dalam pelukan ibu dan mulai menyusui.
- q) Menghisap lender dari jalan napas bayi tidak selalu diperlukan. Jika bayi tidak menangis spontan, gunakan penghisap DeLee yang sudah di DTT atau aspirator lendir yang baru dan bersih untuk membersihkan jalan napas.
- r) Untuk melahirkan plasenta, mulailah langkah-langkah untuk penatalaksanaan aktif persalinan kala tiga yang tercantum pada standar 11.
- s) Pada saat plasenta sudah dilahirkan lengkap dan utuh dengan mengikuti langkah-langkah penatalaksanaan aktif kala tiga,

lakukan masase uterus agar terjadi kontraksi dan pengeluaran gumpalan darah.

- t) Segera sesudah plasenta dikeluarkan, periksa apakah terjadi laserasi pada vagina atau perineum. Dengan menggunakan teknik aseptik, berikan anestesi local (1% lidokain), lalu jahit perlukaan/ atau laserasi dengan peralatan steril.
 - u) Perkirakan jumlah kehilangan darah secara akurat.
 - v) Bersihkan perineum dengan air matang dan tutupi dengan kain bersih/ telah dijemur.
 - w) Berikan plasenta pada suami/ keluarga ibu.
 - x) Pastikan agar ibu dan bayi merasa nyaman. Berikan bayi kepada ibu untuk diberi ASI.
 - y) Untuk perawatan bayi baru lahir lihat standar 13.
 - z) Catat semua dengan seksama.
- c. Standar 11 : Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala Tiga

1) Tujuan

Untuk membantu secara aktif pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap, serta untuk mengurangi kejadian perdarahan pasca persalinan, memperpendek waktu persalinan kala 3, mencegah terjadinya atonia uteri dan retensio plasenta

2) Pernyataan standar

Bidan melakukan penegangan tali pusat dengan benar untuk membantu pengeluaran plasenta dan selaput letuban secara lengkap.

3) Hasil

- a) Menurunkan kejadian perdarahan yang hilang pada persalinan kala tiga
- b) Menurunkan terjadinya atonia uteri
- c) Menurunkan terjadinya retensio plasenta
- d) Memperpendek waktu persalinan kala tiga
- e) Menurunkan terjadinya perdarahan postpartum akibat salah penanganan kala tiga.

4) Prasyarat

- a) Bidan sudah terlatih dan terampil dalam melahirkan plasenta secara lengkap dengan melakukan penatalaksanaan aktif persalinan kala tiga secara benar.
- b) Tersedianya peralatan dan perlengkapan untuk melahirkan plasenta, termasuk air bersih, larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi, sabun dan handuk yang bersih untuk cuci tangan, juga tempat untuk plasenta. Bidan seharusnya menggunakan sarung tangan DTT/steril.
- c) Tersedia obat-obat oksitosika dan metode yang efektif untuk penyimpanan dan pengirimannya yang dijalankan dengan baik.
- d) Sistem rujukan untuk perawatan kegawatdaruratan obstetric yang efektif.

5) Proses

Bidan harus:

- a) Berikan penjelasan pada ibu, sebelum melahirkan, tentang prosedur penatalaksanaan aktif persalinan kala III.
- b) Masukkan oksitosin 10 unit IM kedalam alat suntik steril menjelang persalian.
- c) Setelah bayi lahir, tali pusat di klem di 2 tempat, lalu potong diantara 2 klem dengan gunting tajam steril/DTT.
- d) Memeriksa fundus uteri untuk memastikan kehamilan ganda, jika tidak ada, beri oksitosin 10 unit secar IM (dalam waktu 2 menit setelah persalinan).
- e) Tunggu uterus berkontraksi, lakukan PTT sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah punggung ibu dan kearah atas (dorso kranial). Ulangi langkah ini pada setiap ada his.
- f) Bila plasenta belum lepas setelah melakukan penatalaksanaan aktif persalinan kala III dalam waktu 15 menit :
 - (1) Ulangi 10 unit oksitosin IM
 - (2) Periksa kandung kemih, lakukan kateterisasi bila penuh.
 - (3) Beritahu keluarga untuk persiapan merujuk.
 - (4) Teruskan melakukan penatalaksanaan aktif persalinan kala III selama 15 menit lagi.
- g) Bila sudah terasa ada pelepasan plasenta minta ibu untuk meneran sedikit pada saat tali pusat ditegangkan kearah bawah kemudian keatas sesuai dengan kurve jalan lahir sehingga plasenta tampak

pada vulva (jangan mendorong uterus karena dapat mengakibatkan inversion uteri).

- h) Setelah plasenta tampak pada vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. Bila perlu, pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah jarum jam untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban
 - i) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban dikeluarkan, lakukan masase uterus supaya berkontraksi.
 - j) Sambil melakukan masase fundus uteri, periksa plasenta dan selaput ketuban untuk memastikan plasenta utuh dan lengkap.
 - k) Bila plasenta dilahirkan tidak utuh dan lengkap, ikuti standar 20. Jika terjadi atonia uteri atau perdarahan pasca persalinan lihat standar 21.
 - l) Perkirakan jumlah kehilangan darah secara akurat.
 - m) Bersihkan vulva dan perineum dengan air matang dan tutup dengan pembalut wanita/kain bersih/telah dijemur.
 - n) Periksa tanda-tanda vital. Catat semua temuan dengan seksama.
 - o) Berikan plasenta pada suami atau keluarga ibu.
 - p) Catat semua temuan dan perawatan dengan seksama.
- d. Standar 12 : Penanganan Kala Dua dengan Gawat Janin melalui Episiotomi

1) Tujuan

Untuk mempercepat persalinan dengan melakukan episiotomi jika ada tanda-tanda gawat janin pada saat kepala janin meregangkan perineum

2) Pernyataan standar

Bidan mengenali secara tepat tanda-tanda gawat janin pada kala dua, dan segera melakukan episiotomy dengan aman untuk memperlancar persalinan diikuti dengan penjahitan perineum.

3) Hasil

- a) Penurunan kejadian asfiksia neonatorum
- b) Penurunan kejadian lahir mati pada kala dua

4) Prasyarat

- a) Bidan sudah terlatih dalam melaksanakan episiotomi dan menjahit perineum secara benar
- b) Tersedia sarung tangan/ alat/ perlengkapan untuk melakukan episiotomi, termasuk gunting tajam yang steril/ DTT, dan alat bahan yang steril/ DTT untuk penjahitan perineum, (anestesi lokal misalnya dengan 10 ml lidocain 1% dan alat suntik/ jarum hipodemik steril).

5) Proses

Bidan harus:

- a) Mempersiapkan alat-alat steril/ DTT untuk tindakan ini

- b) Memberi tahu ibu tentang perlunya episiotomy dilakukan dan yang akan dirasakannya
- c) Kenakan sarung tangan steril/DTT
- d) Jika kepala janin meregangkan perineum, anestesi local diberikan (pada saat his). Masukkan dua jari tangan kiri kedalam vagina untuk melindungi kepala bayi, dan dengan tangan kanan tusukkan jarum sepanjang garis yang akan digunting (9 sebaiknya dilakukan insisi medio-lateral). Sebelum menyuntikkannya, Tarik jarum sedikit (untuk memastikan jarum tidak menembus pembuluh darah). Masukkan anestesi perlahan-lahan, sambil menarik alat suntik persalin sehingga garis yang akan digunting teranestesi
- e) Tunggu satu menit agar anestesinya bekerja, lakukan tes kekebalan/ mati rasa
- f) Pada puncak his berikutnya, lindungi kepal janin seperti di atas, kemudian lakukan pengguntingan tunggal dengan mantap (sebaiknya medio-lateral)
- g) Tangan kanan melindungi perineum, sementara tangan kiri menahan puncak kepala agar tidak terjadi defleksi yang terlalu cepat saat kepala lahir. Minta ibu untuk meneran diantara kedua his. Kemudian lahirkan bayi secara normal
- h) Begitu bayi lahir, keringkan dan stimulasi bayi. Mulai melakukan resusitasi bayi baru lahir jika diperlukan

- i) Lahirkan plasenta dan selaput ketuban secara lengkap mengikuti langkah-langkah penatalaksanaan aktif persalinan kala tiga, sesuai dengan standar 11
- j) Periksa perineum untuk menentukan tingkat luka episiotomi, perluasan episiotomi dan /laserasi
- k) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban dikeluarkan, dengan menggunakan teknik aseptik, berikan anestesi lokal (lidocain 1%), lalu jahit perlukaan dan/ laserasi dengan peralatan steril/ DTT (lihat standar 12)
- l) Lakukan jahitan sekitar 1 cm di atas ujung luka episiotomy atau laserasi di dalam vagina. Lakukan penjahitan secara berlapis, mulai dari vagina kearah perineum, lalu teruskan dengan perineum
- m) Sesudah penjahitan, lakukan masase uterus untuk memastikan bahwa uterus berkontraksi dengan baik. Pastikan bahwa tidak ada kassa yang tertinggal di vagina dan masukkan jari dengan hati-hati ke dalam rectum untuk memastikan bahwa penjahitan tidak menembus dinding rectum. Bila hal tersebut terjadi, lepaskan jahitan dan lakukan jahit ulang. Lepaskan sarung tangan yang sudah terkontaminasi
- n) Kenakan sarung tangan yang bersih, bersihkan perineum dengan air matang. Buatlah ibu merasa bersih dan nyaman. Periksa apakah perdarahan dari daerah insisi sudah berhenti. Bila

perdarahan masih ada, periksa sumbernya. Bila berasal dari luka episiotomi, temukan titik perdarahan dan segera ikat, jika bukan, ikuti standar 21.

o) Pastikan bahwa ibu diberitahu agar menjaga perineum tetap bersih dan kering, serta menggunakan pembalut wanita/ kain bersih yang telah dijemur.

p) Catat semua perawatan dan temuan dengan seksama. Ikuti standar untuk perawatan postpartum.

6) Pemantauan dan penilaian kembali

Melakukan pemantauan dan penilaian setiap 2-3 kali dalam 15 menit pertama pada 1 jam pertama pasca persalinan, dan setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan. Adapun pemantauan dan penilaian yang dilakukan pasca episiotomi adalah jahitannya baik atau tidak dan ada perdarahan pada luka jahitan perineum atau tidak.

e. Standar 13 : Perawatan Bayi Baru Lahir

1) Tujuan

Untuk menilai kondisi bayi baru lahir dan membantu dimulainya pernafasan serta mencegah hipotermia, hipoglikemia, dan infeksi

2) Pernyataan standar

Bidan memeriksa dan menilai bayi baru lahir untuk memastikan pernafasan spontan, mencegah asfiksia, menentukan kelainan, dan melakukan tindakan atau merujuk sesuai dengan kebutuhan. Bidan

juga harus mencegah atau menangani hipotermi, dan mencegah hipoglikemia, serta infeksi.

3) Hasil

- a) Bayi baru lahir menerima perawatan dengan segera dan tepat
- b) Bayi baru lahir mendapatkan perawatan yang tepat untuk dapat memulai pernafasan dengan baik
- c) Penurunan kejadian hipotermia, asfeksia, infeksi, dan hipoglikemia pada bayi baru lahir
- d) Penurunan terjadinya kematian bayi baru lahir

4) Prasyarat

- a) Bidan sudah dilatih dengan tepat dan terampil untuk mendampingi persalinan dan memberikan perawatan bayi baru lahir dengan segera
- b) Bidan sudah terlatih dan terampil untuk :
 - (1) Memeriksa dan menilai bayi baru lahir dengan menggunakan skor APGAR.
 - (2) Menolong bayi untuk memulai terjadinya pernapasan dan melakukan resusitasi bayi baru lahir.
 - (3) Mengenal tanda-tanda hipotermi dan dapat melakukan tindakan yang tepat untuk mencegah dan menangani hipotermi.
 - (4) Pencegahan infeksi pada bayi baru lahir.

- (5) Mengenal tanda-tanda hipoglikemia dan melakukan penatalaksanaan yang tepat jika hipoglikemia terjadi.
- c) Tersedianya perlengkapan dan peralatan untuk perawatan yang bersih dan aman bagi bayi baru lahir, seperti air bersih, sabun dan handuk yang bersih, dua handuk/ kain hangat yang bersih (satu untuk mengeringkan, yang lain untuk menyelimuti bayi), gunting steril/DTT untuk memotong tali pusat, 2 klem steril/ DTT, benang steril/DTT (atau klem untuk mengikat tali pusat, sarung tangan bersih/DTT, thermometer bersih/ DTT, bola karet penghisap atau penghisap DeLee yang di DTT, timbangan bayi dan pita pengukur yang bersih
- d) Obat salep mata : tetrasiklin 1% atau eritromisin 0,5%.
- e) Kartu ibu, kartu bayi, dan buku KIA.
- f) Sistem rujukan untuk perawatan kegawatdaruratan bayi baru lahir yang efektif.
- 5) Proses

Bidan harus:

- a) Selalu mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan bersih/ DTT sebelum menangani bayi baru lahir.
- b) Memastikan bahwa suhu ruangan hangat (ruangan harus hangat untuk mencegah hipotermi pada bayi baru lahir).
- c) Segera setelah lahir, nilai keadaan bayi, letakkan di perut ibu, dan segera keringkan bayi dengan handuk bersih yang hangat setelah

bayi kering, selimuti bayi termasuk bagian kepalanya dengan handuk baru yang bersih dan hangat> riset membuktikan bahwa 90% bayi baru lahir mengalami perubahan dari kehidupan intrauterine menjadi ekstrauterine dengan pengeringan dan stimulasi. Penghisapan lender rutin tidak perlu dan mungkin membahayakan).

- d) Segera menilai bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas/ menangis sebelum menit pertama nilai APGAR, jika bayi tidak menangis atau tidak bernafas spontan, hisap mulut dan hidung bayi secara hati-hati menggunakan bola karet pengisap atau penghisap DeLee yang di DTT.
- e) Jika bayi mengalami kesulitan memulai pernapasan walaupun sudah dilakukan pengeringan, stimulasi atau penghisapan lender dengan hati-hati, mulai lakukan resusitasi bayi baru lahir untuk menanganii asfiksia (lihat standar 24).
- f) Jika bayi menangis/ bernafas, lakukan pemeriksaan APGAR pada menit pertama setelah lahir.
- g) Minta ibu memegang bayinya. Tali pusat diklem di dua tempat menggunakan klem steril/ DTT.
- h) Pasang benang/ klem tali pusat.
- i) Bayi harus tetap diselimui dengan baik, anjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan segera mulai menyusui (riset menunjukkan pemberian ASI dini penting untuk keberhasilan awal pemberian

ASI. Kontak kulit ibu dan bayi juga merupakan cara yang baik untuk menjaga pengaturan suhu tubuh bayi pada saat lahir. Pastikan, jika bayi tidak didekap oleh ibunya, selimut ibayi dengan handuk yang bersih dan hangat. Tutupi kepala bayi dengan baik untuk mencegah kehilangan panas).

- j) Sesudah 5 menit lakukan penilaian terhadap keadaan bayi secara umum dengan menggunakan skor APGAR.
- k) Jika kondisi bayi stabil, lakukan pemeriksaan bayi setelah plasenta lahir dan kondisi ibu stabil.
- l) Periksa tanda vital bayi. Ukur suhunya dengan menggunakan thermometer yang diletakkan di ketiak (jangan memasukkan termometer dalam anus bayi, hal ini merupakan prosedur yang tidak perlu dan dapat membahayakan bayi). Bila suhu bayi $<36^{\circ}$ C atau jika tubuh atau kaki bayi teraba dingin, maka segera lakukan penghangatan tubuh bayi seperti pada penanganan hipotermi. Amati suhu bayi setiap jam sampai suhunya normal dan stabil.
- m) Periksa bayi dari kepala sampai ujung kaki untuk mencari kemungkinan adanya kelainan. Periksa anus dan daerah kemaluan. Lakukan pemeriksaan ini dengan cepat agar bayi tidak kedinginan. Ibu hendaknya menyaksikan pemeriksaan tersebut.
- n) Timbang bayi dan ukur panjangnya. Lakukan dengan cepat agar bayi tidak mengalami hipotermi.

- o) Tetap selimuti bayi pada saat ditimbang, meletakkan bayi pada timbangan yang dingin akan menyebabkan kehilangan panas. Berat yang tercatat kemudian dapat disesuaikan dengan mengurangi jumlah berat handuk/kain tersebut.
- p) Setelah memeriksa dan mengukur bayi, selimuti dengan baik, pastikan bahwa kepala bayi tertutup dan berikan bayi kembali untuk dipeluk ibu. Hal ini merupakan cara yang sangat baik untuk mencegah hipotermi.
- q) Cuci tangan lagi dengan sabun, air, dan handuk yang bersih. Dalam waktu satu jam setelah kelahiran, berikan salep/ obat tetes mata pada mata bayi baru lahir, untuk mencegah oftalmia neonatorum : salep mata tetrasikilin 1%, larutan perak 1%, atau eritromisin 1%. Biarkan obatnya tetap di mata bayi, jangan dibersihkan.
- r) Jika bayi belum diberi ASI, bantu ibu untuk mulai menyusui. Kolostrum, ASI pertama, penting karena mengandung zat kekebalan untuk pencegahan infeksi dan penyakit pada bayi baru lahir. Pemberian ASI dini akan mencegah atau menangani hipoglikemia pada bayi baru lahir.
- s) Hindari pemberian susu formula pada bayi baru lahir, hal ini tidak perlu dan mungkin membahayakan.
- t) Tunggu 6 jam, atau lebih, setelah kelahiran bayi, sebelum memandikannya, tunggu lebih lama jika bayi mengalami

kesulitan mempertahankan suhu tubuhnya atau mengalami asfiksia pada saat lahir : periksa suhu tubuhnya sebelum memandikannya, suhu tubuh bayi baru lahir harus antara 36-37°C. Gunakan air hangat untuk memandikan bayi dan pastikan ruangan hangat. Memandikan bayi dengan cepat dan segera keringkan bayi dengan handuk bersih, hangat, dan kering untuk mencegah kehilangan panas tubuh yang berlebihan.

- u) Kenakan baju yang bersih dan selimuti bayi dengan handuk/ kain yang hangat dan bersih.
- v) Periksa apakah bayi baru lahir mengeluarkan urine dan mekonium dalam 24 jam pertama kehidupannya, catat waktu pengeluaran urine dan mekonium. Mintalah ibu memperhatikannya bila persalinan berlangsung di rumah. Bila dalam 24 jam bayi tidak mengeluarkan urine dan mekonium, segera rujuk ke rumah sakit.
- w) Lakukan pencatatan semua temuan dan perawatan yang diberikan dengan cermat dan lengkap dalam partograf, kartu ibu, dan kartu bayi.
- x) Rujuk segera ke puskesmas atau rumah sakit yang tepat jika ditemukan kelainan.

2.1.12 Asuhan pada Ibu Bersalin Kala I

a. Perubahan fisik

Menurut Marmi (2012), sejumlah perubahan-perubahan fisiologis yang normal akan terjadi selama persalinan. Perubahan itu berupa:

1) Perubahan tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata sebesar 10-20 mmHg dan kenaikan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Diantara kontraksi uterus, tekanan darah akan turun seperti sebelum masuk persalinan dan akan naik lagi bila terjadi kontraksi. Kenaikan tekanan darah juga disebabkan rasa takut, cemas, atau khawatir yang ibu rasakan. Menurut Varney (dalam Marmi, 2012), arti penting dari pengukuran tekanan darah diantaranya kontraksi atau diluar kontraksi adalah untuk memastikan tekanan darah sesungguhnya.

Selain karena faktor kontraksi dan faktor psikis, posisi tidur terlentang selama bersalin akan menyebabkan uterus dan isinya (janin, cairan ketuban, dan plasenta) menekan vena cava inferior sehingga menyebabkan turunya aliran darah dari sirkulasi ibu ke plasenta. Posisi terlentang juga akan menghambat kemajuan persalinan.

2) Perubahan metabolisme

Menurut Varney (dalam Marmi, 2012), selama persalinan baik metabolisme karbohidrat aerob maupun anaerob akan naik secara perlahan. Kenaikan ini sebagian besar disebabkan oleh karena kecemasan serta kegiatan otot kerangka tubuh. Kegiatan metabolisme yang meningkat tercermin dengan kenaikan suhu badan, denyut nadi, pernapasan, cardiac output, dan kehilangan

carnan. Peningkatan curah jantung dan cairan yang hilang mempengaruhi fungsi ginjal dan perlu mendapatkan perhatian serta ditindaklanjuti guna mencegah terjadinya dehidrasi.

3) Perubahan suhu badan

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, suhu mencapai tertinggi selama persalinan dan segera setelah kelahiran. Kenaikan ini dianggap normal asal tidak melebihi $0,5-1^{\circ}\text{C}$, karena hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme. Suhu badan yang naik sedikit merupakan keadaan yang wajar, namun bila keadaan ini berlangsung lama, merupakan indikasi adanya dehidrasi. Pemantauan parameter lainnya harus dilakukan antara lain selaput ketuban sudah pecah atau belum, karena suhu meningkat yang disertai ketuban pecah merupakan indikasi infeksi.

4) Denyut jantung

Perubahan yang mencolok seama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningktan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi diantara kontraksi, dan pningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita dalam posisi miring bukan terlentang. Pada setiap kontraksi, 400 ml darah dikeluarkan dari uterus dan masuk ke dalam sistem vaskuler ibu. Hal ini meningkatkan curah jantung sekitar 10%

- 15% pada tahap pertama persalinan dan sekitar 30% - 50% pada tahap kedua persalinan.

Ibu harus diberitahu bahwa tidak boleh melakukan manuver valsava (menahan napas dan menegakkan otot abdomen) untuk mendorong selama tahap kedua. Aktivitas ini meningkatkan tekanan intratoraks, mengurangi aliran balik vena dan meningkatkan tekanan vena. Curah jantung dan tekanan darah meningkat, sedangkan nadi melambat untuk sementara.

Frekuensi denyut jantung nadi diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibandingkan selama periode menjelang persalinan. Hal ini bermakna bahwa sedikit peningkatan frekuensi nadi dianggap normal. Hal ini mencerminkan kenaikan dalam metabolisme yang terjadi selama persalinan. Denyut jantung yang sedikit naik merupakan keadaan yang normal, meskipun normal perlu dikontrol secara periode untuk mengidentifikasi adanya infeksi.

5) Pernapasan

Pernapasan terjadi kenaikan sedikit dibanding dengan sebelum persalinan. Kenaikan pernapasan ini dapat disebabkan karena adanya rasa nyeri, kekhawatiran serta penggunaan teknik pernapasan yang tidak benar. Untuk itu diperlukan tindakan untuk mengendalikan pernapasan (untuk menghindari hiperventilasi) yang ditandai oleh adanya perasaan pusing. Hiperventilasi dapat menyebabkan

alkalosisi respiratorik (pH meningkat), hipoksia, dan hipokapnea (karbondioksida menurun) pada tahap kedua persalinan.

6) Perubahan renal

Poliuri sering terjadi selama persalinan, hal ini disebabkan oleh cardiac output yang meningkat, serta disebabkan karena filtrasi glomerulus serta aliran plasma dan renal. Poliuri tidak terlalu terlihat dalam posisi terlentang. Kandung kemih harus sering dikontrol (setiap 2 jam) yang bertujuan agar tidak menghambat penurunan bagian terendah janin dan trauma pada kandung kemih, serta menghindari retensi urine setelah melahirkan.

7) Perubahan gastrointestinal

Motilitas dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan sekresi asam lambung, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Cairan tidak dipengaruhi dan waktu yang dibutuhkan untuk pencernaan dilambung tetap seperti biasa.

Lambung yang penuh dapat menimbulkan ketidaknyamanan dan pasien umum selama masa transisi. Oleh karena itu, wanita dianjurkan untuk tidak makan dalam porsi besar atau minum berlebihan, tetapi makan dan minum ketika keinginan timbul guna mempertahankan energi dan hidrasi. Pemberian obat oral tidak efektif selama persalinan. Perubahan saluran cerna timbul sebagai

respon terhadap salah satu atau kombinasi faktor kontraksi uterus, nyeri, rasa takut, dan khawatir.

8) Perubahan hematologis

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2 gr/100 ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum, jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal. Waktu koagulasi darah berkurang dan terdapat peningkatan fibrinogen plasma lebih lanjut selama persalinan. Sel darah putih meningkat selama kala I persalinan sebesar kurang lebih 5.000 hingga jumlah rata-rata 15.000 pada saat pembukaan lengkap, tidak ada peningkatan lebih lanjut setelah ini. Gula darah menurun selama persalinan, menurun drastis pada persalinan yang lama dan sulit.

9) Perubahan pada uterus dan jalan lahir

a) Kontraksi uterus

Selama persalinan, uterus berubah bentuk menjadi dua bagian yang berbeda. Segmen atas yang berkontraksi secara aktif menjadi lebih tebal ketika persalinan berlangsung. Bagian bawah relatif pasif dibanding dengan segmen atas, dan bagian ini berkembang menjadi jalan lahir yang berdinding jauh lebih tipis. Segmen bawah secara bertahap terbantu ketika kehamilan bertambah tua dan kemudian menipis sekali pada saat persalinan. Dengan palpasi abdomen, kedua segmen dapat dibedakan ketika

terjadi kontraksi, sekalipun selaput ketuban belum pecah. Segmen atas uterus cukup kencang atau keras. Segmen atas berkontraksi, mengalami retraksi dan mendorong janin keluar, sebagai respons terhadap gaya dorong kontraksi segmen atas. Sedangkan segmen bawah uterus dan serviks akan semakin lunak berdilatasi dan dengan cara demikian membentuk suatu saluran muskular dan fibromuskular yang menipis sehingga janin dapat menonjol keluar.

b) Perubahan bentuk uterus

Setiap kontraksi menghasilkan pemanjangan uterus berbentuk ovoid disertai pengurangan diameter horizontal. Dengan perubahan bentuk ini, ada efek-efek penting pada proses persalinan, yaitu pengurangan diameter horizontal menimbulkan pelurusan kolumna vertebralis janin, dengan menekankan kutub atasnya rapat-rapat terhadap fundus uteri sementara kutub bawah didorong lebih jauh ke bawah menuju panggul. Tekanan ini dikenal sebagai tekanan sumbu janin. Selain itu, dengan memanjangnya uterus, serabut longitudinal ditarik tegang dari segmen bawah dan serviks merupakan satu-satunya bagian uterus yang fleksibel. Bagian ini ditarik ke atas pada kurun bawah janin. Efek ini merupakan faktor yang penting untuk dilatasi serviks pada otot-otot segmen bawah dan serviks.

c) Perkembangan retraksi ring (cincin retraksi)

Retraksi ring adalah batas pinggir antara segmen atas rahim (SAR) dan segmen bawah rahim (SBR). Dalam persalinan normal, retraksi ring (cincin bandl) tidak tampak dan akan terlihat pada persalinan abnormal karena kontraksi uterus yang berlebihan. Retraksi ring akan tampak sebagai garis atau batas yang menonjol di atas symphysis yang merupakan tanda dan ancaman ruptur uterus.

d) Penarikan serviks (penipisan serviks)

Pada akhir kehamilan, otot yang mengelilingi ostium uteri internum (OUI) ditarik oleh SAR yang menyebabkan serviks menjadi pendek dan menjadi bagian dari SBR. Bentuk serviks menghilang karena kanalis servikalis membesar dan membentuk ostium uteri eksternum (OUE) sebagai ujung dan bentuk yang sempit. Penipisan dapat terjadi diakhir kehamilan atau dapat juga tidak terjadi hingga persalinan dimulai. Pada wanita nuli para, serviks biasanya tidak akan berdilatasi hingga penipisan sempurna, sedangkan pada wanita multipara penipisan dan dilatasi dapat terjadi secara bersamaan dan kanal kecil dapat teraba diawal persalinan.

e) Perubahan pada vagina dan dasar panggul

Jalan lahir secara fungsional ditutup oleh sejumlah lapisan jaringan yang bersama-sama membentuk dasar panggul. Struktur

yang paling penting adalah m. levator ani dan fasia yang membungkus permukaan atas dan bawah, dianggap sebagai dasar panggul. Kelompok otot ini menutup ujung bawah rongga panggul sebagai sebuah diafragma sehingga memperlihatkan permukaan atas yang cekung dan bagian bawah yang cembung. Di sisi lain, m. levator ani terdiri atas bagian pubococcygeus dan iliococcygeus. Bagian posterior dan lateral dasar panggul, yang tidak diisi oleh m. levator ani diisi oleh m. piriformis dan m. coccygeus pada sisi lain.

Pada kala I persalinan, selaput ketuban dan bagian terbawah janin memainkan peran penting untuk membuka bagian atas vagina. Namun setelah ketuban pecah, perubahan-perubahan dasar panggul seluruhnya dihasilkan oleh tekanan yang diberikan oleh bagian terbawah janin.

b. Perubahan psikologis

Perubahan ini berbeda dengan perubahan fisik, perubahan psikologis dan perilaku cukup spesifik seiring kemajuan persalinan. Berbagai perubahan ini dapat digunakan sebagai evaluasi kemajuan persalinan pada wanita dan bagaimana ia mengatasi tuntutan terhadap dirinya yang muncul dari persalinan dan lingkungan tempat ia bersalin.

1) Fase laten

Pada fase ini, wanita mengalami emosi yang bercampur aduk. Ia merasa gembira, bahagia, dan bebas karena kehamilan dan penantian

yang panjang akan segera berakhir. Tetapi ia mempersiapkan diri sekaligus memiliki kekhawatiran tentang apa yang akan terjadi. Secara umum, ibu tidak teralu merasa tidak nyaman dan mampu menghadapi situasi tersebut dengan baik. Namun untuk wanita yang tidak pernah mempersiapkan diri terhadap apa yang akan terjadi, fase laten persalinan akan menjadi waktu ketika ia banyak berteriak dalam ketakutan bahkan pada kontraksi yang paling ringan sekalipun.

2) Fase aktif

Kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap dan ketakutan wanita pun meningkat. Pada saat kontraksi semakin kuat, lebih lama, dan lebih sering, semakin jelas baginya bahwa semua itu berada diluar kendalinya, sehingga ia menjadi lebih serius. Wanita ingin seseorang mendampinginya karena ia mengalami rasa ketakutan tidak mampu mengatasi kontraksi yang dialami. wanita tidak dapat menjelaskan apa yang ditakutinya.

3) Fase transisi

Pada fase ini, biasanya perasaan gelisah mencolok, rasa tidak nyaman menyuluruh, bingung, frustrasi, emosi meledak akibat keparahan kontraksi, kesadaran terhadap martabat diri menurun drastis, mudah marah, menolak hal-hal yang ditawarkan kepadanya, rasa takut cukup besar (Marmi, 2012).

c. Tujuan

Menyiapkan kelahiran bayi seoptimal mungkin sehingga persalinan bayi dapat berjalan baik dan lancar tanpa komplikasi, ibu dan bayi selamat dan sehat (Asri dan Clervo, 2012).

d. Asuhan persalinan kala I

1) Menggunakan partograf

Partograf adalah alat bantu untuk membantu mengobservasi kemajuan kala I persalinan dan memberikan informasi untuk membuat keputusan klinik. Tujuan utama penggunaan partograf adalah mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks dengan pemeriksaan dalam, mendeteksi apakah proses persalinan berjalan normal, serta mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.

Jika digunakan dengan tepat dan konsisten, partograf akan membantu menolong persalinan untuk mencatat kemajuan persalinan, mencatat kondisi ibu dan janinnya, mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran, menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan, dan menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu (Sondakh, 2013).

2) Waktu penggunaan partograf, menurut Marmi (2012):

a) Untuk semua ibu dalam fase aktif kala I persalinan sebagai elemen penting asuhan persalinan. Partograf harus digunakan,

baik tanpa ataupun adanya penyulit. Partograf akan membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi, dan membuat keputusan klinik baik persalinan normal maupun disertai dengan penyulit.

- b) Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dan lainnya).
 - c) Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran (spesialis obgyn, bidan, dokter umum, residen, dan mahasiswa kedokteran).
- 3) Pencatatan selama fase laten persalinan

Selama fase laten persalinan, semua asuhan, pengamatan, dan pemeriksaan harus dicatat. Hal ini dapat direkam secara terpisah dalam catatan kemajuan persalinan atau pada Kartu Menuju Sehat (KMS) ibu hamil. Tanggal dan waktu harus dituliskan setiap kali membuat catatan selama fase laten persalinan (Ilmiah, 2015).

- 4) Kondisi ibu dan janin yang harus dinilai dan dicatat secara seksama
- a) Denyut jantung janin, setiap 30 menit
 - b) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus, setiap 30 menit
 - c) Nadi, setiap 30 menit
 - d) Pembukaan serviks, setiap 4 jam
 - e) Penurunan, setiap 4 jam
 - f) Tekanan darah dan temperatur tubuh, setiap 4 jam
 - g) Produksi uri, aseton, dan protein, setiap 2 sampai 4 jam

2.1.13 Asuhan pada Ibu Bersalin Kala II

a. Perubahan fisiologis

1) His menjadi lebih kuat dan sering

Air ketuban yang telah keluar membuat dinding uterus menjadi lebih dekat dengan fetus, sehingga kekuatan kontraksi lebih intensif untuk mendorong keluarnya fetus. Vagina yang meregang karena turunnya kepala bayi akan membuat kontraksi jadi lebih baik.

2) Timbulnya tenaga mendedan

His yang sering dan kuat disebabkan oleh kontraksi otot dinding perut yang mengakibatkan tingginya tekanan intraabdominal sehingga kepala bayi menekan otot dasar panggul dan secara refleks menimbulkan rasa mendedan. Bila bagian terdepan bayi sudah berada di dasar panggul, maka tenaga mendedan bukan sebagai refleks saja, tapi juga merupakan tenaga untuk mengeluarkan bayi dimana tenaga mendedan harus bekerja sama dengan his.

3) Perubahan dalam dasar panggul

Kandung kemih akan mengalami perubahan letak, yaitu naik ke arah rongga perut agar tidak mendapatkan tekanan kepala bayi. Akibat adanya kepala bayi di dasar panggul, maka dasar panggul bagian belakang akan terdorong ke bawah sehingga rektum tertekan oleh kepala bayi. Tekanan kepala bayi juga mengakibatkan perineum menjadi tipis dan mengembang atau menonjol.

4) Lahirnya janin

Dimulai dengan tampaknya kepala anak di vulva, dengan kontraksi uterus dan sedikit mengedan, secara bertahap kepala bayi dapat keluar. Lalu diikuti pengeluaran bahu bersama cairan ketuban yang tertinggal, yang membantu melicinkan jalan lahir lalu diikuti pengeluaran seluruh badan.

b. Posisi meneran

Posisi meneran adalah posisi yang nyaman bagi ibu bersalin ibu bersalin dapat berganti posisi secara teratur selama kala II, karena hal ini sering kali mempercepat kemajuan persalinan dan ibu mungkin merasa meneran secara efektif pada posisi tertentu yang dianggap nyaman bagi ibu.

Tujuan posisi meneran dalam persalinan adalah memberi kenyamanan dalam proses persalinan, mempermudah dan memperlancar proses persalinan dan kelahiran bayi, serta mempercepat kemajuan persalinan. Posisi meneran ini memiliki keuntungan dan manfaat yaitu mengurangi rasa sakit dan ketidaknyamanan, lama kala II lebih pendek, laserasi perineum lebih sedikit, dan menghindari persalinan yang harus ditolong dengan tindakan (Marmi, 2012).

c. Amniotomi

Amniotomi adalah tindakan untuk membuka selaput amnio dengan jalan membuat robekan kecil yang kemudian akan melebar secara spontan akibat gaya berat cairan dan adanya tekanan di dalam

rongga amnion. Tindakan ini umumnya dilakukan pada saat pembukaan lengkap atau hampir lengkap agar penyelesaian proses persalinan berlangsung sebagaimana mestinya (Marmi, 2012).

d. Episiotomi

Menurut Ilmiah (2015) episiotomi adalah suatu sayatan di dinding belakang vagina agar bukaan lebih lebar sehingga bayi dapat keluar dengan lebih mudah. Episiotomi dilakukan jika ada indikasi yaitu gawat janin, persalinan pervaginam dengan penyulit, jaringan parut pada perineum ataupun vagina, perineum kaku dan pendek, serta adanya ruptur yang membakat pada perineum.

2.1.14 Asuhan pada Ibu Bersalin Kala III

a. Perubahan fisiologi

Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya terletak dibawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau berbentuk menyerupai buah pir atau alpukat, dan fundus berada di atas pusat (sering kali mengarah ke sisi kanan). Selain itu, juga terjadi perpanjangan tali pusat. Tali pusat akan terlihat menjulur keluar melalui vulva (tanda Ahfeld).

Darah yang terkumpul di belakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dan dibantu oleh gaya gravitasi, sehingga akan muncul semburan darah yang mendadak dan singkat. Apabila kumpulan darah (*retroplacental pooling*) dalam ruang di antara dinding

uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungnya, maka darah akan tersembur keluar dari tepi plasenta yang terlepas (Sondakh, 2013).

b. Manajemen aktif kala III

1) Tujuan

Tujuan manajemen aktif kala III adalah untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu setiap kala, mencegah perdarahan, dan mengurangi kehilangan darah.

2) Keuntungan

- a) Persalinan kala III yang lebih singkat
- b) Mengurangi jumlah kehilangan darah
- c) Mengurangi kejadian retensio plasenta

3) Langkah utama

Menurut Rohani dkk (2014), manajemen aktif kala III terdiri atas tiga langkah utama, yaitu :

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

4) Pemeriksaan laserasi

Hal yang juga penting untuk dilakukan adalah mengetahui apakah terjadi robekan jalan lahir dan perineum dengan cara melakukan

pemeriksaan dengan menggunakan ibu jari telunjuk dan tengah tangan kanan yang telah dibalut kasa untuk memeriksa bagian dalam vagina, bila ada kecerugian robekan pada serviks dapat dilakukan pemeriksaan dengan spekulum untuk memastikan lokasi robekan serviks. Laserasi perineum dapat diklasifikasi menjadi 4 yaitu:

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

c. Kebutuhan ibu bersalin kala III

Menurut Marmi (2012), ibu pada kala ibu secara fisik mengalami suatu keadaan yang lelah setelah proses persalinan. Ibu membutuhkan rasa nyaman dan tenang untuk istirahat. Selain itu, nutrisi dan cairan penting untuk mengembalikan energi dan kondisi ibu setelah proses persalinan.

Secara psikologis ibu pada saat ini merasakan kebahagiaan dan perasaan senang karena bayinya telah lahir. Ibu membutuhkan kedekatan dengan bayinya dan perhatian dari orang yang ada di dekatnya untuk membantu agar ia dapat memeluk ataupun dapat mendekap bayi.

2.1.15 Asuhan pada Ibu Bersalin Kala IV

a. Perubahan fisiologis

1) Uterus

Uterus terletak di tengah abdomen kurang lebih $\frac{2}{3}$ sampai $\frac{1}{4}$, antara symphysis pubis sampai umbilikus. Jika uterus ditemukan di bagian tengah, di atas umbilikus, maka hal tersebut menandakan adanya darah dan bekuan di dalam uterus yang perlu ditekan dan dikeluarkan. Uterus yang berada di atas umbilikus dan bergeser, paling umum ke kanan, cenderung menandakan kandung kemih penuh. Uterus berkontraksi normal harus keras ketika disentuh.

2) Serviks, vagina, dan perineum

Keadaan serviks, vagina dan perineum diinspeksi untuk melihat adanya laserasi, memar dan pembentukan hematoma awal. Oleh karena inspeksi serviks dapat menyakitkan bagi ibu, maka hanya dilakukan jika ada indikasi.

3) Penjahitan episiotomi dan laserasi

Penjahitan episiotomi dan laserasi membutuhkan pengetahuan anatomi perineum, tipe jahitan, hemostasis, pembedahan aseptis, dan penyembuhan luka (Sondakh, 2013).

b. Penilaian klinik

Tabel 2.2 Penilaian klinik pada kala IV

Penilaian	Keterangan
Fundus dan kontraksi uterus	Rangsangan taktil uterus dilakukan untuk merangsang terjadinya kontraksi uterus yang baik. Penting untuk memperhatikan tingginya fundus uteri dan kontraksi uterus.
Pengeluaran pervaginam	Periksa pendarahan, untuk mengetahui apakah jumlah pendarahan yang terjadi normal atau tidak. Batas normal pendarahan adalah 100-300 ml. Periksa juga pengeluaran lochea. Jika kontraksi uterus kuat, maka lochea tidak lebih dari saat haid
Plasenta dan selaput ketuban	Periksa kelengkapannya untuk memastikan ada tidaknya bagian yang tersisa dalam uterus
Kandung kemih	Yakinkan bahwa kandung kemih kosong. Hal ini untuk membantu involusio uteri
Perineum	Periksa ada tidaknya luka/robekan pada perineum dan vagina
Kondisi ibu	Periksa vital sign, asupan makan dan minum
Kondisi BBL	Pernapasan, kehangatan, dan pemberian ASI

Sumber: Widia Shofa Ilmiah, 2015, Asuhan Persalinan Normal, Yogyakarta, halaman

2.1.16 Bayi Baru Lahir

a. Tanda bayi lahir normal

1) Nilai APGAR 7-10

Tabel 2.3 Nilai APGAR

Skor	0	1	2
<i>Appearance color</i> (warna kulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerah- merahan
<i>Pulse (heart rate)</i> atau frekuensi jantung	Tidak ada	<100 x/menit	>100 x/menit
<i>Grimace</i> (reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik	Menangis, batuk/bersin
<i>Activity</i> (tonus otot)	Lumpuh	Ekstremitas dalam sedikit fleksi	Gerakan aktif
<i>Respiration</i> (usaha nafas)	Tidak ada	Lemah, tidak teratur	Menangis kuat

Sumber: Ai Yeyeh Rukiyah dan Lia Yulianti, 2012, *Asuhan Neonatus Bayi dan*

Anak Balita, Jakarta, halaman 7.

- 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 atas 11-12 cm
 - 7) Bunyi jantung dalam menit pertama kira-kira 180 denyut/menit, kemudian menurun sampai 120-140 denyut/menit
 - 8) Pernapasan pada menit pertama cepat kira-kira 80 kali/menit, kemudian menurun setelah tenang kira-kira 40 kali/menit
 - 9) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan diliputi verkniks kaseosa
 - 10) Rambut lanugo tidak terlihat lagi, rambut kepala telah sempurna
 - 11) Kuku telah agak panjang dan lunak
 - 12) Genetalia: labia mayora sudah menutupi labia minora (pada perempuan), testis sudah turun (pada laki-laki)
 - 13) Refleks isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
 - 14) Refleks moro sudah baik, bayi ketika terkejut akan memperlihatkan gerakan tangan seperti memeluk
 - 15) Eliminasi baik, urine dan mekonium akan keluar dalam 48 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan (Wahyuni, 2011)
- b. Refleks pada bayi baru lahir

Refleks bayi baru lahir adalah respon otomatis dan spontan terhadap rangsangan eksternal atau internal. Refleks adalah bahan pembangun kecerdasan dan dasar dari koordinasi fisik. Beberapa refleks tetap ada selama hidup. Sedangkan yang lainnya, akan menghilang atau “tersembunyi”, hanya muncul pada saat tertentu, sebagai aktivitas pengontrol di luar sadar.

Tabel 2.4 Refleksi bayi baru lahir

Refleksi	Pemicu	Gambaran	Muncul/ menghilang
Moro (terkejut)	Rangsangan eksternal seperti perubahan gerak dan pencahayaan, suara bising, atau posisi yang tiba-tiba. Rangsangan internal seperti tangisnya sendiri atau pergerakan otot selama tidur	Merentangkan lengan dan tungkainya, kemudian segera menariknya ke arah dada sementara tubuhnya melengkung	Mulai terlihat pada usia 1 sampai 2 minggu dan menghilang pada usia 6 bulan
Mengisap	Menyentuh bagian mulut atau pipi bayi dengan puting atau jari	Bibir mencucu dan lidahnya ditarik melengkung ke arah dalam	Refleksi menguat 4 bulan pertama. Setelah 6 bulan menghilang, secara bertahap menjadi aktivitas yang disadari
<i>Rooting</i>	Mengusap pipi atau area di sekitar mulut	Kepala ke arah sumber sentuhan dan mencari puting dengan mulutnya. Bayi menggunakan refleksi ini untuk mencari makanan	Terus berlanjut selama bayi masih menyusu
Berkedip	Sinar yang terang, menyentuh mata, atau suara bising yang mendadak	Kelopak mata membuka dan menutup dengan cepat	Permanen
Mene-lan	Makanan di dalam mulut	Trakea menutup pada saat esofagus membuka	Permanen
Meng-geng-gam	Menepuk dengan tangan atau menekan tumit di telapak kaki	Jari-jari tangan atau kaki melengkung seperti memegang benda	Berkurang setelah 10 hari dan menghilang ± 4 bulan. Refleksi di kaki dapat terus ada sampai usia 6 bulan
Me-langkah	Pegang bayi dalam posisi berdiri dan kaki agak menekan	Bayi akan mengangkat kaki secara bergantian, atau jari-jari kaki melengkung	Berkurang setelah 1 minggu dan menghilang pada usia sekitar 2 bulan
Men-pak	Pegang bayi dengan posisi tulang kering menyentuh pinggirannya sesuatu	Bayi akan mencoba melangkah naik dan menapakkan kakinya di permukaan meja atau tempat tidur	Menghilang pada usia sekitar 2 bulan
<i>Tonic neck</i>	Baringkan bayi terlentang	Kepala akan menoleh ke samping pada saat berbaring. Lengan yang sejajar arah kepala akan direntangkan lurus, sementara lengan lainnya akan menekuk (fleksi)	Paling nyata terlihat pada usia 2-3 bulan, menghilang sekitar usia 4 bulan
<i>With-drawal</i>	Nyeri, udara dingin	Bayi berusaha untuk menarik lengan dan tungkainya mendekati tubuh	Permanen

Sumber: Paula Kelly, 2010, Buku Saku Asuhan Neonatus dan Bayi, Jakarta, halaman 23-26.

2.2 Konsep Manajemen Kebidanan pada Persalinan Fisiologis

2.2.1 Manajemen Kebidanan Kala I

a. Pengkajian

Menurut Asri dan Clervo (2012), langkah ini merupakan awal yang akan menentukan langkah berikutnya. Pengkajian data berarti mengumpulkan data, yaitu menghimpun informasi tentang klien/orang yang meminta asuhan. Memilih informasi data yang tepat diperlukan analisa suatu situasi yang menyangkur manusia yang rumit karena sifat manusia yang kompleks. Pengumpulan data mengenai seseorang tidak akan selesai jika setiap informasi yang dapat diperoleh hendak dikumpulkan, maka harus memertanyakan data apa yang cocok dalam situasi kesehatan seseorang pada saat bersangkutan. Data yang tepat adalah data yang relevan dengan situasi yang sedang ditinjau dan mempunyai pengaruh atau berhubungan dengan situasi tersebut.

Kegiatan pengumpulan data dimulai saat klien masuk dan dilanjutkan secara terus menerus selama proses asuhan kebidanan berlangsung. Data dapat dikumpulkan dari berbagai sumber, sumber yang dapat memberikan informasi paling akurat yang dapat diperoleh secepat mungkin dan upaya sekecil mungkin. Klien adalah sumber informasi yang akurat dan ekonomis, disebut sebagai sumber data primer. Sumber data alternatif atau sumber data sekunder adalah data yang sudah ada, praktikan kesehatan lain, atau anggota keluarga.

Teknik pengumpulan data terdiri dari observasi, wawancara, dan pemeriksaan. Secara garis besar, data diklasifikasikan menjadi data subjektif dan data objektif. Saat mengumpulkan data subjektif, bidan harus mengembangkan hubungan antar personal yang efektif dengan klien/klien yang diwawancarai, lebih memperhatikan hal-hal yang menjadi keluhan utama klien dan yang mencemaskan, berupaya mendapatkan data/fakta yang sangat bermakna dalam kaitan dengan masalah klien. Sedangkan saat mengumpulkan data objektif, bidan harus mengamati ekspresi dan perilaku klien, mengamati perubahan kelainan fisik, memperhatikan aspek sosial budaya klien menggunakan teknik pemeriksaan yang tepat dan benar, melakukan pemeriksaan yang terarah dan berkaitan dengan kebutuhan klien.

1) Data subjektif

a) Biodata

Nama : membuat hubungan komunikasi antara bidan dan klien menjadi lebih akrab dan mencegah tertukarnya data antara klien satu dengan yang lain.

Usia : untuk mengetahui tergolong primitua atau primimuda. Kehamilan pertama kali yang baik antara usia 19-35 tahun, dimana otot masih bersifat sangat elastis dan mudah diregang. Primitua dikatakan mulai umur 35 tahun. Umur

digunakan juga untuk menentukan apakah ibu termasuk resiko tinggi atau tidak (Marmi, 2012)

Agama : sebagai dasar dalam memberikan dukungan mental spiritual dan kemungkinan pengaruhnya terhadap kebiasaan kesehatan klien (Marmi, 2012)

Pendidikan : untuk mengetahui tingkat intelektualnya yang dapat mempengaruhi sikap perilaku seseorang sehingga mempermudah bidan untuk memberikan KIE pada klien (Marmi, 2012).

Pekerjaan : menentukan status ekonomi dan sosial serta kemungkinan komplikasi selama persalinan yang dipengaruhi pekerjaan.

Suku/bangsa : berhubungan dengan sosial budaya yang dianut oleh klien dan keluarga yang berkaitan dengan klien.

Alamat : memberikan gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh klien menuju lokasi persalinan. Berkaitan dengan keluhan terakhir atau tanda persalinan yang disampaikan dengan patokan saat terakhir sebelum berangkat ke lokasi persalinan (Sulistyawati dan Nugraheny, 2013).

b) Keluhan utama

Pada persalinan, informasi yang harus didapat dari klien adalah kapan mulai terasa ada kenceng-kenceng di perut, bagaimana intensitas dan frekuensinya, apakah ada pengeluaran cairan vagina yang berbeda dari air kemih, apakah sudah ada pengeluaran lendir darah serta pergerakan janin untuk memastikan kesejahteraan (Sulistyawati dan Nugraheny, 2013).

c) Riwayat kesehatan

Peringatan akan adanya penyulit saat persalinan. Data yang perlu dikaji adalah pernah atau sedang menderita penyakit jantung, diabetes mellitus, ginjal, hipertensi, hipotensi, hepatitis atau anemia (Sulistyawati dan Nugraheny, 2013).

d) Riwayat kesehatan keluarga

Menentukan adanya keturunan kembar, hipertensi, diabetes mellitus, ataupun penyakit lain yang mempengaruhi persalinan.

e) Riwayat pernikahan

Sebagai gambaran mengenai suasana rumah tangga pasangan, untuk menentukan bagaimana keadaan alat kelamin dalam ibu, serta kepastian mengenai siapa yang akan mendampingi persalinan, data yang dikaji adalah: usia menikah pertama kali, status pernikahan sah/tidak, lama pernikahan dan perkawinan yang sekarang dengan suami yang keberapa (Sulistyawati dan Nugraheny, 2013).

f) Riwayat menstruasi

Data yang harus diperoleh pada klien inpartu adalah siklus menstruasi dan hari pertama haid terakhir. Menurut Rohani dkk (2014), hari pertama haid terakhir (HPHT) diperlukan untuk menentukan usia kehamilan, cukup bulan atau premature. Hari perkiraan lahir (HPL) digunakan untuk menentukan tanggal perkiraan bayi dilahirkan, dimana dihitung dari HPHT.

g) Riwayat obstetri

(1) Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Data yang digali adalah tentang penyulit di kehamilan yang lalu, jenis persalinan dan penyulit pada anak sebelumnya, persalinan tersebut di tolong oleh siapa, keadaan anak saat lahir, berat badannya saat lahir, dan bagaimana keadaannya saat ini. Ditanyakan pula bagaimana masa nifasnya, ada tidaknya komplikasi dan berapa lama klien menyusui (Muslihatun dkk, 2014).

(2) Riwayat kehamilan sekarang

Dikaji berapa kali klien melakukan pemeriksaan kehamilan di tenaga kesehatan. Keluhan apa saja yang dirasakan dan sudah mendapat terapi apa selama hamil. Ditanyakan pula status imunisasi Tetanus Toxoid terakhir klien. Kaji pernah tidaknya klien melakukan pijat oyok, minum jamu, atau yang lainnya yang dapat berpengaruh pada proses persalinan saat

ini ataupun keadaan bayi saat baru lahir (Sulistyawati dan Nugraheni, 2013).

h) Riwayat kontrasepsi

Tanyakan rencana klien tentang penggunaan kontrasepsi selanjutnya, terutama jika klien menginginkan menggunakan kontrasepsi IUD post plasenta..

i) Pola kebiasaan sehari-hari

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013), pola kebiasaan sehari-hari, meliputi:

(1) Pola makan

Untuk mengetahui gambaran gizi yang diperoleh ibu. Data fokus adalah kapan terakhir kali makan, serta jenis dan jumlah makanan yang dimakan.

(2) Pola minum

Untuk mengetahui intake cairan untuk menentukan kecenderungan terjadinya dehidrasi. Ditanyakan kapan terakhir kali minum, jumlah, dan jenis minuman.

(3) Pola istirahat

Mempersiapkan energi, data fokus adalah kapan terakhir tidur, berapa lama dan bagaimana aktivitas sehari-hari.

(4) Personal hygiene

Berkaitan dengan kenyamanan klien dalam menjalani proses persalinannya. Ditanyakan waktu terakhir mandi, ganti baju dan pakaian dalam.

(5) Pola Eliminasi

Waktu terakhir buang air besar dan buang air kecil (Muslihatun dkk, 2014).

j) Riwayat psikososial budaya

Respon yang positif dari keluarga terhadap persalinan akan mempercepat proses adaptasi dalam menerima kondisi dan perannya. Gali informasi tentang adat istiadat yang dilakukan ketika menghadapi persalinan (Sulistyawati dan Nugraheny, 2013).

2) Data objektif

a) Keadaan umum

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013), data ini dapat mengamati keadaan klien secara keseluruhan, meliputi:

(1) Baik

Jika klien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik klien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.

(2) Lemah

Klien kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain dan klien sudah tidak mampu berjalan sendiri.

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran klien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran klien dari keadaan komposmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati dan Nugraheny, 2013).

c) Tanda vital

Menurut Rohani dkk (2014), untuk mengenali dan mendeteksi kelainan dan penyulit atau komplikasi yang berhubungan dengan tanda-tanda vital klien yang meliputi:

(1) Tekanan darah

Kenaikan atau penurunan tekanan darah merupakan indikasi adanya gangguan hipertensi dalam kehamilan atau syok. Peningkatan tekanan darah sistol dan diastole dalam batas normal dapat mengindikasikan ansietas atau nyeri. Tekanan darah normal orang dewasa sistole 100-130 mmHg dan diastole 60-80 mmHg (Marmi, 2012).

(2) Nadi

Peningkatan denyut nadi dapat menunjukkan adanya infeksi, syok, ansietas atau dehidrasi. Batas normal adalah 80-90x/menit (Marmi, 2012).

(3) Pernafasan

Peningkatan frekuensi pernafasan dapat menunjukkan ansietas atau syok. Normalnya 16-24x/menit (Marmi, 2012).

(3) Suhu

Peningkatan suhu menunjukkan adanya proses infeksi atau dehidrasi. Suhu tubuh normal antara 36-37,5°C (Marmi, 2012).

d) Pemeriksaan antropometri

Meliputi berat badan sebelum hamil dan saat ini, tinggi badan, dan nilai lingkar lengan atas (Muslihatun dkk, 2014).

e) Pemeriksaan fisik

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013), bagian-bagian tubuh yang dapat menilai kelainan yang dapat mempersulit proses persalinan meliputi:

(1) Mata

Menurut Rohani dkk (2014), dikaji apakah konjungtiva pucat (konjungtiva yang pucat mengindikasikan terjadinya anemia yang dapat menjadi komplikasi pada persalinan), sklera

berwarna putih, kelainan pada mata dan gangguan penglihatan (rabun jauh/ dekat).

(2) Hidung

Dilihat apakah ada pernapasan cuping hidung.

(3) Mulut

Dikaji apakah ada keputihan pada bibir (keputihan pada bibir mengindikasikan terjadinya anemia pada klien yang mungkin dapat menjadi komplikasi pada persalinan), integritas ringan (lembab, kering atau pecah-pecah) (Rohani dkk, 2014).

(4) Leher

Lihat dan periksa ada tidaknya pembesaran kelenjar limfe dan tiroid, serta bendungan pada vena jugularis.

(5) Dada

Lihat ada tidaknya retraksi dinding dada ke dalam yang berlebih, bentuk payudara dan keadaan puting, serta pengeluaran kolostrum. Palpasi ada tidaknya benjolan abnormal. Auskultasi ada tidaknya gangguan pernapasan.

(6) Abdomen

Lihat ada tidaknya bekas luka operasi, auskultasi denyut jantung janin selama 1 menit (DJJ normal 120-160x/menit), serta palpasi leopard :

Leopold I : TFU untuk UK 37-42 minggu berkisar antara 2 hingga 4 jari dibawah prosesus xypoides.

Teraba lunak, kurang bulat, dan kurang melenting di bagian fundus (kesan bokong).

TFU Mc Donald berkisar antara 28-36 cm.

Leopold II : teraba bagian yang keras, datar, dan memanjang seperti papan (kesan punggung) di salah satu sisi perut klien (punggung kanan/punggung kiri), dan teraba bagian kecil janin di sisi yang lain (kesan ekstremitas).

Leopold III : teraba keras dan bulat (kesan kepala), bagian terbawah sulit digerakkan (sudah masuk PAP).

Leopold IV : divergen

(7) Genetalia

Lihat kebersihan, tanda-tanda IMS, pengeluaran cairan pervaginam berupa lendir dan darah, serta lakukan pemeriksaan dalam. Kaji ada tidaknya haemoroid pada anus.

(8) Ekstremitas

Kaji ada tidaknya oedema dan varises, serta refleks patella
+/+ (positif dikedua bagian)

f) Pemeriksaan penunjang

(1) USG

(2) Pemeriksaan laboratorium

Meliputi kadar hemoglobin, hematokrit, leukosit, dan golongan darah. Periksa juga reaktif tidaknya HbSAg dan HIV bila ada risiko.

b. Interpretasi data dasar

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013), pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap rumusan diagnosis, masalah, dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Dicantumkan pula masalah yang tidak dapat didefinisikan sebagai diagnosis, namun perlu dipertimbangkan untuk membuat rencana yang menyeluruh.

Diagnosis kebidanan/nomenklatur

1) Paritas

Paritas adalah riwayat reproduksi seorang wanita yang berkaitan dengan kehamilannya (jumlah kehamilan), dibedakan menjadi primigravida dan multigravida.

G_ P_ _ _ _ Ab_ _ _ _

2) Usia kehamilan 37-42 minggu

3) Kala dan fase persalinan

4) Presentasi dan keadaan janin

5) Normal atau tidak normal

Masalah :

1) Ketidaknyamanan akibat rasa nyeri

Ds : klien merasakan nyeri yang hebat dan tidak bisa melakukan aktivitas yang lain, nyeri di perut dan punggung

Do : gelisah

2) Kecemasan ibu untuk menghadapi persalinan

Ds : klien mengatakan cemas dan takut untuk melahirkan

Do : gelisah, berkeringat, takikardi

3) Kurangnya nutrisi dan dehidrasi

Ds : klien tidak mau makan dan minum

Do : keadaan umum lemah, pucat, berkeringat

c. Identifikasi diagnosa potensial

Diagnosa yang mungkin terjadi pada persalinan adalah :

1) Partus lama

Ds : klien merasa kelelahan, berkeringat

Do : his tidak adekuat, malposisi atau malpresentasi janin, CPD, tidak ada kemajuan pembukaan serviks

2) Gawat janin

Ds : klien merasa gerakan janin berkurang

Do : DJJ abnormal ($<120x/menit$ atau $>160x/menit$), ketuban mekonium

3) Partus presipitatus

Ds : klien merasakan rasa sakit yang lama dan kuat

Do : tetania uteri

4) Syok

Ds : klien merasa pusing yang hebat, pandangan kabur

Do : keadaan umum lemah, pucat, tekanan darah <90/60 mmHg,
takikardi

5) Perdarahan intrapartum

Ds : klien tidak merasakan nyeri ataupun rasa mulas

Do : atonia uteri

d. Identifikasi Kebutuhan Segera

Tahap ini dilakukan apabila terjadi situasi darurat dilihat dari diagnosa potensial, dimana harus segera melakukan tindakan untuk menyelamatkan klien (Sulistyawati dan Nugraheny, 2013).

e. Intervensi

Tujuan : Klien dan janin dalam keadaan baik persalinan kala I berjalan normal tanpa komplikasi

Kriteria Hasil : TD : sistole 100-130 mmHg, diastole 60-80 mmHg

Nadi : 80-90x/menit

Suhu : 36-37,5°C

RR : 16-24x/menit

DJJ : 120-160x/menit

Kontraksi semakin adekuat secara teratur.

Warna dan keadaan cairan ketuban normal yaitu utuh/jernih.

Pembukaan serviks tidak melewati garis waspada.

Penurunan kepala normal yaitu setiap pembukaan serviks selalu diikuti dengan turunnya bagian terbawah janin.

Kandung kemih kosong

Intervensi :

- 1) Berikan komunikasi informasi, dan edukasi (KIE) kepada klien mengenai hasil pemeriksaannya, bahwa klien dan janin dalam keadaan normal.

R/ Klien mempunyai hak untuk mendapatkan penjelasan mengenai kondisinya saat ini.

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

R/ Rasa takut dan kecemasan terhadap hal yang tidak diketahui serta kegagalan persalinan akan meningkatkan respons individual terhadap rasa sakit.

- 3) Persiapkan ruangan persalinan dan kelahiran bayi, perlengkapan, bahan-bahan, obat-obat yang diperlukan.

R/ Klien membutuhkan privasi yang diinginkan dan harus terlindungi dari resiko infeksi. Alat yang tersedia harus sesuai standar untuk pertolongan persalinan.

- 4) Pantau kemajuan persalinan. Pemantauan pembukaan serviks, penurunan kepala janin, tekanan darah, dan suhu setiap 4 jam atau

bila ada indikasi, sedangkan nadi, kontraksi uterus, dan DJJ dilakukan setiap 30 menit. Untuk produksi uri, aseton, dan protein dilakukan setiap 2 sampai 4 jam.

R/ Pembukaan serviks pada primigravida 1 cm setiap jam dan 1-2 cm setiap jam pada multigravida. Kontraksi dikatakan adekuat jika dalam 10 menit terjadi 3-4 kali kontraksi dengan durasi >45 detik.

5) Berikan KIE pada klien untuk berkemih 1-2 jam

R/ Buang air kecil dalam sehari adalah 4-8 kali untuk orang dewasa normal atau sebanyak 1-1,8 liter. Penekanan kandung kemih oleh bagian terbawah janin menyebabkan kapasitas penampungan kandung kemih berkurang. Kandung kemih yang penuh menyebabkan nyeri pada bagian abdominal, mempersulit turunnya bagian terendah janin, serta menghambat kemajuan persalinan.

6) Dukung klien selama kontraksi dengan teknik pernafasan dan relaksasi

R/ Relaksasi mengurangi ketegangan dan kelelahan yang memperluas rasa sakit yang dialami selama proses kelahiran dan memungkinkan ketersediaan oksigen yang maksimum bagi janin. Keadaan yang rileks membuat otot pada rahim bekerja sama, gelombang otot vertikal naik keatas, menegang dan mendorong.

Otot yang melingkar akan membuka dan menarik ke belakang sehingga pembukaan serviks lebih cepat.

- 7) Berikan KIE kepada keluarga atau yang mendampingi persalinan agar sering mungkin menawarkan air minum dan makanan kepada klien selama proses persalinan.

R/ Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama proses persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi (Sondakh, 2013).

- 8) Berikan KIE kepada klien untuk mengatur posisi yang nyaman, mobilisasi seperti berjalan, berdiri, atau jongkok, berbaring miring atau merangkak.

R/ Mobilisasi menyebabkan perubahan pada sendi panggul, mendorong rotasi, serta mempercepat proses turunnya bagian terendah janin akibat adanya gaya gravitasi. Berbaring miring dapat memberi rasa santai, memberi oksigenasi yang baik ke janin dan mencegah laserasi.

- 9) Persiapan rujukan klien

R/ Jika terjadi penyulit dalam persalinan, keterlambatan untuk merujuk ke fasilitas yang sesuai dapat membahayakan jiwa klien dan/ atau bayinya (Sondakh, 2013).

f. Implementasi

Disesuaikan dengan intervensi.

g. Evaluasi

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013), evaluasi dilakukan untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan asuhan yang diberikan kepada klien yang mengacu pada tujuan asuhan kebidanan, efektifitas tindakan untuk mengatasi masalah dan hasil asuhan.

2.2.2 Manajemen Kebidanan Kala II

a. Subjektif

Klien mengatakan ingin meneran dan rasa nyeri semakin bertambah.

b. Objektif

- 1) Perineum menonjol
- 2) Vulva dan anus membuka
- 3) Frekuensi his semakin sering (>3x/menit)
- 4) Intensitas his semakin kuat
- 5) Durasi his >40 detik.
- 6) Pemeriksaan dalam, tanggal pukul oleh didapatkan hasil :
 - a) Vulva vagina : ada lendir bercampur darah
 - b) Ketuban : sudah pecah (negatif)
 - c) Pembukaan : 10 cm
 - d) Efficement : 100 %
 - e) Bagian terdahulu kepala
 - f) Bagian terendah ubun-ubun kecil (UUK) pada jam 12
 - g) Tidak ada bagian kecil atau berdenyut disekitar bagian terdahulu

h) Moulage 0 (nol)

i) Hodge III

c. Analisa

G_ P_ _ _ _ Ab_ _ _ UK minggu T/H/I presentasi inpartu
kala II dengan keadaan ibu dan janin baik

Identifikasi diagnosa/masalah potensial :

1) Kala II lama

Ds : klien ingin mengejan, merasa kelelahan, suhu badan $>37,5^{\circ}\text{C}$

Do : pembukaan serviks lengkap, lama meneran pada primigravida
 >2 jam dan pada multigravida >1 jam, terdapat lingkaran
bandl, oedema vulva, DJJ abnormal ($<120\text{x}/\text{menit}$ atau
 $>160\text{x}/\text{menit}$)

2) Asfiksia neonatorum

Ds : -

Do : AS <7

d. Penatalaksanaan

Menurut Nurjismi dkk (2016), tatalaksana asuhan persalinan normal
tergabung dalam 60 langkah Asuhan Persalinan Normal (APN) yaitu :

1) Mendengar dan melihat tanda kala II persalinan

a) Klien merasa ada dorongan kuat dan meneran

b) Klien merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum
dan vagina

c) Perineum tampak menonjol

d) Vulva dan sfingter ani membuka

2) Menyiapkan pertolongan persalinan

Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksanaan komplikasi segera pada klien dan bayi baru lahir. Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi, siapkan :

a) Tempat datar, rata bersih, kering dan hangat

b) 3 handuk/kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi)

c) Alat hisap lendir

d) Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi

Sedangkan untuk klien :

a) Menggelar kain di atas perut klien

b) Menyiapkan oksitosin 10 unit

c) Alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set

3) Pakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan.

4) Melepaskan dan menyiapkan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu/handuk pribadi yang bersih dan kering.

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

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

- 7) Membersihkan vulva dan perineum , menyekanya dengan hati-hati dari anterior (depan) ke posterior (belakang) menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.
 - a) Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang
 - b) Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.
 - c) Jika terkontaminasi, lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut dalam larutan klorin 0,5% selanjutnya
- 8) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.
- 9) Dekontaminasi sarung tangan (celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam klorin 0,5%, selama 10 menit). Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan. Tutup kembali partus set.
- 10) Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus mereda (relaksasi) untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal (120-160 x/menit).
 - a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.

- b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, semua temuan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan ke dalam partograf.
 - c) Menyiapkan klien dan keluarga untuk membantu proses meneran.
- 11) Beritahu pada klien bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik, kemudian bantu klien menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
- a) Tunggu timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan klien dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.
 - b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada klien dan meneran secara benar.
- 12) Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat. Pada kondisi itu, klien diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan klien merasa nyaman.
- 13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat klien merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat.
- a) Bimbing klien agar dapat meneran secara benar dan efektif.

- b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
 - c) Bantu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
 - d) Anjurkan klien untuk beristirahat di antara kontraksi.
 - e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk klien.
 - f) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
 - g) Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran >120 menit (2 jam) pada primigravida atau >60 menit (1 jam) pada multigravida.
- 14) Anjurkan klien untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika klien belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.
- 15) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah klien, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- 16) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong klien.
- 17) Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan.
- 18) Pakai sarung tangan DTT/steril pada kedua tangan

- 19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi fleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan klien meneran secara efektif atau bernafas cepat dan dangkal.
- 20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi), segera lanjutkan proses kelahiran bayi.
 - a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi
 - b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat di antara dua klem tersebut.
- 21) Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan.
- 22) Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparental. Anjurkan klien untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- 23) Setelah bahu lahir, satu tangan menyangga kepala dan bahu belakang, tangan yang lain menelusuri dan memegang lengan dan siku bayi sebelah atas.

- 24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan klien jari pada satu dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk). Bayi lahir tanggal pukul Normalnya bayi akan lahir setelah dipimpin meneran selama <120 menit (2 jam) pada primigravida atau <60 menit (1 jam) pada multigravida.
- 25) Lakukan penilaian (selintas) pada bayi :
- a) Apakah bayi cukup bulan?
 - b) Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernafas tanpa kesulitan?
 - c) Apakah bayi bergerak dengan aktif?
- Bila salah satu jawaban adalah “tidak” lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia. Bila semua jawaban adalah “ya”, lanjut ke-26
- 26) Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman diperut bagian bawah klien.
- 27) Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemeli)
- 28) Dalam waktu 2 menit setelah bayi lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3 cm dari pusat bayi. Gunakan jari telunjuk dan

jari tengah tangan yang lain untuk mendorong isi tali ke arah klien, dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm dari klem pertama.

29) Pemotongan dan pengikatan tali pusat

a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah di jepit (lindungi perut bayi), dan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut.

b) Ikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusat dengan simpul kunci pada sisi lainnya.

c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.

30) Letakkan bayi tengkurap di dada klien untuk kontak kulit klien-bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada kliennya. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara klien dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau areola mammae klien.

a) Selimuti klien-bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi.

b) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada klien paling sedikit 1 jam.

c) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara.

- d) Biarkan bayi berada di dada klien selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu

2.2.3 Manajemen Kebidanan Kala III

a. Subjektif

Klien mengatakan bahwa perut bagian bawahnya terasa mulas dan lega karena bayinya sudah lahir

b. Objektif

- 1) Bayi lahir tanggal pukul
- 2) Tidak ada janin kedua
- 3) Perubahan bentuk dan tinggi fundus
- 4) Tali pusat memanjang
- 5) Semburan darah mendadak dan singkat

c. Analisa

P_ _ _ _ Ab_ _ _ inpartu kala III dengan keadaan ibu baik

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013), diagnosis potensial yang mungkin muncul pada kala III yaitu :

1) Retensio plasenta

Ds : klien merasa nyeri di perut

Do : plasenta tidak lahir >30 menit, perdarahan terus berlangsung

2) Rest plasenta

Ds : klien merasa nyeri di perut

Do : plasenta lahir tidak utuh, tinggi fundus uteri (TFU) lebih tinggi, uterus lunak, perdarahan terus berlangsung

d. Penatalaksanaan

- 1) Beritahu klien bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik
- 2) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 IU secara intramuskuler di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin)
- 3) Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
- 4) Letakkan satu tangan diatas kain pada perut bawah klien (diatas simfisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat.
- 5) Setelah uterus berkontraksi, tegangankan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang-atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi kembali prosedur diatas.

Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta klien, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
- 6) Bila pada penekanan bagian bawah dinding depan uterus ke arah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah kranial hingga plasenta dapat dilahirkan.

- a) Klien boleh meneran tetapi tali pusat hanya ditegangkan (jangan ditarik secara kuat terutama jika uterus tak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (ke arah bawah-sejajar lantai-atas)
 - b) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.
 - c) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:
 - (1) Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.
 - (2) Lakukan kateterisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh.
 - (3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
 - (4) Ulangi tekanan dorso-kranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
 - (5) Jika plasenta tak lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan plasenta manual.
- 7) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Plasenta lahir tanggal pukul keadaan utuh, kotiledon lengkap, diameter cm, tebal cm, insersio, panjang tali pusat cm. Normalnya plasenta akan lahir <15 menit setelah kelahiran bayi. Jika selaput ketuban

robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem ovum DTT/Steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.

- 8) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan (kompresi bimanual internal, kompresi aorta abdominalis, tampon kondom-kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil/ massase.

2.2.4 Manajemen Kebidanan Kala IV

a. Subjektif

Klien mengatakan perutnya mulas

b. Objektif

- 1) Plasenta lahir tanggal pukul
- 2) Keadaan plasenta utuh kotiledon lengkap, diameter cm, tebal cm, insersio, panjang tali pusat cm.
- 3) TFU 2 jari dibawah pusat
- 4) Kontraksi uterus baik/ tidak

c. Analisa

P_ _ _ Ab_ _ _ inpartu kala IV dengan keadaan ibu baik

Menurut Sulistyawati dan Nugraheny (2013) diagnosis potensial yang mungkin muncul pada kala IV yaitu :

1) Hipotonia sampai dengan atonia uteri

Ds : klien tidak merasa mulas

Do : uterus teraba lembek, perdarahan terus berlangsung

2) Perdarahan post partum

Ds : klien merasa lemas

Do : keadaan umum lemah, perdarahan >500 cc, terdapat robekan jalan lahir, atonia uteri

3) Syok hipovolemik

Ds : klien merasa lemas, mengantuk,

Do : keadaan umum lemah, tekanan darah <90/60 mmHg, takikardi, perdarahan >500 cc.

d. Penatalaksanaan

- 1) Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta kedalam kantung plastik atau tempat khusus.
- 2) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi derajat 1 dan 2 yang menimbulkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan.
- 3) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 4) Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh lakukan kateterisasi.

- 5) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 %, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, dan bilas di air DTT tanpa melepas sarung tangan, kemudian keringkan dengan handuk.
- 6) Ajarkan klien/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
- 7) Memeriksa nadi klien dan pastikan keadaan umum klien baik
- 8) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
- 9) Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit).
 - a) Jika bayi sulit bernafas, merintih, atau retraksi, resusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit.
 - b) Jika bayi nafas terlalu cepat atau sesak nafas, segera rujuk ke rumah sakit rujukan.
 - c) Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit klien-bayi dan hangatkan klien-bayi dalam satu selimut.
- 10) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
- 11) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.

- 12) Bersihkan klien dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah di ranjang atau di sekitar klien berbaring. Bantu klien memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 13) Pastikan klien merasa nyaman. Bantu klien memberikan ASI.
- 14) Anjurkan keluarga untuk memberi klien minuman dan makanan yang diinginkannya.
- 15) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
- 16) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 17) Cuci kedua tangan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 18) Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi.
- 19) Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir. Pastikan kondisi bayi baik, pernapasan normal, (40-60 kali/menit) dan temperatur tubuh normal (36,5-37,5°C) setiap 15 menit.
- 20) Setelah 1 jam pemberian vitamin K1, berikan suntikan hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan klien agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
- 21) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

- 22) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan.
- 23) Lanjutkan observasi kala IV. Pemeriksaan tekanan darah klien, TFU, kontraksi uterus, kandung kemih, dan jumlah perdarahan dilakukan setiap 15 menit pada 1 jam pertama, dan dilanjutkan setiap 30 menit pada 1 jam kedua. Pemeriksaan suhu klien dilakukan setiap jam pada 2 jam pertama.

2.2.5 Manajemen Kebidanan Bayi Baru Lahir

a. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

Menurut (Sondakh, 2013) untuk mengetahui bagaimana kesehatan umum bayi dan ada tidaknya kelainan yang dapat mempengaruhi kesehatan bayi.

- a) Kesadaran : composmentis
- b) Pernapasan : normal (40-60 kali per menit)
- c) Denyut jantung : normal (120-160 kali/menit)
- d) Suhu : normal (36,5-37,5°C)

2) Pemeriksaan fisik

a) Inspeksi

Kepala : lihat ada tidaknya kelainan kongenital seperti anensefali dan mikrocephali, serta benjolan abnormal.

- Muka : warna kulit kemerahan. Jika berwarna kuning bayi mengalami ikterus, jika pucat menunjukkan akibat sekunder dari anemia, asfiksia saat lahir, dan syok.
- Mata : simetris/tidak, sklera ikterus/tidak, konjungtiva pucat/tidak, terdapat tanda-tanda sindrom down/tidak. Pemeriksaan terhadap perdarahan subkonjungtiva dan tanda-tanda infeksi atau pus. Mata bayi baru lahir mungkin tampak merah dan bengkak akibat tekanan pada saat lahir dan akibat obat tetes mata atau salep mata yang digunakan.
- Hidung : lubang simetris/tidak, bersih, tidak ada sekret, dan ada tidaknya pernapasan cuping hidung.
- Telinga : simetris/tidak, ada tidaknya serumen, lihat kebersihannya.
- Mulut : pemeriksaan terhadap kelainan bawaan (labioskizis dan palatoskizis) serta refleks isap. Dinilai dengan mengamati bayi saat menyusu.
- Leher : leher bayi baru lahir pendek, tebal, dikelilingi lipatan kulit, fleksibel dan mudah digerakkan, serta tidak ada selaput (*webbing*). Bila ada *webbing* perlu dicurigai adanya *syndrom Turner*. Pada posisi terlentang, bayi dapat

mempertahankan lehernya dengan punggungnya dan menengokkan kepalanya ke samping.

Dada : lihat adanya tidaknya retraksi dinding dada ke dalam yang berlebih

Abdomen : abdomen berbentuk silindris, lembut, dan biasanya menonjol dengan terlihat vena pada abdomen. Warna kulit kemerahan.

Genetalia : pada bayi laki-laki pemeriksaan terhadap testis berada dalam skrotum dan penis berlubang pada ujung, pada bayi perempuan vagina berlubang serta labia mayora telah menutupi labia minora. Pada bayi perempuan, labia minora dan klitoris membengkak pada waktu lahir dan terkadang keluar lendir putih dari vagina.

Anus : mekonium keluar dalam 48 jam pertama. Kegagalan mengeluarkan mekonium 48 jam pertama mencurigai adanya obstruksi.

Ekstremitas : jumlah jari lengkap dan warna kulit kemerahan.

b) Palpasi

Kepala : ubun-ubun besar teraba datar/cekung/cembung, lunak/padat, teraba benjolan abnormal/tidak. Rabalah bagian garis sutura dan fontanel, apakah ukuran dan tampilannya normal. Lakukan

pemeriksaan terhadap trauma kelahiran misalnya caput succedaneum, cephal hematoma, perdarahan subaponeurotik, atau fraktur tulang tengkorak.

Abdomen : teraba benjolan abnormal/tidak.

c) Auskultasi

Dada : ada tidaknya *wheezing* atau *ronchi*

Abdomen : bising usus normal/tidak

3) Pemeriksaan neurologis

(a) Refleks glabellar

Refleks ini dinilai dengan mengetuk daerah pangkal hidung secara perlahan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan mengedipkan mata pada 4 sampai 5 ketukan pertama.

(b) Refleks isap (*sucking*)

Apabila bayi diberi dot/puting, maka ia akan berusaha mengisap.

(c) Refleks mencari (*rooting*)

Bayi menoleh ke arah benda/jari yang menyentuh pipi.

(d) Refleks genggam (*palmar grasp*)

Refleks ini dinilai dengan meletakkan jari telunjuk pemeriksa pada telapak tangan bayi, tekan dengan perlahan, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat.

(e) Refleks babinski

Pemeriksaan refleks ini dengan memberikan goresan telapak kaki, mulai dari tumit. Gores sisi lateral telapak kaki dari atas kemudian gerakan jari sepanjang telapak kaki. Bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsofleksi.

(f) Refleks moro/terkejut

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

(g) Refleks tonik leher (*fencing*)

Ekstremitas pada satu sisi ketika kepala ditolehkan akan ekstensi dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi saat istirahat. Respon ini mungkin tidak ada atau tidak lengkap segera setelah lahir.

4) Pemeriksaan antropometri

Berat badan : 2500-4000 gram

Panjang badan : 48-52 cm

Lingkar kepala : 32-35 cm

Lingkar dada : 30-33 cm

LILA : 10-11 cm