

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TINJAUAN TEORI MEDIS

1. KEHAMILAN

a. Definisi Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat infertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan dibagi menjadi 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu. Trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga minggu ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40). (Prawirohardjo, 2014; h. 213).

b. Perubahan Fisiologis Ibu Hamil TM III

1) Uterus

Perubahan uterus pada ibu hamil secara fisiologis, menurut Manuaba (2010:85) sebagai berikut:

Rahim atau uterus yang semula besarnya sejempol atau beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hyperplasia, sehingga menjadi seberat 1000 gram saat akhir kehamilan. Panjang fundus uteri pada usia kehamilan 28 minggu adalah 25 cm, pada usia kehamilan 32 minggu panjangnya 27 cm dan umur hamil 36 minggu panjangnya 30cm. Pada usia kehamilan 40 minggu fundus uteri turun setinggi tiga jari dibawah prosesus xifoideus, oleh karena saat ini kepala janin telah masuk pintu atas panggul.

2) Vagina dan vulva

Vagina dan vulva mengalami pengikatan pembuluh darah karena pengaruh estrogen sehingga makin tampak berwarna merah dan kebiru-biruan (tanda chadwicks) (Manuaba, 2010:92)

3) Sistem metabolisme

Penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 Kg. Pada trimester III pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 Kg (Prawirohardjo, 2014:180).

4) System Kardiovaskuler

Menurut Nurul (2012:98) volume darah semakin meningkat dimana jumlah darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah sehingga terjadi semacam pengenceran darah. Hemodelusi mencapai puncaknya pada umur kehamilan 32 minggu, serum darah volume darah bertambah sebesar 25 sampai 30%.

5) Sistem pernafasan

Seorang wanita hamil pada kelanjutan kehamilan tidak jarang mengeluh tentang rasa sesak dan pendek nafas. Hal ini ditemukan pada kehamilan 32 minggu keatas oleh karena unsur-unsur tertekan oleh uterus yang membesar kearah diafragma, sehingga diafragma kurang leluasa bergerak (Prawirohardjo, 2014:185).

6) Payudara

Payudara akan membesar dan tegang, akibat hormone somatomammotropin, estrogen dan progesteron, akan tetapi belum mengeluarkan air susu (Prawirohardjo, 2014:185).

c. Penatalaksanaan Asuhan Kehamilan

Antenatal care (ANC) adalah pengawasan selama masa kehamilan untuk mengetahui kesehatan umum ibu, menegakkan secara dini penyakit yang menyertai kehamilan, menegakkan secara dini komplikasi kehamilan, dan menetapkan risiko kehamilan yang terjadi (Manuaba & Ida Bagus Gede, 2010: 25).

Menurut Nurul (2012) Penatalaksanaan ANC yang berkualitas sesuai standar sebagai berikut:

(1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin..

(2) Ukur tekanan darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah \geq 140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklamsia (hipertensi disertai *edema* wajah dan atau tungkai bawah dan atau proteinuria).

(3) Ukur lingkaran lengan atas (Nilai Status Gizi)

Pengukuran lila hanya dilakukan pada kontak pertama untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energi kronis (KEK). Dikatakan KEK jika lila kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK dapat melahirkan bayi berat bayi lahir rendah (BBLR).

(4) Ukur tinggi fundus uteri

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan.

Tabel 2.1 TFU

Menurut Penambahan per Tiga Jari

Usia	
Kehamilan (minggu)	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
12	3 jari di atas simfisis
16	Pertengahan pusat-simfisis
20	3 jari di bawah pusat
24	Setinggi pusat
28	3 jari di atas pusat
32	Pertengahan pusat-prosesus xiphoideus (px)
36	3 jari di bawah pusat-prosesus xiphoideus (px)
40	Pertengahan pusat-pusat-prosesus xiphoideus (px)

Sumber : Kemenkes RI (2015; hal.4)

(5) Tentukan Presentasi Janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya dilakukan setiap kali kunjungan.

(6) Beri Imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Untuk mencegah *tetanus neonatorum* ibu hamil harus mendapatkan imunisasi TT. Pada kontak pertama ibu hamil di skrining status imunisasi-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil harus disesuaikan dengan status imunisasi ibunya.

Berikut ini pemberian imunisasi TT sesuai dengan program yang dicanangkan oleh pemerintah:

Tabel 2.2
Pemberian imunisasi TT

Status	Jenis suntikan TT	Interval waktu	Perlindungan
T0	Belum pernah mendapat imunisasi TT	-	-
T1	TT1	-	-
T2	TT2	4 minggu dari TT1	3 tahun
T3	TT3	6 bulan dari TT2	5 tahun
T4	TT4	Minimal 1 tahun dari TT 3	10 tahun
T5	TT5	3 tahun dari TT4	Seumur hidup

Sumber : Kemenkes RI (2015; hal.4)

(7) Beri Tablet Tambah Darah (Tablet Fe)

Untuk mencegah anemia gizi besi, ibu hamil harus mendapatkan tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan, tablet besi diberikan sejak kontak pertama. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Detty Afriyanti di Bukit Tinggi pada tahun 2012 dengan judul “Hubungan Konsumsi Tablet Fe dan Pemeriksaan Hemoglobin terhadap Perdarahan Persalinan” bahwa terdapat sebesar 86,7% ibu hamil yang mengkonsumsi tablet Fe. Hal ini disebabkan karena ibu hamil percaya akan dampak yang terjadi jika tidak mengkonsumsi tablet Fe yaitu akan lebih cepat lelah dan ketika bersalin akan mengalami perdarahan.

(8) Pemeriksaan laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan laboratorium meliputi: pemeriksaan golongan darah, kadar hemoglobin darah (Hb), protein urin, kadar gula darah, darah malaria, *tes sifilis*, HIV (*Human Immuno Deficiency Virus*), BTA.

(9) Tata laksana/penanganan khusus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal diatas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

(10) Temu Wicara (Konseling) termasuk P4K

Konseling yang dilakukan setiap kali kunjungan antenatal yaitu kesehatan ibu, perilaku hidup sehat, peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan, dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, penawaran untuk melakukan konseling dan testing HIV didaerah tertentu (resiko tinggi), inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian air susu ibu

(ASI) eksklusif, KB paska persalinan, imunisasi, dan peningkatan kesehatan intelegensia kepada kehamilan (*brain booster*).

Menurut Kemenkes RI (2015), P4K adalah suatu kegiatan yang difasilitasi oleh bidan di desa dalam rangka meningkatkan peran aktif suami, keluarga, serta masyarakat, dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi persalinan. Tujuan dari P4K yaitu terdatanya sasaran ibu hamil dan terpasangnya stiker P4K di rumah ibu hamil (lokasi tempat tinggal ibu hamil, identitas ibu hamil, taksiran persalinan, penolong persalinan, dan calon pendonor darah), adanya perencanaan persalinan termasuk pemakaian KB pasca melahirkan, terlaksananya pengambilan keputusan secara cepat dan tepat, dan adanya hubungan dari tokoh masyarakat.

Kunjungan yang dilakukan oleh ibu hamil minimal 4 kali, yaitu minimal satu kali pada trimester I (0-12 minggu), minimal satu kali pada trimester II (12-24 minggu) dan minimal 2 kali pada trimester ketiga (24-kelahiran).

Di Indonesia kasus *tetanus neonatorum* terjadi karena tidak memberikan imunisasi TT, ibu yang tidak memperoleh imunisasi TT sebab ANC dilakukan di dukun. Apabila ANC dilakukan oleh tenaga kesehatan imunisasi TT bisa diberikan secara lengkap sehingga imunisasi TT terpenuhi. Pengetahuan ibu yang baik diharapkan ibu dapat melakukan ANC pada tenaga kesehatan sehingga imunisasi TT diberikan secara lengkap untuk mencegah tetanus. Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Yowandari, Mulyono, Istiana. 2015. Di RB Nur Hikmah yang menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan ibu tentang ANC menunjukkan sebagian besar responden mempunyai pengetahuan yang cukup tentang ANC sebanyak 24 (53,3%) responden, yang mempunyai pengetahuan baik sebanyak 14 (31,1%) responden, dan yang mempunyai

pengetahuan kurang sebanyak 7 (15,6%) responden. Kelengkapan imunisasi TT pada ibu hamil menunjukkan sebesar 27 (60%) responden sudah lengkap dan 18 (40%) responden masih tidak lengkap. Hal ini dapat disimpulkan bahwa adanya hubungan pengetahuan ibu tentang ANC dengan kelengkapan imunisasi TT pada ibu hamil.

d. Tanda-Tanda Bahaya Kehamilan

- 1) Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan di bawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran. Sekitar 10-12% kehamilan akan berakhir dengan keguguran pada umumnya (60-80%) disebabkan oleh kelainan kromosom yang ditemui pada spermatozoa ataupun ovum. (Sarwono Prawiroharjo, 2014:282).
- 2) Sakit kepala yang hebat, menetap, dan tidak hilang. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat adalah salah satu gejala preeklamsi. Preeklamsi biasanya juga disertai dengan penglihatan tiba-tiba hilang/ kabur, bengkak/oedem pada kaki dan muka serta nyeri pada epigastrium. (Nurul, 2012:187).
- 3) Nyeri Hebat di Daerah Abdomino pelvikum. Bila hal tersebut di atas terjadi pada kehamilan trimester kedua atau ketiga dan disertai dengan riwayat dan tanda-tanda di bawah ini, maka diagnosisnya mengarah pada solusio plasenta, baik dari jenis yang disertai perdarahan (*revealed*) maupun tersembunyi (*concealed*) (Prawirohardjo, 2014:282).
- 4) Bayi Kurang Bergerak Seperti Biasa

Ibu mulai merasakan gerakan bayinya selama bulan ke-5 atau ke-6. Beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur, gerakannya akan

melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam. Biasanya diukur dalam waktu selama 12 jam yaitu sebanyak 10 kali. (Nurul, 2012:188).

5) Keluar Air Ketuban Sebelum Waktunya (Ketuban Pecah Dini)

Dapat diidentifikasi dengan keluarnya cairan mendadak disertai bau yang khas. Adanya kemungkinan infeksi dalam Rahim dan persalinan prematuritas yang dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi.

Ketuban pecah dini yang disertai kelainan letak akan mempersulit persalinan yang dilakukan ditempat dengan fasilitas belum memadai. (Nurul, 2012:189).

6) Muntah Terus-Menerus (Hiperemesis Gravidarum)

Terdapat muntah yang terus-menerus yang menimbulkan gangguan kehidupan sehari-hari dan dehidrasi. (Nurul, 2012:189).

7) Demam

Demam tinggi, terutama yang diikuti dengan tubuh menggigil, rasa sakit seluruh tubuh, sangat pusing biasanya disebabkan oleh malaria. (Nurul, 2012:190)

8) Anemia

Pembagian anemia

a) Anemia ringan : 9-10 gr %

b) Anemia sedang : 7-8 gr %

c) Anemia berat : <7 gr %

Pengaruh anemia pada kehamilan dapat terjadi abortus, partus prematurus, IUGR, infeksi, hiperemesis gravidarum, dan lain-lain.

Anemia ditandai dengan :

a) Bagian dalam kelopak mata, lidah, dan kuku pucat

b) Lemah dan merasa cepat lelah

- c) Kunang-kunang
- d) Napas pendek-pendek
- e) Nadi meningkat
- f) Pingsan. (Nurul, 2012:190).

9) Kejang

Kejang pada ibu hamil merupakan gejala lanjut dari preeklamsi. (Nurul, 2012:191).

a. Kebutuhan Psikologis Ibu Hamil TM III

Trimester III sering disebut periode menunggu dan waspada sebab ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Ibu khawatir bayinya akan lahir sewaktu-waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaan akan timbulnya tanda dan gejala persalinan serta ketidaknormalan banyinya. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali, merasa diri aneh dan jelek, serta gangguan *body image*. Perubahan *body image* dapat berdampak besar pada wanita dan pasangannya saat kehamilan. Pada trimester ini ibu memerlukan keterangan dan dukungan dari suami, keluarga dan bidan. Trimester III adalah saat persiapan aktif menduga-duga tentang jenis kelamin bayinya dan mirip siapa. Bahkan mereka mungkin sudah memilih sebuah nama untuk bayinya (Nurul, 2012:109)

b. Kebutuhan Fisiologis Ibu Hamil TM III

1) Kebutuhan Nutrisi

Pada masa kehamilan ibu harus menyediakan nutrisi yang penting bagi pertumbuhan anak dan dirinya sendiri. Berarti ibu perlu makan untuk 2 orang, sesuai dan seimbang. Kehamilan meningkatkan kebutuhan tubuh akan protein. Jika calon ibu tidak memperhatikan makanan yang

menyediakan lebih banyak protein, dan mungkin tidak mendapatkan protein yang cukup. Seperti kebutuhan energi, sumber protein, sumber lemak, sumber karbohidrat, sumber vitamin dan sumber mineral. (Nurul, 2012:145).

2) Kebutuhan Oksigen

Perubahan pernapasan mayor dalam kehamilan diakibatkan oleh tiga faktor yaitu efek mekanik dari pembesaran rahim, peningkatan keseluruhan konsumsi oksigen tubuh, dan efek perangsang pernapasan dari progesterone. Konsumsi keseluruhan oksigen tubuh meningkat sekitar 15-20% dalam kehamilan. Sekitar setengah dari peningkatan ini disebabkan oleh Rahim dan isinya.pada awal kehamilan wanita hamil terserang, pada minggu ke-20 kira-kira separuh wanita mengalami kesulitan perapasan, dan pada minggu ke-30 jumlah itu meningkat menadi 75%. Kesulitan ini mungkin mengganggu, namun tidak disebabkan penyakit dan tidak membahayakan ibu atau bayi. (Nurul, 2012:149).

3) Kebutuhan Personal Hygiene

Saat kehamilan ibu hamil sangat rentan mengalami infeksi akibat penularan bakteri ataupun jamur. Tubuh ibu hamil sangatlah perlu dijaga kebersihannya secara keseluruhan mulai dari ujung kaki sampai rambut termasuk halnya pakaian ibu hamil senantiasa jaga kebersihannya. Mengganti pakaian dalam sesering mungkin sangatlah dianjurkan karena selama kehamilan keputihan pada vagina meningkat dan jumlahnya bertambah disebabkan kelenjar leher Rahim bertambah. (Nurul, 2012:150).

4) Kebutuhan Istirahat

Pengaturan aktivitas yang tidak terlalu berlebihan sangatlah perlu diterapkan oleh setiap ibu hamil. Banyak ibu menjadi lebih mudah letih atau tertidur lebih lama dalam separuh masa kehamilannya. Rasa letih meningkat ketika mendekati akhir kehamilan. Setiap wanita hamil menemukan cara yang berbeda mengatasi keletihannya. Salah satunya adalah dengan cara beristirahat atau tidur sebentar di siang hari. Dan waktu terbaik untuk melakukan relaksasi adalah tiap hari setelah makan siang, pada awal istirahat sore, serta malam sewaktu mau tidur. (Nurul, 2012:151).

5) Kebutuhan Seks

Beberapa wanita lebih menginginkan senggama yang sering selama hamil, sementara yang lain justru ingin mengurangi. Alasan berkurangnya minat seksual yang dialami banyak wanita hamil khususnya dalam minggu-minggu terakhir kehamilan, tidak jelas. Ada yang malu oleh payudara yang membesar serta perut yang membengkak dan merasa tidak menarik ataupun seksi. Kebanyakan masalah akan berkurang jika pasangan dapat saling membicarakan kebutuhan dan keinginan seksual mereka. Akan tetapi pria sebaiknya mempertimbangkan dengan hati-hati ketika memasukkan penis/penetrasi. (Nurul, 2012:153).

6) Persiapan Persalinan

- a) Persiapan persalinan adalah rencana tindakan yang dibuat oleh ibu, anggota keluarga, dan bidan.
- b) Berdiskusi untuk memastikan bahwa ibu menerima asuhan yang ia perlukan

- c) Dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan dan meningkatkan kemungkinan ibu akan menerima asuhan yang sesuai dan tepat waktu. (Nurul, 2012:153).

7) Lima Komponen Penting Rencana Persalinan

Membuat rencana persalinan, menurut Nurul (2012:154) antara lain meliputi :

a) Tempat Persalinan

- (1) Pemilihan tempat persalinan ditentukan oleh nilai risiko kehamilan dan jenis persalinan yang direncanakan. persalinan risiko rendah dapat dilakukan di puskesmas, polindes, atau rumah bersalin. Sedangkan persalinan risiko tinggi harus dilakukan di rumah sakit yang memiliki kamar operasi, tranfusi darah, dan perawatan bayi risiko tinggi.
- (2) Persalinan dianjurkan dilaksanakan di rumah sakit/rumah sakit ibu dan anak, lengkap dengan tenaga terlatih dan peralatan yang memadai.

b) Memilih tenaga kesehatan terlatih

- (1) Tenaga kesehatan yang dapat diperbolehkan menolong persalinan adalah dokter umum, bidan, serta dokter kebidanan dan kandungan.
- (2) Pemilihan tenaga penolong persalinan ditentukan oleh pasien, nilai risiko kehamilan, dan jenis persalinan yang akan direncanakan bagi masing-masing pasien.
- (3) Pemilihan pasien berdasarkan risiko dimaksudkan agar penanganan kasus lebih terarah dan ditangani oleh tenaga yang kompeten.

(4) Sebaiknya semua kasus dianggap memiliki risiko tinggi karena tidak ada satu cara pun yang dapat meramalkan bahwa persalinan tersebut pasti berjalan normal sehingga setiap penolong persalinan akan selalu berhati-hati dan mempersiapkan segala sesuatu untuk mengatasi penyulit yang mungkin terjadi.

(5) Mempersiapkan sarana transportasi

c) Ketersediaan dana termasuk dalam persiapan kelahiran dan persiapan menghadapi keadaan darurat saat persalinan (*birth preparedness* dan *emergency readiness*).

d) Membuat rencana pengambilan keputusan jika terjadi situasi gawat darurat pada saat pengambilan keputusan utama tidak ada.

e) Mempersiapkan peralatan yang diperlukan untuk persalinan.

8) Aktivitas Senam Hamil

Dengan melakukan senam hamil akan banyak memberikan manfaat dalam membantu kelancaran proses persalinan antara lain dapat melatih pernapasan dan relaksasi, menguatkan otot-otot panggul dan perut, serta melatih cara mengedan yang benar (Nurul, 2012:159)

2. PERSALINAN

a. Pengertian Persalinan Normal

Persalinan sering digambarkan sebagai suatu proses dimana janin, plasenta dan selaput dikeluarkan melalui jalan lahir.

Persalinan Normal terjadi pada kehamilan cukup bulan dan pengertian berjalan secara seponatan disaat permulaan dengan janin menunjukan kepala sebagai ujung dengan (vertex presentation). Proses tersebut berakhir dalam waktu 18 jam tanpa komplikasi apapun (Sri Rahayu, 2017:18)

Persalinaan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau hampir cukup bulan dan dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba, 1998:157). (Nurasiah,dkk, 2014:2-3)

Menurut Mochtar (1998:91) Partus normal adalah proses lahirnya bayi dengan letak belakang dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung 24 jam. Sedangkan menurut Prawiroharjo (2002:100) persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan persentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin. (Nurasiah,dkk, 2014:3)

Dari pendapat para ahli tersebut dikemukakan bahwa persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang cukup bulan, lahir secara spontan dengan persentasi belakang kepala, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput ketuban dari tubuh ibu, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin. (Nurasiah,dkk, 2014:3)

b. Macam-macam Persalinan

Manuaba (2010), Mengatakan ada 2 jenis-jenis persalinan, yaitu dalam bentuk persalinan dan menurut usia kehamilan:

1) Jenis persalinan berdasarkan bentuk persalinan:

a) Persalinan spontan

Adalah proses persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.

b) Persalinan buatan

Adalah proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.

c) Persalinan anjuran

Adalah bila kekuatan yang di perlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan.

2) Jenis persalinan menurut usia kehamilan

a) Abortus

Pengeluaran buah kehamilan sebelum usia kehamilan 20 minggu atau berat 500 gram

b) Partus immatur

Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan 20 minggu dan 28 minggu atau berat badan janin antara 500 gram dan kurang dari 1000 gram

c) Partus prematur

Pengeluaran buah kehamilan antara kehamilan 28 minggu dan < 37 minggu atau berat badan janin antara 1000 gram dan kurang dari 2500 gram.

d) Partus matur atau partus aterm

Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan 37 minggu dan 42 minggu atau berat badan janin lebih dari 2500 gram.

e) Partus sirotinus atau partus posmatur

Pengeluaran buah kehamilan lebih dari 42 minggu. (Nurasiah,dkk, 2014:4).

c. Sebab-sebab Mulainnya Persalinan

Hal-hal yang menjdi mulainnya persalinan belum diketahui benar, yang ada halnyalah merupakan teori-teori yang kompleks. Perlu diketahui bahwa ada dua hormon yang saat hamil (Rahani, 2011:4).

1) Estrogen

a) Meningkatkan sentivitas otot rahim

b) Memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, serta rangsangan mekanis.

2) Progesteron

- a) Menurunkan sensitivitas otot rahim
- b) Menyulitkan penerimaan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, serta rangsangan mekanis
- c) Menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi

Menurut Asrinah (2010:3) Sebab-sebab mulainya persalinan meliputi:

1) Penurunan hormon progesteron

Pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun menjadikan otot rahim sensitif sehingga menimbulkan his.

2) Keregangan otot-otot

Otot rahim akan meregang dengan majunya kehamilan, oleh karena isinyabertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya atau mulai persalinan.

3) Peningkatan hormon oksitosin

Pada akhir kehamilan hormon oksitosin bertambah sehingga dapat menimbulkan his.

4) Pengaruh janin

Hypofise dan kelenjar suprarenal pada janin memegang peran dalam proses persalinan, oleh karna itu anencepalus kehamilan lebih lama dari biasanya.

5) Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang di hasilkan dari desidua meningkat saat umur kehamilan 15 minggu. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin menimbulkan kontraksi myomentrium pada setiap umur kehamilan.

6) Plasenta menjadi tua

Dengan tuanya kehamilan plasenta menjadi tua, villi corialis mengalami perubahan sehingga kadar progesteron dan estrogen menurun. (Nurasiah, dkk, 2014:4).

d. Tanda-tanda Persalinan

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

1) Terjadi *lightening*

Menjelang minggu ke-36 pada primigravida, terjadi penurunan fundus uteri karna kepala bayi sudah masuk PAP. Pada multigravida, tanda ini tidak begitu kelihatan.

Mulai menurunnya bagian terbawah bayi ke pelvis terjadi sekitar 2 minggu menjelang persalinan. Bila bagian terbawah bayi telah turun, maka ibu merasa tidak nyaman; selain nafas pendek pada trimester 3, ketidaknyamanan disebabkan karena adanya tekanan bagian terbawah pada struktur daerah pelvis, secara spesifik akan mengalami hal berikut:

- a) Kandung kemih tertekan sedikit, menyebabkan peluang untuk melakukan ekspansi berkurang, sehingga frekuensi berkemih meningkat.
- b) Meningkat tekanan oleh sebagian besar bagian janin pada saraf yang melewati foramen obturator yang menuju kaki, menyebabkan sering terjadi kram kaki.

- c) Meningkatnya tekanan pada pembuluh darah vena menyebabkan terjadinya edema karena bagian terbesar dari janin menghambat darah yang kembali dari bagian bawah tubuh.
- 2) Terjadinya his permulaan.
- a) Rasa nyeri ringan di bagian bawah.
 - b) Datang tidak teratur.
 - c) Tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda.
 - d) Durasi pendek.
 - e) Tidak bertambah bila beraktivitas.
- 3) Perut kelihatan lebih melebar.
- 4) Perasaan sering atau susah buang air kecil karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.
- 5) Serviks menjadi lembek, mulai mendatar, dan sekrasinya bertambah, kadang bercampur darah (*bloody show*). Dengan mendekatnya persalinan, maka serviks menjadi matang dan lembut, serta terjadi obliterasi serviks dan kemungkinan sedikit dilatasi. (Rohani,dkk,2011:13)

Tanda-tanda persalinan :

- 1) Terjadinya his persalinan

His persalinan mempunyai sifat:

- a) Pinggang terasa sakit.
- b) Sifatnya teratur, intervalnya makin pendek dan kekuatannya makin besar.
- c) Kontraksi uterus mengakibatkan perubahan uterus.
- d) Makin beraktifitas (jalan), kekuatan makin bertambah.

2) *Bloody show* (pengeluaran lendir disertai darah melalui vagina)

Dengan his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lendir yang terdapat di kelenjar servikal lepas, kapiler pembuluh darah pecah, yang menjadikan perdarahan sedikit.

3) Pengeluaran cairan.

Terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tetapi kadang pecah pada pembukaan kecil. (Asrinah,2010:6). (Nurasiah,dkk,2014:7).

e. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Nurashiah, dkk (2014:28) faktor yang mempengaruhi persalinan sebagai berikut :

1) Power (Kekuatan)

Power adalah kekuatan atau tenaga yang mendorong janin keluar. Kekuatan tersebut meliputi:

a) His (Kontraksi Uterus)

Adalah kekuatan kontraksi uterus karena untuk otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominan, terkoordinasi dan relaksasi. Walaupun his itu kontraksi yang fisiologis akan tetapi bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya, bersifat nyeri. Tiap his dimulai sebagai gelombang dari salah satu sudut dimana tuba masuk ke dalam dinding uterus. Di tempat tersebut ada suatu fase *pace maker* dari mana gelombang tersebut berasal.

Kontraksi uterus juga bersifat intermiten sehingga ada periode relaksasi uterus diantara kontraksi, fungsi penting relaksasi, yaitu: mengistirahatkan otot uterus, memberi kesempatan istirahat bagi ibu, memepertahankan kesejahteraan bayi karena kontraksi uterus menyebabkan kontraksi pembuluh darah plasenta.

(1)Pembagian his dan sifat-sifatnya:

- (a) His pendahuluan : his tidak kuat, datangnya tidak teratur, menyebabkan keluarnya lendir darah atau *bloody show*.
- (b) His pembukaan (kala I) : menyebabkan pembukaan serviks,semakin kuat,teratur dan sakit.
- (c) His pengeluaran (kala II) : untuk mengeluarkan janin, sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi.
- (d) His pelepasan plasenta (kala III) : kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
- (e) His pengiring (kala IV) : kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, terjadi pengecilan dalam beberapa jam atau hari.

(2)Hal-hal yang harus di perhatikan pada his saat melakukan observasi:

- (a) Frekuensi his : jumlah his dalam waktu tertentu, biasanya permenit persepuluh menit.
- (b) Intensitas his : kekuatan his (adekuat atau lemah).
- (c) Durasi (lama his) : lamanya setiap his berlangsung dan tentukan dalam detik, misalnya 50 detik.
- (d) Interval his : jarak antara his yang satu dengan his berikutnya, his datang tiap 2-3menit (Asrinah, 2010:10)

(3) Identifikasi his atau kontraksi his

Jika persalinan salah di diagnosis, mungkin akan dilakukan intervensi yang tidak tepat untuk mempercepat persalinan. Sebaliknya, jika persalinan tidak di diagnosis, janin berada dalam bahaya akibat penyulit tidak terduga.

(4) Perubahan-perubahan akibat his

- (a) Pada uterus : uterus teraba keras atau padat karena kontraksi. Sejak kehamilan lanjut dengan jenis terdiri dari 2 segmen, yaitu segmen atas dan segmen bawah. Segmen atas dibentuk oleh korpus uteri dan segmen bawah yang terjadi di isthmus uteri. Pada saat kontraksi segmen atas memegang peranan aktif dan dindingnya menjadi tebal karena dan mendorong anak untuk keluar. Sedangkan segmen bawah memegang peranan pasif yaitu mengadakan relaksasi dan dilatasi sehingga menjadi saluran tipis dan keregang karena akan dilalui oleh bayi. Batas ini disebut dengan lingkaran retraksi fisiologis. Jika segmen sangat di regang maka lingkaran retraksi lebih jelas lagi dan naik mendekati pusat, disebut dengan lingkaran retraksi patologis atau *lingkaran bandl* (FK UNPAD, 1983:229).
- (b) Pada serviks : his membuat serviks menjadi tipis dan memendek yang disebut *effacement*.
- (c) Pada janin : pertukaran oksigen pada sirkulasi uteroplacenter kurang, sehingga timbul hipoksia pada janin.
- (d) Pada ibu : menyebabkan rasa sakit. Bersamaan dengan setiap kontraksi, kandung kemih, rektum, tulang belakang, dan tulang pubis menerima tekanan kuat dari rahim.

b) Tenaga Mergedan

Setelah pembukaan lengkap dan setelah ketuban pecah atau di pecahkan, serta sebagian presentasi sudah berada di dasar panggul, sifat kontraksi berubah, yakni bersifat mendorong keluar di bantu dengan keinginan ibu untuk mersedan atau usaha volinter. Keinginan mersedan ini disebabkan karena :

- (1) Kontraksi otot-otot dinding perut yang mengakibatkan peninggian tekanan intra abdominal dan tekanan ini menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan untuk mendorong keluar.
- (2) Tenaga ini serupa dengan tenaga mersedan sewaktu buang air besar (BAB), tapi jauh lebih kuat.
- (3) Saat kepala sampai kedasar panggul, timbul refleks yang mengakibatkan ibu menutup glotisnya, mengkontraksikan otot-otot perut dan menekan diafragmanya kebawah.
- (4) Tenaga mengejan ini hanya dapat berhasil bila pembukaan sudah lengkap dan paling efektif sewaktu ada his.
- (5) Tanpa mersedan bayi tidak akan lahir

2) Passage (jalan lahir) (Nurasiah, ddk, 2014:32)

Passage atau jalan lahir dibagi menjadi dua :

- a) Bagian keras : panggul
- b) Bagian lunak : otot-otot dan ligamen-ligamen

3) Passenger (janin dan plasenta) (Nurasiah, ddk, 2014:39)

a) Janin

Passenger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka dia

daingap sebagai bagian dari passenger yang menyertai janin. Nama plasenta jarang menghambat proses persalinan normal (Sumarat, 2010:35).

b) Plasenta

Plasenta merupakan organ yang luar biasa. Plasenta berasal dari lapisan trofoblas pada ovum yang dibuahi, lalu terhubung dengan sirkulasi ibu untuk melakukan fungsi-fungsi yang belum dapat dilakukan oleh janin itu sendiri selama kehidupan intrauterine. Keberhasilan janin untuk hidup tergantung atas kebutuhan dan efisiensi plasenta.

4) Psikologis (Nurasiah, ddk, 2014:48)

Keadaan fisiologis ibu memengaruhi proses persalinan. Ibu bersalin yang di dampingi oleh suami dan orang yang di cintainya cenderung mengalami proses persalinan yang lebih lancar dibanding ibu dengan bersalin tanpa pendamping. Ini menunjukkan bahwa dukungan mental berdampak positif bagi keadaan psikis ibu, yang berpengaruh terhadap kelancaran proses persalinan (Asrinah, 2010:21).

5) Pysician(penolong) (Nurasiah, ddk, 2014:48)

Kompetensi yang dimiliki penolong sangat bermanfaat untuk memperlancar proses persalinan dan mencegah kematian maternal dan neonatal. Dengan pengetahuan dan kompetensi yang baik di harapkan kesalahan atau mal praktik dalam memberi asuhan tidak terjadi (Asrinah, 2010:21).

Tidak hanya aspek tindakan yang diberikan, tetapi aspek konseling dan pemberian informasi yang jelas di butuhkan oleh ibu bersalin untuk mengurangi tingkat kecemasan ibu dan keluarga.

Bidan mempunyai tanggung jawab yang besar dalam proses persalinan. langkah utama yang harus dikerjakan adalah mengkaji perkembangan

persalinan, pemberitahu perkembangannya baik fisiologis maupun patologis pada ibu dan keluarga dengan bahasa yang mudah dimengerti. Kesalahan yang dilakukan bidan dalam mendiagnosis persalinan dapat menimbulkan kegelisahan dan kecemasan ibu dan keluarga.

f. Mekanisme persalinan

(Sukarni, 2015:200) gerakan kepala utama kepala janin pada proses persalinan.

1) Engagement

Pada minggu-minggu akhir kehamilan atau pada saat persalinan dimulai kepala masuk lewat PAP, umumnya dengan presentasi biparietal (diameter lebar yang paling panjang berkisar 8,5-9,5 cm) atau 70% pada panggul ginekoid.

2) Flexion (fleksi)

Pada umumnya terjadi flexi penuh/semipurna sehingga sumbu: panjang kepala sejajar sumbu panggul, membentuk penurunan kepala selanjutnya. Fleksi: kepala janin fleksi, dagu menempel ke toraks, posisi kepala berubah dari diameter oksipito-frontalis (puncak kepala) menjadi diameter suboksipito-bregmatikus (belakang kepala).

Dengan majunya kepala, fleksi bertambah, ukuran kepala yang melalui jalan lahir lebih kecil (Diameter suboksipito bregmatika menggantikan suboksipito frontalis). Fleksi terjadi karena anak didorong maju, sebaliknya juga mendapat tahanan dari PAP, serviks, dinding panggul/dasar panggul.

3) Descent

Penurunan kepala janin sangat tergantung pada arsitektur pelvis dengan hubungan ukuran kepala dan ukuran pelvis sehingga penurunan kepala berlangsung lambat.

Kepala turun ke dalam rongga panggul, akibat: tekanan langsung dari his dari daerah fundus ke arah daerah bokong, tekanan dari cairan amnion, kontraksi otot dinding perut dan diafragma (mengejan), dan badan janin terdiri ekstensi dan menegang.

4) Internal rotation (putar paksi dalam)

Rotasi interna (putaran paksi dalam) : selalu disertai turunnya kepala, putaran ubun-ubun kecil ke arah depan (ke bawah simfisis pubis), membawa kepala melewati distansi interspinarum dengan diameter biparietalis.

Perputaran kepala (penunjuk) dari samping ke depan atau ke arah posterior (jarang) disebabkan:

- a) Ada his selaku tenaga/gaya pemutar
- b) Ada dasar panggul beserta otot-otot dasar panggul selaku tahanan.

5) Extension (ekstensi)

Dengan kontraksi perut yang benar dan adekuat kepala makin turun dan menyebabkan perenium disertai. Pada saat ini puncak kepala berada di simfisis dan dalam keadaan begini kontraksi perut ibu yang kuat mendorong kepala ekspulsi dan melewati introitus vaginae.

- a) Defleksi dari kepala
- b) Pada kepala bekerja 2 kekuatan, yaitu yang mendesak kepala ke bawah dan tahanan dasar panggul yang menolak ke atas , resultan nya kekuatan ke depan atas
- c) Pusat pemutar : *hipernoklion*
- d) Ekstensi terjadi setelah kepala mencapai vulva, terjadi ekstensi setelah oksiput melewati bawah simfisis pubis bagian posterior.lahir berturut-turut: oksiput, bregma, dahi, hidung, mulut, dagu.

6) External rotation (putar paksi luar)

Setelah seluruh kepala sudah lahir terjadi putaran kepala ke posisi pada saat engagement. dengan demikian bahu depan dan belakang dilahirkan lebih dahulu dan diikuti dada, perut, bokong dan seluruh tungkai.

a) Setelah kepala lahir menutar kemabli ke arah punggung untuk menghilangkan toris pada leher (*putaran restitusi*).

b) Selanjutnya putaran dilanjutkan sampai belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadikum sefihak putaran paksi luar sebenarnya.

c) Putaran paksi luar disebabkan ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari PAP.

d) Setelah putaran paksi luar ,bahu depan di bawah simfisis menjadi hipmokolin kelahiran bahu belakang.

e) Bahu depan menyusul lahir, diikuti seluruh badan anak

7) Expulsion

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai dibawah sympysis dan menjadi hypomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak searah dengan paksi jalan lahir.

g. Tahapan Persalinan

Menurut Nurasiah, dkk (2014:1160) tahapan persalinan dibagi sebagai berikut

:

1) kala I

Kala I adalah kala pembukannya yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan His, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga parturien masih dapat berjalan-jalan. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam.

Berdasarkan kurva friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm/jm dan pembukaan multigravida 2 cm/jm. Dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan.

2) Kala II

- a) His semakin kuat, dengan interval sampai 3 menit, dengan duras 50 sampai 100 detik.
- b) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- c) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya pleksus Frankenhauser.
- d) Kedua kekuatan, His dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi kepala membuka pintu, oksiput bertindak sebagai hipomoglion berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, dan kepala seluruhnya.
- e) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyesuaian kepala terhadap punggung.
- f) Setelah putaran paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan jalan: kepala dipegang pada os oksiput dan di bawah dagu, ditarik curam ke bawah untuk melahirkan bahu depan, dan curam ke atas untuk melahirkan bahu belakang, setelah kedua bahu lahir, ketika dikaitkan untuk melahirkan sisa badan bayi, bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.

3) Kala III

Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Dengan lahirnya bayi, mulai berlangsung pelepasan plasenta pada lapisan Nitabusch, karena sifat retraksi otot rahim. Lepas nya plasenta sudah dapat diperkirakan

dengan memperhatikan tanda – tanda : uterus menjadi bundar, uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim, tali pusat bertambah panjang, terjadi perdarahan. Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara Crede pada fundus uteri.

4) Kala IV

Dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan meliputi tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi dan pernapasan, kontraksi uterus, terjadinya perdarahan perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500cc.

h. 60 langkah APN

MELIHAT TANDA DAN GEJALA KALA DUA

- 1) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua.
 - a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/atau vaginanya.
 - c) Perineum menonjol.
 - d) Vulva-vagina dan sfingter anal membuka.

MENYIAPKAN PERTOLONGAN PERSALINAN

- 2) Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
- 3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.

- 4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
- 5) Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
- 6) Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).

MEMASTIKAN PEMBUKAAN LENGKAP DENGAN JANIN BAIK

- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi).
- 8) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap.
 - a) Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
- 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti di atas).

10) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100 – 180 kali / menit).

- a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
- b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.

MENYIAPKAN IBU & KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES PIMPINAN MENERAN.

11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.

- a) Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.
- b) Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.

12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).

13) Melakukan pimpinan meneran saat Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran :

- a) Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran
- b) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.
- c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang).
- d) Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.

- e) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
- f) Menganjurkan asupan cairan per oral.
- g) Menilai DJJ setiap lima menit.
- h) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60/menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera.

Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran

- a) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, menganjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi.
- b) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.

PERSIAPAN PERTOLONGAN KELAHIRAN BAYI.

- 14) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- 15) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
- 16) Membuka partus set.
- 17) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

MENOLONG KELAHIRAN BAYI

Lahirnya kepala

- 18) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kelapa bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada

kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.

a) Jika ada mekonium dalam cairan ketuban, segera hisap mulut dan hidung setelah kepala lahir menggunakan penghisap lendir DeLee disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau bola karet penghisap yang baru dan bersih.

19) Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.

20) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi :

a) Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.

b) Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.

21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
Lahir bahu

22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan kearah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.

Lahir badan dan tungkai

23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan

tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

- 24) Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat panggung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

PENANGANAN BAYI BARU LAHIR

- 25) Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan).
- 26) Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian pusat.
- 27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
- 28) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
- 29) Mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, mengambil tindakan yang sesuai.
- 30) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya.

PENANGANAN BAYI BARU LAHIR

Oksitosin

- 31) Untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
- 32) Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.
- 33) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, memberikan suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu. Penegangan tali pusat terkendali
- 34) Memindahkan klem pada tali pusat
- 35) Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
- 36) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai.
 - a) Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan ransangan puting susu.

Mengeluarkan plasenta.

- 37) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.

- a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 – 10 cm dari vulva.
- b) Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit :
- (1) Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.
 - (2) Menilai kandung kemih dan mengkateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.
 - (3) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
 - (4) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.
 - (5) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.
- 38) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati - hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinil. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.
- a) Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forseps disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selapuk yang tertinggal.

Pemijatan Uterus

- 39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).

MENILAI PERDARAHAN

- 40) Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus.
 - a) Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai.
- 41) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

MELAKUKAN PROSEDUR PASCA PERSALINAN

- 42) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik. Mengevaluasi perdarahan persalinan vagina.
- 43) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
- 44) Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
- 45) Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
- 46) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5 %.
- 47) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
- 48) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.

EVALUASI

- 49) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam :
- 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
 - Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
 - Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.
 - Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melaksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.
 - Jika ditemukan lacerasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesia lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.
- 50) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
- 51) Mengevaluasi kehilangan darah.
- 52) Memeriksa tekanan darah, nadi dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
- Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan.
 - Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

Kebersihan dan keamanan

- 53) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
- 54) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.

- 55) Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 56) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Mengajukan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
- 57) Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
- 58) Menceleupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 59) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 60) Dokumentasi
- 61) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang)

i. Macam-macam persalinan

Posisi meneran persalinan merupakan suatu peristiwa fisiologis tanpa disadari dan terus berlanjut/progresif. Penolong persalinan dapat membantu agar ibu tetap tenang dan rileks, maka penolong persalinan tidak boleh mengatur posisi meneran. Penolong persalinan harus memfasilitasi ibu dalam memilih sendiri posisi meneran dan menjelaskan alternatif-alternatif posisi meneran bila posisi yang dipilih ibu tidak efektif (Nurasiah, dkk, 2014:116).

Adapun macam-macam posisi meneran adalah:

1) Duduk atau Setengah Duduk

Dengan posisi ini penolong persalinan lebih leluasa dalam membantu kelahiran kepala janin serata lebih leluasa untuk dapat memperhatikan perineum.



Gambar 2.1 Posisi Meneran Duduk atau Setengah Duduk

(Sumber : Nurasih, dkk, 2014 : 116)

2) Merangkak

Posisi merangkak sangat cocok untuk persalinan dengan rasa sakit pada punggung, mempermudah janin dalam melakukan rotasi serta peregangan pada perineum berkurang.

3) Berbaring Miring ke kiri

Posisi ini dapat mengurangi penekanan pada vena cava inferior sehingga dapat mengurangi kemungkinan terjadinya hipoksia, karena suplai oksigen tidak terganggu, dapat memberi suasana rileks bagi ibu yang mengalami kecapean dan dapat mencegah terjadinya laserasi/robekan jalan lahir.



Gambar 2.2 Posisi Meneran Berbaring Kekiri

(Sumber : Nurasih, dkk, 2014 : 116)

4) Jongkok atau berdiri

Posisi memudahkan penurunan kepala janin, memperluas panggul sebesar 28% lebih besar pada pintu bawah panggul, memperkuat dorong meneran. Namun posisi ini beresiko terjadinya laserasi (perluasan jalan lahir).



Gambar 2.3 Posisi Meneran Jongkok Atau Berdiri

(Sumber : Nurasih, dkk, 2014 : 116)

5) Hindari posisi terlentang dapat menyebabkan:

a) Hipotensi dapat beresiko terjadinya syok dan berkurangnya suplay oksigen dalam sirkulasi uteroplasenta sehingga dapat menyebabkan

- (1) hipoksia bagi janin
- (2) Rasa nyeri yang bertambah
- (3) Kemajuan persalinan bertambah lama

- (4) Ibu mengalami gangguan untuk bernafas
- (5) Buang air kecil terganggu
- (6) Mobilisasi ibu kurang bebas
- (7) Ibu kurang semangat
- (8) Resiko laserasi jalan lahir bertambah
- (9) Dapat mengakibatkan krusakan pada syaraf kaki dan punggung

j. Robekan Perineum

Robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Namun hal ini dapat dihindarkan atau dikurangi dengan menjaga jangan sampai dasar panggul dilalui oleh kepala janin dengan cepat, dan adanya robekan perineum ini dibagi menjadi (Soepardiman, 2009):

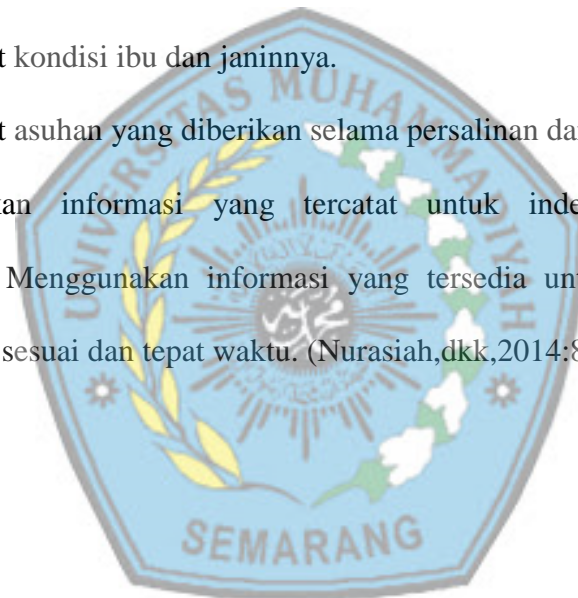
- 1) Derajat I : Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum.
- 2) Derajat II : Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum.
- 3) Derajat III : Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot spinter ani eksterna.
- 4) Derajat IV : Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot spinter ani eksterna, dinding rekrum anterior. (Nurasiah,dkk, 2014:172).

k. Partograf

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala I persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik. Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah:

- 1) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui periksa dalam.

- 2) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.
- 3) Data lengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikan mentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik, dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua dicatatkan secara rinci pada status atau rekamedik ibu bersalin atau bayi baru lahir. Jika digunakan secara tepat dan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk
 - a) Mencatat kemajuan persalinan.
 - b) Mencatat kondisi ibu dan janinnya.
 - c) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran.
- 4) Menggunakan informasi yang tercatat untuk indentifikasi dini penyulit persalinan. Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu. (Nurasiah,dkk,2014:82,83).



Gambar 2.4 partograf

PARTOGRAF

Fasilitas Kesehatan _____ Alamat: _____
 Nama: _____ Umur: _____ Gravida: _____ Para: _____ Abortus: _____ No. Registrasi: _____
 Tanggal: _____ Waktu saat masuk: _____ Mulai Mula: _____ Ketuban Pecah: _____

Berat Isotung (kg)	200 180 160 140 120 100 80 60		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	↑ ↓
Air Ketuban Penyusutan				↑ ↓
Waktu (jam)	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	↑ ↓
Beres / 30 menit 20 - 40 detik 40 detik	5 4 3 2 1 0			↑ ↓
Oksigen U/I Tetap/masih				↑ ↓
Olat dan Cairan Iru	200 170 140 110 80 50 20			↑ ↓
Suhu °C				↑ ↓
Babes				↑ ↓

DAFTAR PERTANYAAN

1. Jenis Jenis

2. Tujuan Penelitian

3. Cara dan Waktu

4. Cara dan Waktu Pengumpulan Data

5. Cara dan Waktu Pengolahan Data

6. Cara dan Waktu Penyebaran Data

7. Cara dan Waktu Penyebaran Data

8. Cara dan Waktu Penyebaran Data

9. Cara dan Waktu Penyebaran Data

10. Cara dan Waktu Penyebaran Data

11. Cara dan Waktu Penyebaran Data

12. Cara dan Waktu Penyebaran Data

13. Cara dan Waktu Penyebaran Data

14. Cara dan Waktu Penyebaran Data

15. Cara dan Waktu Penyebaran Data

16. Cara dan Waktu Penyebaran Data

17. Cara dan Waktu Penyebaran Data

18. Cara dan Waktu Penyebaran Data

19. Cara dan Waktu Penyebaran Data

20. Cara dan Waktu Penyebaran Data

21. Cara dan Waktu Penyebaran Data

22. Cara dan Waktu Penyebaran Data

23. Cara dan Waktu Penyebaran Data

24. Cara dan Waktu Penyebaran Data

25. Cara dan Waktu Penyebaran Data

26. Cara dan Waktu Penyebaran Data

27. Cara dan Waktu Penyebaran Data

28. Cara dan Waktu Penyebaran Data

29. Cara dan Waktu Penyebaran Data

30. Cara dan Waktu Penyebaran Data

31. Cara dan Waktu Penyebaran Data

32. Cara dan Waktu Penyebaran Data

33. Cara dan Waktu Penyebaran Data

34. Cara dan Waktu Penyebaran Data

35. Cara dan Waktu Penyebaran Data

36. Cara dan Waktu Penyebaran Data

37. Cara dan Waktu Penyebaran Data

38. Cara dan Waktu Penyebaran Data

39. Cara dan Waktu Penyebaran Data

40. Cara dan Waktu Penyebaran Data

41. Cara dan Waktu Penyebaran Data

42. Cara dan Waktu Penyebaran Data

43. Cara dan Waktu Penyebaran Data

44. Cara dan Waktu Penyebaran Data

45. Cara dan Waktu Penyebaran Data

46. Cara dan Waktu Penyebaran Data

47. Cara dan Waktu Penyebaran Data

48. Cara dan Waktu Penyebaran Data

49. Cara dan Waktu Penyebaran Data

50. Cara dan Waktu Penyebaran Data

25. Cara dan Waktu Penyebaran Data

26. Cara dan Waktu Penyebaran Data

27. Cara dan Waktu Penyebaran Data

28. Cara dan Waktu Penyebaran Data

29. Cara dan Waktu Penyebaran Data

30. Cara dan Waktu Penyebaran Data

31. Cara dan Waktu Penyebaran Data

32. Cara dan Waktu Penyebaran Data

33. Cara dan Waktu Penyebaran Data

34. Cara dan Waktu Penyebaran Data

35. Cara dan Waktu Penyebaran Data

36. Cara dan Waktu Penyebaran Data

37. Cara dan Waktu Penyebaran Data

38. Cara dan Waktu Penyebaran Data

39. Cara dan Waktu Penyebaran Data

40. Cara dan Waktu Penyebaran Data

41. Cara dan Waktu Penyebaran Data

42. Cara dan Waktu Penyebaran Data

43. Cara dan Waktu Penyebaran Data

44. Cara dan Waktu Penyebaran Data

45. Cara dan Waktu Penyebaran Data


46. Cara dan Waktu Penyebaran Data

47. Cara dan Waktu Penyebaran Data

48. Cara dan Waktu Penyebaran Data

49. Cara dan Waktu Penyebaran Data

50. Cara dan Waktu Penyebaran Data



Sumber : APN,(2016:61)

3. NIFAS

a. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang dari 6 minggu.

Masa nifas (*puerperium*), berasal dari bahasa latin, yaitu *puer* yang artinya bayi dan *parous* yang artinya melahirkan atau berarti masa sesudah melahirkan.

Periode masa nifas (*puerperium*) adalah periode waktu selama 6-8 minggu setelah persalinan. Proses ini dimulai setelah selesainya persalinan dan berakhir setelah alat-alat reproduksi kembali seperti keadaan sebelum hamil/tidak hamil sebagai akibat dari adanya perubahan fisiologi dan psikologi karena proses persalinan. (Sitti, 2009:4)

b. Tujuan Asuhan Nifas

Menurut Vivian dkk (2013 : 2) tujuan asuhan masa nifas adalah sebagai berikut :

- 1) Mendeteksi Adanya Perdarahan Masa Nifas
- 2) Menjaga Kesehatan Ibu dan Bayinya
- 3) Melaksanakan skrining secara komprehensif
- 4) Memberikan pendidikan kesehatan diri
- 5) Memberikan pendidikan mengenai laktasi dan perawatan payudara
- 6) Konseling mengenai KB

c. Perubahan Fisiologi Pada Masa Nifas

Selama masa nifas, alat-alat interna maupun eksterna berangsur-angsur kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan keseluruhan alat genitalia ini disebut involusi. (Sitti Saleha, 2009 : 53).

Perubahan-perubahan yang terjadi antara lain :

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

Segera setelah lahirnya plasenta, pada uterus yang berkontraksi posisi fundus uteri berada kurang lebih pertengahan antara umbilikus dan simfisis, atau sedikit lebih tinggi. Dua hari kemudian, kurang lebih sama dan kemudian mengerut, sehingga dalam dua minggu telah turun masuk kedalam rongga pelvis dan tidak dapat diraba dari luar. involusi tersebut dapat dipercepat dengan proses bila ibu menyusui bayinya.

Dalam keadaan normal, uterus mencapai ukuran besar pada masa sebelum hamil sampai dengan kurang dari 4 minggu, berat uterus setelah kelahiran kurang lebih 1 kg sebagai akibat involusi. Setelah satu minggu setelah melahirkan beratnya menjadi kurang lebih 500 gram, pada akhir minggu kedua setelah persalinan menjadi kurang lebih 3000 gram, setelah itu menjadi 100 gram atau kurang. Otot-otot uterus segera berkontraksi setelah postpartum. Pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta lahir.

b) Lokia

Lokia adalah cairan secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina selama masa nifas. Berikut adalah beberapa jenis lokia yang terdapat pada perempuan :

- (1) Lokia Rubra berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, lanugo dan mekonium. Lokia ini akan keluar selama 2-3 hari setelah postpartum.
- (2) Lokia Sanguilenta berwarna merah kekuningan berisi darah dan lendir yang keluar pada hari ke-3 sampai ke-7 pascapersalinan.
- (3) Lokia Serosa lokia ini berwarna merah jambu kemudian menjadi kuning. Cairan ini tidak berdarah lagi pada hari ke-7 sampai ke-14 pascapersalinan.
- (4) Lokia Alba adalah lokia yang terakhir dimulai dari hari ke-14 kemudian makin lama makin sedikit hingga sama sekali berhenti sampai satu atau dua minggu berikutnya.

c) Serviks

Segera setelah kala IV, serviks menjadi sangat lembek, kendur dan terkulai. Serviks tersebut bisa melepuh dan lecet, terutama di bagian anterior. Lubang serviks lama kelamaan akan mengecil, beberapa hari setelah persalinan diri retak karena robekan dalam persalinan. Rongga leher serviks bagian luar akan membentuk seperti keadaan sebelum hamil pada saat empat minggu postpartum.

d) Vagina

Vagina dan lubang vagina pada pemulaan puerperium merupakan suatu saluran yang berdinding tipis. Secara berangsur-angsur luasnya berkurang, tetapi jarang sekali kembali seperti ukuran seorang nulipara.

e) Payudara

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologi, yaitu sebagai berikut :

- (1) Produksi susu
- (2) Sekresi susu

Selama sembilan bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makan bagi bayi baru lahir. Sampai hari ketiga setelah melahirkan, efek prolaktin pada payudara mulai bisa dirasakan.

1) Sistem Pencernaan

Seorang wanita dapat merasa lapar dan siap meyatap makanannya dua jam setelah persalinan. Kalsium sangat penting untuk gigi pada kehamilan dan masa nifas, dimana pada masa ini terjadi penurunan konsentrasi ion kalsium karena meningkatnya kebutuhan kalsium pada ibu, terutama pada bayi yang dikandungnya untuk proses pertumbuhan janin juga pada ibu dalam masa laktasi.

Menurut Vivian (2013 : 61) perubahan pencernaan pada masa nifas berupa :

a) Nafsu makan

Ibu merasa lapar segera setelah melahirkan sehingga ia boleh mengonsumsi makanan ringan. Ibu seringkali cepat lapar setelah melahirkan dan siap makan pada 1-2 jam setelah postpartum.

Seringkali untuk pemulihan nafsu makan, diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron kembali

turun setelah melahirkan namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

b) Motilitas

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

c) Pengosongan usus

BAB akan tertunda dua sampai tiga hari setelah ibu melahirkan. Karena tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan pada awal masa pascapartum, diare sebelum melahirkan, kurang makan, atau dehidrasi.

2) Sistem perkemihan

Pelvis ginjal dan ureter yang teregang dan berdilatasi selama kehamilan kembali normal pada akhir minggu keempat setelah melahirkan. Kurang lebih 40% wanita nifas mengalami proteinuria yang nonpatologis sejak pascapersalinan sampai dua hari pascapartum agar dapat dikendalikan.

Jumlah urin yang keluar dapat melebihi 3.000 ml per harinya, selain itu juga didapati adanya keringat yang banyak pada beberapa hari pertama setelah persalinan.

3) Sistem Muskuloskeletal

Ligamen, fascia dan diafragma pelvis yang meregang sewaktu kehamilan dan persalinan berangsur-angsur kembali seperti sedia kala.

4) Sistem Integumen

Perubahan kulit selama kehamilan berupa hiperpigmentasi pada wajah, leher, mamae, dinding perut dan beberapa lipatan sendi akan menghilang setelah masa nifas.

d. Peran dan Tanggung Jawab Bidan dalam Masa Nifas

Menurut Vivian (2013 : 3) Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Diperkirakan bahwa 60% kematian ibu termasuk kehamilan terjadi setelah persalinan dan 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam. Oleh karena itu, peran dan tanggung jawab bidan untuk memberikan asuhan kebidanan ibu nifas dengan pemantauan mencegah beberapa kematian ini. Peran bidan antara lain sebagai berikut :

- 1) Memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas.
- 2) Sebagai promotor hubungan antara ibu dan bayi, serta keluarga.
- 3) Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.
- 4) Membuat kebijakan, rencana program kesehatan yang berkaitan ibu dan anak, serta mampu melakukan kegiatan administrasi.
- 5) Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan.
- 6) Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktikkan kebersihan yang aman.

- 7) Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosis dan rencana tindakan juga melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, serta mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas.
- 8) Memberikan asuhan secara profesional.

e. Tahap Masa Nifas

Menurut Vivian, dkk (2013 :4) ada beberapa tahapan masa nifas adalah sebagai berikut :

1) Puerperium Dini

Yaitu kepulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan, serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal.

2) Puerperium Intermedian

Yaitu suatu pemulihan alat-alat genitalia yang lamanya sekita 6-8 minggu.

3) Puerperium Remote

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi.

f. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Pada kebijakan program nasional masa nifas paling sedikit 4 kali kunjungan yang dilakukan. Hal ini untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir serta untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi.(Vivian dkk, 2013,hal: 4)

1) 6-8 jam setelah persalinan

- a) Mencegah pendarahan masa nifas karena atonia uteri.

- b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain pendarahan, rujuk bila pendarahan berlanjut.
- c) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah pendarahan masa nifas karena atonia uteri.
- d) Pemberian ASI awal.
- e) Meakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
- f) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

Catatan : Jika petugas kesehatan menolong persalinan ia harus tinggal dengan ibu dan baru baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.

2) 6 hari setelah persalinan

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

3) 2 minggu setelah persalinan

Memastikan Rahim sudah kembali normal dengan mengukur dan meraba bagian rahim.

- 4) 6 minggu setelah persalinan
 - a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami.
 - b) Memberikan konseling untuk KB secara dini.

g. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

Menurut Sitti, S (2009, hal : 71) Kebutuhan ibu pada masa nifas meliputi :

1) Nutrisi dan Cairan

Pada masa nifas masalah diet perlu mendapatkan perhatian yang serius, karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi susunan air susu. Diet yang diberikan harus bermutu, bergizi tinggi, cukup kalori, tinggi protein, dan banyak mengandung cairan.

Ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan akan gizi sebagai berikut :

- a) Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari.
- b) Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup.
- c) Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari.
- d) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pasca persalinan.
- e) Minum kapsul vitamin A 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

2) Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) ialah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu postpartum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan.

Sekarang tidak perlu lagi menahan ibu postpartum terlentang di tempat tidurnya selama 7-14 hari setelah melahirkan. Ibu postpartum sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam postpartum.

Keuntungan *early ambulation* adalah sebagai berikut :

- a) Ibu merasa lebih sehat dan kuat dengan *early ambulation*.
- b) Faal usus dan kandung kemih lebih baik.
- c) *Early ambulation* memungkinkan kita mengajarkan ibu cara merawat anaknya selama ibu masih di rumah sakit. Misalnya memandika, mengganti pakaian, dan memberi makan.
- d) Lebih sesuai dengan keadaan Indonesia (social ekonomis). Menurut penelitian-penelitian yang saksama, *early ambulation* tidak mempunyai pengaruh yang buruk, tidak menyebabkan perdarahan yang abnormal, tidak mempengaruhi penyembuhan luka episiotomi atau luka di perut, serta tidak memperbesar kemungkinan prolapses atau retrotexto uteri.

Early ambulation tentu tidak dibenarkan pada ibu postpartum dengan penyulit, misalnya anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam, dan sebagainya.

Penambahan kegiatan dengan *early ambulation* harus berangsur-angsur, jadi bukan maksudnya ibu segera setelah bangun dibenarkan mencuci, memasak, dan sebagainya.

3) Eliminasi

a) Buang air kecil

Ibu diminta untuk buang air kecil (miksi) 6 jam postpartum. Jika dalam 8 jam postpartum belum dapat berkemih atau sekali berkemih belum melebihi 100 cc, maka dilakukan kateterisasi. Akan tetapi, kalau ternyata kandung kemih penuh, tidak perlu menunggu 8 jam untuk kateterisasi.

Berikut ini sebab-sebab terjadinya kesulitan berkemih (retensio urine) pada ibu postpartum :

- (1) Berkurangnya tekanan intraabdominal.
- (2) Otot-otot perut masih lemah.
- (3) Edema dan uretra.
- (4) Dinding kandung kemih kurang sensitif.

b) Buang air besar

Ibu postpartum diharapkan dapat buang air besar (defekasi) setelah hari kedua postpartum. Jika hari ketiga belum juga BAB, maka perlu diberi obat pencahar per oral atau rektal. Jika setelah pemberian obat pencahar masih belum bias BAB, maka dilakukan klisma (huknah).

4) Personal Hygiene

Pada masa postpartum, seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungan sangat penting untuk tetap dijaga.

Langkah-langkah yang dapat dilakukan untuk menjaga kebersihan diri ibu postpartum adalah sebagai berikut :

- a) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh, terutama perineum.
 - b) Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Nasihati ibu untuk membersihkan vulva setiap kali selesai buang air kecil atau besar.
 - c) Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik dan dikeringkan di bawah matahari dan disetrika.
 - d) Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.
 - e) Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah tersebut.
- 5) Istirahat dan Tidur
- Hal-hal yang biasa dilakukan pada ibu untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur adalah sebagai berikut :
- a) Anjurkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
 - b) Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan., serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur.
 - c) Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal:
 - (1) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi.
 - (2) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan.

(3) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

6) Aktivitas Seksual

Aktivitas seksual yang dapat dilakukan oleh ibu masa nifas harus memenuhi syarat berikut ini :

- a) Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu-satu dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri, maka ibu aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.
- b) Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan ini bergantung pada pasangan yang bersangkutan.

7) Latihan dan Senam Nifas

Setelah persalinan terjadi involusi pada hampir seluruh organ tubuh wanita. Involusi ini sangat jelas terlihat pada alat-alat kandungan. Sebagai akibat kehamilan dinding perut menjadi lembek dan lemas disertai adanya striae gravidarum yang membuat keindahan tubuh akan sangat terganggu. Oleh karena itu, mereka akan selalu berusaha untuk memulihkan dan mengencangkan keadaan dinding perut yang sudah tidak indah lagi. Cara untuk mengembalikan bentuk tubuh menjadi indah dan langsing seperti semula adalah dengan melakukan latihan dan senam nifas.

Untuk itu beri penjelasan pada ibu tentang beberapa hal berikut ini :

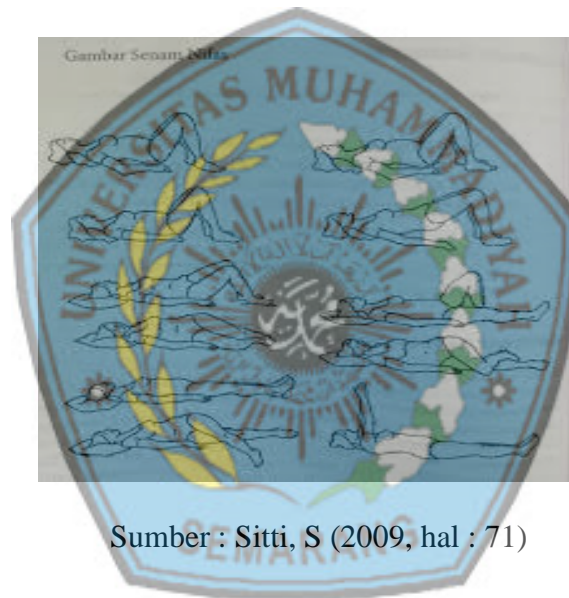
- a) Diskusikan pentingnya otot-otot perut dan panggul agar kembali normal, karena hal ini akan membuat ibu merasa lebih kuat dan ini

juga menjadikan otot perutnya menjadi kuat, sehingga mengurangi rasa sakit pada punggung.

b) Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu.

(1) Dengan tidur terlentang dan lengan di samping, Tarik otot perut selagi menarik napas, tahan napas dalam, angkat dagu ke dada, tahan mulai hitungan 1 sampai 5. Rileks dan ulangi sebanyak 10 kali.

Gambar 2.5 Senam Nifas



Sumber : Sitti, S (2009, hal : 71)

(2) Untuk memperkuat tonus otot jalan lahir dan dasar panggul lakukanlah latihan Keagel.

c) Berdiri dengan tungkai dirapatkan. Kencangkan otot bokong dan pinggul, tahan sampai 5 hitungan. Relaksasi otot dan ulangi latihan sebanyak 5 kali.

d) Mulai mengerjakan 5 kali latihan untuk setiap gerakan. Setiap minggu naikkan jumlah latihan 5 kali lebih banyak. Pada minggu ke 6 setelah persalinan ibu harus mengerjakan setiap gerakan sebanyak 30 kali.

h. Gejala dan Tanda Bahaya Masa Nifas

Menurut Prawirohardjo (2014 : 260-261) dapat dilihat dari tabel dibawah ini :

1) Metritis (Endometriti/Endometriometritis)

Nyeri perut bagian bawah, lochia yang purulen dan berbau, uterus tegang dan subinvolusi.

2) Abses Pelvik

Nyeri perut bagian bawah, pembesaran perut bagian bawah, demam yang terus menerus.

3) Bendungan Pada Payudara

Payudara yang mengeras, membesar (pada kedua payudara), nyeri payudara dan tegang biasanya terjadi pada antara hari 3-5 pascapersalinan.

4) Mastitis

Ada inflamasi yang didahului bendungan, kemerahan yang batasnya jelas pada payudara, terjadi pada satu payudara, antara 3-4 pascapersalinan.

5) Abses Payudara

Payudara yang tegang, padat, kemerahan, pembengkakan dengan ada fluktuasi, dan mengalir nanah.

6) Kehilangan selera makan untuk waktu bekepanjangan

7) Merasa sedih atau tidak mampu merawat bayi

4. BAYI BARU LAHIR

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir adalah bayi yang baru di lahirkan selama satu jam pertama kelahiran (saifuddin,2013). Menurut Donna L.Wong (2003) bayi baru lahir adalah bayi yang lahir sampai 4 minggu lahirnya pada usia gestasi 38-42 minggu.

b. Ciri-ciri Bayi Normal

- 1) Berat badan 2500-4000 gram
- 2) Panjang badan sampai 48-52 cm
- 3) Lingkar dada 30-38 cm
- 4) Lingkar kepa 33-35 cm
- 5) Frekuensi jantung 120-160 cm
- 6) Pernafasan \pm - 60 40 kali/menit
- 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan sub cutan ukup
- 8) Rambut lanugo tidak terlihat,rambut kepala biasanya telah sempurna
- 9) Kuku agak panjang dan lemas
- 10) Genetelia: labia mayora sudah menutupi labia minora
Laki-laki testis sudah turun,skrotum sudah ada
- 11) Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- 12) Reflek morrow atau gerak memeluk bila di kagetkan sudah baik
- 13) Reflek grasps atau menggenggam sudah baik
- 14) Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jampertama, berwarna hitam kecoklatan (Sri rahayu,2017)

c. Perubahan Fisiologis Bayi Baru Lahir

- 1) Sistem kardiovaskuler

Sistem kardiovaskuler mengalami perubahan yang mencolok setelah bayi baru lahir. Foramen ovale, duktus arteriolus, dan duktus venosus menutup. Arteri umbilialis dan arteri menjadi ligamen. Nafas pertama yang dilakukan bayi baru lahir membuat paru-paru berkembang dan menurunkan resistensi vaskuler pulmoner sehingga darah paru mengalir. Frekuensi denyut jantung bayi rata-rata 140 kali/menit saat lahir dengan variasi berkisar antara 120 dan 160 kali/menit

2) Sistem ginjal

Fungsi ginjal dalam kehidupan dengan beban kerja yang minimal sampai bayi lahir. Urin berwarna jernih dan tidak berbau. Ginjal bayi baru lahir memperlihatkan penurunan aliran darah dan ginjal dan penurunan laju filtrasi glomerulus. Bayi baru lahir mengekresi sejumlah kecil urin pada 48 jam pertama kehidupan, seringkali hanya sebanyak 30 – 60 ml.

3) Sistem cerna/Gastrointestinal

Sistem gastrointestinal pada bayi baru lahir cukup bulan relatif sudah matang. Sebelum lahir, janin cukup bulan melakukan hisapan dan tindakan menelan. Reflek muntah dan batuk yang sudah sempurna tetap utuh pada saat lahir. Kemampuan bayi baru lahir cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan masih terbatas.

4) Sistem imunologi

Sel-sel tubuh memberikan fungsi imunitas yang terdapat pada saat lahir guna membantu bayi baru lahir membunuh mikroorganisme asing. Tiga sel yang berfungsi dalam fagositosis (menelan dan membunuh) mikroorganisme yang menyerang tubuh ketiga sel darah neutrofil polimorfomuklear, monosit, dan makrofag.

5) Sistem skeletal

Tulang–tulang neonatus lunak karena tulang tersebut sebagian besar terdiri dari kartilago yang hanya mengandung sejumlah kecil kalsium.

6) Sistem Neuromuskuler

Pada saat lahir otot bayi lambat dan lentur, otot–otot tersebut memiliki tonus kemampuan untuk berkontraksi ketika dirangsang, tetapi bayi kurang mempunyai kemampuan untuk mengontrolnya. Sistem pernafasan bayi cukup berkembang untuk bertahan hidup tetapi belum terintegrasi secara sempurna.

7) Sistem termal

Suhu tubuh yang normal pada bayi baru lahir adalah $36,5 - 37,5^{\circ}\text{C}$. Hipotermia terjadi pada waktu suhu tubuh turun dibawah $36,5^{\circ}\text{C}$. Bayi baru lahir sangat peka terhadap hipotermia selama periode stabilisasi pada 6 – 12 jam setelah kelahiran. Bayi dapat kehilangan panas melalui mekanisme konveksi, reduksi, konduksi, dan evaporasi (Rahayu, 2017 : 90).

d. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Beberapa tanda bahaya baru lahir harus di waspadai, di deteksi lebih dini untuk segera di lakukan penanganan agar tidak mengancam nyawa bayi beberapa tanda bahaya bayi baru lahir tersebut antara lain :

- 1) Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali permenit
- 2) Reaksi dada saat inspirasi. Suhu terlalu panas $>38^{\circ}\text{C}$ atau terlalu dingin atau $< 36^{\circ}\text{C}$.
- 3) Warna abnormal yaitu kulit atau bibir biru atau pucat
- 4) Memar atau sangat kuning (terutama pada 24 pertama) juga merupakan tanda bahaya bagi bayi baru lahir.

5) Tanda bahaya baru lahir lainnya yaitu pemberian ASI sulit (hisap lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah), tali pusat merah, bengkak keluar cairan, bau busuk, berdarah, serta adanya infeksi yang di tandai dengan suhu tubuh meningkat merah, bengkak, keluar cairan (pus) bau busuk pernafasan sulit.

Gangguan pada gestrointestinal bayi juga merupakan tanda bahan mekonium tidak keluar setelah tiga hari pertama kelahiran, urin tiak keluar dalam 24 jam pertama, muntah terus-menerus distensi abdomen, feses hijau/berlendir/darah. Bayi menggigil atau menangis tidak seperti biasa, lemas, mengantuk lunglai kejang-kejang halus, tidak bisa tenang menangis terus-menerus mata bengkak dan mengeluarkan cairan juga termasuk dalam tanda-tanda bahaya bayi baru lahir. (Sri rahayu, 2017 : 106-107).

e. Kunjungan Neonatal

Setiap bayi baru lahir memperoleh pelayanan Kunjungan Neonatal minimal 3 kali, yaitu 1 kali pada 6-48 jam, 1 kali pada 3-7 hari, 1 kali pada 8-28 hari sesuai standar di satu wilayah kerja pada satu tahun (Kemenkes, 2014).

Pelayanan yang diberikan saat kunjungan neonatal adalah pemeriksaan sesuai standar Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) dan konseling perawatan bayi baru lahir termasuk ASI eksklusif dan perawatan tali pusat. Kunjungan neonatal pertama (KN1) adalah cakupan pelayanan kesehatan bayi baru lahir (umur 6-48 jam). Pada kunjungan neonatal pertama (KN1), bayi baru lahir mendapatkan vitamin K1 injeksi dan imunisasi hepatitis B (HB0) bila belum diberikan pada saat lahir (Kemenkes, 2014).

f. Perawatan Bayi Baru Lahir

1) Pemberian ASI

Air susu ibu merupakan makanan yang terbaik bagi bayi. ASI diketahui mengandung zat gizi yang paling sesuai untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi, baik kualitas dan kuantitasnya. Berikan ASI sesering mungkin sesuai dengan kebutuhan bayi tanpa jadwal (on demand). Berikan ASI saja (ASI eksklusif) sampai bayi berusia 6 bulan.

2) Perawatan tali pusat

Banyak pendapat tentang cara terbaik dalam merawat tali pusat. Telah dilaksanakan beberapa uji klinis untuk membandingkan cara perawatan tali pusat agar tidak terjadi peningkatan infeksi, yaitu dengan membiarkan luka tali pusat terbuka dan membersihkan luka hanya dengan membiarkan luka tali pusat terbuka dan membersihkan luka hanya dengan air bersih. Negara-negara yang beriklim tropis perlu mewaspadaai penggunaan alkoahol yang dahulu populer dan terbukti efektif untuk membersihkan tali pusat, karena sesungguhnya alkohol akan mudah menguap di daerah panas dan dengan demikian efektifnya akan menurun.

Begitu dengan bedak antiseptik yang juga dapat kehilangan efektifitasnya terutama dalam kelembaban tinggi (bila tidak di jaga), sehingga penggunaan bahan tersebut dapat mengakibatkan peningkatan infeksi, kecuali bila obat tersebut dapat dijaga tetap kering dan dingin.

Oleh karena itu tidak ada bukti kuat akan efektifnya penggunaan alkohol tersebut, disamping itu juga karena harganya yang mahal serta sulit untuk mendapat bahan yang berkualitas, maka untuk sementara ibu nifas dianjurkan untuk membiarkan saja luka tali pusat bayinya mengering sendiri. Hasil

penelitian tersebut diatas menunjukkan bahwa dengan membiarkan tali pusat mengering, tidak ditutup dan hanya dibersihkan setiap hari dengan air bersih merupakan cara yang paling efektif dan dengan biaya yang efisien pua untuk perawatan tali pusat.

Bidan hendaknya menasehati ibu agar tidak membubuhkan apapun pada daerah sekitar tali pusat karena dapat mengakibatkan infeksi. Hal ini diakibatkan karena meningkatkan kelembaban (akibat penyerapan olah bahan tersebut) badan bayi sehingga menciptakan kondisi yang ideal bagi tumbuhnya bakteri (Dewi, 2011).

3) Memandikan Bayi

Memandikan bayi merupakan hal yang sering dilakukan, tetapi masih banyak kebiasaan yang salah dalam memandikan bayi, seperti memandikan bayi segera setelah lahir. Saat mandi bayi berada dalam keadaan telanjang sehingga mudah kehilangan, panas. Karena itu harus dilakukan upaya untuk mengurangi terjadinya kehilangan panas.

Urutan memandikan bayi yang benar dimulai dari membersihkan wajah, mata, lubang hidung dibersihkan perlahan, kemudian bersihkan bagian luar telinga. Kemudian bersihkan wajah bayi dengan waslap. Setelah wajah dibersihkan bukalah baju bayi lalu bersihkan kelamin dan bokong bayi. Usap seluruh tubuh dan lipatan tubuh bayi dengan waslap dan diberi sabun khusus bayi. Setelah selesai bayi dapat dimasukkan ke bak air hangat. Tangan kiri ibu menyangga kepala dan memegang erat ketiak bayi sedangkan tangan kanan ibu membersihkan sabun ditubuh bayi. Untuk membersihkan punggung bayi, balikan badan bayi perlahan dengan tangan kanan ibu sedangkan tangan kiri ibu tetap menopang badan bayi dan

memegang erat ketiaknya. Pencucian rambut dilakukan hanya apabila rambut kotor atau ada kerak pada kulit kepala bayi dengan mengoleskan beberapa tetes baby oil atau sampo bayi di kulit kepala lalu disisir dengan sisir rambut halus untuk memudahkan lepasnya kerak di kulit kepala bayi, selanjutnya usap rambut dan kepala bayi dengan waslap yang direndam air hangat, sampai bersih. Segera bungkus bayi dengan handuk kering dan letakan diatas handuk kering (Prawirohardjo, 2014).

4) IMD (Inisiasi Menyusui Dini)

Protocol evidence based yang baru telah diperbaharui oleh WHO dan UNICEF tentang asuhan bayi baru lahir untuk menyatakan satu jam pertama menyatakan bahwa: bayi harus mendapat kontak kulit ke kulit dengan ibunya segera setelah lahir selama paling sedikit satu jam. Bayi harus dibiarkan untuk melakukan inisiasi menyusui dini dan ibunya dapat mengenali bahwa bayinya siap menyusui serta memberikan bantuan jika diperlukan. Menunda semua prosedur lainnya yang harus dilakukan kepada bayi baru lahir sampai dengan IMD selesai.

Inisiasi menyusui dini atau permulaan menyusui dini adalah bayi mulai menyusui sendiri segera setelah lahir. Cara bayi melakukan inisiasi menyusui dini ini dinamakan the best crawl atau merangkak mencari payudara (Ambarwati dkk, 2010).

a) Tatalaksana Inisiasi Menyusui Dini yaitu: Anjurkan suami atau keluarga mendampingi saat melahirkan

(1) Hindari penggunaan obat kimiawi dalam proses persalinan.

(2) Segera keringkan bayi tanpa menghilangkan lapisan lemak putih (verniks)

- (3) Dalam keadaan ibu dan bayi tidak memakai baju, tengkurapkan bayi di dada ibu, luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada ibu, kepala bayi harus berada diantara dada ibu agar terjadi sentuhan kulit ibu dan bayi kemudian selimuti kedua agar tidak kedinginan. Tutup tubuh bayi dari kepala dengan kain yang kering dan bersih.
- (4) Anjurkan ibu memberi sentuhan kepada bayi untuk merangsang bayi mendekati puting.
- (5) Biarkan bayi bergerak sendiri mencari puting susu ibu.
- (6) Biarkan kulit bayi bersentuhan langsung dengan kulit ibu selama minimal satu jam walaupun proses menyusui telah terjadi. Bila belum terjadi proses menyusui hingga 1 jam biarkan bayi berada di dada ibu sampai proses menyusui pertama kali selesai.
- (7) Tunda tindakan lain seperti menimbang, mengukur, dan memberikan suntikan Vitamin K sampai menyusui pertama kali
- (8) Proses menyusui dini dan kontak kulit ibu dan bayi harus di upayakan meskipun ibu melahirkan dengan cara operasi atau tindakan lain, kecuali ada indikasi medis yang jelas (Rukiyah,2010).

Kontak kulit ke kulit dini antara ibu dan bayi ini sangat penting untuk beberapa alasan yaitu:

- (a) Kehangatan dada ibu dapat menghangatkan bayi, sehingga apabila bayi diletakan diperut dan dada ibunya segera setelah lahir dapat menurunkan resiko hipotermia dan menurunkan kematian akibat kedinginan.
- (b) Saat bayi diletakan di dada ibu, bayi akan merasakan getaran cinta yaitu merasakan ketenangan, merasa dilindungi dan kuat secara

psikis. Bayi akan lebih tenang dan mengurangi stres maka pernafasan dan detak jantungnya pun akan lebih stabil.

- (c) Secara fisiologis skin to skin contact merangsang ibu dan bayi untuk kenal satu sama lain
- (d) Setelah lahir, bayi kulitnya menjadi tempat bakterial berkoloni, hal ini menguntungkan karena bakteri tersebut masuk ke dalam kulit ibu bayi yang tidak berbahaya sehingga kulit bayi tidak berkolonisasi oleh bakteri pemberi perawatan atau dari rumah sakit.
- (e) Dengan mengupayakan bayi menyusu secara dini, bayi akan mendapatkan kolostrum yaitu berupa cairan emas yang kaya akan antibodi dan sangat penting untuk pertumbuhan usus dan ketahanan terhadap infeksi yang sangat dibutuhkan bayi untuk kelangsungan hidupnya.
- (f) Bayi yang diberikan kesempatan menyusu dini sedini mungkin akan mempunyai kesempatan lebih berhasil menyusu eksklusif
- (g) Kemudian sentuhan, hisapan dan jilatan bayi pada puting susu akan merangsang oksitosin yang penting agar: Menyebabkan rahim berkontraksi yang membantu uterus berkontraksi dan mengurangi perdarahan Merangsang pengaliran ASI dari payudara ke ibu (Maryunani dkk, 2008).

b) Keuntungan Inisiasi Menyusu Dini

(1) Bagi bayi :

- (a) Makanan dengan kualitas dan kuantitas yang optimal agar kolostrum segera keluar yang disesuaikan dengan kebutuhan bayi

- (b) Memberikan kesehatan bayi dengan kekebalan pasif yang segera kepada bayi. Kolostrum adalah imunisasi pertama pada bayi
- (c) Meningkatkan kecerdasan
- (d) Membantu bayi mengkoordinasikan isap, telan dan nafas
- (e) Mencegah kehilangan panas
- (f) Merangsang kolostrum segera keluar

(2) Bagi ibu

- a) Merangsang produksi oksitosin dan prolactin
- b) Meningkatkan produksi ASI
- c) Meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dan bayi (Ambarwati dkk, 2010).

Manfaat IMD bagi bayi adalah membantu stabilisasi pernafasan, mengendalikan suhu tubuh bayi lebih baik dibandingkan dengan inkubator, menjaga kolonisasi kuman yang untuk bayi dan mencegah infeksi nosokomial. Kadar bilirubin bayi juga lebih cepat normal karena pengeluaran mekonium lebih cepat sehingga dapat menurunkan insiden ikterus bayi baru lahir. Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga didapat pola tidur yang lebih baik. Dengan demikian, berat badan bayi lebih cepat meningkat dan lebih cepat keluar dari rumah sakit. Bagi ibu IMD dapat mengoptimalkan pengeluaran hormon oksitosin, prolaktin, dan secara psikologis dapat menguatkan ikatan batin antara ibu dan bayi (Prawirohardjo, 2014).

g. 4 Mekanisme Kehilangan Panas :

1) Konveksi

Hilangnya panas tubuh bayi karena aliran udara di sekeliling bayi, misal BBL diletakkan dekat pintu atau jendela terbuka.

2) Konduksi

Pindahnya panas tubuh bayi karena kulit bayi langsung kontak dengan permukaan yang lebih dingin, misalnya popok atau celana basah tidak langsung diganti.

3) Radiasi

Panas tubuh bayi memancar ke lingkungan sekitar bayi yang lebih dingin, misal BBL diletakkan ditempat dingin.

4) Evaporasi

Cairan / air ketuban yang membasahi kulit bayi dan menguap, misalnya bayi baru lahir tidak langsung dikeringkan dari air ketuban (Walyani dan Purwoastuti, 2016)

h. Imunisasi

Daftar imunisasi wajib buat bayi

- a) Hepatitis B. Vaksin ini diberikan saat bayi baru lahir, paling baik diberikan sebelum waktu 12 jam setelah bayi baru lahir.
- b) Polio. Vaksin polio diberikan sebanyak 4 kali sebelum bayi berusia 6 bulan.
- c) BCG hanya diberikan sebanyak 1 kali dan disarankan pemberiannya sebelum bayi berusia 3 bulan. Paling baik diberikan saat bayi berusia 2 bulan. Vaksin BCG ini berfungsi untuk mencegah kuman tuberculosis yang dapat menyerang paru-paru dan selaput otak, dapat menyebabkan kecacatan bahkan kematian.

- d) Campak vaksin ini diberikan sebanyak 2 kali, yaitu pada usia 9 bulan dan 24 bulan. Namun, vaksin campak kedua pada usia 24 bulan tidak perlu lagi diberikan ketika anak sudah mendapatkan vaksin MR pada usia 15 bulan. Vaksin ini diberikan untuk mencegah penyakit campak berat yang dapat mencegah penyakit campak berat yang dapat menyebabkan pneumonia (radang paru), diare, dan bahkan bisa menyerang otak.
- e) Pentavalen (DPT-HB-HiB) merupakan vaksin gabungan dari vaksin DPT (dipteri, pertusis, tetanus), vaksin HB (Hepatitis B), dan vaksin HiB (haemophilus influenza tipe B). Vaksin ini diberikan untuk mencegah 6 penyakit sekaligus, yaitu dipteri, pertusis, tetanus, hepatitis B, pneumonia, dan meningitis (radang otak). Vaksin ini diberikan sebanyak 4 kali, yaitu pada usia 2 bulan, 3 bulan, 4 bulan, dan 18 bulan.

5. Keluarga Berencana

a. Pengertian Keluarga Berencana

Program Keluarga Berencana (KB) merupakan salah satu strategi untuk mengurangi kematian ibu khususnya ibu dengan kondisi 4 T : terlalu muda melahirkan (di bawah usia 20 tahun), terlalu sering melahirkan, terlalu dekat jarak melahirkan, dan terlalu tua melahirkan (di atas usia 35 tahun) (Kemenkes RI, 2013).

Keluarga berencana (KB) merupakan salah satu cara yang paling efektif untuk meningkatkan ketahanan keluarga, kesehatan, dan keselamatan ibu, anak, serta perempuan. Pelayanan KB menyediakan informasi, pendidikan, dan cara-cara bagi laki-laki dan perempuan untuk merencanakan kapan akan mempunyai anak, berapa tahun jarak usia antara anak, serta kapan akan berhenti mempunyai anak (Kemenkes RI, 2013).

b. Tujuan Program KB

Tujuan umumnya adalah membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan social ekonomi suatu keluarga, dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. (Sulistyawati, 2012)

Tujuan lain meliputi kelahiran, pendewasaan, perkawinan, peningkatan ketahanan, dan kesejahteraan keluarga. Hal ini sesuai dengan teori pembangunan menurut Alex Inkeles dan David Smith yang mengatakan bahwa pembangunan bukan sekadar perkara pemasok modal dan teknologi saja tapi juga membutuhkan sesuatu yang mampu mengembangkan sarana yang berorientasi pada masa sekarang dan masa depan, memiliki kesanggupan untuk merencanakan, dan percaya bahwa manusia dapat mengubah alam, bukan sebaliknya (Sulistyawati, 2012)

c. Macam-macam Alat Kontrasepsi

Metode kontrasepsi terbagi atas 2 jenis menurut Saifuddin (2010), yaitu

1) Non hormonal

a) Metode Amenore Laktasi (MAL) : kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apa pun lainnya.

b) Metode keluarga berencana alamiah

(1) Senggama terputus

Senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, di mana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi.

(2) Metode barrier (kondom, diafragma, spermisida)

Kondom merupakan selubung atau sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan di antaranya lateks (karet), plastik (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintetis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu. Berbagai bahan telah ditambahkan pada kondom baik untuk meningkatkan efektivitasnya (misalnya penambahan spermisida) maupun sebagai aksesoris aktivitas seksual).

c) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

AKDR adalah alat kontrasepsi yang dipasang dalam Rahim dengan menjepit kedua saluran yang menghasilkan indung telur sehingga tidak terjadi pembuahan, terdiri dari bahan plastic polietilena, ada yang dililit oleh tembaga dan ada yang tidak.

d) Kontrasepsi mantap (tubektomi dan vasektomi)

Tubektomi (Metode Operasi Wanita/M MOW) adalah metode kontrasepsi mantap yang bersifat sukarela bagi seorang wanita bila tidak ingin hamil lagi dengan cara mengklusi tuba fallopi mengikat (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum, sedangkan vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan cara mengklusi vas

deferens sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi (Kemenkes, 2013).

2) Hormonal

Kontrasepsi Kombinasi (Hormon ekstrogen dan progesterone). Menurut Bkkbn tahun 2014 kontasepsi kontrasepsi kombinasi atau hormonal yaitu :

a) Pil kombinasi (Hormon Progesteron)

(1) Jenis pil kombinasi menurut (Bkkbn,2014;MK-31)

(a) Monifasik adalah pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif ekstrogen atau progestin (E/P) dalam dosis yang sama, tanpa 7 tablet tanpa hormone aktif.

(b) Bifasik adalah pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif ekstrogen/progestin (E/P) dengan dua dosis yang berbeda denagn 7 tablet tanpa hormone aktif.

(c) Trifasik adsalah Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktic ekstrogen dan progestin (E/P) dengan 3 dosis yang berbeda denagn 7 tablet tanpa hormone aktif.

(2) Cara Kerja Pil Kombinasi yaitu :

(a) Menekan ovulasi

(b) Mencegah implentansi

(c) Lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma.

(d) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula (Bkkbn,2014;MK- 31).

(3) Manfaat Pil Kombinasi

- (a) Memiliki efektivitas yang tinggi (hampir menyerupai efektivitas tubektomi), bila digunakan setiap hari (1 kehamilan per 1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan).
- (b) Resiko terhadap kesehatan sangat kecil
- (c) Tidak mengganggu hubungan seksual.
- (d) Siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia), tidak terjadi nyeri.
- (e) Dapat digunakan jangka panjang selama perempuan masih ingin menggunakannya untuk mencegah kehamilan.
- (f) Dapat digunakan sejak usia remaja hingga menopause.
- (g) Mudah dihentikan setiap saat.
- (h) Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan.
- (i) Dapat digunakan sebagai alat kontrasepsi darurat
(Bkkbn,2014;MK-31)

(4) Keterbatasan

- (a) Mahal dan membosankan karena harus menggunakannya setiap hari.
- (b) Mual, terutama 3 bulan pertama.
- (c) Perdarahan bercak atau perdarahan sela, terutama 3 bulan pertama.
- (d) Pusing.
- (e) Nyeri payudara.
- (f) Berat badan naik sedikit, tetapi pada perempuan tertentu kenaikan berat badan justru memiliki dampak positif.
- (g) Berhenti haid (amenorea), jarang pada pil kombinasi.

- (h) Tidak boleh diberikan pada perempuan menyusui (mengurangi ASI).
- (i) Pada sebagian kecil perempuan dapat menimbulkan depresi, dan perubahan suasana hati, sehingga keinginan untuk melakukan hubungan seksual berkurang.
- (j) Dapat meningkatkan tekanan darah dan retensi cairan, sehingga resiko stroke, dan gangguan pembekuan darah pada vena dalam sedikit meningkat. Pada perempuan usia > 35 tahun dan merokok perlu hati-hati.
- (k) Tidak mencegah IMS (Infeksi Menular Seksual), HBV, HIV/AIDS. (Bkkbn,2014;MK-32)

(5) Yang dapat Menggunakan Pil Kombinasi menurut (Bkkbn,2014;MK-32)

Pada prinsipnya hampir semua ibu boleh menggunakan pil kombinasi, seperti :

- (a) Usia reproduksi.
- (b) Telah memiliki anak ataupun yang belum memiliki anak.
- (c) Gemuk atau kurus.
- (d) Menginginkan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi.
- (e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
- (f) Setelah melahirkan 6 bulan yang tidak memberikan ASI eksklusif, sedangkan semua cara kontrasepsi yang dianjurkan tidak cocok bagi ibu tersebut.
- (g) Pasca keguguran.

- (h) Anemia karena haid berlebihan.
 - (i) Nyeri haid hebat.
 - (j) Siklus haud tidak teratur.
 - (k) Riwayat kehamilan ektopik.
 - (l) Kelainan payudara jinak
 - (m) Kencing manis tanpa komplikasi pada ginjal.
 - (n) Pembuluh darah, mata dan saraf.
 - (o) Penyakit teroid, penyakit radang panggul, endometriosis atau tumor ovarium jinak.
 - (p) Menderita tuberculosis (kecuali yang sedang rivampisin).
 - (q) Varises vena.
- (6) Progestin menurut Saifuddin (2010) terbagi atas injeksi, pil, implant dan AKDR dengan progestin :
- a) Kontrasepsi suntikan progestin sangat efektif, aman, dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi, kembalinya kesuburan lebih lambat rata-rata 4 bulan, dan cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI.
 - b) Kontrasepsi pil progestin (minipil) cocok untuk perempuan menyusui yang ingin memakai pil KB, sangat efektif pada masa laktasi, dosis rendah, tidak menurunkan produksi ASI, tidak memberikan efek samping estrogen, efek samping utama adalah gangguan pendarahan; perdarahan bercak, atau perdarahan tidak teratur, dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat.
 - c) Kontrasepsi implan efektif 5 tahun untuk Norplant, 3 tahun untuk Jadena, Inoplant, atau Implanon, nyaman, dapat dipakai oleh semua

ibu dalam usia reproduksi, kesuburan segera kembali setelah implant dicabut, efek samping utama berupa perdarahan tidak teratur, perdarahan bercak dan amenore, aman dipakai pada masa laktasi.

- d) AKDR dengan progestin efektif dengan proteksi jangka panjang (satu tahun), tidak mengganggu hubungan suami istri, tidak berpengaruh terhadap ASI, kesuburan segera kembali sesudah AKDR diangkat, efek sampingnya sangat kecil, memiliki efek sistemik yang sangat kecil.

(7) Kombinasi: pil dan injeksi

- (a) Pil kombinasi sangat efektif dan reversible, harus diminum setiap hari, pada bulan-bulan pertama efek samping berupa mual dan perdarahan bercak yang tidak berbahaya dan segera akan hilang, efek samping serius sangat jarang terjadi, dapat dipakai oleh semua ibu usia reproduksi, baik yang sudah mempunyai anak maupun belum, dapat mulai diminum setiap saat bila yakin sedang tidak hamil, tidak dianjurkan pada ibu yang menyusui, dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat.
- (b) Keuntungan kontrasepsi suntikan kombinasi risiko terhadap kesehatan kecil, tidak berpengaruh pada hubungan suami istri, tidak diperlukan pemeriksaan dalam, jangka panjang, efek samping sangat kecil, klien tidak perlu menyimpan obat suntik (Saifuddin, 2010).

B. Teori Manajemen Asuhan Kebidanan

1. Pengertian Asuhan Kebidanan

Menurut Norma D dan Dwi S (2013), asuhan kebidanan adalah bantuan yang diberikan oleh bidan kepada individu pasien/ klien yang pelaksanaannya dilakukan dengan bertahap dan sistematis serta melalui suatu proses yang disebut manajemen kebidanan

2. Manajemen Kebidanan

a. Pengertian

Menurut Varney (1997) manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan serta keterampilan suatu keputusan yang berfokus pada pasien (Miratu, dkk. 2015).

Manajemen kebidanan terdiri atas tujuh langkah yang berurutan, diawali dengan pengumpulan data sampai dengan evaluasi. Proses ini bersifat siklik (dapat berulang), dengan tahap evaluasi sebagai data awal pada siklus berikutnya (Miratu, dkk. 2015).

b. Langkah- Langkah

1) Langkah I: Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama ini berisi semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua data subjektif dan objektif. Data subjektif adalah yang menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa, yang termasuk data subjektif antara lain biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, biopsikologi, spiritual, pengetahuan klien (Norma D dan Dwi S, 2013).

Data objektif adalah yang menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik, hasil laboratorium dan test diagnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus. Data objektif terdiri dari pemeriksaan fisik yang sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda- tanda vital, pemeriksaan khusus (inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi), pemeriksaan penunjang (laboratorium, catatan baru dan sebelumnya) (Norma D dan Dwi S, 2013).

Menurut Muftlilah (2012) Teknik pengumpulan data ada 3 yaitu :

a) Observasi

Observasi adalah pengumpulan data melalui indera: penglihatan (prilaku, tanda fisik, kecacatan, ekspresi wajah), Pendengaran (bunyi batuk, bunyi nafas), Penciuman (bau nafas, bau luka), Perabaan (suhu badan, nadi).

b) Wawancara

Wawancara adalah pembicaraan terarah yang umumnya dilakukan pada pertemuan tatap muka. Dalam wawancara yang penting diperhatikan adalah data yang ditanyakan diarahkan ke data yang relevan.

c) Pemeriksaan

Pemeriksaan dilakukan dengan memakai instrument/alat pengukur. Tujuannya untuk memastikan batas dimensi angka, irama, kuantitas. Misalnya : tinggi badan dengan meteran, berat badan dengan timbangan, tekanan darah dengan tensimeter.

d) Riwayat obstetri

1) Riwayat menstruasi

Menanyakan riwayat menstruasi yang meliputi tentang menarche, siklus menstruasi, lamanya, banyaknya darah, disminorhea (nyeri haid), sifat darah, bau, warna, dan HPHT (Walyani, 2015).

2) Riwayat kehamilan sekarang

Menurut Walyani (2015) meliputi yaitu:

a) HPHT

Untuk mengetahui tanggal hari pertama dari menstruasi terakhir klien untuk memperkirakan kapan kira-kira sang bayi akan lahir.

b) HPL

Gambaran riwayat menstruasi klien yang akurat biasanya membantu penetapan tanggal perkiraan kelahiran (*estimated date of delivery* [EDC]) yang disebut taksiran partus (*estimated date of confinement* [EDC]) di beberapa tempat.

c) Kehamilan yang ke-

Jumlah kehamilan ibu perlu ditanyakan karena terdapatnya perbedaan perawatan antara ibu yang baru pertama hamil dengan ibu yang sudah beberapa kali hamil, apabila ibu tersebut baru pertama kali hamil otomatis perlu perhatian ekstra pada kehamilannya.

d) Tanda-tanda kehamilan (trimester I)

Pergerakan fetus belum dirasakan

e) Keluhan yang dirasakan

Menanyakan kepada klien apakah ada keluhan atau masalah pada kehamilannya.

3) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas terdahulu

Menanyakan riwayat kehamilan, persalinan dan nifas terdahulu yang meliputi: jumlah kehamilan, jumlah anak yang hidup, jumlah kelahiran premature, jumlah keguguran, persalinan dengan tindakan, riwayat perdarahan pada persalinan atau pasca persalinan, kehamilan dengan

tekanan darah tinggi, berat bayi < 2,5 kg atau > 4 kg, masalah lain (Walyani, 2015).

4) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan dahulu

Tanyakan kepada klien penyakit apa yang pernah diderita. Apabila klien pernah menderita penyakit keturunan, maka ada kemungkinan janin yang ada dalam kandungannya tersebut beresiko menderita penyakit yang sama (Walyani, 2015).

b) Riwayat pembedahan

Kaji adanya pembedahan yang pernah dialami oleh klien, jenis pembedahan, kapan, oleh siapa dan dimana tindakan tersebut berlangsung

c) Riwayat penyakit yang pernah diderita

Kaji adanya penyakit yang pernah dialami oleh klien (Aspiani, 2017).

d) Riwayat kesehatan sekarang

Tanyakan kepada klien penyakit apa yang sedang ia derita sekarang. Tanyakan bagaimana urutan kronologis dari tanda-tanda dan klasifikasi dari setiap tanda penyakit tersebut. Hal ini diperlukan untuk menentukan bagaimana asuhan berikutnya (Walyani, 2015).

e) Riwayat kesehatan keluarga

Menanyakan riwayat kesehatan keluarga yang meliputi adakah penyakit menular atau penyakit keturunan/genetik (Walyani, 2015).

5) Kebiasaan sehari-hari

a) Pola Nutrisi

Menurut Walyani (2015) Pola nutrisi yang meliputi:

(1) Jenis makanan

Menanyakan jenis makanan apa yang biasa ia makan. Anjurkan klien mengkonsumsi makanan yang mengandung zat besi (150 mg besi sulfat, 300 mg besi glukonat), asam folat (0,4-0,8 mg/hari), kalori (ibu hamil umur 23-50 tahun perlu kalori sekitar 2300 kkal), protein (74 gr/hari), vitamin, dan garam mineral (kalsium, fosfor, magnesium, seng, yodium).

(2) Porsi

Tanyakan bagaimana porsi makan klien. Anjurkan untuk makan dengan porsi sedikit namun sering

(3) Frekuensi

Tanyakan bagaimana frekuensi makan klien per hari. Anjurkan klien untuk makan dengan porsi sedikit dan dengan frekuensi sering

(4) Pantangan

Tanyakan apakah klien mempunyai pantangan dalam hal makanan.

b) Pola Eliminasi

Menurut Walyani (2015) Pada pola eliminasi meliputi:

(1) BAB (Buang Air Besar)

(2) Frekuensi

Tanyakan kepada klien apakah BAB nya teratur atau tidak

(3) Warna

Tanyakan kepada klien, apa warna fesesnya. (Normalnya feses berwarna kuning kecoklatan, coklat muda)

(4) Masalah

Tanyakan kepada klien apakah ada masalah-masalah dalam eliminasi feses seperti yang telah disebutkan pada poin frekuensi diatas

(5) BAK (Buang Air Kecil)

(6) Frekuensi

Tanyakan kepada klien seberapa sering ia berkemih dalam sehari

(7) Warna

Tanyakan bagaimana warna urin klien

(8) Bau

Tanyakan kepada klien, bagaimana bau urinnya. Bau urin normal seperti bau Amonia (NH_3)

(9) Masalah

Tanyakan kepada klien, apakah ada masalah dalam proses eliminasi urin.

c) Personal hygiene

Menurut Walyani (2015) personal hygiene meliputi:

(1) Frekuensi mandi

Tanyakan kepada klien seberapa sering ia mandi

(2) Frekuensi gosok gigi

Tanyakan kepada klien seberapa sering ia menyikat gigi

(3) Frekuensi ganti pakaian

Tanyakan kepada klien seberapa sering ia ganti pakaiannya

(4) Kebersihan vulva

Tanyakan kepada klien apakah ada masalah terhadap daerah vulvanya

d) Aktivitas

Tanyakan kepada klien pola aktivitas klien. Anjurkan kepada klien untuk menghindari mengangkat beban berat, kelelahan, latihan yang berlebihan dan olah raga yang berat. Aktivitas harus dibatasi bila didapatkan penyulit karena dapat mengakibatkan persalinan premature, KPD (Ketuban Pecah Dini), dan sebagainya (Walyani, 2015).

e) Pola Istirahat

Menurut Walyani (2015) pola istirahat meliputi:

(1) Tidur siang

Kebiasaan tidur siang perlu ditanyakan karena tidur siang menguntungkan dan baik untuk kesehatan. Apabila ternyata klien tidak terbiasa tidur siang, anjurkan ibu untuk mencoba dan membiasakannya.

(2) Tidur malam

Pola tidur malam perlu ditanyakan karena wanita hamil tidak boleh kurang tidur, apalagi tidur malam, jangan kurang dari 8 jam. Tidur malam merupakan waktu dimana proses pertumbuhan janin berlangsung

(3) Masalah

Masalah klien dalam pola istirahat terutama tidur perlu ditanyakan karena mengingat wanita hamil perlu istirahat yang cukup untuk menjaga kehamilannya.

f) Seksualitas dan kontrasepsi

Mengkaji mengenai aktivitas seksual klien, jenis kontrasepsi yang pernah digunakan serta keluhan yang menyertainya (Aspiani, 2017).

6) Pemeriksaan fisik

Menurut Saminem (2006) pemeriksaan fisik meliputi pengukuran tinggi badan yang dilakukan pada ibu yang pendek karena terdapat resiko tinggi. Pengukuran berat badan dapat dilakukan setiap ibu memeriksakan kehamilannya. Pertambahan berat badan pada ibu hamil berasal dari plasenta dan janin, uterus dan payudara yang membesar, serta volume darah yang bertambah. Pemeriksaan lain meliputi pemeriksaan jantung dan paru oleh dokter serta pemeriksaan tekanan darah untuk mengetahui apakah ada gejala keracunan kehamilan. Pemeriksaan edema dapat dilakukan pada wajah, kelopak mata, perut, dan kaki.

Pemeriksaan inspeksi menurut Saminem (2006) dengan urutan:

- a) Wajah (misalnya kloasma gravidarum dan kesembapan/ edema)
- b) Mata (misalnya warna sclera dan konjungtiva)
- c) Mulut (misalnya kebersihan mulut, lidah, gigi, karies gigi, bibir pucat/ tidak, dan gigi palsu)
- d) Rambut (misalnya kebersihan, warna dan kesuburan)
- e) Telinga (misalnya, kebersihan dan kelainan)

- f) Leher (misalnya pembesaran kelenjar tiroid dan pembesaran vena jugularis)
- g) Payudara (misalnya, kebersihan, hiperpigmentasi pada aerola, puting susu menonjol, vena membayang, bekas operasi, dan kelenjar montgomery menonjol)
- h) Perut (misalnya, pembesaran perut, adanya linea, stria, gerakan janin, dan bekas operasi)
- i) Vula (misalnya warna, varises, perineum, *flour albus*, prolaps dinding vagina, kondiloma, dan kelenjar bartolin)
- j) Anus (misalnya hemoroid)
- k) tungkai (misalnya varises dan edema)

Pemeriksaan dengan palpasi menurut Sanimen (2006) (terutama abdomen) dilakukan untuk menentukan:

- a) Bagian janin yang baru dapat diraba pada kehamilan 20 minggu. Bagian yang mudah diraba adalah kepala, bokong, punggung, dan bagian kecil janin.
- b) Letak janin dalam uterus.
- c) Masuknya bagian terendah.
- d) Umur kehamilan. Keseimbangan Antara bagian terendah janin dengan panggul.
- e) Palpasi abdomen menggunakan cara Leopold yang dibagi menjadi empat tahap, yaitu:
 - (1) Leopold I untuk menentukan tinggi fundus uteri (TFU) dan menentukan bagian yang terdapat pada fundus uteri.

(2) Leopold II untuk menentukan letak punggung dan bagian kecil janin.

(3) Leopold III untuk menentukan bagian yang terdapat pada bagian bawa uterus apakah masih dapat digerakan.

(4) Leopold IV untuk menentukan seberapa dalam bagian terendah yang telah masuk pintu atas panggul.

Pemeriksaan melalui auskultasi menurut Sanimen (2006) dilakukan untuk mendengar denyut jantung janin. Dengan terdengarnya denyut jantung janin, dapat dipastikan adanya kehamilan, janin hidup, dan letak janin dalam uterus. Suara auskultasi tidak hanya dilakukan untuk memeriksa janin, hal ini juga dilakukan kepada ibu yaitu denyut aorta, bising uterus dan bising usus.

7) Pemeriksaan penunjang/ Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil menurut Sanimen (2006) meliputi pemeriksaan terhadap urine (protein dan reduksi), darah (Hb, VDRL, golongan darah) dan USG (Jika diperlukan).

2) Langkah II: Interpretasi Data

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atau data- data yang telah dikumpulkan (Norma D dan Dwi S, 2013).

Masalah adalah kesenjangan yang diharapkan dengan fakta/ kenyataan. Analisa adalah proses pertimbangan tentang nilai sesuatu dibandingkan dengan standar. Standar adalah aturan/ ukuran yang telah diterima secara umum dan digunakan sebagai dasar perbandingan dalam kategori yang sama. Hambatan

yang berpotensi tinggi menimbulkan masalah kesehatan (faktor resiko). Dalam bidang kebidanan pertimbangan butir-butir tentang profik keadaan dalam hubungannya dengan status sehat-sakit dan kondisi fisiologis yang akhirnya menjadi faktor agen yang akan mempengaruhi status kesehatan orang bersangkutan (Mufdlilah, 2012)

3) Langkah III: Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial dan Mengantisipasi Penanganannya

Pada langkah ini mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap diagnosa atau masalah ini benar-benar terjadi (Norma D dan Dwi S, 2013).

4) Langkah IV: Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera untuk melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien.

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsulkan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien (Norma D dan Dwi S, 2013).

5) Langkah V: Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan usaha yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi/ diantisipasi (Norma D dan Dwi S, 2013).

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi/masalah klien, tapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap klien tersebut, apakah kebutuhan perlu konseling,

penyuluhan dan apakah klien perlu dirujuk karena ada masalah-masalah yang berkaitan dengan masalah kesehatan lain. Pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana bersama klien dan keluarga, kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melakukannya (Walyani, 2015)

6) Langkah VI: Pelaksanaan Langsung Asuhan dengan Efisien dan Aman

Pada langkah keenam ini terencana asuhan menyeluruh seperti yang diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukan sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (Norma D dan Dwi S, 2013).

7) Langkah VII: Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar tetap terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dianggap efektif jika memang benar dalam pelaksanaan (Norma D dan Dwi S, 2013)

C. Teori Hukum Kewenangan Bidan

Sebagai seorang bidan dalam memberikan asuhan harus berdasarkan aturan atau hukum yang berlaku, sehingga penyimpangan terhadap hukum (mal praktik) dapat dihindarkan dalam memberikan asuhan kebidanan dengan serotinus, landasan hukum yang digunakan yaitu:

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 tentang kewenangan bidan dalam asuhan dan konseling selama kehamilan yang terkait dalam kasus ini adalah:

1. Pasal 18

Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:

- a. pelayanan kesehatan ibu;
- b. pelayanan kesehatan anak; dan
- c. pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

2. Pasal 19

- a. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf a diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.
- b. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan:
 - 1) konseling pada masa sebelum hamil;
 - 2) antenatal pada kehamilan normal;
 - 3) persalinan normal;
 - 4) ibu nifas normal;
 - 5) ibu menyusui; dan
 - 6) konseling pada masa antara dua kehamilan.
- c. Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2),
Bidan berwenang melakukan:
 - 1) episiotomi;
 - 2) pertolongan persalinan normal;

- 3)penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II;
- 4)penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan;
- 5)pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil;
- 6)pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas;
- 7)fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif;
- 8)pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum;
- 9)penyuluhan dan konseling;
- 10)bimbingan pada kelompok ibu hamil; dan
- 11)pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.

3. Pasal 20

- a. Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak prasekolah.
- b. Dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bidan berwenang melakukan:
 - 1) Pelayanan neonatal esensial;
 - 2) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan;
 - 3) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah; dan
 - 4) konseling dan penyuluhan.
- c. Pelayanan noenatal esensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a meliputi inisiasi menyusui dini, pemotongan dan perawatan tali pusat, pemberian suntikan Vit K1, pemberian imunisasi B0, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pemantauan tanda bahaya, pemberian tanda identitas diri, dan merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil dan tepat waktu ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang lebih mampu.

d. Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b meliputi:

- 1) penanganan awal asfiksia bayi baru lahir melalui pembersihan jalan nafas, ventilasi tekanan positif, dan/atau kompresi jantung;
- 2) penanganan awal hipotermia pada bayi baru lahir dengan BBLR melalui penggunaan selimut atau fasilitasi dengan cara menghangatkan tubuh bayi dengan metode kangguru;
- 3) penanganan awal infeksi tali pusat dengan mengoleskan alkohol atau povidon iodine serta menjaga luka tali pusat tetap bersih dan kering; dan
- 4) membersihkan dan pemberian salep mata pada bayi baru lahir dengan infeksi gonore (GO).

4. Pasal 22

Selain kewenangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18, Bidan memiliki kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan:

- a. penugasan dari pemerintah sesuai kebutuhan; dan/atau
- b. pelimpahan wewenang melakukan tindakan pelayanan kesehatan secara mandat dari dokter.

5. Pasal 25

a. Kewenangan berdasarkan program pemerintah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 ayat (1) huruf a, meliputi:

- 1) pemberian pelayanan alat kontrasepsi dalam rahim dan alat kontrasepsi bawah kulit;
- 2) asuhan antenatal terintegrasi dengan intervensi khusus penyakit tertentu;
- 3) penanganan bayi dan anak balita sakit sesuai dengan pedoman yang ditetapkan;
- 4) pemberian imunisasi rutin dan tambahan sesuai program pemerintah;

- 5) melakukan pembinaan peran serta masyarakat di bidang kesehatan ibu dan anak, anak usia sekolah dan remaja, dan penyehatan lingkungan;
- 6) pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, anak pra sekolah dan anak sekolah;
- 7) melaksanakan deteksi dini, merujuk, dan memberikan penyuluhan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk pemberian kondom, dan penyakit lainnya;

