

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kehamilan

1. Konsep Dasar Kehamilan

1.1 Pengertian Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai *fertilisasi* atau penyatuan dari *spermatozoa* dan *ovum* dan dilanjutkan dengan *nidasi* atau *implantasi*. Bila dihitung dari saat *fertilisasi* hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional (Prawirohardjo, 2016).

Kehamilan adalah suatu proses yang normal, alami dan sehat. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, di mana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Prawirohardjo, 2016).

Tanda Dan Gejala Kehamilan :

Menurut Rustam Mochtar (2015) tanda dan gejala kehamilan yaitu:

(a) Tanda tidak pasti (*Probable Signs*)

1. Amenorea atau tidak mendapat haid

Wanita harus mengetahui tanggal hari pertama haid terakhir (HT) supaya dapat ditaksir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan (TTP), yang dihitung dengan menggunakan rumus Naegele:

$TTP = (\text{hari HT} + 7) \text{ dan } (\text{bulan HT} - 3) \text{ dan } (\text{tahun HT} + 1)$

2. Mual dan muntah (*nausea and vomiting*)

Biasanya terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan pertama. Karena sering terjadi di pagi hari, disebut *morning sickness* (sakit pagi). Apabila timbul mual dan muntah berlebihan karena kehamilan, disebut *hipermesis gravidarum*.

3. Mengidam (ingin makanan khusus)

Ibu hamil sering meminta makanan atau minuman tertentu terutama pada bulan-bulan triwulan pertama. Mereka juga tidak tahan suatu bau-bauan.

4. Pingsan

Jika berada pada tempat-tempat ramai yang sesak dan padat, seorang wanita yang sedang hamil dapat pingsan.

5. Tidak ada selera makan (*anoreksia*)

Hanya berlangsung pada triwulan pertama kehamilan, kemudian nafsu makan timbul kembali.

6. Lelah (*fatigue*).

(b) Tanda Kemungkinan Hamil (*Probability Sign*)

Tanda Kemungkinan Hamil menurut Rustam Mochtar, (2015) yaitu:

1. Perut membesar
2. Uterus membesar: terjadi perubahan dalam bentuk, besar, dan konsistensi rahim.
3. Tanda Hegar : ditemukannya serviks dan isthmus uteri yang lunak pada pemeriksaan bimanual saat usia kehamilan 4 sampai 6 minggu.
4. Tanda Chadwick : perubahan warna menjadi kebiruan yang terlihat di porsio, vagina dan labia. Tanda tersebut timbul akibat pelebaran vena karena peningkatan kadar estrogen.
5. Tanda Piskacek : pembesaran dan pelunakan rahim ke salah satu sisi rahim yang berdekatan dengan tuba uterina. Biasanya tanda ini ditemukan di usia kehamilan 7-8 minggu.

(c). Tanda Pasti (tanda positif)

Tanda Pasti Hamil menurut Rustam Mochtar, (2015) yaitu:

1. Gerakan janin yang dapat dilihat atau dirasa atau diraba, juga bagian-bagian janin.
2. Denyut jantung janin :
3. Terlihat tulang-tulang janin dalam foto rontgen.

1.2 Fisiologi Kehamilan

1. Konsep fertilisasi dan implantasi

Fertilisasi adalah salah satu peristiwa penyatuan antara sel mani/sperma dengan sel telur di *tuba fallopi*. Pada saat kopulasi antara pria dan wanita (*senggama/coitus*), dengan ejakulasi sperma dari saluran reproduksi pria didalam vagina wanita, akan di lepaskan cairan mani yang berisi sel-sel sperma ke dalam saluran reproduksi wanita. Implantasi atau nidasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi kedalam endometrium. (Rukiah.A.Y,dkk,2014).

a. Pertumbuhan dan Perkembangan janin (Mandriwati,dkk,2017)

Minggu ke 0

Embrio memasuki uterus dan menempel pada *endometrium/dinding uterus*.

Minggu ke 4

Periode perkembangan yang paling penting bagi janin hingga usia 8 minggu:

- a. Terbentuk gambaran utama tubuh *mesoderm*, dan *endoderm* membentuk jaringan organ.
- b. *Ektoderm* menjadi sistem saraf pusat, system saraf tepi, kulit, rambut, kuku, email gigi, kelenjar payudara, kelenjar keringat, epitel sensorik telinga, hidung, dan mata.
- c. *Mesoderm* menjadi otot, tulang rawan, pembuluh darah, ginjal, dan limpa.
- d. *Endoderm* menjadi gastrointestinal, saluran pernapasan, kandung kemih, tonsil, tiroid, paratiroid, timus, hati, dan pancreas.

Minggu ke 8

Minggu ke 8-9 usia janin sama dengan 7 minggu. Pertumbuhan dan perkembangan janin sedang membentuk sistem organ tubuh yang dikenal dengan *organogenesis*.

Organ janin berkembang dengan cepat, mulai tampak raut wajah, telinga, tulang, otot kecil, dan anggota badan.

Minggu ke 12

Saat ini denyut jantung janin dapat terdengar melalui *ultrasonografi* (USG) dan gerakan janin dapat mulai dirasakan. Dapat pula dilihat jenis kelamin, ginjal janin sudah mulai memproduksi urine.

Minggu ke 16

Sistem organ janin semakin berkembang, seperti sistem *musculoskeletal* dan sistem saraf. Denyut jantung janin saat ini dapat didengar melalui *Doppler*. Tangan janin dapat menggenggam dan kaki janin dapat menendang.

Minggu ke 20

Terdapat verniks dan lanugo yang melindungi tubuh janin. Janin sudah dapat menelan dan tidur.

Minggu ke 24

Perkembangan organ janin berlangsung semakin cepat, dan dimulainya perkembangan pernapasan janin.

Minggu ke 28

Sudah terbentuk surfaktan pada paru, janin sudah bernapas, mata membuka dan menutup.

Minggu ke 32

Janin mulai menyimpan lemak coklat, zat besi, kalsium, dan fosfor.

Minggu ke 36

Berat janin sekitar 3.100 gram. Panjang badan berkisar antara 35-47 cm. Ukuran organ tubuh sudah simetris. Kepala merupakan bagian yang paling berat, pada janin normal kepala cenderung mencari posisi paling bawah. Besar janin sudah memenuhi rongga uterus sehingga letak janin sudah menetap.

Minggu ke 38

Janin telah siap untuk lahir, antibodi telah ditransfer dari ibu sehingga bayi memiliki kekebalan tubuh sampai bulan pertama.

Minggu ke 40

Berat janin sekitar 3.400 gram. Panjang badan sekitar 48 cm. Besar janin sudah memenuhi rongga uterus.

c. Perubahan Fisiologis Kehamilan Trimester III

Perubahan *fisiologis* pada kehamilan sebagian besar sudah terjadi segera setelah *fertilisasi* dan terus berlanjut selama kehamilan. Kebanyakan perubahan ini merupakan respon terhadap janin. Satu hal yang menakjubkan

adalah bahwa hampir semua perubahan ini akan kembali seperti keadaan sebelum hamil setelah proses persalinan dan menyusui selesai.

1. Sistem *Reproduksi*

a. *Uterus*

Pada trimester III *isthmus* lebih nyata menjadi bagian *korpus uteri* dan berkembang menjadi *segmen* bawah rahim (SBR). Pada kehamilan tua karena *kontraksi* otot-otot bagian atas *uterus*, SBR menjadi lebih lebar dan tipis, tampak batas yang nyata antara bagian atas yang lebih tebal dan *segmen* bawah yang lebih tipis, sehingga memungkinkan *segmen* tersebut menampung bagian terbawah janin. Batas itu dikenal sebagai lingkaran *retraksifisiologis* dinding *uterus*, di atas lingkaran ini jauh lebih tebal dari pada dinding SBR. Tanda *piscaseck*, yakni bentuk rahim yang tidak sama. Pada usia kehamilan 36 minggu, *fundus uteri* kira-kira satu jari di bawah *prosesus xifodeus* (25 cm) sedangkan pada usia kehamilan 40 minggu *fundus uteri* terletak kira-kira 3 jari di bawah *prosesus xifodeus* (33 cm) (Rukiyah dkk, 2013).

b. *Serviks*

Satu bulan setelah *konsepsi* *serviks* akan menjadi lebih lunak dan kebiruan. *Serviks* bersifat seperti katup yang bertanggung jawab menjaga janin di dalam *uterus* sampai akhir kehamilan dan selama persalinan.

Tanda *hegar* adalah perlunakan *isthmus* yang memanjang

c. *Ovarium*

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan *folikel* baru juga ditunda. Hanya satu *korpus luteum* yang dapat ditemukan di *ovarium*. *Folikel* ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil *progesteron* dalam jumlah yang minimal.

d. *Vagina dan Perineum*

Selama kehamilan peningkatan *vaskularisasi* dan *hyperemia* terlihat jelas pada kulit dan otot-otot di *perineum* dan *vulva*, sehingga pada *vagina* akan terlihat berwarna keunguan yang dikenal dengan tanda *Chadwick*.

Perubahan ini meliputi penipisan *mukosa* dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan *hipertrofi* dari sel-sel otot polos (Saifuddin, 2014)

e. *Mammae*

Sejak kehamilan usia 12 minggu, dari puting susu dapat keluar cairan berwarna putih agak jernih yang disebut *kolostrum* yang berasal dari *sel asinus* yang mulai *bersekresi*. Selama trimester dua dan tiga, pertumbuhan *kelenjar mammae* membuat ukuran payudara meningkat secara *progresif*. Walaupun perkembangan *kelenjarmammae* secara fungsional lengkap pada pertengahan masa hamil (Kusmiyati dan Heni, 2013).

2. Perubahan pada kulit

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam, dan kadang-kadang juga mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan *namastriae gravidarum*. Pada banyak perempuan kulit di garis pertengahan perutnya (*linea alba*) akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut *linea nigra*. Kadang-kadang akan muncul dalam ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher yang disebut *cloasma gravidarum*. Selain itu, pada *aerola* dan daerah *genital* juga akan terlihat *pigmentasi* yang berlebihan.

3. Perubahan *Metabolik*

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari *uterus* dan isinya. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg. Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg. pertambahan berat badan ibu hamil menggambarkan status gizi selama hamil, maka dari itu penilaian status gizi ibu hamil sangat penting dilakukan yaitu dengan menghitung Indeks Massa Tubuh (IMT) dari BB sebelum hamil. Penilaian IMT diperoleh dengan rumus sebagai berikut (Sulistyawati, 2011) :

$$\text{IMT} = \text{BB sebelum hamil (kg)} / \text{TB(m}^2\text{)}$$

Tabel 2.0
Rekomendasi Penambahan Berat Badan Selama Kehamilan
Berdasarkan Indeks Massa Tubuh (IMT)

Kategori	IMT	Rekomendasi (kg)
Rendah	< 19,8	12,5-18
Normal	19,8-26	11,5-16
Tinggi	26-29	7-11,5
Obesitas	>29	≥7
Gemeli		16-20,5

Sumber : Walyani, S.E,2015

4. Sistem *Kardiovaskular*

Curah jantung meningkat dari 30-50% pada minggu ke- 32 *gestasi*, kemudian menurun sampai sekitar 20% pada minggu ke-40. Peningkatan curah jantung terutama disebabkan oleh peningkatan *volume* sekuncup (*stroke volume*) dan peningkatan ini merupakan respon terhadap peningkatan kebutuhan oksigen jaringan. *Volume* darah selama kehamilan akan meningkat sebanyak 40-50% untuk memenuhi kebutuhan bagi *sirkulasi plasenta*. Kondisi ini ditandai dengan kadar *hemoglobin* dan *hematokrit* yang sedikit menurun, sehingga kekentalan darah pun akan menurun, yang dikenal dengan *anemia fisiologis* kehamilan. *Anemia* ini sering terjadi pada ibu hamil dengan usia kehamilan 24-32 minggu. Nilai *hemoglobin* di bawah 11 g/dl dan *hematokrit* di bawah 35%, terutama di akhir kehamilan, harus dianggap *abnormal* (Rukiah, dkk, 2013).

5. Sistem *Endokrin*

Selama kehamilan normal *kelenjar hipofisis* akan membesar $\pm 135\%$ dan *kelenjar tiroid* akan mengalami pembesaran hingga 15 ml pada saat persalinan akibat dari *hiperplasia kelenjar* dan peningkatan *vaskularisasi*. *Kelenjar adrenal* pada kehamilan normal akan mengecil, sedangkan *hormon androstenedion*, *testosteron*, *dioksikortikosteron* dan *kortisol* akan meningkat, sementara itu *dehidroepi-androsteron sulfat* akan menurun (Saifuddin, 2014).

6. Sistem *Muskoloskeletal*

Lordosis progresif merupakan gambaran karakteristik pada kehamilan normal. Berat *uterus* dan isinya menyebabkan perubahan pada titik pusat gaya tarik bumi dan garis bentuk tubuh. Lengkung tulang belakang akan berubah bentuk untuk mengimbangi pembesaran *abdomen* dan menjelang akhir kehamilan banyak wanita yang memperlihatkan postur tubuh yang khas (Rukiah, dkk, 2013).

d. Perubahan Psikologis Ibu Hamil Trimester III

Menurut Tyastuti, S (2016) trimester ketiga sering kali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Pada trimester inilah ibu sangat memerlukan keterangan dan dukungan dari suami, keluarga, dan bidan. Trimester ketiga adalah saat persiapan aktif untuk kelahiran bayi dan menjadi orang tua. Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan dua hal yang mengingatkan ibu akan bayinya. Disamping hal tersebut ibu sering mempunyai perasaan:

1. Kadang-kadang merasa kuatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu-waktu
2. Meningkatnya kewaspadaan akan timbulnya tanda dan gejala persalinan
3. Khawatir bayinya lahir dalam keadaan tidak normal
4. Takut akan rasa sakit yang timbul pada saat persalinan
5. Rasa tidak nyaman
6. Kehilangan perhatian khusus yang diterima selama kehamilan sehingga memerlukan dukungan baik dari suami, keluarga maupun tenaga kesehatan
7. Persiapan aktif untuk bayi dan menjadi orang tua
8. Berat badan ibu meningkat

Sekitar 2 minggu sebelum melahirkan, sebagian besar wanita mulai mengalami perasaan senang. Reaksi calon ibu terhadap persalinan ini secara umum tergantung pada persiapan dan persepsinya terhadap kejadian ini. Perasaan sangat gembira yang dialami ibu seminggu sebelum persalinan mencapai klimaksnya sekitar 24 jam sebelum persalinan.

e. Kebutuhan Ibu Hamil Trimester III

Menurut Walyani(2015), kebutuhan fisik ibu hamil pada trimester III adalah sebagai berikut:

1. Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah kebutuhan yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Kebutuhan oksigen meningkat sebagai respon tubuh terhadap laju metabolisme untuk menambah massa jaringan pada payudara, hasil *konsepsi* dan *massa uterus* dll. Ibu hamil bernafas lebih dalam karena peningkatan *volume tidal* paru dan jumlah pertukaran gas pada setiap kali bernafas. Peningkatan *volume tidal* dihubungkan dengan peningkatan *volume respiratory* kira-kira 26%/menit hal ini menyebabkan penurunan konsentrasi *CO2 alveoli*.

2. Nutrisi

Menurut Walyani (2015), ditrimester III, ibu hamil butuh bekal energi yang memadai. Selain untuk mengatasi beban yang kian berat juga sebagai cadangan energy untuk persalinan kelak. Itulah sebabnya pemenuhan gizi seimbang tidak boleh dikesampingkan baik secara kualitas maupun kuantitas. Pertumbuhan otak janin akan terjadi cepat sekali pada dua bulan terakhir menjelang persalinan. Karena itu, jangan sampai kekurangan gizi.

Berikut ini sederet zat gizi yang lebih diperhatikan pada kehamilan TM III ini, tentu tanpa mengabaikan zat gizi lainnya:

a. Kalori

Pertambahan kalori yang diperlukan setiap hari adalah sekitar 285-300 kkal dengan kenaikan berat badan sekitar 12,5 kg.

b. Cairan

Disaat hamil ibu sebaiknya menambah asupan cairan kurang lebih 10 sampai 12 gelas/hari (Febby,2013)

3. Personal Hygiene

Personal hygiene pada ibu hamil adalah kebersihan yang dilakukan oleh ibu hamil untuk mengurangi kemungkinan *infeksi*, karena badan yang kotor yang banyak mengandung kuman-kuman.

Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genetalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan.

4. Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti berikut ini:

- a. Perdarahan *pervaginam*.
- b. Sering *Abortus*
- c. *Coitus* harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu terakhir kehamilan.
- d. *Ketuban* pecah.

5. Eliminasi (BAB dan BAK)

Trimester III frekuensi BAK meningkat karena penurunan kepala ke PAP (pintu atas panggul), BAB sering *obstipasi* (sembelit) karena *hormon progesteron* meningkat.

6. Pakaian

Menurut Romauli (2011), beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pakaian ibu hamil yaitu

- a. Pakaian harus longgar, bersih dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut
- b. Bahan pakaian usahakan mudah menyerap keringat
- c. Pakailah bra yang menyokong payudara
- d. Memakai sepatu dengan hak yang rendah
- e. Pakaian dalam yang selalu bersih.

7. Istirahat

Tidur pada malam hari selama kurang lebih 8 jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari selama 1 jam (Romauli,2011).

Menurut Mandriwati,2016 cara dan posisi tidur ibu hamil yang baik adalah :

- a. Ibu hamil sebaiknya tidur dengan posisi miring ke kiri bukan miring ke kanan atau telentang agar tidak mengganggu aliran darah dirahim. Dengan posisi demikian rahim tidak menekan vena cava dan aorta abdominalis.

- b. Sebaiknya ibu hamil tidur dengan posisi kepala agak tinggi. Hindari posisi tidur datar, tekanan rahim pada paru semakin besar dan membuat semakin sesak.
- c. Jika ibu suka tidur telentang, taruh bantal dibawah bahu dan kepala untuk menghindari penggumpalan darah pada kaki
- d. Untuk ibu hamil yang edema kaki, anjurkan tidur dalam posisi kaki lebih tinggi daripada kepala agar sirkulasi darah dan ekstremitas bawah berada kebagian tubuh diatasnya.
- e. Pada waktu hamil sebaiknya meletakkan tungkai diatas bantal sehingga tungkai terganjal setara dengan tinggi pinggang.

b. Perubahan Fisiologis Pada Ibu Hamil

Kemampuan ibu hamil beradaptasi terhadap perubahan fisiologis di pengaruhi oleh beberapa faktor :

Trimester I

a. *Kardiovaskular*

- 1. Curah jantung meningkat
- 2. Tekanan darah menurun pada trimester pertama ini karena pengaruh hormon *progesteron* sehingga otot polos berelaksasi.

b. *Metabolisme zat besi*

Pada masa hamil, ibu memerlukan asupan tambahan zat besi, tetapi pada trimester pertama tidak terlalu banyak.

c. *Sirkulasi*

Saat ini volume plasma meningkat (mulai usia kehamilan 10 minggu). Selain itu, volume sel darah merah, sel darah putih, dan trombosit juga meningkat pada masa ini.

Trimester II

a. *Kardiovaskular*

- 1. Curah jantung tetap meningkat pada trimester kedua ini.
- 2. Tekanan darah pada masa ini, terutama usia kehamilan 24 minggu, mengalami peningkatan kembali ke kondisi sebelum hamil.

b. Metabolisme zat besi

Pada trimester kedua, kebutuhan zat besi tetap meningkat, Oleh sebab itu, diperlukan tambahan asupan makanan yang mengandung zat besi.

c. Sirkulasi

Volume plasma, sel darah merah, sel darah putih, dan trombosit pada saat ini terus meningkat jumlahnya.

Trimester III

a. Kardiovaskular

1. Curah jantung meningkat 30-50% selama kehamilan dan terjadi peningkatan maksimal pada trimester ini.
2. Pada masa ini, tekanan darah tetap berada pada kisaran sesuai dengan tekanan darah sebelum hamil.

b. Metabolisme zat besi

Pada trimester ini, terjadi peningkatan maksimal kebutuhan zat besi, terutama 12 minggu sebelum persalinan.

c. Sirkulasi

Pada usia kehamilan 30-34 minggu terjadi peningkatan maksimal dari volume plasma.

1.3 Perubahan Psikologis Pada Ibu Hamil

Kemampuan ibu hamil beradaptasi terhadap perubahan Psikologis di pengaruhi oleh beberapa faktor :

Trimester I

Pada trimester ini, ibu hamil cenderung mengalami perasaan tidak enak, seperti kekecewaan, penolakan, kecemasan, kesedihan, dan merasa benci akan kehamilannya. Hal ini disebabkan oleh permulaan peningkatan hormon progesteron dan estrogen yang menyebabkan ibu mengalami mual dan muntah, dan memengaruhi perasaan ibu. Pada masa ini juga ibu berusaha meyakinkan bahwa dirinya memang mengalami kehamilan. Pada masa ini juga cenderung terjadi penurunan libido sehingga diperlukan komunikasi yang jujur dan terbuka antara suami dan istri.

Trimester II

Pada trimester ini, ibu hamil merasa mulai menerima kehamilan dan menerima keberadaan bayinya karena pada masa ini ibu mulai dapat merasakan gerakan janinnya. Pada periode ini, libido ibu meningkat dan ibu sudah tidak merasa lelah dan tidak nyaman seperti pada trimester pertama.

Trimester III

Pada trimester akhir ini, ibu hamil mulai merasa takut dan waspada. Hal ini karena ibu memikirkan keadaan bayinya, perkiraan waktu bayinya akan lahir. Sementara ibu juga merasa takut berpisah dengan bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil. Oleh sebab itu, saat ini ibu sangat memerlukan dukungan dari suami, keluarga, dan petugas kesehatan. Masa ini juga sangat perlu dipersiapkan secara aktif sehingga persalinan dapat ditangani secara optimal.

3. Asuhan Kebidanan Kehamilan

Asuhan *antenatal* adalah upaya *preventif* program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi iuran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Prawirohardjo, 2016).

Tujuan Asuhan Kehamilan

Menurut Prawirohardjo (2016) asuhan *antenatal care* :

1. Membangun rasa saling percaya antara klien dan petugas kesehatan.
2. Mengupayakan terwujudnya kondisi terbaik bagi ibu dan bayi dan kadunganya.
3. Memperoleh informasi dasar tentang kesehatan ibu dan kehamilannya.
4. Mengidentifikasi dan menata laksana kehamilan resiko tinggi.
5. Memberikan pendidikan kesehatan yang diperlukan dalam menjaga kualitas kehamilan dan merawat bayi.
6. Menghindarkan gangguan kesehatan selama kehamilan yang akan membahayakan keselamatan ibu hamil dan bayi yang dikandungnya.

1.4 Standar Pelayanan Asuhan Kehamilan

Dalam melakukan pemeriksaan *antenatal*, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai dengan standar 10T terdiri dari :

1. Pengukuran tinggi badan dan penimbangan berat badan.
Bila tinggi badan <145 cm, maka faktor risiko panggul sempit, kemungkinan sulit melahirkan secara normal. Sejak bulan ke 4 pertambahan BB paling sedikit 1kg/bulan.
2. Pengukuran tekanan darah (tensi)
Tekanan darah normal 120/80mmHg. Bila tekanan darah lebih besar atau sama dengan 140/90 mmHg, ada faktor risiko *hipertensi* (tekanan darah tinggi).
3. Pengukuran lingkar lengan atas (LILA)
Bila <23,5cm menunjukkan ibu hamil menderita kurang *energy kronis*.
4. Pengukuran tinggi rahim
Pengukuran tinggi rahim berguna untuk melihat pertumbuhan.
5. Penentuan letak janin (presentasi janin) dan penghitungan denyut jantung janin. Apabila trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala belum masuk panggul, kemungkinan ada kelaian letak. Bila denyut jantung janin kurang dari 120kali/menit atau lebih dari 160kali/menit menunjukkan ada tanda gawat janin segera rujuk
6. Penentuan status imunisasi *tetanus toksoid* (TT)
7. Pemberian tablet tambah darah
Ibu hamil awal kehamilan minum 1 tablet tambah darah setiap hari minimal selama 90 hari.
8. Tes laboratorium
9. Temu wicara (konseling)
Tenaga kesehatan memberikan penjelasan mengenai perawatan kehamilan, pencegahan kelainan bawaan, persalinan dan inisiasi menyusui dini (IMD), nifas, perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, keluarga berencana
10. Tata laksana atau mendapatkan pengobatan

1.5 Penatalaksanaan Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil

1. Menurut Hutahean, S (2013) keluhan- keluhan yang sering dialami oleh ibu hamil trimester III antara lain :

a. *Konstipasi dan Hemoroid*

Penanganan untuk mengatasi keluhan tersebut adalah :

- 1) Mengonsumsi makanan berserat untuk menghindari konstipasi
- 2) Beri rendaman hangat/dingin pada *anus*
- 3) Bila mungkin gunakan jari untuk memasukkan kembali *hemoroid* kedalam anus dengan perlahan
- 4) Bersihkan anus dengan hati-hati sesudah *defekasi*
- 5) Oleskan jeli ke dalam *rectum* sesudah defekasi
- 6) Usahakan Buang Air Besar (BAB) teratur
- 7) Beri kompres dingin kalau perlu
- 8) Ajarkan ibu tidur dengan posisi *Knee Chest Position* (KCP) 15 menit/hari
- 9) Ajarkan latihan *kegel* untuk menguatkan *perineum* dan mencegah *hemoroid*
- 10) Konsul ke dokter sebelum menggunakan obat *hemoroid*

b. Sering Buang Air Kecil

Penanganan pada keluhan sering BAK adalah :

- 1) Ibu hamil disarankan untuk tidak minum 2-3 gelas sebelum tidur
- 2) Kosongkan kandung kemih sesaat sebelum tidur. Namun agar kebutuhan air tercukupi, sebaiknya minum lebih banyak pada siang hari.

c. Pegal – Pegal

Penanganan yang dapat dilakukan untuk keluhan tersebut adalah :

- 1) Beraktifitas ringan, berolahraga atau melakukan senam hamil
- 2) Menjaga sikap tubuh, memperbaiki cara berdiri, duduk dan bergerak. Jika harus duduk atau berdiri lebih lama jangan lupa istirahat setiap 30 menit.
- 3) Konsumsi susu dan makanan yang banyak mengandung kalsium
- d. *Kram* dan Nyeri pada kaki.

Penanganan yang dapat dilakukan adalah:

- 1) Saat *kram* terjadi, lakukan dengan cara melemaskan seluruh tubuh terutama bagian tubuh yang *kram*, dengan cara menggerak-gerakan pergelangan tangan dan mengurut bagian kaki yang kaku.
- 2) Saat bangun tidur, jari kaki ditegakkan sejajar dengan tumit untuk mencegah kram mendadak.

- 3) Meningkatkan asupan kalsium
- 4) Meningkatkan asupan air putih
- 5) Melakukan senam ringan
- 6) Ibu sebaiknya istirahat yang cukup

e. Gangguan Pernapasan

Penanganan yang dapat dilakukan untuk keluhan tersebut adalah :

Latihan napas melalui senam hamil

- 1) Tidur dengan bantal yang tinggi dan posisi miring kekanan dan ke kiri.
 - 2) Makan tidak terlalu banyak
 - 3) Hentikan merokok
 - 4) Konsultasi ke dokter bila ada kelainan asma dan lain-lain
 - 5) Berikan penjelasan bahwa hal ini akan hilang setelah melahirkan.
2. Memberikan penkes tentang kebutuhan fisik ibu hamil pada trimester III menurut Walyani, (2015) adalah sebagai berikut:

a. Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah kebutuhan yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernapasan bias terjadi saat hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandung.

b. Nutrisi

Di Trimester III, ibu hamil butuh bekal energi yang memadai. Selain untuk mengatasi beban yang kian berat juga sebagai cadangan energy untuk persalinan kelak. Itulah sebabnya pemenuhan gizi seimbang tidak boleh dikesampingkan baik secara kualitas maupun kuantitas. Pertumbuhan otak janin akan terjadi cepat sekali pada dua bulan terakhir menjelang persalinan. Karena itu, jangan sampai kekurangan gizi.

Berikut ini sederet zat gizi yang lebih diperhatikan pada kehamilan TM III ini, tentu tanpa mengabaikan zat gizi lainnya:

1) Kalori

Pertambahan kalori yang diperlukan setiap hari adalah sekitar 285-300 kkal dengan pertambahan berat badan sekitar 12,5 kg.

2) Cairan

Disaat hamil ibu sebaiknya menambah asupan cairan kurang lebih 10 sampai 12 gelas/hari (Febby,2013)

c. *Personal Hygiene*

Personal hygiene pada ibu hamil adalah kebersihan yang dilakukan oleh ibu hamil untuk mengurangi kemungkinan *infeksi*, karena badan yang kotor yang banyak mengandung kuman-kuman.

Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genetalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan.

d. Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti berikut ini:

- 1) Perdarahan *pervaginam*.
- 2) Sering *Abortus*
- 3) *Coitus* harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu terakhir kehamilan.
- 4) *Ketuban* pecah.

e. Eliminasi (BAB dan BAK)

Trimester III frekuensi BAK meningkat karena penurunan kepala ke PAP (pintu atas panggul), BAB sering *obstipasi* (sembelit) karena *hormon progesteron* meningkat.

f. Pakaian

Pakaian yang dikenakan ibu hamil harus nyaman tanpa sabuk/pita yang menekan bagian perut/pergelangan tangan, pakaian yang tidak terlalu ketat di leher, *stoking* tungkai yang sering digunakan tidak dianjurkan karena dapat menghambat sirkulasi darah, payudara perlu ditopang dengan BH yang memadai.

3. Memberikan penkes tentang tanda bahaya kehamilan TM III kepada ibu

- a. Sakit kepala lebih dari biasa
- b. Perdarahan *pervaginam*
- c. Gangguan penglihatan

- d. Pembengkakan pada wajah dan tangan
- e. Nyeri abdomen
- f. Mual dan muntah berlebihan
- g. Demam
- h. Janin tidak bergerak sebanyak yang biasanya
- 4. Memberikan penkes tentang persiapan persalinan termasuk
 - a. Yang menolong persalinan
 - b. Tempat melahirkan
 - c. Yang mendampingi saat persalinan
 - d. Persiapan kemungkinan donor darah
 - e. Persiapan transportasi bila diperlukan
 - f. Persiapan biaya
- 5. Persiapan ASI
 - 1) Hindari pemakaian bra dengan ukuran yang terlalu ketat dan yang menggunakan busa, karena akan mengganggu penyerapan keringat payudara
 - 2) Gunakan bra dengan bentuk yang menyangga payudara
 - 3) Hindari membersihkan puting dengan sabun mandi karena akan menyebabkan iritasi. Bersihkan puting susu dengan minyak kelapa lalu bilas dengan air hangat.
 - 4) Jika ditemukan pengeluaran cairan yang berwarna kekuningan dari payudara berarti produksi ASI sudah dimulai.
 - 5) Persiapan penggunaan alat kontrasepsi pasca bersalin.

1.6 Dokumentasi Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil

Menurut (Prawirohardjo,2016), teknis pelayanan *antenatal* dapat diuraikan:

DATA SUBJEKTIF

1. Identitas

- | | |
|---------------|---------------------------------------|
| a. Nama | e. No.telepon |
| b. Usia | f. Tahun menikah (jika sudah menikah) |
| c. Nama suami | g. Agama |
| d. Alamat | h. Suku |

2. Keluhan Utama Ibu Trimester III

Menurut (Hutahean,S2013) keluhan- keluhan yang sering dialami oleh ibu hamil trimester III antara lain :

a. *Konstipasi* dan *Hemoroid*

Hemoroid dapat bertambah besar ketika kehamilan karena adanya kongesti darah dalam rongga panggul.Hormon *progesteron* menimbulkan gerakan usus makin berkurang (relaksasi otot-otot polos) sehingga makanan lebih lama di usus.*Konstipasi* juga dapat terjadi karena kurangnya aktivitas/ senam dan penurunan asupan cairan.

b. Sering Buang Air Kecil

Pada akhir kehamilan, terjadi peningkatan frekuensi BAK karena kepala janin mulai turun sehingga kandung kemih tertekan.Perubahan struktur ginjal juga merupakan aktivitas hormonal (estrogen dan progesteron), tekanan yang timbul akibat pembesaran uterus, dan peningkatan volume darah.

c. Pegal – Pegal

Pada kehamilan trimester ketiga ini ibu membawa beban yang berlebih seiring peningkatan berat badan janin dalam rahim.Otot-otot tubuh juga mengalami pengenduran sehingga mudah merasa lelah.Penyebab lainnya, yaitu ibu hamil kurang banyak bergerak atau olahraga.

d. *Kram* dan Nyeri pada kaki

Penyebab dari kram dan nyeri diperkirakan karena hormon kehamilan, kekurangan kalsium, kelelahan, tekanan uterus otot, dan pergerakan yang kurang sehingga sirkulasi darah tidak lancar.

e. Gangguan Pernapasan

Napas dangkal terjadi pada 50% ibu hamil, *ekspansi* diafragma terbatas karena pembesaran uterus, rahim membesar mendesak diafragma ke atas.

3. Riwayat kehamilan sekarang

- | | |
|-------------------------------|--|
| a) Hari pertama haid terakhir | f) Mual dan muntah |
| b) Siklus haid | g) Masalah/kelainan pada kehamilan ini |
| c) Taksiran waktu persalinan | h) Pemakaian obat dan jamu-jamuan |
| d) Perdarahan pervaginam | i) Keluhan lainnya |
| e) Keputihan | |

4. Riwayat kontrasepsi

- a. Riwayat kontrasepsi terdahulu
- b. Riwayat kontrasepsi terakhir sebelum kehamilan ini
- c. Riwayat obstetri yang lalu

5. Riwayat medis lainnya

- a. Penyakit jantung
- b. Hipertensi
- c. Diabetes mellitus (DM)
- d. Penyakit hati seperti hepatitis
- e. HIV (jika diketahui)
- f. Riwayat operasi
- g. Riwayat penyakit di keluarga: diabetes, hipertensi, kehamilan ganda dan kelainan congenital.

6. Riwayat sosial ekonomi

- a. Usia ibu saat pertama kali menikah
- b. Status perkawinan, berapa kali menikah dan lama pernikahan
- c. Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan dan kesiapan persalinan
- d. Kebiasaan atau pola makan minum.

- e. Kebiasaan merokok, menggunakan obat-obatan dan alcohol
- f. Pekerjaan dan aktivitas sehari-hari
- g. Kehidupan seksual dan riwayat seksual pasangan

DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Fisik umum

- a. Keadaan umum dan kesadaran penderita
Composmentis(kesadaran baik) atau ada gangguan kesadaran
- b. Tekanan darah
Tekanan darah yang normal adalah 110/80 mmHg sampai 140/90 mmHg. Bila >140/90 mmHg, hati-hati adanya hipertensi/*preeklamsi*.
- c. Nadi
Nadi normal adalah 60-100 x/menit. Bila abnormal mungkin ada kelainan paru-paru atau jantung.
- d. Suhu badan
Suhu badan normal adalah 36,5°C-37,5°C .Bila suhu lebih tinggi dari 37,5°C kemungkinan ada *infeksi*
- e. Tinggi badan
Diukur dalam cm, tanpa sepatu. Tinggi badan kurang dari 145 cm kemungkinan terjadi *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD).
- f. Berat badan
Berat badan yang bertambah atau kurang, perlu mendapat perhatian khusus karena kemungkinan terjadi penyulit kehamilan. Kenaikan berat badan tidak boleh lebih dari 0,5 kg/minggu.

2. Pemeriksaan kebidanan

a. Pemeriksaan luar

1) *Inspeksi*

- a) Kepala :Kulit kepala, distribusi rambut
- b) Wajah :Oedema, cloasma gravidarum, pucat/tidak
- c) Mata :Konjungtiva, sklera, oedem palpebra
- d) Hidung :Polip, rabas dari hidung, karies, tonsil, faring
- e) Telinga :Kebersihan telinga

- f) Leher :Bekas luka operasi, pembesaran kelenjar tiroid, dan pembuluh limfe
- g) Payudara :Bentuk payudara, aerola mammae, puting susu, adanya massa dan pembuluh limfe yang membesar, rabas dari payudara
- h) Aksila :Adanya pembesaran kelenjar getah bening
- i) Abdomen :Bentuk abdomen, lihat dan raba adanya gerakan janin, raba adanya pembesaran hati.

2) Palpasi

Pemeriksaan kebidanan pada abdomen dengan menggunakan *maneuver Leopold* untuk mengetahui keadaan janin di dalam perut.

a) Leopold I

Untuk mengetahui tinggi *fundus uteri* dan bagian yang berada pada bagian *fundus* dan mengukur tinggi *fundus uteri* dari *simfisis* untuk menentukan usia kehamilan.

Tabel 2.1
Ukuran Fundus Uteri Sesuai Usia Kehamilan Trimester III

Usia Kehamilan (minggu)	Tinggi Fundus Uteri (TFU) Menurut Leopold	TFU Menurut Donald	Mc.
28-32 Minggu	3 jari di atas pusat	26,7 Cm	
32-34 Minggu	Pertengahan pusat prosesus xiphoideus (PX)	29,5-30 Cm	
36-40 Minggu	2-3 jari dibawah prosesus xiphoideus (PX)	33 Cm	
40 Minggu	Pertengahan pusat prosesus xiphoideus (PX)	37,7 Cm	

Sumber : Walyani S. E, 2015. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan, Yogyakarta, halaman

b) Leopold II

Untuk menentukan bagian-bagian janin yang berada di sisi sebelah kanan dan kiri perut ibu, dan lebih mudah untuk mendeteksi dalam pengukuran DJJ.

c) Leopold III

Untuk menentukan bagian janin yang ada di bawah (presentasi).

d) Leopold IV

Untuk menentukan apakah bagian terbawah janin yang konvergen dan divergen.

3) Auskultasi

Pemeriksaan dengan menggunakan stetoskop monoral atau Doppler untuk menentukan Denyut Jantung Janin. DJJ normal adalah 120 sampai 160x/menit. Bila DJJ <120 atau >160 x/menit, maka kemungkinan ada kelainan janin atau plasenta.

4) Perkusi

Pemeriksaan dengan melakukan pengetukan pada daerah *patella* untuk memastikan adanya *refleks* pada ibu.

b. Pemeriksaan dalam

Pemeriksaan dalam dilakukan oleh dokter/bidan pada usia kehamilan 34 sampai 36 minggu untuk primigravida atau 40 minggu pada multigravida dengan janin besar. Pemeriksaan ini untuk mengetahui keadaan serviks, ukuran panggul dan sebagainya.

3. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang untuk ibu hamil meliputi pemeriksaan laboratorium (rutin maupun sesuai indikasi).

a. Kadar hemoglobin

Pemeriksaan yang dilakukan untuk mengetahui kadar hemoglobin untuk mengetahui kondisi ibu apakah menderita anemia gizi atau tidak. Anemia adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin dibawah 11 gr %. Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi. ,

WHO menetapkan :

Hb > 11 gr % disebut tidak anemia

Hb 9 – 10 gr % disebut anemia ringan

Hb 7 –8 gr % disebut anemia sedang

Hb < 7 gr % disebut anemia berat

b. Tes HIV :ditawarkan pada ibu hamil di daerah epidemik meluas dan terkonsentrasi.

c. Urinalisis (terutama protein urin pada trimester kedua dan ketiga)

ANALISA

Diagnosa Kebidanan

Analisa merupakan kesimpulan yang didapat dari hal anamnesa,pemeriksaan umum,pemeriksaan kebidanan dan pemeriksaan penunjang.Sehingga didapat diagnosa,masalah dan kebutuhan.

Daftar diagnosis nomenklatur dapat dilihat di Tabel 2.2

1	DJJ tidak normal	9	Bayi besar
2	Abortus	10	Migrain
3	Solusio Plasenta	11	<i>Kehamilan Mola</i>
4	Anemia berat	12	Kehamilan ganda
5	Presentasi bokong	13	Placenta previa
6	<i>Hipertensi Kronik</i>	14	Kematian janin
7	Eklampsia	15	<i>Hemoragik Antepartum</i>
8	Kehamilan ektopik	16	Letak Lintang

Sumber: Panduan Penyusunan Laporan Tugas Akhir (LTA) Poltekkes kemenkes RI Medan, 2018

1.7 Anemia Dalam Kehamilan

Anemia adalah suatu kondisi medis dimana jumlah sel darah merah atau hemoglobin (Hb) kurang dari normal.Kadar hemoglobin normal umumnya berbeda pada laki-laki dan perempuan. Untuk pria, anemia biasanya didefinisikan sebagai kadar hemoglobin kurang dari 13,5 gr/100ml dan pada wanita sebagai hemoglobin kurang dari 12,0 gr/100ml (Proverawati, 2011).

Anemia kehamilan merupakan peningkatan kadar cairan plasma selama kehamilan mengencerkan darah (hemodilusi), yang dapat tercermin sebagai

anemia. Anemia kehamilan yaitu ibu hamil dengan kadar Hb <11g% pada trimester I dan III atau Hb <10,5g% pada trimester II (Fadlun, 2012).

Derajat anemia berdasarkan kadar Hemoglobin menurut WHO dalam buku Tarwoto (2013) :

Ringan sekali : Hb 10 g/dl - Batas normal

Ringan : Hb 8 g/dl – 9,9 g/dl

Sedang : Hb 6 g/dl – 7,9 g/dl

Berat : Hb < 6 g/dl

Menurut Fadlun, 2012 sebagian besar anemia di Indonesia penyebabnya adalah kekurangan zat besi, dimana fungsi dari zat besi adalah salah satu unsur gizi yang merupakan komponen pembentukan Hb atau sel darah merah.

Anemia gizi besi dapat terjadi karena hal-hal berikut ini :

1. Kandungan zat besi dari makanan yang dikonsumsi tidak mencukupi kebutuhan
 - a. Makanan yang kaya akan kandungan zat besi adalah makanan yang berasal dari hewani (seperti : ikan, daging, hati, ayam).
 - b. Makanan nabati (dari tumbuh-tumbuhan) misalnya sayuran hijau tua, yang walaupun kaya akan zat besi, namun hanya sedikit yang bisa diserap dengan baik oleh usus.
2. Meningkatnya kebutuhan tubuh akan zat besi :
 - a. Pada masa hamil kebutuhan zat besi meningkat karena zat besi diperlukan untuk pertumbuhan janin, serta untuk kebutuhan ibu sendiri.

3. Meningkatnya pengeluaran zat besi dari tubuh

Beberapa dampak anemia pada kehamilan sebagai berikut :

1. Abortus, lahir premature, lamanya waktu partus karena kurang daya dorong rahim, pendarahan postpartum, rentan infeksi, rawan dekompensasi kardis pada penderita dengan Hb kurang dari 4 g%.
2. Hipoksia akibat anemia dapat menyebabkan syok bahkan kematian ibu saat persalinan, meskipun tidak disertai pendarahan.
3. Kematian bayi dalam kandungan, kematian bayi pada usia sangat muda, serta cacat bawaan.

Pencegahan dan terapi anemia :

1. Meningkatkan konsumsi makanan bergizi

Makan makanan yang banyak mengandung zat besi dari bahan makanan hewani (daging, ikan, ayam, hati, telur) dan bahan makanan nabati (sayuran berwarna hijau tua, kacang-kacangan, tempe). Makan sayur-sayuran dan buah-buahan yang banyak mengandung vitamin C (daun katuk, daun singkong, bayam, jambu, tomat, jeruk, dan nanas) sangat bermanfaat untuk meningkatkan penyerapan zat besi dalam usus.

2. Menambah pemasukan zat besi ke dalam tubuh dengan minum Tablet Tambah Darah (TTD).

3. Mengobati penyakit yang menyebabkan atau memperberat anemia seperti kecacingan, malaria, dan penyakit TBC.

B. Persalinan

1. Konsep Dasar Persalinan

- 1.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah peristiwa lahirnya bayi hidup dan palsenta dari dalam uterus dengan persentasi belakang kepala melalui vagina tanpa menggunakan alat pertolongan, pada usia kehamilan 30-42 minggu atau lebih dengan berat badan bayi 2500 gram atau lebih dengan lama persalinan kurang dari 24 jam yang dibantu dengan kekuatan kontraksi uterus dan tenaga mengejan (Sujiyatini, 2017). Perslinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uteri) yang telah cukup bula atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir dengan atau tanpa bantuan atau kekuatan sendiri (Asrinah dkk, 2015). Proses persalinan terjadi karena penurunan kadar progesteron, meningkatnya kadar oksitosin, merenggangnya otot-otot uterus, pengaruh janin, dan kadar prostaglandin yang meningkat. 1-2 minggu sebelum partus mulai terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron yang bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesterone turun.

1. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Persalinan dapat berjalan normal (*eutokia*) apabila ketiga faktor fisik 3P yaitu *power*, *passage* dan *passenger* dapat bekerja sama dengan baik. Selain itu terdapat 2P yang merupakan faktor lain yang secara tidak langsung dapat memengaruhi jalannya persalinan, terdiri atas psikologi dan penolong. Dengan mengetahui faktor-faktor yang memengaruhi persalinan, maka jika terjadi penyimpangan atau kelainan yang dapat memengaruhi jalannya persalinan, kita dapat memutuskan intervensi persalinan untuk mencapai kelahiran bayi yang baik dan ibu yang sehat, persalinan yang memerlukan bantuan dari luar karena terjadi penyimpangan 3P disebut persalinan *distosia* (Rohani dkk, 2014).

(a) *Power* (Tenaga/ Kekuatan)

His (kontraksi *uterus*) adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan. Pada bulan terakhir dari kehamilan dan sebelum persalinan dimulai, sudah ada kontraksi rahim yang disebut *his* yang dapat dibedakan menjadi *his* pendahuluan atau *his* palsu (*false labor pains*) yang sebenarnya merupakan peningkatan dari kontraksi *Braxton Hicks*. *His* pendahuluan tidak bertambah kuat dengan majunya waktu. Sedangkan *his* persalinan merupakan suatu kontraksi dari otot-otot rahim yang bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya dan bersifat nyeri.

Kontraksi rahim bersifat *otonom*, artinya tidak dipengaruhi oleh kemauan, namun dapat dipengaruhi dari luar, misalnya rangsang oleh jari-jari tangan. Tenaga meneran juga (kekuatan sekunder) tidak memengaruhi dilatasi *serviks*, tetapi setelah dilatasi *serviks* lengkap, kekuatan ini cukup penting untuk mendorong janin keluar dari *uterus* dan *vagina*. Apabila dalam persalinan ibu melakukan *valsavamanuver* (meneran) terlalu dini, dilatasi *serviks* akan terhambat. Meneran akan menyebabkan ibu lelah dan menimbulkan trauma *serviks*.

(b) *Passage* (Jalan Lahir)

Terdiri atas panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, *vagina*, dan *introitus*. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relative kaku. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai.

(c) *Passenger*

Terdiri dari janin, plasenta dan air ketuban. Bergerak di sepanjang jalan lahir akibat interaksi beberapa faktor yaitu ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin. Setelah persalinan kepala badan janin tidak akan mengalami kesulitan. Plasenta juga harus melalui jalan lahir sehingga dapat juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin. Namun, plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kelahiran normal. Air ketuban berfungsi sebagai cairan pelindung dalam pertumbuhan dan perkembangan janin dan melindungi dari infeksi, menstabilkan perubahan suhu dan menjadi saran yang memungkinkan janin bergerak bebas (Walyani dan Purwoastuti, 2016).

(d) *Psikis* (Psikologi)

Wanita normal bisa merasakan kegairahan dan kegembiraan saat merasa kesakitan di awal menjelang kelahiran bayinya. Perasaan positif ini berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas “kewanitaan sejati”, yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan atau memproduksi anak. Psikis ibu bersalin sangat berpengaruh dari dukungan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama bersalin dan kelahiran dan anjurkan mereka berperan aktif dalam mendukung dan mendampingi selama proses persalinan (Rukiyah dkk, 2014).

(e) *Penolong* (Bidan)

Penolong persalinan adalah petugas kesehatan yang mempunyai legalitas dalam menolong persalinaan antara lain dokter, bidan serta mempunyai kompetensi dalam menolong persalinan, menangani kegawatdaruratan serta melakukan rujukan bila diperlukan. Penolong persalinan selalu menerapkan upaya pencegahan infeksi yang dianjurkan termasuk diantaranya cuci tangan, memakai sarung tangan dan perlengkapan pelindung pribadi serta pendokumentasian alat bekas pakai.

2. Tahapan Dalam Persalinan

Menurut Joharyah (2016) Tahapan dalam persalinan dibagi menjadi 4 tahap yaitu :

1. Kala I (Pembukaan 1cm- 10 cm)

Kala I dibagi menjadi 2 fase, yaitu fase laten dan fase aktif. Fase laten dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan *serviks* secara bertahap 1cm-3cm yang berlangsung selama 8 jam, kontraksi mulai teratur lamanya 20-30 detik. Sedangkan fase aktif dimulai dari pembukaan 4 cm-10 cm dan berlangsung selama 7 jam. Fase aktif dibagi menjadi 3 fase yaitu *akselerasi* yang berlangsung selama 2 jam pembukaan menjadi 4 cm, *dilatasi maksimal* berlangsung selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm dan *deselerasi* berlangsung 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm/lengkap. Pada primigravida kala I berlangsung selama 12 jam sedangkan pada multigravida kala I berlangsung selama 8 jam. Mekanisme pembukaan *serviks* berbeda antara primigravida dengan multigravida. Pada primigravida, *Ostium Uteri Internum* (OUI) akan membuka lebih dulu, sehingga *serviks* akan mendatar dan menipis kemudian *Ostium Internum Eksternum* (OUE) membuka. Pada multigravida OUI sudah sedikit membuka, pada proses persalinan terjadi penipisan dan pendataran *serviks* dalam waktu yang sama.

2. Kala II (Peneluaran Janin)

Pada kala II his terkoordinir, kuat, cepat dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara *reflektoris* menimbulkan rasa mencedas. Karena tekanan pada rectum, ibu merasa seperti mau buang air besar, dengan tanda anus membuka. Pada awal his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, dan perineum meregang. Lama kala II pada primigravida adalah 1,5 jam sampai dengan 2 jam, sedangkan pada multigravida 30 menit- 1 jam. Gejala dan tanda kala II yaitu, his semakin kuat dengan interval 2-3 menit dengan durasi 50-100 detik, ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.

3. Kala III (Pengeluaran uri)

Kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Pada kala III persalinan, miometrium berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi. Penyusutan

ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta yang menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, maka plasenta akan terlipat, menebal dan akhirnya lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turu ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina. Saat pelepasan ini timbul his dalam waktu 1-5 menit plasenta terlepas dan terdorong ke dalam vagina. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Tanda-tanda lepasnya plasenta, uterus menjadi bundar, tali pusat bertambah panjang, dan adanya semburan darah.

4. Kala IV (Pengawasan 2 jam)

Kala observasi persalinan kala IV dimulai dengan kelahiran plasenta dan berakhir 2 jam kemudian. Periode ini merupakan saat paling kritis untuk mencegah kematian ibu, terutama kematian disebabkan oleh perdarahan. Selama kala IV, bidan harus memantau ibu setiap 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam ke dua setelah persalinan. Jika kondisi ibu tidak stabil, maka ibu harus dipantau lebih sering. Observasi yang dilakukan yaitu tingkat kesadaran ibu, tanda-tanda vital ibu, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri, kandung kemih, laserasi dan selaput ketuban serta perdarahan (Rukiah dkk, 2013).

1.2 Perubahan Fisiologi Persalinan

A. Perubahan fisiologis Kala I (Walyani dan Purwoastuti, 2016)

1. Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan *sistolik* rata-rata sebesar 10-20 mmHg dan kenaikan *diastolik* rata-rata 5-10 mmHg di antara kontraksi-kontraksi uterus, tekanan darah akan turun seperti sebelum masuk persalinan dan akan naik lagi bila terjadi kontraksi.
2. Perubahan metabolisme selama persalinan baik metabolisme karbohidrat aerobik maupun anaerobik akan naik secara perlahan. Kenaikan ini sebagian besar disebabkan karena kecemasan serta kegiatan otot kerangka tubuh. Kegiatan metabolisme yang meningkat tercermin dengan kenaikan suhu badan, denyut, nadi, pernafasan, dan kehilangan cairan.
3. Perubahan suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, suhu mencapai tertinggi selama persalinan dan segera setelah persalinan. Kenaikan ini dianggap normal asal tidak melebihi 0,5-1°C.

4. Pernafasan, kenaikan pernafasan dapat disebabkan karena adanya rasa nyeri, kekhawatiran serta penggunaan teknik pernafasan yang tidak benar.
5. Kontraksi *uterus* terjadi karena adanya rangsangan pada otot polos, uterus dan penurunan hormon *progesteron* yang menyebabkan keluarnya hormon oksitosin.
6. Penarikan *serviks* pada akhir kehamilan yaitu otot yang mengelilingi *Ostium Uteri Internum* (OUI) ditarik oleh SAR yang menyebabkan serviks menjadi pendek dan menjadi bagian dari SBR. Bentuk serviks menghilang karena *canalis servikalis* atas membesar dan membentuk *Ostium Uteri Eksterna* (OUE) sebagai ujung dan bentuknya menjadi sempit.
7. Pembentukan segmen atas rahim (SAR) terbentuk pada uterus bagian atas dengan sifat otot yang lebih tebal dan kontraktif. Pada bagian ini terdapat banyak otot serong dan memanjang. SAR terbentuk dari fundus sampai isthmus uteri. Segmen bawah rahim (SBR) terbentang diuterus bagian bawah antara isthmus dengan serviks, dengan sifat otot yang lebih tipis dan elastis, pada bagian ini banyak terdapat otot yang melingkar dan memanjang.

B. Perubahan fisiologis Kala II (Rukiyah dkk, 2014)

1. Kontraksi uterus ini bersifat nyeri yang disebabkan oleh anoksia dari sel-sel otot. Tekanan pada gang lia dalam *serviks* dan SBR, regangan dari *serviks*, dan tarikan pada *peritoneum*. Kontraksi ini bersifat berkala dan yang harus diperhatikan adalah lamanya kontraksi berlangsung 60-90 detik, kekuatan kontraksi secara klinis ditentukan dengan mencoba apakah kita dapat menekan dinding rahim kedalam, interval antara kedua kontraksi, pada kala pengeluaran sekali dalam 2 menit.
2. Perubahan-perubahan uterus, perbedaan SAR dan SBR akan tampak lebih jelas dimana SAR dibentuk oleh korpus uteri dan bersifat memegang peranan aktif atau berkontraksi dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan, dengan kata lain SAR mengadakan suatu kontraksi menjadi tebal dan mendorong anak keluar. Sedangkan SBR dibentuk oleh isthmus uteri yang sifatnya memegang peranan pasif dan makin tipis dengan majunya

persalinan, dengan kata lain SBR dan *serviks* mengadakan relaksasi dan dilatasi.

3. Perubahan pada *serviks* kala II ditandai dengan pembukaan lengkap, pada pemeriksaan dalam (VT) tidak teraba lagi bibir *fortio*, segmen bawah rahim, dan *serviks*.
4. Perubahan pada vagina dan dasar panggul setelah pembukaan lengkap dan ketuban pecah, terutama pada dasar panggul yang diregangkan oleh bagian depan janin sehingga menjadi saluran yang dindingnya tipis karena suatu regangan dan kepala sampai di vulva, lubang vulva menghadap ke depan atas dan anus menjadi terbuka, perineum menonjol, dan kepala janin tampak di vulva.

C. Perubahan fisiologis Kala III

Dimulai segera setelah bayi sampai lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri di atas pusat, kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6-15 menit setelah bayi baru lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri dan disertai pengeluaran darah. Terjadi penyusutan mengakibatkan berkurangnya ukuran tempat implantasi plasenta karena ukuran tempatnya semakin mengecil dan ukuran plasenta tetap, kemudian plasenta akan menebal, dan lepas dari dinding uterus. Setelah lepas plasenta akan turun dari dinding uterus ke bagian bawah uterus atau bagian atas vagina. Tanda-tadanya adalah adanya perubahan tinggi dan bentuk uterus (Walyani dan Purwoastuti, 2016)

D. Perubahan fisiologis Kala IV (Rukiyah, dkk 2014)

1. Tanda-tanda Vital dalam 2 jam pertama setelah persalinan, tekanan darah, nadi dan pernapasan akan berangsur kembali normal. Suhu pasien biasanya akan mengalami sedikit peningkatan, tapi masih di bawah 38°C, hal ini disebabkan oleh kurangnya cairan dan kelelahan. Denyut nadi biasanya berkisar 60-70 x/menit.

2. Kontraksi uterus, jika uterus lembek, maka wanita bisa mengalami perdarahan, untuk mempertahankan kontraksi uterus dapat dilakukan rangsangan taktil atau masase uterus pada perut.
3. *Lochea*, jika uterus berkontraksi kuat, *lochea* kemungkinan tidak lebih dari menstruasi setelah melahirkan, jumlah *lochea* akan bertambah karena miometrium sedikit banyak berelaksasi.
4. Kandung kemih harus di evaluasi untuk memastikan kandung kemih tidak penuh. Kandung kemih yang penuh mendorong uterus ke atas dan menghalangi uterus berkontraksi sepenuhnya.

1.3 Perubahan Psikologis Dalam Persalinan

- a) Kala I menurut Walyani dan Purwoastuti (2016) sering terjadi perasaan tidak enak, takut dan ragu akan persalinannya. Sering memikirkan apakah persalinannya normal dan penolong bijaksana dalam menghadapi dirinya. Apakah bayinya normal atau tidak.
- b) Kala II his terkoordinasi kuat, cepat, dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun dan masuk ruang panggul, sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa ingin meneran. Karena tekanan rektum, ibu merasa seperti ingin buang air besar, dengan tanda anus terbuka. Pada waktu terjadinya his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, dan perineum menonjol. Dengan his meneran yang dipimpin, maka akan lahir kepala diikuti oleh seluruh badan janin.
- c) Kala III ibu ingin melihat, menyentuh, dan memeluk bayinya. Ibu juga merasa gembira, bangga dan juga merasa lelah.
- d) Kala IV perasaan lelah, karena segenap energi psikis dan kemampuan jasmaninya dikonsentrasikan pada aktivitas melahirkan. Rasa ingin tau yang kuat akan bayinya. Timbul reaksi-reaksi afeksional yang pertama terhadap bayinya rasa bangga sebagai wanita, istri dan ibu, terharu, bersyukur pada yang Maha Kuasa.

2. Asuhan Persalinan Normal

2.1 Pengertian Asuhan Persalinan Normal

Asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi baru lahir serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermi, dan asfiksia bayi baru lahir (Rukiah dkk, 2014). Tujuan asuhan persalinan adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui beberapa upaya yang terintegrasi dan lengkap tetapi dengan intervensi yang seminimal agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan dan agar terciptanya asuhan yang optimal hal yang diperhatikan yaitu membuat keputusan klinik, membuat asuhan sayang ibu dan sayang bayi, pencegahan infeksi, pencatatan (rekam medik) asuhan persalinan dan rujukan (Sujiyati dkk, 2017)

2.2 Asuhan Pada Ibu Bersalin

Menurut Siwi Elisabet (2016) asuhan kebidanan pada ibu bersalin pada kala I, II, III, dan IV adalah :

1. Asuhan pada kala I :
 - a. Memantau perubahan tubuh ibu untuk menentukan apakah persalinan dalam kemajuan yang normal
 - b. Memeriksa perasaan ibu dan respon fisik terhadap persalinan
 - c. Memeriksa bagaimana bayi bereaksi saat persalinan dan kelahiran
 - d. Membantu ibu memahami apa yang sedang terjadi sehingga ia berperan aktif dalam menentukan asuhan
 - e. Membantu keluarga dalam merawat ibu selama persalinan, menolong kelahiran dan memberikan asuhan pasca persalinan dini
 - f. Mengenali masalah secepatnya dan mengambil keputusan serta tindakan yang tepat guna dan tepat waktu (efektif dan efisien)
 - g. Pemantauan terus menerus TTV ibu dan keadaan janin
 - h. Memenuhi kebutuhan dan rasa nyaman ibu

2. Asuhan pada Kala II :
 - a. Pemantauan ibu :
 1. Pantau frekuensi dan lama kontraksi setiap 30 menit
 2. Memastikan kandung kemih kosong melalui bertanya kepada ibu secara langsung sekaligus dengan melakukan palpasi
 3. Penuhi kebutuhan hidrasi, nutrisi ataupun keinginan ibu
 4. Periksa penurunan kepala bayi melalui pemeriksaan abdomen dan pemeriksaan dalam setiap 4 jam
 5. Upaya meneran ibu
 6. Apakah ada presentasi majemuk atau tali pusat disamping kepala
 7. Putaran paksi luar segera setelah bayi lahir
 8. Adanya kehamilan kembar setelah bayi pertama lahir
 - b. Pemantauan janin :
 1. Saat belum lahir: Lakukan pemeriksaan DJJ setiap 5-10 menit, amati warna air ketuban jika selaputnya sudah pecah, periksa kondisi kepala, *vertex*, *caput*, *molding*.
 2. Saat bayi lahir: Nilai kondisi bayi (0-30 detik) apakah bayi menangis kuat dan atau tanpa kesulitan, apakah bayi bergerak aktif atau lemas.
3. Asuhan pada Kala III :
 - a. Memberi dukungan mental dari bidan dan keluarga atau pendamping
 - b. Penghargaan terhadap proses kelahiran janin yang telah dilalui
 - c. Memberi informasi yang jelas mengenai keadaan pasien sekarang dan tindakan apa yang dilakukan
 - d. Memberi penjelasan mengenai apa yang harus ia lakukan untuk membantu mempercepat kelahiran plasenta, yaitu kapan saat meneran dan posisi apa yang mendukung untuk pelepasan dan kelahiran plasenta
 - e. Membuat ibu bebas dari rasa risih akibat bagian bawah yang basah oleh darah dan air ketuban
4. Asuhan pada Kala IV :
 - a. Periksa fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Jika kontraksi tidak kuat massase uterus sampai menjadi keras

- b. Periksa tekanan darah (TD), nadi, kandung kemih, dan perdarahan selama 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua
- c. Menganjurkan ibu untuk minum untuk mencegah dehidrasi dan makan untuk mengembalikan tenaga ibu
- d. Membersihkan perineum ibu dan vulva ibu
- e. Kenakan pakaian ibu yang bersih dan kering untuk kenyamanan ibu
- f. Membiarkan bayi berada pada ibu untuk meningkatkan hubungan dan sangat tepat untuk memberikan air susu ibu (ASI) kepada bayi
- g. Pastikan ibu sudah buang air kecil (BAK) setelah 3 jam pasca persalinan
- h. Memantau tanda-tanda bahaya bagi ibu dan bayi.

2.3 60 langkah Asuhan Persalinan Normal yaitu : (PP IBI, 2016)

I. Mengenali Gejala dan tanda kala dua

- 1. Melihat tanda kala dua persalinan seperti adanya dorongan meneran, adanya tekanan pada anus, perineum menonjol dan vulva membuka.

II. Menyiapkan pertolongan persalinan

- 2. Memastikan kelengkapan peralatan, dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir.
- 3. Memakai celemek dari bahan yang tidak tembus cairan
- 4. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan handuk yang bersih dan kering.
- 5. Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
- 6. Memasukkan oksitosin ke dalam spuit (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada spuit).

III. Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin

- 7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari anterior (depan) ke posterior (belakang) menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.
- 8. Melakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.

9. Dekontaminasi sarung tangan (celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5) lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan. Tutup kembali partus set.
10. Memeriksa DJJ setelah kontraksi uterus mereda (relaksasi) untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal (120-160 x/menit).

IV. Menyiapkan Ibu dan keluarga untuk membantu proses persalinan.

11. Meritahukan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik, kemudian bantu ibu untuk posisi nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
12. Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi kuat. Pada kondisi itu, ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang di inginkan dan pastikan ibu merasa nyaman.
13. Melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat.
14. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengamnil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.

V. Persiapan untuk melahirkan bayi

15. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di peruh bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm .
16. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu
17. Membuka tutup partus set dan periksa kembalu kelengkapan peralatan dan bahan.
18. Memakai sarung tangan DTT/Steril pada kedua tangan

VI. Pertolongan untuk melahirkan bayi

19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi fleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu meneran secara efektif atau bernapas cepat dan dangkal.

20. Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi), segera lanjutkan proses kelahiran bayi.
21. Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan
22. Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakkan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
23. Setelah kedua bahu lahir, satu tangan menyangga kepala dan bahu belakang, tangan yang lain menelusuri dan memegang lengan dan siku bayi sebelah atas.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki.

VII. Asuhan bayi baru lahir

25. Lakukan penilaian , apakah bayi menangis kuat atau bernapas kesulitan, dan apakah bayi bergerak dengan aktif.
26. Mengeringakan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu.
27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan apakah ada janin kedua
28. Memberitahukan ibu bahwa akan di lakukan suntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit (IM) di 1/3 distal lateral paha.
30. Dalam waktu 2 menit setelah bayi baru lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3 cm dari pusat bayi. Gunakan jari telunjuk dan jari tengah tangan yang lain untuk mendorong isi tali pusat kearah ibu, dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama.
31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat

32. Meletakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu-bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibu. Usahan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau aerola mammae ibu.

VIII. Manajemen Aktif kala tiga persalinan (MAK III)

33. Memindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
34. Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut bawah ibu (diatas simfisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat.
35. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang-atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversion uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi kembali prosedur diatas.
36. Bila pada penekanan bagian bawah dinding depan uterus kearah *dorsal* ternyata di ikuti dengan pergeseran tali pusat kearah distal maka lanjutkan dorongan kearah *cranial* hingga plasenta dapat dilahirkan.
37. Saat plasenta muncul di *introitus* vagina, lahirkan plasenta denga kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.
38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).

IX. Menilai perdarahan

39. Memeriksa kedua sisi plasenta (*maternal-fetal*) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta kedalam kantung plastik atau tempat khusus.
40. Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi derajat 1 dan 2 yang menimbulkan perdarahan.

X. Asuhan pascapersalinan

41. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
42. Memastikan kandung kemih kosong. Jika penuh lakukan kateterisasi.
43. Menyelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 %, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, dan bilas air DTT tanpa melepas sarung tangan, kemudian keringkan dengan handuk.
44. Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dengan menilai kontraksi.
45. Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik
46. Mengevaluasi jumlah kehilangan darah
47. Memantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60) kali/menit)
48. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi
49. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
50. Membersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lender dan darah di ranjang atau sekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
51. Memastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk member ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5 %
53. Menyelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 %, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
54. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk yang bersih dan kering.
55. Memakai sarung tangan bersih / DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi
56. Melakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir. Pastikan kondisi bayi baik, pernapasan normal dan suhu tubuh normal.

57. Setelah 1 jam pemberian vitamin K₁ berikan suntikkan hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Letakkan bayi dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukkan.
58. Melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit
59. Menyuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering
60. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV persalinan.

Dokumentasi asuhan kebidanan pada ibu bersalin.

B. Nifas

1. Konsep Dasar Nifas

1.1 Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (puerperium) adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan telah kembali seperti keadaan sebelum hamil, masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan (Sari, 2014). Masa nifas dimulai sesaat setelah keluarnya plasenta dan selaput janin serta berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Akan tetapi seluruh otot genitalia baru pulih kembali seperti sebelum kehamilan dalam waktu 3 bulan (Astutik, 2015).

Masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu (Marmi, 2016). Adapun tahapan nifas dibagi menjadi 3 yaitu :

a. *Puerperium dini* atau *immediate puerperium* (0-24 jam *postpartum*)

Puerperium dini adalah masa pemulihan dimana ibu telah diperbolehkan berjalan (Moctar, 1998 : 155) pada masa tidak dianggap perlu menahan ibu setelah persalinan terlentang ditempat tidurnya selama 7 – 14 hari setelah persalinan. Keuntungannya adalah merasa lebih sehat dan kuat, usus dan kandung kemih lebih baik dan dapat segera merawat bayinya.

b. *Puerperium intermedial* atau *early puerperium* (1-7 hari *postpartum*)

Masa pemulihan menyeluruh alat-alat genetalia eksterna dan interna yang lamanya 6-8 minggu (uterus, bekas implantas plasenta, luka jalan lahir, cervix, endometrium, dan ligament-ligamen)

c. *Remote puerperium* atau *later puerperium* (1-6 minggu *postpartum*)

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

1.2 Perubahan Fisiologi Masa Nifas (Reni Yuli, 2015)

1. Perubahan Sistem Reproduksi

2. Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama post partum adalah sebagai berikut:

Tabel 2.3

Tinggi Fundus dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi

Involusi	TFU	Berat Uterus
Bayi Lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Plasenta Lahir	2 jari di bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat-simfisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba di atas simfisis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber: Rukiyah dkk, 2015. *Asuhan Kebidanan III (Nifas)*, Jakarta halaman 57

3. Lochea adalah cairan atau sekret yang berasal dari *cavum uteri* dan vagina dalam masa nifas. Macam-macam lochea :

- a. *Lochea rubra* (*cruenta*) muncul pada hari 1-2 pasca persalinan, berwarna merah mengandung darah dan sisa-sisa selaput ketuban, jaringan dari decidua, verniks caseosa, lanugo dan meconium.
- b. *Lochea sanguinolenta* muncul pada hari ke 3-7 hari pasca persalinan berwarna merah kuning berisi darah lendir.

- c. *Lochea serosa* muncul pada hari ke 7-14 pasca persalinan, berwarna kecoklatan, mengandung lebih banyak serum, sedikit darah, leukosit, dan robekan laserasi plasenta.
 - d. *Lochea Alba* muncul setelah 2-6 minggu pasca persalinan, berwarna putih kekuningan mengandung leukosit, selapit lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.
 - e. *Lochea purulenta* terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
 - f. *Lochea stasis* : lochea tidak lancar keluarnya.
4. Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan. *Ostium uteri eksterna* dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks akan menutup.
 5. Vulva dan Vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan *labia* akan menonjol.
 6. Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada nifas hari ke 5, tonus otot perineum sudah kembali seperti keadaan sebelum hamil, walaupun tetap lebih kendur dari pada keadaan sebelum melahirkan.
 7. Payudara terjadi penurunan kadar progesterone secara tepat dengan peningkatan hormone prolactin setelah persalinan. Kolostrum sudah ada saat persalinan dan produksi ASI terjadi pada hari ke-2 atau hari ke-3 setelah persalinan dan menjadi besar dan keras sebagai tanda dimulainya proses laktasi.
- b. Perubahan Pada Sistem Perkemihan
- Dieresis postpartum normal terjadi dalam 24 jam setelah melahirkan sebagai respon terhadap penurunan estrogen. Kemungkinan terdapat *spasme sfingter* dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Kandung kencing masa nifas mempunyai kapasitas yang bertambah besar dan relative tidak sensitive

terhadap tekanan cairan intravesika. Urine dalam jumlah besar akan diasilakan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan (Rukiyah dkk, 2015)

c. Perubahan Pada Sistem Pencernaan

Diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal, meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari. Rasa sakit di daerah perineum dapat menghalangi keinginan untuk BAB sehingga pada masa nifas sering timbul keluhan konstipasi akibat tidak teraturnya BAB.

d. Perubahan Pada Sistem Kardiovaskuler

Setelah terjadi diuresis akibat penurunan kadar estrogen, volume darah kembali kepada keadaan tidak hamil. Jumlah sel darah merah dan *hemoglobin* kembali normal pada hari ke-5. Meskipun kadar estrogen mengalami penurunan yang sangat besar selama masa nifas, namun kadarnya masih tetap lebih tinggi daripada normal. Pembekuan darah harus dicegah dengan penanganan yang cermat dan penekanan pembuluh darah pada ambulasi dini. Tonus otot polos pada dinding vena mulai membalik, volume darah mulai berkurang, viskositas darah kembali normal dan curah jantung serta tekanan darah menurun sampai kadar sebelum hamil.

e. Perubahan Pada Sistem Endokrin

Keadaan hormone plasenta menurun dengan cepat, hormone plasenta tidak dapat terdeteksi dalam 24 jam post partum, hormon Human Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat, estrogen turun sampai 10 %. Adanya perubahan dari hormone plasenta yaitu estrogen dan progesterone yang menurun. Hormon-hormon pituitary mengakibatkan prolaktin meningkat, Follicle Stimulating Hormon (FSH) menurun dan Luteinizing Hormon (LH) menurun. Produksi ASI mulai pada hari ke-3 post partum yang mempengaruhi hormone prolaktin, oksitosin dan *reflek let*.

f. Perubahan Pada Sistem Muskuloskeletal

Kadar relaksin dan progesteron berkurang hingga mencapai kadar normal dalam waktu tujuh hari, namun akibat yang ditimbulkan pada jaringan fibrosa, otot, dan ligament memerlukan waktu empat sampai lima bulan untuk

berfungsi seperti sebelum hamil. Ambulasi bisa dimulai 4-8 jam nifas, dengan ambulasi dini akan membantu mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi.

g. Perubahan Tanda Tanda Vital Pada Masa Nifas

- (a) Suhu badan sekitar hari ke-4 setelah persalinan suhu ibu mungkin naik sedikit, antara 37,2°C .
- (b) Denyut nadi Setelah persalinan jika ibu dalam keadaan istirahat penuh, denyut nadi sekitar 60x/menit dan terjadi terutama pada minggu pertama masa nifas. Denyut nadi masa nifas umumnya lebih stabil dibandingkan suhu badan.
- (c) Tekanan darah <140 mmHg, dan bisa meningkat dari sebelum persalinan sampai 1-3 hari masa nifas. Bila tekanan darah menjadi rendah diwaspadai adanya perdarahan pada masa nifas. Sebaliknya bila tekanan darah tinggi, merupakan salah satu petunjuk kemungkinan adanya pre-eklamsi yang timbul pada masa nifas dan perlu penanganan lebih lanjut.
- (d) Respirasi / pernafasan umumnya lebih lambat atau normal, karena ibu dalam keadaan pemulihan atau keadaan istirahat. Pernafasan normal setelah persalinan adalah 16-24 x/menit atau rata-ratanya 18 x/menit.

h. Perubahan Pada Sistem Hematologi

Pada ibu masa nifas 72 jam pertama biasanya akan kehilangan volume plasma dari pada sel darah, penurunan plasma ditambah peningkatan sel darah pada waktu kehamilan diasosikan dengan peningkatan *hematokrit* dan haemoglobin pada hari ke 3-7 setelah persalinan dan akan normal dalam 4-5 minggu post partum. Jumlah kehilangan darah selama minggu pertama post partum berkisar 500-800 ml dan selama sisa masa nifas berkisar 500 ml.

1.3 Adaptasi Psikologis Masa Nifas

Menurut marmi (2015) tahapan masa nifas ada 3 yaitu:

- a. *Taking in* (1-2 hari post partum). Wanita menjadi pasif dan sangat tergantung serta berfokus pada dirinya sendiri. Mengulang-ulang dan menceritakan pengalaman proses bersalin yang dialami. Wanita yang baru melahirkan ini perlu istirahat dan tidur untuk mencegah gejala kurang tidur dan lelah, cepat tersinggung, campur baur dengan proses pemulihan.

- b. *Taking hold* (2-4 hari post partum). Ibu khawatir akan kemampuan dan tanggung jawab untuk merawat bayinya. Wanita postpartum ini berpusat pada kemampuannya dalam mengontrol diri dan fungsi tubuh. Berusaha untuk menguasai kemampuan untuk merawat bayinya, cara menggendong dan menyusui, memberi minum dan mengganti popok. Wanita pada masa ini sangat sensitive akan ketidakmampuannya, cepat tersinggung dan cenderung menganggap pemberitahuan bidan sebagai teguran, maka hati-hati dalam berkomunikasi dengan ibu post partum ini dan perlu memberi support.
- c. *Letting go* terjadi setelah hari kesepuluh masa nifas atau pada saat sudah berada dirumah. Pada fase ini ibu nifas sudah bisa menikmati dan menyesuaikan diri dengan pertanggungjawaban peran barunya. Selain itu keinginan untuk merawat bayi secara mandiri serta bertanggungjawab terhadap diri dan banyinya sudah meningkat (Astutik , 2015).

1.4 ASI Eksklusif

ASI eksklusif adalah bayi hanya diberi ASI saja, sejak usia 30 menit *postnatal* (setelah lahir) sampai usia 6 bulan, tanpa tambahan cairan lain seperti susu formula, sari buah, air putih, madu, air teh, dan tanpa tambahan makanan padat seperti buah-buahan, biskuit, bubur, susu, bubur nasi, dan nasi tim (Walyani dan Purwoastuti, 2015). ASI merupakan sumber makanan yang mengandung nutrisi, meningkatkan daya tahan tubuh bayi karena mengandung berbagai zat antibodi sehingga bayi akan jarang sakit, meningkatkan kecerdasan bayi karena mengandung asam lemak yang diperlukan untuk pertumbuhan otak, dan menjalin rasa kasih sayang antara ibu dengan bayi.

2. Asuhan Masa Nifas

2.1 Pengertian Asuhan Masa Nifas

Asuhan ibu masa nifas adalah asuhan yang diberikan pada ibu segera setelah kelahiran sampai 6 minggu atau 40 hari. Tujuan dari asuhan masa nifas adalah untuk memberikan asuhan yang adekuat dan terstandar pada ibu segera setelah melahirkan dengan memperhatikan riwayat selama kehamilan.(Anggraini, 2014). Menurut Astutik (2015) dilakukan pengawasan masa nifas yang bertujuan untuk menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik secara fisik maupun psikologis, melaksanakan *screening* yang komprehensif (menyeluruh), dan mendeteksi adanya masalah, mengobati dan merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya.

2.2 Program Masa Nifas

Kunjungan rumah postpartum dilakukan sebagai salah satu tindakan untuk pemeriksaan postpartum lanjutan. Paling sedikit 4 kali melakukan kunjungan pada masa nifas, dengan tujuan untuk menilai kondisi ibu dan bayi, melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayi, mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas (Walyani dan Porwoastuti, 2015).

Tabel 2.4
Program dan Kebijakan Teknik Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah Persalinan	Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri Pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu Mengajarkan ibu untuk mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi
2	6 hari setelah Persalinan	Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau. Menilai adanya tanda- tanda demam, infeksi atau kelainan pasca melahirkan. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan menjaga bayi agar tetap hangat.
3	2 minggu setelah persalinan	Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau. Menilai adanya tanda- tanda demam, infeksi atau kelainan pasca melahirkan. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit.

4	6 minggu setelah persalinan	<p>Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan menjaga bayi agar tetap hangat.</p> <p>Menanyakan pada ibu tentang penyulit – penyulit yang dialami atau bayinya.</p> <p>Memberikan konseling untuk KB secara dini.</p>
---	-----------------------------	--

Sumber: Walyani dan Purwoastuti, 2015. *Asuhan kebidanan ibu nifas dan menyusui*, Yogyakarta, halaman 5-6.

D. Bayi Baru Lahir

1. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1.1 Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir (Neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0 - 28 hari. BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan (*ekstrauterin*) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik (Marmi dkk, 2015). Bayi baru lahir normal adalah bayi yang pada usia kehamilan, 37-42 minggu dengan berat badan lahir antara 2500-4000 gr (Sondakh, 2016). Bayi baru lahir dikatakan normal jika termasuk dalam kriteria sebagai berikut :

1. Berat badan lahir bayi antara 2500-4000 gram
2. Panjang badan bayi 48-50 cm
3. Lingkar dada bayi 32-34 cm
4. Lingkar kepala bayi 33-35 cm
5. Bunyi jantung dalam menit pertama 180 kali/ menit, kemudian turun sampai 120-140 kali pada saat bayi berumur 30 menit.
6. Pernapasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80 kali/menit disertai pernapasan cuping hidung dan turun sampai 40x/ menit serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit.
7. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan dilapisi verniks kaseosa.
8. Rambut lanugo telah hilang, rambut kelala tumbuh baik
9. Kuku sudah agak panjang dan lemas

10. Genetalia, testis sudah turun (pada bayi laki-laki) dan labiya mayora telah menutupi labiya minora (pada bayi perempuan)
11. Refleks isap, menelan sudah terbentuk dengan baik
12. Refleks moro sudah baik, bila dikagetkan akan memperlihatkan gerakan tangan seperti memeluk.
13. Graff refleks sudah baik, bila diletakkan suatu benda ke telapak tangan maka akan menggenggam.
14. Eliminasi, urin, dan mekonium normalnya keluar pada 24 jam pertama pertama. Mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket.

1.2 Perubahan Fisiologi pada Bayi Baru Lahir

Menurut Muslihatun (2013), Adaptasi fisiologis bayi baru lahir yaitu

1. Sistem pernafasan

Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir pernafasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 detik sesudah lahir. Setelah kelahira tekanan rongga dada bayi pada saat melalui jalan lahir pervagiam mengakibatkan cairan paru-paru (pada bayi normal jumlahnya 80-100 ml). Kehilangan 1/3 dari jumlah cairan tersebut sehingga cairan yang hilang ini diganti dengan udara. Pernafasan pada neonatus terutama pernafasan diafragmatik dan abdominal, sedangkan frekuensi dan dalamnya belum teratur.

2. Suhu tubuh, terdapat empat mekanisme kemungkinan hilangnya panas tubuh dari bayi baru lahir ke lingkungannya yaitu:

- a. Evaporasi adalah kehilangan panas karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri karena tidak segera dikeringkan/diselimuti, dan segera dimandikan.
- b. Konduksi adalah kehilangan panas tubuh bayi melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin.
- c. Konveksi adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin.

- d. Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi.
3. Metabolisme, luas permukaan tubuh neonatus, relatif lebih luas dari tubuh orang dewasa sehingga metabolisme basal per kg berat badan akan lebih besar. Bayi baru lahir harus menyesuaikan diri dengan lingkungan baru sehingga energi diperoleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak.
 4. Peredaran darah, setelah bayi lahir, paru akan berkembang mengakibatkan tekanan arterioler dalam paru menurun. Tekanan dalam jantung kanan turun, sehingga tekanan jantung kiri lebih besar yang mengakibatkan menutupnya *foramen ovale* secara fungsional. Tekanan darah pada waktu lahir dipengaruhi oleh jumlah darah yang melalui transfusi plasenta dan pada jam-jam pertama sedikit menurun, untuk kemudian naik lagi dan menjadi konstan kira-kira 85/40 mmHg.
 5. Keseimbangan air dan fungsi ginjal, tubuh bayi baru lahir mengandung relatif lebih banyak air dan kadar natrium relatif lebih besar dari kalium karena ruangan ekstraseluler luas. Fungsi ginjal belum sempurna karena jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa.
 6. *Imunoglobulin*, pada bayi baru lahir hanya terdapat gama globulin G, sehingga imunologi dari ibu dapat melalui plasenta karena berat molekulnya kecil.
 7. *Traktus digestivus* relatif lebih berat dan lebih panjang dibandingkan dengan orang dewasa. Pada neonatus, traktus digestivus mengandung zat yang berwarna hitam kehijauan yang terdiri dari *mukopolisakarida* dan disebut mekonium.
 8. Setelah lahir, hati menunjukkan perubahan kimia dan morfologis, yaitu kenaikan kadar protein serta penurunan kadar lemak dan glikogen.
 9. Keseimbangan asam basa. Derajat keasaman (Ph) darah pada waktu lahir rendah, karena *glikolisis anaerobik* dalam 24 jam neonatus telah mengkompensasi asidosis ini.

2. Asuhan Pada Bayi Baru Lahir

2.1 Pengertian Asuhan Pada Bayi Baru Lahir

Asuhan bayi baru lahir adalah menjaga bayi agar tetap hangat, membersihkan saluran napas, mengeringkan tubuh bayi (kecuali telapak tangan), memantau tanda bahaya, memotong dan mengikat tali pusat, melakukan IMD, memberikan suntikan vitamin K1, memberi salep mata antibiotik pada kedua mata, memberi imunisasi Hepatitis B, serta melakukan pemeriksaan fisik (Syaputra Lyndon, 2014).

2.2 Asuhan Bayi Baru Lahir

1. Menjaga bayi agar tetap hangat. Langkah awal dalam menjaga bayi tetap hangat adalah dengan menyelimuti bayi sesegera mungkin sesudah lahir atau dekapkan pada badan ibu dan tunda memandikan bayi selama 6 jam atau sampai bayi stabil untuk mencegah hipotermi.
2. Membersihkan saluran napas dengan cara mengisap lendir yang ada di mulut dan hidung (jika diperlukan). Tindakan ini juga dilakukan sekaligus dengan penilaian APGAR skor menit pertama. Bayi normal akan menangis spontan segera setelah lahir. Apabila bayi tidak langsung menangis, jalan napas segera dibersihkan.
3. Mengeringkan tubuh bayi dari cairan ketuban dengan menggunakan kain atau handuk yang kering, bersih, dan halus. Dikeringkan mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya dengan lembut tanpa menghilangkan *verniks*. *Verniks* membantu menyamankan dan menghangatkan bayi. Setelah dikeringkan, selimuti bayi dengan kain kering untuk menunggu 2 menit sebelum tali pusat di klem. Hindari mengeringkan punggung tangan bayi. Bau cairan amnion pada tangan bayi membantu bayi mencari puting ibunya yang berbau sama.
4. Memotong dan mengikat tali pusat dengan teknik aseptik dan antiseptic. Tindakan ini dilakukan untuk menilai APGAR skor menit kelima. Cara pemotongan dan pengikatan tali pusat adalah sebagai berikut :

- a) Klem, potong, dan ikat tali pusat dua menit pasca bayi lahir. Penyuntikan oksitosin dilakukan pada ibu sebelum tali pusat di potong (oksitosin IU intramuskular).
 - b) Melakukan penjepitan ke-1 tali pusat dengan klem logam DTT 3 cm dari dinding perut (pangkal pusat) bayi, dari titik jepitan tekan tali pusat dengan dua jari kemudian dorong isi tali pusat ke arah ibu (agar darah tidak terpancar pada saat dilakukan pemotongan tali pusat). Lakukan penjepitan ke-2 dengan jarak 2 cm dari tempat jepitan ke-1 ke arah ibu.
 - c) Pegang tali pusat diantara kedua klem tersebut, satu tangan menjadi landasan tali pusat sambil melindungi bayi, tangan yang lain memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut dengan menggunakan gunting DTT (steril).
 - d) Mengikat tali pusat dengan benang DTT pada satu sisi, kemudian lingkarkan kembali benang tersebut dan ikat dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
 - e) Melepaskan klem penjepit tali pusat dan masukkan ke dalam larutan klorin 0,5%.
 - f) Meletakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk upaya inisiasi menyusui dini.
5. Melakukan IMD, dimulai sedini mungkin, eksklusif selama 6 bulan dilanjutkan sampai 2 tahun dengan makanan pendamping ASI sejak usia 6 bulan. Pemberian ASI pertama kali dapat dilakukan setelah mengikat tali pusat. Langkah IMD pada bayi baru lahir adalah lakukan kontak kulit ibu dengan kulit bayi selama paling sedikit satu jam dan biarkan bayi mencari dan menemukan puting dan mulai menyusui.
 6. Memberikan identitas diri segera setelah IMD, berupa gelang pengenalan tersebut berisi identitas nama ibu dan ayah, tanggal, jam lahir, dan jenis kelamin.
 7. Memberikan Suntikan Vitamin K1. Karena sistem pembekuan darah pada bayi baru lahir belum sempurna, semua bayi baru lahir beresiko mengalami perdarahan. Untuk mencegah terjadinya perdarahan pada semua bayi baru lahir, terutama bayi BBLR diberikan suntikan vit K1 (*phytomenadione*)

sebanyak 1 mg dosis tunggal, intramuskular pada anterolateral paha kiri. Suntikan vit K1 dilakukan setelah proses IMD dan sebelum pemberian imunisasi Hepatitis B.

8. Memberi salep mata antibiotik pada kedua mata untuk mencegah terjadinya infeksi pada mata. Salep ini sebaiknya diberikan 1 jam setelah lahir.
9. Memberikan Imunisasi Hepatitis B pertama (HB-0) diberikan 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1 secara intramuskular. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Imunisasi Hepatitis B harus diberikan pada bayi usia 0-7 hari .
10. Melakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir untuk mengetahui apakah terdapat kelainan yang perlu mendapat tindakan segera serta kelainan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan, dan kelahiran.. Memeriksa secara sistematis head to toe (dari kepala hingga jari kaki), warna kulit dan aktivitas bayi, warna mekonium bayi dan mengukur lingkar kepala (LK), lingkar dada (LD), lingkar perut (LP), lingkar lengan atas (LILA), dan panjang badan, serta menimbang berat badan.

2.3 Pelayanan Kesehatan Neonatus

Pelayanan kesehatan neonatus menurut Kemenkes RI, (2015) adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir.

1. Kunjungan neonatus ke-1 (KN 1) dilakukan 6-48 jam setelah lahir, dilakukan pemeriksaan pernafasan, warna kulit, gerakan aktif atau tidak, ditimbang, ukur panjang badan, lingkar kepala, lingkar lengan, lingkar dada, pemberian salep mata, vitamin K1, imunisasi hepatitis B, perawatan tali pusat dan pencegahan kehilangan panas bayi dan pemberian ASI pertama.
2. Kunjungan neonatus ke-2 (KN 2) dilakukan pada hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah lahir, pemeriksaan fisik, melakukan perawatan tali pusat, pemberian ASI Eksklusif, personal hygiene, pola istirahat, keamanan dan tanda-tanda bahaya.

3. Kunjungan neonatus ke-3 (KN 3) dilakukan pada hari ke-8 sampai hari ke-28 setelah lahir, dilakukan pemeriksaan pertumbuhan dengan berat badan, tinggi badan dan nutrisinya serta pemberian imunisasi.

E. Keluarga Berencana

1. Konsep Dasar Keluarga Berencana

1.1 Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga berencana merupakan usaha suami-istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Usaha yang dimaksud termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga. Prinsip dasar metode kontrasepsi adalah mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi sel telur wanita *fertilisasi* atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang di dalam rahim (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

1.2 Tujuan Program KB

Adapun tujuan dari program KB ada 2 yaitu tujuan umum dan tujuan khusus (Kemenkes, 2015). Tujuan umum KB adalah membentuk keluarga kecil sesuai kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara mengatur kelahiran anak, agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. Tujuan khusus KB yaitu mengatur kehamilan dengan menunda perkawinan, dan menjarangkan kehamilan setelah kelahiran anak pertama serta menghentikan kehamilan bila dirasakan anak telah cukup, mengobati kemandulan atau infertilitas bagi pasangan yang telah menikah lebih dari satu tahun tetapi belum juga mempunyai keturunan, hal ini memungkinkan untuk tercapainya keluarga bahagia, konseling perkawinan atau nasehat perkawinan bagi remaja atau pasangan yang akan menikah dengan harapan bahwa pasangan akan mempunyai pengetahuan dan pemahaman yang cukup tinggi dalam membentuk keluarga yang bahagia dan berkualitas.

1.3 Jenis-Jenis Alat Kontrasepsi

Metode kontrasepsi jangka panjang adalah cara kontrasepsi yang dalam penggunaannya menggunakan tingkat efektifitas dan tingkat kelangsungan pemakainya yang tinggi dan angka kegagalan yang rendah. Dilihat dari usia ibu

25 tahun dengan kehamilan kedua maka beberapa kontrasepsi yang cocok dianjurkan bagi ibu adalah sebagai berikut:

1. Metode Amenorea Laktasi (MAL)

Metode Amenorhea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI. MAL dapat dikatakan sebagai kontrasepsi bila terdapat keadaan menyusui secara penuh, tanpa susu formula dan makanan pendamping, belum haid sejak masa nifas selesai dan umur bayi kurang dari 6 bulan. Beberapa keuntungan kontrasepsi ini adalah sebagai berikut: Efektifitas tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan pascapersalinan), segera efektif, tidak mengganggu senggama, tidak ada efek samping secara sistem, tidak perlu pengawasan medis, tidak perlu obat atau alat, tanpa biaya. Pelaksanaan dari metode ini adalah sebagai berikut.

- a. Bayi disusui secara *on-demand* menurut kebutuhan bayi.
- b. Biarkan bayi mengisap sampai dia sendiri yang melepaskan isapannya.
- c. Susui bayi anda juga pada malam hari karena menyusui pada waktu malam mempertahankan kecukupan persediaan ASI.
- d. Bayi terus disusukan walau ibu/bayi sedang sakit.
- e. Ketika ibu mulai dapat haid lagi, pertanda beliau sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan metode KB lain

2. Kontrasepsi Implant

Implan adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara 3 hingga 5 tahun. Metode ini dikembangkan oleh *The Population Council*, yaitu suatu organisasi internasional yang didirikan tahun 1952 untuk mengembangkan teknologi kontrasepsi (Biran Afandi, 2013). Implant atau susuk kontrasepsi merupakan alat kontrasepsi yang berbentuk batang dengan panjang sekitar 4 cm yang didalamnya terdapat hormon progesteron, implant ini kemudian dimasukkan ke dalam kulit dibagian lengan atas. Hormon tersebut kemudian akan dilepaskan secara perlahan dan implant ini dapat efektif sebagai alat kontrasepsi selama 3 tahun. Sama seperti pada kontrasepsi suntik, maka

disarankan penggunaan kondom untuk minggu pertama sejak pemasangan implant kontrasespi tersebut (Elisabet Siwi Walyani, 2015)

Jenis kontrasepsi hormonal implant yaitu:

- a. *Norplant* terdiri dari 6 kapsul yang secara total bermuatan 216 mg levenorgestrel.
- b. *Jadelle* (Norplant II) terdiri dari 2 kapsul implant
- c. Implanon adalah subdermal kapsul tunggal.

3. AKDR (Alat Kontrasepsi dalam Rahim)

AKDR dimasukkan kedalam uterus, AKDR menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi, mempengaruhi fertilitas sebelum ovum mencapai kavum uteri, mencegah sperma dan ovum bertemu, mencegah komplikasi telur dalam uterus. Manfaat dari AKDR yaitu menghambat sperma untuk masuk ke tuba falopi, efektivitas dapat bertahan lama, hingga 12 tahun, mengurangi risiko kanker endometrium dan efek sampingnya yaitu terjadi perubahan pola haid terutama dalam 3-6 bulan pertama, haid memanjang dan banyak, haid tidak teratur dan nyeri (Kemenkes, 2015).

4. Metode Kontrasepsi Mantap (KONTAP)

Kontrasepsi mantap adalah kontrasepsi dengan tindakan pembedahan pada saluran telur wanita atau saluran mani yang mengakibatkan orang atau pasangan yang bersangkutan tidak akan memperoleh keturunan lagi. Kontap merupakan pilihan terakhir dan peserta kontap harus memenuhi persyaratan yang telah ditentukan. Menurut Suratun (2013) Jenis kontrasepsi ada 2 yaitu :

- a. *Vasektomi* / MOP (Medis operatif pria) merupakan operasi kecil yang dilakukan dengan memotong saluran mani sehingga sel sperma tidak keluar saat senggama.
- b. *Tubektomi* / MOW (Medis operatif wanita) adalah suatu kontrasepsi permanen untuk mencegah keluarnya ovum dengan cara tindakan mengikat atau memotong pada kedua saluran tuba.

2. Asuhan Keluarga Berencana

2.1 Pengertian Asuhan Keluarga Berencana

Asuhan keluarga berencana (KB) yang dimaksud adalah konseling, *informed choice*, persetujuan tindakan medis (*informed consent*), serta pencegahan infeksi dalam pelaksanaan pelayanan KB baik pada klien dan petugas pemberi layanan KB. Konseling harus dilakukan dengan baik dengan memperhatikan beberapa aspek seperti memperlakukan klien dengan baik, petugas menjadi pendengar yang baik, memberikan informasi yang baik dan benar kepada klien, menghindari pemberian informasi yang berlebihan, membahas metode yang diinginkan klien, membantu klien untuk mengerti dan mengingat. *Informed choice* adalah suatu kondisi peserta/calon KB yang memilih kontrasepsi didasari oleh pengetahuan yang cukup setelah mendapat informasi (Saifuddin, 2013). Tujuan Konseling meningkatkan penerimaan, menjamin pilihan yang cocok, menjamin penggunaan cara yang efektif, menjamin kelangsungan yang lebih lama.

2.2 Langkah – langkah Konseling KB

Dalam memberikan konseling, khususnya bagi calon klien KB yang baru, hendaknya dapat diterapkan enam langkah yang sudah dikenal dengan kata kunci SATU TUJU (Walyani dan Purwoastuti, 2015) :

SA : SApa dan Salam pada klien secara terbuka dan sopan. Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara di tempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri. Tanyakan kepada klien serta jelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya.

T : Tanyakan kepada klien informasi tentang dirinya. Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman keluarga berencana dan kesehatan reproduksi, tujuan,kepentingan, harapan, serta keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya. Tanyakan kontrasepsi yang diinginkan oleh klien. Berikan perhatian kepada klien apa yang disampaikan klien sesuai dengan kata- kata, gerak isyarat dan caranya.

U : Uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan kontrasepsi yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa jenis

kontrasepsi. Bantulah klien pada jenis kontrasepsi yang paling dia ingini, serta jelaskan jenis kontrasepsi lain yang ada, dan jelaskan alternative kontrasepsi lain yang mungkin diinginkan oleh klien. Uraikan juga mengenai resiko penularan HIV/AIDS dan pilihan metode ganda.

TU : Bantulah klien menentukan pilihannya, bantu klien berpikir mengenai apa yang paling sesuai dengan keadaan kebutuhannya. Doronglah klien untuk menunjukkan keinginannya dan mengajukan pertanyaan. Tanggapilah secara terbuka dan bantu klien mempertimbangkan kriteria dan keinginan terhadap setiap jenis kontrasepsi. Tanyakan juga apakah pasangannya akan memberikan dukungan dengan pilihan tersebut kepada pasangannya. Pada akhirnya yakinkan bahwa klien telah membuat suatu keputusan yang tepat. Petugas dapat menanyakan: Apakah Anda sudah memutuskan pilihan jenis kontrasepsi? Atau apa jenis kontrasepsi terpilih yang akan digunakan?

J : Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya. Setelah klien memilih jenis kontrasepsinya, jika diperlukan, perlihatkan alat atau obat kontrasepsinya. Jelaskan bagaimana alat/obat kontrasepsi tersebut digunakan dan bagaimana cara penggunaannya. Sekali lagi doronglah klien untuk bertanya dan petugas menjawab secara jelas dan terbuka. Beri penjelasan juga tentang manfaat ganda metode kontrasepsi, misalnya kondom yang dapat mencegah Infeksi Menular Seksual (IMS). Cek pengetahuan klien tentang penggunaan kontrasepsi pilihannya dan puji klien apabila menjawab dengan benar.

U : Perlunya dilakukan kunjungan ulang. Bicarakan dan buat perjanjian kapan klien akan kembali untuk melakukan pemeriksaan lanjutan atau permintaan, kontrasepsi jika dibutuhkan dan ingatkan segera dating jika terjadi masalah.