

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kehamilan

1. Konsep Dasar Kehamilan

1.1 Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan suatu proses yang alamiah dan fisiologis. Setiap wanita yang memiliki organ reproduksi sehat, jika telah mengalami menstruasi dan melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang organ reproduksinya sehat, sangat besar kemungkinannya akan mengalami kehamilan (Mandriwati, 2014).

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional (Saifuddin, 2014).

Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, di mana trimester satu berlangsung dalam 12 minggu, trimester dua dari minggu ke-13 hingga minggu ke-27, dan trimester tiga dari minggu ke-28 hingga ke-42 (Prawirohardjo, 2014).

Subjek pada Laporan Tugas Akhir (LTA) adalah ibu hamil trimester III maka konsep teori yang dibahas adalah dimulai dari kehamilan trimester III sampai dengan pelayanan keluarga berencana.

1.2 Perubahan Fisiologis Dalam Masa Kehamilan

Trimester I

a. Uterus

Uterus membesar pada bulan-bulan pertama kehamilan karena peningkatan kadar estrogen dan progesteron. Pembesaran ini pada dasarnya disebabkan oleh hipertropi otot polos uterus, selain itu juga karena serabut-serabut kolagen yang menjadi higroskopis akibat meningkatnya kadar estrogen. Dengan demikian uterus dapat mengikuti pertumbuhan janin.

Berat uterus normal kurang lebih 30 gram, namun pada akhir kehamilan (40 minggu) menjadi 1.000 gram, dengan panjang lebih kurang 20 cm dan dinding lebih kurang 2,5 cm. Pada bulan-bulan pertama kehamilan bentuk uterus seperti buah alpukat, agak gepeng. Pada usia kehamilan 4 bulan uterus berbentuk bulat. Selanjutnya pada akhir kehamilan kembali seperti bentuk semula, lonjong seperti telur. Hubungan antara besarnya uterus sangat penting diketahui, antara lain untuk membuat diagnosis apakah wanita tersebut hamil fisiologis, hamil ganda, atau menderita penyakit seperti molahidatidosa, dan sebagainya (Serri Hutahean 2013).

Tabel 2.1
Ukuran Tinggi Fundus Uteri

Umur kehamilan	Tinggi fundus uteri
12 minggu	3 jari diatas simfisis
16 minggu	Pertengahan simpisis dengan pusat
20 minggu	3 jari dibawah pusat
24 minggu	setinggi pusat
28 minggu	3 jari diatas pusat
32 minggu	pertengahan pusat dengan prosessus xifoideus
36 minggu	setinggi prosessus xifoideus
40 minggu	2 jari dibawah prosessus xifoideus

Sumber: Jenni Mandang, 2016 *Asuhan Kebidanan Kehamilan* hal:45

b. Serviks Uteri

Serviks uteri pada kehamilan juga mengalami perubahan karena hormon estrogen. Jika korpus uteri mengandung lebih banyak jaringan otot, maka serviks lebih banyak mengandung jaringan ikat, dimana hanya 10% jaringan ototnya. Jaringan ikat pada serviks ini lebih banyak mengandung kolagen. Akibat kadar estrogen meningkat dan dengan adanya hipervaskularisasi maka konsistensi serviks menjadi lunak.

c. Vagina Dan Vulva

Vagina dan vulva juga mengalami perubahan akibat hormon estrogen. Adanya hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih

merah, agak kebiru-biruan. tanda ini disebut tanda chadwick. Warna porsio pun tampak lebam (livide)

d. Ovarium

Pada permulaan kehamilan masih terdapat korpus luteum graviditis sampai terbentuknya plasenta di usia kehamilan kira-kira 16 minggu. Korpus luteum graviditis berdiameter kurang lebih 3 cm. Kemudian, ia mengecil setelah plasenta terbentuk.

e. Payudara

Payudara akan membesar dan tegang akibat hormon somatomammotropin, estrogen, dan progesteron, akan tetapi belum mengeluarkan air susu. Pada usia kehamilan 12 minggu keatas dari puting susu dapat keluar cairan berwarna putih agak jernih, disebut kolostrum. Kolostrum ini berasal dari kelenjar-kelenjar asinus yang mulai bersekresi, terjadi hiperpigmentasi, sehingga warna aerola menjadi lebih gelap.

f. Kulit

Pada kulit terdapat deposit pigmen dan hiperpigmentasi bagian tertentu. Pigmentasi ini disebabkan oleh pengaruh *melanophore stimulating hormone* (MSH) yang meningkat. Hormon MSH merupakan salah satu hormon yang juga dikeluarkan oleh lobus anterior hipofisis. Terkadang terdapat deposit pigmen di dahi, pipi, dan hidung yang dikenal sebagai *cloasma gravidarum*.

g. Sistem Kardivaskular

Sirkulasi darah dari ibu dalam kehamilan dipengaruhi oleh adanya sirkulasi plasenta, uterus yang membesar dengan pembuluh-pembuluh darah yang membesar pula, payudara dan organ lain yang memang sangat berfungsi dalam kehamilan. Volume darah akan bertambah banyak, kira-kira 25%, dengan puncak kehamilan 32 minggu, diikuti dengan curah jantung yang meningkat sebanyak kurang lebih 30%

h. Sistem Respirasi

Seorang ibu hamil trimester I secara fisiologis tidak mengalami gangguan pernafasan. Namun pada kelanjutan kehamilannya tidak jarang

mengeluhkan adanya sesak dan nafas pendek hal ini disebabkan karena usus-usus tertekan oleh uterus yang membesar ke arah diafragma, sehingga diafragma kurang leluasa bergerak.

i. Sistem Pencernaan

Pada bulan-bulan pertama kehamilan terdapat perasaan mual (nausea), kemungkinan akibat kadar hormon estrogen yang meningkat. Tonus-tonus otot traktus digestifus menurun sehingga motilitas seluruh traktus digestivus juga berkurang. Makanan lebih lama berada didalam lambung dan apa yang dicernakan lebih lama dalam usus-usus. Hal ini mungkin baik untuk reabsorpsi, akan tetapi menimbulkan pula obstipasi, yang memang merupakan salah satu keluhan utama ibu hamil.

j. Sistem perkemihan

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kemih tertekan oleh uterus yang mulai membesar, sehingga sering timbul keinginan untuk berkemih. Keadaan ini hilang dengan makin tuanya kehamilan bila uterus gravidus keluar dari rongga panggul.

TRIMESTER II

a. Uterus

Uterus akan terus membesar seiring dengan pertumbuhan janin dalam rahim. Selama pembesaran ini, uterus berotasi kekanan. Hal ini disebabkan adanya kolon rektosigmoid di sebelah kiri. Setelah bulan ke empat kehamilan, kontraksi uterus dapat dirasakan melalui dinding abdomen yang disebut dengan braxton hicks.

b. Serviks uteri

Pada kehamilan trimester dua ini, serviks akan mengeluarkan sekresi lebih banyak. Terjadi hipervaskularisasi akibat peningkatan hormon estrogen dan progesteron. Serviks juga masih mengalami perlunakan dan pematangan secara bertahap.

c. Vagina Dan Vulva

Vagina dan vulva mengalami peningkatan vaskularisasi yang disebabkan oleh peningkatan hormon estrogen dan progesteron. Hal ini menyebabkan sensitivitas meningkat sehingga dapat membangkitkan keinginan serta hasrat seksual. Peningkatan relaksasi dinding pembuluh darah yang semakin besarnya dapat menimbulkan edema dan varises pada vulva.

d. Ovarium

Pelepasan ovum dalam ovarium disebut korpus luteum. Pada kehamilan trimester kedua korpus luteum mulai menghasilkan hormon estrogen dan progesteron, namun korpus luteum menggantikan fungsinya setelah plasenta terbentuk. Plasenta menjadi sumber dari kedua hormon tersebut. Plasenta membentuk steroid, human chorionic gonadotropin (HCG), human placenta lactogen (HPL) atau human chorionic somatomammotropin (HCS), dan human chorionic thyrotropin (HCT). Jadi Pada masa ini plasenta mulai menggantikan fungsi korpus luteum.

e. Mammae

Pada kehamilan trimester kedua terjadi perubahan perubahan pada mammae, yaitu adanya rasa kesemutan dan nyeri tekan. Payudara membesar secara bertahap karena peningkatan pertumbuhan jaringan alveolar dan suplai darah ke payudara, puting susu lebih menonjol dan mengeras, aerola tumbuh lebih gelap akibat hiperpigmentasi aerola. Selain itu biasanya pada sebagian ibu hamil, setelah memasuki usia kehamilan 12 minggu puting susunya mulai mengeluarkan cairan berwarna putih agak jernih yang disebut dengan colostrum

f. Kulit

Pada trimester kedua ini sudah terdapat striae gravidarum yang tampak pada kulit dan abdomen, yaitu tanda regangan yang dibentuk akibat serabut-serabut elastis dari lapisan kulit terdalam terpisah dan putus. Hal ini mengakibatkan pruritus atau rasa gatal pada perut ibu.

g. Sistem Kardiovaskular

Peningkatan volume darah terjadi sekitar 30-50% karena adanya retensi garam dan air yang disebabkan sekresi aldosteron dari adrenal oleh esterogen. peningkatan volume dan curah jantung juga menimbulkan perubahan hasil auskultasi.

h. Sistem Respirasi

Ibu hamil sering mengalami sesak nafas karena penurunan tekanan karbon dioksida ketika memasuki usia kehamilan trimester ini. Kejadian tersebut dipengaruhi peningkatan hormon progesteron.

i. Sistem Pencernaan

Konstipasi yang disebabkan oleh hormon esterogen yang semakin meningkat perut kembung yang disebabkan adanya tekanan uterus yang membesar dalam rongga perut, sehingga mendesak organ-organ pencernaan ke arah atas dan lateral, hemoroid yang disebabkan oleh konstipasi dan naiknya tekanan vene-vena di bawah uterus

j. Sistem Perkemihan

Vaskularisasi meningkat membuat mukosa kandung kemih menimbulkan rasa ingin berkemih walaupun kemih hanya berisi sedikit urine.

k. Sistem Muskuloskeletal

Mobilitas sendi berkurang terutama pada daerah siku dan pergelangan tangan, terjadi penambahan berat badan sehingga bahu lebih tertarik ke belakang dan tulang belakang lebih melengkung, sendi tulang belakang lebih lentur sehingga ibu hamil terlihat seperti penderita lordosis.

TRIMESTER III

a. Uterus

Pada usia gestasi 30 minggu, fundus uteri dapat dipalpasi di bagian tengah antara umbilikus dan sternum. Pada usia kehamilan 38 minggu, uterus sejajar dengan sternum. tuba uterin tampak agak terdorong ke dalam bagian atas bagian tengah uterus. Frekuensi dan kekuatan kontraksi otot segmen atas rahim semakin meningkat. Oleh karena itu, segmen bawah uterus

berkembang lebih cepat meregang secara radial, yang jika terjadi bersama dengan pembukaan serviks dan pelunakan jaringan dasar pelvis, akan menyebabkan presentasi janin memulai penurunannya ke dalam pelvis bagian atas.

b. Serviks Uteri

Serviks akan mengalami perlunakan atau pematangan secara bertahap akibat bertambahnya aktivitas uterus selama kehamilan, dan akan mengalami dilatasi sampai pada kehamilan trimester ketiga.

c. Vagina Dan Vulva

Pada kehamilan trimester tiga kadang terjadi peningkatan rabas vagina. Peningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal. Cairan biasanya jernih. Pada awal kehamilan, cairan ini biasanya agak kental, sedangkan pada saat mendekati persalinan cairan tersebut akan lebih cair.

d. Mammae

Pada ibu hamil trimester tiga, terkadang keluar rembesan cairan berwarna kekuningan dari payudara ibu yang disebut dengan kolostrum. Hal ini tidak berbahaya dan merupakan pertanda bahwa payudara sedang menyiapkan ASI untuk menyusui bayi nantinya. Progesteron menyebabkan puting menjadi lebih menonjol dan dapat digerakkan

e. Kulit

Perubahan warna kulit menjadi lebih gelap terjadi pada 90% ibu hamil. Hal ini terjadi karena peningkatan hormon penstimulasi melanosit (melanosit stimulating hormone). Hiperpigmentasi terlihat lebih nyata pada wanita berkulit gelap dan terlihat di area seperti aerola, perineum, dan umbilikus juga di area yang cenderung mengalami gesekan seperti aksila dan paha bagian dalam. Linea alba berpigmen, yang sekarang disebut linea nigra terletak di os pubis sampai ke atas umbilikus. Garis ini berada di atas garis tengah otot raktus.

f. Sistem Kardiovaskular

Peningkatan volume darah dan aliran darah selama kehamilan akan menekan daerah panggul dan vena menonjol yang disebut varices.

g. Sistem Respirasi

Perubahan hormonal pada trimester tiga yang memengaruhi aliran darah ke paru-paru mengakibatkan banyak ibu hamil akan merasa susah bernafas. ini juga didukung oleh adanya tekanan rahim yang membesar yang dapat menekan diafragma. Bentuk dada berubah karena tiap diameter anteroposterior dan transversal bertambah sekitar 2cm, mengakibatkan ekspansi lingkaran dada hingga 5-7 cm, iga bagian bawah melebar.

h. Sistem Pencernaan

Hormon progesteron menimbulkan gerakan usus makin berkurang (relaksasi otot-otot polos) sehingga makanan lebih lama di dalam usus. Hal ini dapat menimbulkan konstipasi dimana hal ini merupakan salah satu keluhan ibu hamil. Konstipasi juga dapat terjadi karena kurangnya aktivitas/senam dan penurunan asupan cairan.

i. Sistem Perkemihan

Perubahan anatomis yang sangat besar terjadi pada sistem perkemihan saat hamil yaitu pada ginjal dan ureter. Ginjal mengalami penambahan berat dan panjang sebesar 1 cm, ureter juga mengalami dilatasi dan memanjang. Pada akhir kehamilan terjadi peningkatan frekuensi BAK kepala janin mulai turun sehingga kandung kemih tertekan.

1.3 Perubahan Psikologis Ibu Pada Masa Kehamilan

Sikap atau penerimaan ibu terhadap keadaan hamilnya sangat mempengaruhi kesehatan atau keadaan umum ibu serta keadaan janin dalam kehamilannya. Umumnya kehamilan yang diinginkan akan disambut dengan sikap gembira, diiringi dengan pola makan, perawatan tubuh dan upaya pemeriksaan diri secara teratur dengan baik. Kadang timbul gejala yang lazim disebut ngidam, yaitu keinginan terhadap hal-hal tertentu yang tidak seperti biasanya misalnya jenis makanan tertentu atau mungkin hal-hal lain.

TRIMESTER I

Perubahan psikologis yang sering terjadi pada ibu hamil trimester pertama adalah sering dianggap sebagai periode penyesuaian. Penyesuaian yang dilakukan

ibu adalah menghadapi kenyataan bahwa dia sedang hamil, dan ini merupakan tugas psikologis yang paling penting. Sebagian ibu merasa sedih dan ambivalen tentang kehamilannya. Hampir 80% ibu kecewa, menolak, gelisah, depresi, dan murung terutama terjadi pada ibu yang belum menikah atau yang tidak merencanakan kehamilannya. Kebingungan secara normal akan berakhir setelah ibu mampu menerima kehamilannya. Perasaan ini biasanya berakhir pada trimester pertama dan yang tidak nyaman disebabkan oleh adanya rasa mual dan muntah, rasa lelah, perubahan selera makan, serta emosional yang mungkin mencerminkan konflik dan depresi.

TRIMESTER II

Periode pancaran kesehatan yang baik, yakni periode ketika ibu merasa nyaman dan bebas dari segala ketidaknyamanan yang biasanya dialami pada trimester pertama, merupakan fase ketika ibu menelusur kedalam yang paling banyak mengalami kemunduran. Trimester dua ini bagi menjadi dua fase yaitu pra-quickenning dan pasca-quickenning. Quickenning mendatangkan sejumlah perubahan seperti penerimaan kehamilan, meningkatnya hubungan sosial dengan ibu hamil lainnya serta ketertarikan pada peran baru.

TRIMESTER III

Ambivalen, pada awalnya ada rencana kehamilan, kemudian terjadi hal yang mengejutkan bahwa konsepsi telah terjadi. Ambivalen ini berhubungan dengan pemeliharaan waktu yang salah, kekhawatiran tentang modifikasi kebutuhan hubungan yang ada atau rencana karier, ketakutan terhadap peran baru dan ketakutan tentang kehamilan, persalinan, dan kelahiran.

Penerimaan, kehamilan dipengaruhi oleh banyak faktor. Rendahnya penerimaan cenderung dihubungkan dengan tidak direncanakan kehamilan dan bukti ketakutan serta konflik. Dihubungkan dengan tidak direncanakan kehamilannya dan bukti ketakutan serta konflik pada trimester tiga menggabungkan perasaan bangga dengan takut mengenai kelahiran anak.

Perasaan buaian, ibu memiliki karakteristik ingin dimanja dengan sukacita. Pasangan harus mengetahui bahwa ini merupakan karakteristik perilaku kehamilan. Dengan mengetahui hal itu, tentunya menjadi mudah baginya untuk

bersikap lebih efektif, disamping itu akan menjadi sumber stres selama kehamilan

1.4 Kebutuhan Dasar Trimester III

Kebutuhan dasar ibu hamil menurut Tyastuti, (2016) yaitu sebagai berikut :

1. Oksigen

Pada kehamilan terjadi perubahan pada sistem respirasi untuk dapat memenuhi oksigen, disamping itu terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim dan kebutuhan O_2 yang meningkat, ibu hamil akan bernapas lebih dalam. Hal ini berhubungan dengan meningkatnya aktifitas paru-paru oleh karena selain untuk mencukupi kebutuhan O_2 ibu, juga harus mencukupi kebutuhan O_2 janin. Ibu hamil kadang-kadang merasakan sakit kepala, pusing ketika berada di keramaian misalnya di pasar, hal ini disebabkan karena kekurangan oksigen. Untuk menghindari kejadian tersebut hendaknya ibu hamil menghindari tempat kerumunan banyak orang. Untuk memenuhi kecukupan oksigen yang meningkat, supaya melakukan jalan-jalan dipagi hari, duduk-duduk dibawah pohon yang rindang, berada di ruang yang ventilasinya cukup.

2. Kebutuhan Nutrisi

Untuk mengakomodasi perubahan yang terjadi selama masa hamil, banyak diperlukan zat gizi dalam jumlah yang lebih besar daripada sebelum hamil. Untuk memenuhi penambahan BB tadi maka kebutuhan zat gizi harus dipenuhi melalui makanan sehari-hari dengan menu seimbang .

Pada ibu hamil akan mengalami BB bertambah, penambahan BB bisa diukur dari IMT (Indeks Masa Tubuh) / BMI (Body Mass Index) sebelum hamil.

$$\text{IMT : } \frac{\text{Berat badan sebelum hamil (kg)}}{\text{Tinggi badan (m)} \times \text{Tinggi badan (m)}}$$

Tabel 2.2
Kenaikan BB wanita hamil berdasarkan BMI atau IMT sebelum hamil

Kategori BMI	Rentang Kenaikan BB yang dianjurkan
Rendah (BMI < 19,8)	12,5 – 18 kg
Normal (BMI 19,8-26)	11,5 – 16 kg
Tinggi (BMI > 26-29)	7 – 11,5 kg
Obesitas (BMI > 29)	< 6 kg

Sumber : Helen Varney, Buku Saku Bidan, Ilmu Kebidanan dalam Tyastuti, (2016)

3. Personal Hygiene

Pada ibu hamil karena bertambahnya aktivitas metabolisme tubuh maka ibu hamil cenderung menghasilkan keringat yang berlebih, sehingga perlu menjaga kebersihan badan secara ekstra.

a. Mandi

Menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genetalia) dengan cara dibersihkan dan dikeringkan. Air yang digunakan mandi sebaiknya tidak terlalu panas dan tidak terlalu dingin.

b. Perawatan vulva dan vagina

Ibu hamil supaya selalu membersihkan vulva dan vagina setiap mandi, setelah BAB/BAK, cara membersihkan dari depan ke belakang kemudian dikeringkan dengan handuk kering. Pakaian dalam dari katun yang menyerap keringat, jaga vulva dan vagina selalu dalam keadaan kering, hindari keadaan lembab pada vulva dan vagina.

c. Perawatan gigi

Saat hamil sering terjadi karies yang disebabkan karena konsumsi kalsium yang kurang. Memeriksa gigi saat hamil diperlukan untuk mencari kerusakan gigi yang dapat menjadi sumber infeksi, perawatan gigi juga perlu dalam kehamilan karena hanya gigi yang baik menjamin pencernaan yang sempurna. Makan makanan yang mengandung cukup kalsium (susu, ikan)

kalau perlu minum suplemen tablet kalsium dan sikat gigi selesai makan dengan sikat gigi yang lembut untuk menjaga supaya gigi tetap dalam keadaan sehat.

d. Perawatan kuku

Kuku supaya dijaga tetap pendek sehingga kuku perlu dipotong secara teratur, sehingga tidak melukai kulit yang mungkin dapat menyebabkan luka dan infeksi.

e. Perawatan rambut

Wanita hamil menghasilkan banyak keringat sehingga perlu sering mencuci rambut untuk mengurangi ketombe. Cuci rambut 2-3 kali seminggu.

4. Pakaian

Pakaian yang dianjurkan pada ibu hamil adalah pakaian yang longgar, nyaman, tanpa sabuk atau pita yang menekan pada bagian perut atau pergelangan tangan karena akan mengganggu sirkulasi darah. Pakaian dalam atas (BH) dianjurkan yang longgar yang dapat menyangga payudara yang semakin berkembang, dan lebih baik terbuat dari bahan katun karena selain mudah dicuci juga jarang menimbulkan iritasi. Celana dalam sebaiknya menggunakan bahan katun yang mudah menyerap air untuk mencegah kelembaban yang dapat menyebabkan gatal dan iritasi apabila ibu hamil sering BAK karena penekanan kandung kemih oleh pembesaran uterus.

5. Seksual

Memasuki trimester ketiga, janin sudah semakin besar dan bobot janin semakin berat, membuat tidak nyaman untuk melakukan hubungan intim. Hubungan yang disarankan untuk ibu hamil adalah:

- 1) Posisi diatur untuk menyesuaikan dengan pembesaran perut. Posisi perempuan diatas dianjurkan karena perempuan dapat mengatur kedalaman penetrasi penis dan juga dapat melindungi perut dan payudara. Posisi miring dapat mengurangi energy dan tekanan perut yang membesar terutama pada kehamilan trimester III.

- 2) Pada trimester III hubungan seksual supaya dilakukan hati-hati karena dapat menimbulkan kontraksi uterus sehingga kemungkinan dapat terjadi partus premature, tidak dilarang.
- 3) Hindari kunikulus (stimulasi oral genetalia wanita karena apabila meniupkan udara ke vagina dapat menyebabkan emboli udara yang dapat menyebabkan kematian
- 4) Pada pasangan beresiko, hubungan seksual dengan memakai kondom supaya dilanjutkan untuk mencegah penularan penyakit menular seksual.

6. Mobilisasi dan Body Mekanik

Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur dan mempunyai tujuan dalam rangka pemenuhan kebutuhan hidup sehat. Manfaat mobilisasi adalah sirkulasi darah menjadi baik, nafsu makan bertambah, pencernaan lebih baik dan tidur lebih nyenyak,. Gerak badan yang melelahkan, gerak badan yang menghentak atau tiba-tiba dilarang untuk dilakukan. Bagi ibu hamil dianjurkan berjalan-jalan pagi hari dalam udara yang bersih, masih segar, gerak badan ditempat seperti berdiri-jongkok, terlentang kaki diangkat, terlentang perut diangkat, dan melatih pernafasan.

7. Istirahat/tidur

Istirahat dan tidur secara teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin dan juga membantu wanita tetap kuat dan mencegah penyakit, juga dapat mencegah keguguran, tekanan darah tinggi, bayi sakit dan masalah-masalah lain.

2. Asuhan Kebidanan Kehamilan

Asuhan antenatal care adalah suatu program yang terencana berupa observasi, edukasi, dan penanganan medik pada ibu hamil, untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persiapan persalinan yang aman dan memuaskan (Purwoatuti dan Walyani, 2015).

2.1 Pelayanan Asuhan Antenatal Care

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, (2016) pelayanan asuhan kebidanan yang berkualitas sesuai standart 10 T, yaitu:

1. Timbang berat badan dan tinggi badan

Bila tinggi badan <145 cm, maka faktor risiko panggul sempit, kemungkinan sulit melahirkan secara normal. Penimbangan berat badan dilakukan setiap kali pemeriksaan. Sejak bulan ke-4 pertambahan BB paling sedikit 1 kg/bulan.

2. Pengukuran tekanan darah (TD)

Tekanan darah normal 120/80 mmHg. Bila tekanan darah lebih besar atau sama dengan 140/90 mmHg, ada faktor risiko hipertensi (tekanan darah tinggi) dalam kehamilan.

3. Pengukuran lingkaran lengan atas (LiLA)

Bila LiLA kurang dari 23,5 cm menunjukkan ibu hamil menderita Kurang Energi Kronis (KEK). Ibu hamil dengan KEK akan beresiko melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR).

4. Pengukuran tinggi rahim (TFU)

Pengukuran tinggi fundus berguna untuk melihat pertumbuhan janin apakah sesuai dengan usia kehamilan.

5. Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi TT sesuai status imunisasi

Oleh petugas untuk selanjutnya bilamana diperlukan mendapatkan suntikan tetanus toksoid sesuai anjuran petugas kesehatan untuk mencegah tetanus pada Ibu dan Bayi.

Tabel 2.3
Rentang Waktu dan Tanggal Pemberian Imunisasi TT
dan Lama Pelindungannya

Imunisasi TT	Selang waktu minimal	Lama perlindungan
TT1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus
TT2	1 bulan setelah TT1	3 tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun
TT4	12 bulan setelah TT3	10 tahun
TT5	12 bulan setelah TT4	>25 tahun

Sumber : Kementerian Kesehatan RI, 2016. Buku Kesehatan Ibu Dan Anak, Kementerian Kesehatan dan JICA, Jakarta, halaman 2

6. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan

Ibu hamil sejak awal kehamilan minum 1 tablet tambah darah setiap hari minimal selama kehamilan 90 hari. Tablet tambah darah diminum pada malam hari untuk mengurangi rasa mual.

7. Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Apabila trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala belum masuk panggul, kemungkinan ada kelainan letak atau ada masalah lain. Bila DJJ kurang dari 120 kali/menit atau lebih dari 160 kali/menit menunjukkan ada tanda gawat janin, segera rujuk.

8. Pelaksanaan temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling, termasuk keluarga berencana)

Tenaga kesehatan memberi penjelasan mengenai perawatan kehamilan, penjegahan kelainan bawaan, persalinan dan inisiasi menyusui dini (IMD), nifas, perawatan bayi baru lahir, ASI Eksklusif, Keluarga Berencana dan imunisasi pada bayi. Penjelasan ini diberikan secara bertahap pada saat kunjungan ibu hamil.

9. Tes Laboratorium

- a. Tes golongan darah, untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan.

- b. Tes hemoglobin, untuk mengetahui apakah ibu kekurangan darah (anemia)
- c. Tes pemeriksaan urine (air kencing)

Pemeriksaan protein urine perlu dilakukan pada kehamilan trimester III untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda pre-eklamsi pada ibu.

Hasil pemeriksaan :

Negatif (-) larutan tidak keruh/jernih

Positif 1 (+) larutan keruh

Positif 2 (++) larutan keruh berbutir

Positif 3 (+++) larutan membentuk awan

Positif 4 (++++) larutan menggumpal

- d. Tes pemeriksaan darah lainnya, seperti HIV dan Sifilis, sementara pemeriksaan malaria dilakukan di daerah endemis.

10. Tatalaksana khusus

Tata laksana atau mendapatkan pengobatan jika ibu hamil mempunyai masalah kesehatan pada saat masa hamil.

2.2 Dokumentasi Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil

SOAP dipakai untuk mendokumentasikan asuhan kebidanan dalam rekam medis klien sebagai catatan kemajuan bersifat sederhana, jelas, logis dan tertulis (Asrinah, 2015).

Berikut adalah penjelasan pendokumentasian SOAP menurut Asrinah, (2015) sebagai berikut:

S (Data Subjektif)

Data subjektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah pertama adalah pengkajian data, terutama data yang diperoleh melalui anamnesa.

O (Objektif)

Data objektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui

hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnosis lain.

A (Assessment)

Assessment merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Menurut Helen Varney adalah langkah kedua, ketiga dan keempat, sehingga mencakup hal-hal berikut ini: diagnosis/masalah kebidanan, diagnosis/masalah potensial, serta perlunya mengidentifikasi kebutuhan tindakan segera untuk antisipasi diagnosis/masalah potensial dan kebutuhan tindakan segera.

P (Planning)

Planning (perencanaan) adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data. P dalam metode SOAP ini juga merupakan gambaran pendokumentasian Implementasi dan Evaluasi. Pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah kelima, keenam, dan ketujuh.

2.3 Anemia Dalam Kehamilan

Anemia dalam kehamilan didefinisikan sebagai suatu kondisi ketika ibu memiliki kadar hemoglobin kurang dari 11,0 g/ dL pada trimester I dan III, atau kadar hemoglobin kurang dari 10,5 g/dL pada trimester II. Perbedaan nilai batas tersebut berkaitan dengan kejadian hemodilusi (Pratami, 2016).

Penegakan diagnosis anemia didasarkan pada Menteri Kesehatan RI No. 736/XI/1989, yang menyatakan bahwa nilai batas hemoglobin normal untuk ibu hamil adalah lebih dari 11 g/dL. Berdasarkan keputusan tersebut, ibu hamil dinyatakan mengalami anemia jika kadar hemoglobin kurang dari 11 g/dL (Pratami, 2016).

Anemia dapat disebabkan oleh banyak faktor, antara lain malnutrisi, kurang zat besi dalam diet, malabsorpsi, kehilangan darah yang berlebihan, kehamilan, proses penghancuran eritrosit dalam tubuh sebelum waktunya, peningkatan kebutuhan zat besi akibat infeksi kronis atau infeksi akut yang berulang, kondisi kronis; seperti infeksi TBC, malaria, atau cacing usus (Pratami, 2016).

Klasifikasi anemia menurut Rukiah, (2014) adalah sebagai berikut:

Tidak anemia	: Hb 11 g %
Anamia ringan	: Hb 9-10 g %
Anamia sedang	: Hb 7-8 g %
Anamia berat	: Hb <7 g %

Menurut Pratami, (2016) anemia dapat dibedakan menjadi beberapa jenis berdasarkan penyebabnya, antara lain:

1. Anemia defisiensi zat besi

Anemia defisiensi zat besi merupakan anemia yang lazim dijumpai. Anemia defisiensi besi adalah anemia yang disebabkan oleh kurangnya zat besi dalam tubuh sehingga kebutuhan zat besi (Fe) untuk pembentukan sel darah merah tidak mencukupi (Mangkuji, 2013).

Banyak faktor yang dapat menyebabkan timbulnya anemia defisiensi besi, antara lain kurangnya asupan zat besi dan protein dari makanan, adanya gangguan absorpsi di usus, perdarahan akut maupun kronis, dan meningkatnya kebutuhan zat besi, seperti pada wanita hamil, masa pertumbuhan, dan masa penyembuhan dari penyakit (Mangkuji, 2013).

Penanganan anemia defisiensi besi adalah melalui pemberian tablet besi 90 tablet selama kehamilan.

2. Anemia megaloblastik

Anemia megaloblastik terjadi akibat defisiensi asam folat atau defisiensi vitamin B12. Penanganannya yaitu dengan pemberian asam folat 15-30 mg per hari, vitamin B12 3x1 tablet per hari, atau sulfas ferosus 3x1 tablet per hari.

3. Anemia hipoplastik

Anemia hipoplastik terjadi karena adanya hipofungsi sumsum tulang belakang dalam membentuk sel darah merah yang baru. Anemia hipoplastik terjadi akibat adanya infeksi berat dan pajanan terhadap racun kimiawi, rontgen, atau radiasi. Kasus anemia hipoplastik ringan ditangani dengan pemberian tranfusi darah. Akan tetapi, tindakan ini perlu dilakukan secara berulang.

4. Anemia hemolitik (anemia sel sabit)

Anemia hemolitik terjadi akibat penghancuran sel darah merah yang lebih cepat daripada pembentukannya. Penanganan dapat dilakukan dengan pemberian antibiotik dan obat-obatan penambah darah.

Menurut Pratami, (2016) Pengaruh anemia antara lain:

a. Pengaruh Anemia Pada Kehamilan

Kondisi anemia sangat mengganggu kesehatan ibu hamil sejak awal kehamilan hingga masa nifas. Anemia yang terjadi selama masa kehamilan dapat menyebabkan *abortus*, persalinan *premature*, hambatan tumbuh kembang janin, peningkatan resiko terjadinya infeksi, ancaman *dekompensasi* jantung jika Hb kurang dari 6,0 g/dl, *molahidatidosa*, *hiperemesis gravidarum*, perdarahan *antepartum*, atau ketuban pecah dini.

b. Pengaruh Anemia Pada Persalinan

Anemia juga dapat menyebabkan gangguan selama persalinan, seperti gangguan his, gangguan kekuatan mengejan, kala pertama yang berlangsung lama, kala kedua yang lama sehingga melelahkan ibu dan sering kali mengakibatkan tindakan operasi, kala ketiga yang diikuti dengan *retensio plasenta*, dan perdarahan *postpartum* akibat *atonia uteri*.

c. Pengaruh Anemia Pada Janin

Ancaman yang dapat ditimbulkan oleh anemia pada janin adalah resiko terjadinya kematian *intra-uteri*, resiko terjadinya abortus, berat badan lahir rendah, resiko terjadinya cacat bawaan, peningkatan resiko infeksi pada bayi hingga kematian perinatal, atau tingkat *intelengensi* bayi rendah.

B. Persalinan

1. Konsep Dasar Persalinan

1.1 Pengertian Persalinan

Persalinan diartikan dengan serangkaian kejadian pengeluaran bayi yang sudah cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau jalan lain, berlangsung dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan ibu sendiri) (Kurniarum, 2016).

Persalinan adalah proses membuka serta menipisnya serviks. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan yang cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentase belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin (Indrayani, 2016).

1.2 Tanda Tanda Persalinan

Menurut Kurniarum, (2016) yang termasuk tanda-tanda persalinan antara lain, yaitu :

1. Timbulnya kontraksi uterus

Biasa juga disebut dengan his persalinan yaitu his pembukaan yang mempunyai sifat sebagai berikut:

- a. Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan.
- b. Pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan.
- c. Sakitnya teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar.
- d. Mempunyai pengaruh pendataran dan atau pembukaan pada servix
- e. Makin beraktifitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada servix (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit). Kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan servix.

2. Penipisan dan pembukaan servix

Penipisan dan pembukaan serviks ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula.

3. *Bloody show* (lendir disertai darah dari jalan lahir)

4. Dengan pendataran dan pembukaan, lender dari canalis cervicalis keluar disertai dengan sedikit darah. Pendarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah Rahim hingga beberapa capillair darah terputus.

5. *Premature Ruptur of Membrane*

Adalah keluarnya cairan banyak dengan sekoyong-koyong dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecahatau selaput janin robek. Ketuban

biasanya pecah kalau pembukaan lengkap atau hampir. Tetapi kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, malahan kadang-kadang selaput janin robek sebelum persalinan. Walaupun demikian persalinan diharapkan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar.

1.3 Fisiologi Persalinan

1. Sebab-sebab persalinan (Kurniarum, 2016)

a. Penurunan Kadar Progesteron

Progesteron menimbulkan relaxasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his.

b. Teori Oxitosin

Oxitosin dikeluarkan oleh kelenjar Hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton His. Di akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga oksitosin bertambah dan meningkatkan aktivitas otot-otot rahim yang memicu terjadinya kontraksi sehingga terdapat tanda-tanda persalinan.

c. Keregangan Otot-otot

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas waktu tertentu. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

d. Pengaruh Janin

Hipofise dan kelenjar suprarenal janin rupanya juga memegang peranan karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasa, karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturasi janin, dan induksi (mulainya) persalinan.

e. Teori Prostaglandin

Prostaglandin dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. Hal ini didukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi dalam air ketuban

maupun daerah peifer pada ibu hami, sebelum melahirkan, atau selama persalinan.

2. Tahapan Persalinan

a. Persalinan kala I (Indrayani, 2016)

Kala I dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus atau dikenal dengan “his” yang teratur dan meningkat (baik frekuensi maupun kekuatannya) hingga serviks berdilatasi hingga 10 cm (pembukaan lengkap) atau kala pembukaan. Persalinan kala I berlangsung 14-18 jam dan terbagi menjadi dua fase yaitu fase laten dan fase aktif.

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

Fase aktif persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih), servik membuka dari 4 ke 10 cm, biasanya dengan kecepatan 1 cm per jam (primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara), terjadi penurunan bagian terbawah janin, biasanya berlangsung hampir atau hingga 6 jam.

Fase aktif terbagi 3 yaitu fase akselerasi: dalam waktu 2 jam pembukaan 3 ke 4 cm, fase dilatasi maksimal: dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm, fase deselerasi: pembukaan menjadi lambat kembali, dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap.

Fase-fase tersebut terjadi pada primigravida. Pada multigravida pun terjadi demikian, namun fase laten, fase aktif dan fase deselerisasi terjadi lebih pendek.

a) Fisiologi Kala I (Kurniarum, 2016)

1. Uterus

Kontraksi uterus mulai dari fundus dan terus menyebar ke depan dan ke bawah abdomen. Kontraksi berakhir dengan masa yang terpanjang dan

sangat kuat pada fundus. Selagi uterus berkontraksi dan relaksasi memungkinkan kepala janin masuk ke rongga pelvik.

2. Serviks

- 1) *Effacement* (penipisan) serviks berhubungan dengan kemajuan pemendekan dan penipisan serviks. Panjang serviks dalam kehamilan normal berubah-ubah (beberapa mm sampai 3 cm). Dengan mulainya persalinan panjangnya serviks berkurang secara teratur sampai menjadi pendek (hanya beberapa mm). Serviks yang sangat tipis ini disebut sebagai menipis penuh.
- 2) Dilatasi berhubungan dengan pembukaan progresif dari serviks. Untuk mengukur dilatasi/diameter serviks digunakan ukuran centimeter dengan menggunakan jari tangan saat pemeriksaan dalam. Serviks dianggap membuka lengkap setelah mencapai diameter 10 cm.
- 3) *Blood show* (lendir show) pada umumnya ibu akan mengeluarkan darah sedikit atau sedang dari serviks.

b) Psikologis Kala I (Ilmiah, 2015)

Memperlihatkan kecemasan dan ketakutan, mengajukan banyak pertanyaan atau waspada pada sekeliling nya, tampak lepas kontrol saat persalinan (saat nyeri hebat, menggeliat kesakitan, panik,menjerit, tidak merespon saran atau pertanyaan yang membantu). Perubahan pada sistem Gastrointestinal yaitu Motilitas lambung dan absorpsi makanan padat secara substansial berkurang banyak selama persalinan, selain itu pengeluaran getah lambun gberkurang menyebabkan aktivitas pencernaan hampir berhenti,dan pegosongan lambung menjadi sangat lambat.

b. Persalinan Kala II (pengeluaran bayi)

Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi. Proses ini berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada jam pada multi (Kurniarum, 2016).

1) Fisiologi Kala II

- a) His menjadi lebih kuat, kontraksinya selama 50-100 detik, datangnya tiap 2-3 menit.
- b) Ketuban biasanya pecah pada kala ini ditandai dengan keluarnya cairan kekuning-kuningan sekoyong-koyong dan banyak.
- c) Pasien mulai mengejan.
- d) Pada akhir kala II sebagai tanda bahwa kepala sudah sampai di dasar panggul, perineum menonjol, vulva menganga dan rectum terbuka
- e) Pada puncak his, bagian kecil kepala nampak di vulva dan hilang lagi waktu his berhenti, begitu terus hingga nampak lebih besar. Kejadian ini disebut “kepala membuka pintu”.
- f) Pada akhirnya lingkaran terbesar kepala terpegang oleh vulva sehingga tidak bisa mundur lagi, tonjolan tulang ubun-ubun telah lahir dan subocciput ada di bawah symphysis disebut “kepala keluar pintu”
- g) Pada his berikutnya dengan ekstensi maka lahirlah ubun-ubun besar, dahi dan mulut pada commissura posterior. Saat ini untuk primipara, perineum biasanya akan robek pada pinggir depannya karena tidak dapat menahan regangan yang kuat tersebut.
- h) Setelah kepala lahir dilanjutkan dengan putaran paksi luar, sehingga kepala melintang, vulva menekan pada leher dan dada tertekan oleh jalan lahir sehingga dari hidung anak keluar lendir dan cairan.
- i) Pada his berikutnya bahu belakang lahir kemudian bahu depan disusul seluruh badan anak dengan fleksi lateral, sesuai dengan paksi jalan lahir.
- j) Setelah anak lahir, sering keluar air ketuban, yang tidak keluar waktu ketuban pecah, kadang-kadang bercampur darah.
- k) Lama kala II pada primi (lebih kurang 50 menit) pada multi (lebih kurang 20 menit).

c. Persalinan kala III

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban, berlangsung tidak lebih dari 30 menit, disebut kala uri atau kala pengeluaran plasenta. Peregangannya Tali pusat Terkendali (PTT) dilanjutkan pemberian oksitosin untuk kontraksi uterus dan mengurangi perdarahan. Ada tanda-tanda pelepasan plasenta, yaitu perubahan ukuran dan bentuk uterus, uterus menjadi bundar dan uterus terdorong ke atas karena plasenta sudah terlepas dari Segmen Bawah Rahim, tali pusat memanjang, semburan darah tiba-tiba (Kurniarum, 2016).

1) Fisiologi Kala III

Segera setelah bayi dan air ketuban sudah tidak lagi berada di dalam uterus, kontraksi akan terus berlangsung dan ukuran rongga uterus akan mengecil. Pengurangan ukuran uterus ini akan menyebabkan pengurangan dalam ukuran tempat melekatnya plasenta. Oleh karena tempat melekatnya plasenta tersebut menjadi lebih kecil, maka plasenta akan menjadi tebal atau mengkerut dan memisahkan diri dari dinding uterus. Sebagian dari pembuluh-pembuluh darah yang kecil akan robek saat plasenta lepas. Tempat melekatnya plasenta akan berdarah terus hingga uterus seluruhnya berkontraksi. Setelah plasenta lahir, dinding uterus akan berkontraksi dan menekan semua pembuluh-pembuluh darah ini yang akan menghentikan perdarahan dari tempat melekatnya plasenta tersebut. Sebelum uterus berkontraksi, wanita tersebut bisa kehilangan darah 350-360 cc/menit dari tempat melekatnya plasenta tersebut. Uterus tidak bisa sepenuhnya berkontraksi hingga plasenta lahir dahulu seluruhnya. Oleh sebab itu, kelahiran yang cepat dari plasenta segera setelah ia melepaskan dari dinding uterus merupakan tujuan dari manajemen kebidanan dari kala III yang kompeten (Kurniarum, 2016)

d. Persalinan Kala IV

Dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir 2 jam setelah itu. Paling kritis karena proses perdarahan yang berlangsung, masa 1 jam setelah plasenta lahir, pemantauan 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran

plasenta, 30 menit pada jam kedua setelah persalinan, jika kondisi ibu tidak stabil, perlu dipantau lebih sering. Observasi intensif karena perdarahan yang terjadi pada masa ini, observasi yang dilakukan: yaitu tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan, dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc.

1) Fisiologi Kala IV

Setelah plasenta lahir tinggi fundus uteri kurang lebih 2 jari dibawah pusat. Otot-otot uterus berkontraksi, pembuluh darah yang ada diantara anyaman-anyaman otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan (Kurniarum, 2016).

2. Asuhan Kebidanan Persalinan Normal

2.1 Pengertian Asuhan Persalinan Normal (APN)

Asuhan yang diberikan pada masa persalinan, menurut APN, (2016), 60 langkah asuhan persalinan normal menurut yaitu :

Melihat Tanda dan Gejala Kala II

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

Menyiapkan Pertolongan Persalinan

2. Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai didalam partus set.
3. Mengenakan baju penutup atau celemek plastik bersih.
4. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
5. Memakai satu sarung tangan DTT atau steril untuk pemeriksaan dalam.

6. Mengisap oksitosin 10 unit kedalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengontaminasi tabung suntik)

Memastikan Pembukaan Lengkap dengan Janin Baik

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah di basahi air desinfeksi tingkat tinggi.
8. Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.
9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
10. Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-180 x/menit).

Menyiapkan Ibu Dan Keluarga Untuk Membantu Proses Meneran

11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
 - a) Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran
 - b) Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (pada saat adanya his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan dia merasa nyaman).
13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.

Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

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

Menolong Kelahiran Bayi

Lahir Kepala

18. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepal lahir perlahan-lahan. Menganjurkan ibu meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.
19. Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.
20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika terjadi lilitan tali pusat.
 - a) Jika tali pusat melilit leher janin secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b) Jika tali pusat melilit leher janin dengan erat, mengklemp di dua tempat dan memotongnya.
21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

Lahir Bahu

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

23. Setelah kedua bahu di lahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ketangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan tangan bagian bawah saat menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior saat bayi keduanya lahir.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangga saat punggung dan kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dan dengan hati – hati membantu kelahiran kaki.

Penanganan Bayi Baru Lahir

25. Menilai bayi dengan cepat (dalam waktu 30 detik), kemudian meletakkan bayi diatas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan).
26. Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin/I.M (*intra muscular*).
27. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu)..
28. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara dua klem tersebut.
29. Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan bagian tali pusat terbuka.
30. Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan mulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.

Oksitosin

31. Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
32. Memberitahu pada ibu bahwa ia akan disuntik.
33. Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit I.M di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.

Peregangan Tali Pusat Terkendali

34. Memindahkan klem pada tali pusat.
35. Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat diatas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus, memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
36. Menunggu uterus kontraksi dan kemudian melakukan penegangan kearah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus kearah atas dan belakang (dorso-kraniol) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai.
 - a) Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.

Mengeluarkan Plasenta

37. Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.
 - a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.
 - b) Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit:
 - 1) Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit I.M.

- 2) Menilai kandung kemih dan lakukan kateterisasi dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.
 - 3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
 - 4) Ulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.
 - 5) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.
38. Jika plasenta terlihat di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan kedua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.

Pemijatan Uterus

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

Menilai Perdarahan

40. Periksa kedua sisi plasenta yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.
41. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

Melakukan Prosedur PascaPersalinan

42. Menilai ulang uterus dan memastikan berkontraksi dengan baik.
43. Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air DTT dan mengeringkan dengan kain yang bersih dan kering.
44. Menempatkan tali pusat DTT atau steril atau mengikat tali DTT dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
45. Mengikat satu lagi simpul mati di bagian pusat yang bersebrangan dengan simpul mati yang pertama.

46. Melepaskan klem bedah dan meletakkannya kedalam larutan klorin 0,5%.
47. Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan kainnya bersih atau kering.
48. Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
49. Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam.
50. Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
51. Mengevaluasi kehilangan darah.
52. Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan.

Kebersihan dan Keamanan

53. Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
54. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
55. Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu untuk memakai pakaian yang bersih dan kering.
56. Memastikan bahwa ibu nyaman, membantu ibu memberikan ASI, menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
57. Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5%, dan membilas dengan air bersih.
58. Mencilupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% membalikan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
59. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air yang mengalir.

Dokumentasi

60. Dokumentasi dengan melengkapi partograf.

2.2 Partograf

Menurut Saifuddin, (2014) Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama persalinan. Tujuan utama penggunaan partograf adalah untuk:

1. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan
2. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal

World Health Organization (WHO, 2000) telah memodifikasi partograf agar lebih sederhana dan lebih mudah digunakan. Fase laten telah dihilangkan, dan pencatatan pada partograf dimulai dari fase aktif ketika pembukaan serviks 4 cm (Saifuddin, 2014).

1. Halaman depan partograf
 - a. Informasi tentang ibu
 - 1) Nama, umur
 - 2) Gravida, para, abortus (keguguran)
 - 3) Nomor catatan medik/nomor persalinan
 - 4) Tanggal dan waktu mulai dirawat (atau jika dirumah: tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu)
 - b. Waktu pecahnya selaput ketuban
 - c. Kondisi janin
 - 1) DJJ (denyut jantung janin)
 - 2) Warna dan adanya air ketuban
 - 3) Penyusupan (molase) kepala janin
 - d. Kemajuan persalinan
 - 1) Pembukaan serviks
 - 2) Penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin
 - 3) garis waspada atau garis bertindak
 - e. Jam dan waktu
 - 1) Waktu mulainya fase aktif persalinan
 - 2) Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian
 - f. Kontraksi uterus
 - 1) Frekuensi dan lamanya
 - g. Obat-obatan dan cairan yang diberikan

- 1) Oksitosin

- 2) Obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan

h. Kondisi Ibu

- 1) Nadi, tekanan darah, dan temperatur tubuh

- 2) Urin (volume, aseton, atau protein)

i. Asuhan, pengamatan, dan keputusan klinik lainnya (dicatat dalam kolom tersedia di sisi partograf atau di catatan kemajuan persalinan).

2. Lembar belakang partograf

Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran, serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak persalinan kala I hingga kala IV (termasuk bayi baru lahir). Bagian ini disebut Catatan Persalinan. Adapun cara pengisiannya yaitu diisi setelah seluruh proses persalinan selesai.

Catatan persalinan adalah terdiri atas unsur-unsur berikut:

- 1) Data dasar

Data dasar terdiri atas tanggal, nama bidan, tempat persalinan, alamat tempat persalinan, catatan, alasan merujuk, tempat rujukan dan pendamping pada saat merujuk.

- 2) Kala I

Kala I terdiri atas pertanyaan-pertanyaan tentang partograf saat melewati garis waspada, masalah-masalah yang dihadapi, penatalaksanaan, dan hasil penatalaksanaan tersebut.

- 3) Kala II

Kala II terdiri atas episiotomi persalinan, gawat janin, distosia bahu, masalah penyerta, penatalaksanaan dan hasilnya.

- 4) Kala III

Kala III terdiri atas lama kala III, pemberian oksitosin, penegangan tali pusat terkendali, pemijatan fundus, plasenta lahir lengkap, plasenta tidak lahir >30 menit, laserasi, atonia uteri, jumlah perdarahan, masalah penyerta, penatalaksanaan dan hasilnya.

5) Bayi baru lahir

Identifikasi bayi baru lahir terdiri atas berat dan panjang badan, jenis kelamin, penilaian kondisi bayi baru lahir, pemberian ASI, masalah penyerta, tatalaksana terpilih dan hasilnya.

6) Kala IV

Kala IV berisi tentang tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan. Pengisian pemantauan kala IV dilakukan setiap 15 menit pada satu jam pertama setelah melahirkan dan setiap 30 menit pada satu jam berikutnya.

C. Nifas

1. Pengertian Nifas

Masa nifas atau masa puerperium adalah masa setelah persalinan selesai sampai 6 minggu atau 42 hari. Selama masa nifas, organ reproduksi secara perlahan akan mengalami perubahan seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan organ reproduksi ini disebut involusi (Maritalia, 2017).

Menurut Yanti, (2014) masa nifas dibagi menjadi tiga tahapan, yaitu:

1. Puerperium Dini

Merupakan masa pemulihan awal dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.

2. Puerperium Intermedial

Suatu masa pemulihan dimana organ-organ reproduksi berlangsung selama kurang lebih enam minggu atau 42 hari.

3. Remote Puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi. Rentang waktu remote puerperium berbeda untuk setiap ibu, tergantung dari berat ringannya komplikasi yang dialami selama hamil atau persalinan.

2. Fisiologi Nifas

Perubahan fisiologi dalam masa nifas menurut Maritalia, (2017):

1) Uterus

Perubahan yang terjadi dinding uterus adalah timbulnya trombosis, degenerasi dan nekrosis di tempat implantasi plasenta. Jaringan-jaringan di tempat implantasi plasenta akan mengalami degenerasi dan kemudian terlepas. Pada pemeriksaan fisik didapat bahwa TFU akan berada setinggi pusat segera setelah lahir, sekitar 2 jari dibawah pusat setelah plasenta lahir, pertengahan antara pusat dan simfisis pada hari ke 5 postpartum dan setelah 12 hari postpartum tidak dapat diraba lagi.

2) Serviks

Secepat setelah persalinan bentuk serviks akan menganga seperti corong. Hal ini disebabkan oleh korpus uteri yang berkontraksi sedangkan serviks tidak berkontraksi. Warna serviks berubah menjadi merah kehitaman karena mengandung banyak pembuluh darah dengan konsistensi lunak. Secepat setelah janin dilahirkan, serviks masih dapat dilewati oleh tangan pemeriksa. Setelah 2 jam persalinan serviks hanya dapat dilewati oleh 2-3 jari dan setelah 1 minggu persalinan hanya dapat dilewati oleh 1 jari.

3) Vagina

Selama proses persalinan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar, terutama pada saat melahirkan bayi. Beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, vagina tetap dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali. Vagina juga berfungsi sebagai saluran tempat tempat dikeluarkannya secret yang berasal dari cavum uteri selama masa nifas yang disebut lochea. Karakteristik lochea dalam masa nifas adalah sebagai berikut:

a) Lochea rubra/kruenta

Timbul pada hari 1-2 postpartum, terdiri dari darah segar bercampur sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, sisa-sisa verniks kaseosa, lanugo dan mekoneum.

b) Lochea sanguinolenta

Timbul pada hari ke 3-7 hari postpartum, karakteristik darah bercampur lender.

c) Lochea serosa

Timbul setelah 1 minggu postpartum, cairan berwarna agak kuning.

d) Lochea alba

Timbul setelah 2 minggu postpartum dan hanya merupakan cairan putih.

Normalnya lochea agak berbau amis, kecuali bila terjadi infeksi pada jalan lahir, baunya akan berubah menjadi berbau busuk.

4) Vulva

Sama halnya dengan vagina, vulva juga mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Beberapa hari pertama sesudah proses melahirkan vulva tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva akan kembali kepada keadaan tidak hamil dan labia lebih menonjol.

5) Payudara (mammas)

Setelah proses persalinan selesai, pengaruh hormon estrogen dan progesterone terhadap hipofisis mulai menghilang. Hipofisis mulai mensekresi hormone kembali yang salah satu diantaranya lactogenic hormone atau hormone prolaktin yang untuk membentuk kolostrum, pada ibu nifas yang tidak menyusui kadar prolactin akan kembali normal pada minggu ke dua sampai minggu ketiga.

6) Tanda-tanda Vital

Suhu tubuh pada 12 jam postpartum, akan kembali normal (36°C - $37,5^{\circ}\text{C}$). Nadi pada masa nifas akan kembali normal antara 60-80 kali per menit. Tekanan darah yang normal untuk systole berkisar antara 110-140 mmHg, diastole antara 60-80 mmHg, setelah partus tekanan darah sedikit menurun karena terjadi perdarahan pada proses persalinan. Pernapasan yang normal 18-24 kali per menit. Setelah partus selesai, frekuensi pernapasan akan kembali normal.

3. Kebutuhan Dasar Pada Masa Nifas

Ibu yang berada dalam masa nifas mempunyai kebutuhan dasar khusus agar dapat melewati masa nifas dengan aman, sehat dan sejahtera sekaligus menunjang keberhasilan menyusui. Berikut adalah kebutuhan dasar ibu yang harus dipenuhi selama masa nifas dan menyusui menurut Maritalia, (2017) yaitu:

1) Nutrisi dan Cairan

Kebutuhan kalori normal diperkirakan sekitar 2.200 kalori/hari. Ibu dalam masa nifas dan menyusui membutuhkan tambahan kalori yaitu 700 kalori pada 6 bulan pertama untuk memberikan ASI eksklusif, dan 500 kalori pada bulan ketujuh dan selanjutnya. Dianjurkan minum 3 liter setiap hari, tablet besi selama 40 hari postpartum. Mengonsumsi vitamin A (200.000 IU) untuk mempercepat proses persalinan dan mentransfernya ke bayi melalui ASI.

2) Ambulasi

Mobilisasi sebaiknya dilakukan secara bertahap. Diawali dengan gerak miring ke kanan dan ke kiri diatas tempat tidur. Mobilisasi ini tidak mutlak, tergantung pada ada atau tidaknya komplikasi persalinan, nifas dan status kesehatan ibu sendiri. *Early ambulation* atau ambulasi dini bisa mencegah terjadinya sumbatan pada aliran darah.

3) Eliminasi

Dalam masa nifas ibu diharapkan untuk berkemih dalam 6-8 jam pertama. Pengeluaran urin masih tetap dipantau dan diharapkan setiap kali berkemih urin yang keluar minimal sekitar 150 ml. Jika mengalami kesulitan dalam berkemih kemungkinan disebabkan oleh menurunnya tonus otot kandung kemih, adanya edema akibat trauma persalinan dan rasa takut timbulnya rasa nyeri setiap kali berkemih. Sedangkan untuk defekasi biasanya timbul pada hari pertama sampai hari ketiga postpartum.

4) Istirahat

Pada 3 hari pertama dapat merupakan hari yang sulit bagi ibu akibat menumpuknya kelelahan karena proses persalinan dan nyeri yang timbul

pada luka perineum. Secara teoritis, pola tidur akan kembali normal dalam 2 sampai 3 minggu setelah persalinan. Pada ibu nifas, kurang istirahat akan mengakibatkan:

- a. Berkurangnya produksi ASI
- b. Memperlambat proses involusi uteri dan meningkatkan perdarahan
- c. Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri

5) Seksual

Ibu yang baru bersalin boleh melakukan hubungan seksual kembali setelah 6 minggu persalinan. Batasan waktu 6 minggu didasarkan atas pemikiran pada masa itu semua luka akibat persalinan, termasuk luka episiotomy dan luka bekas SC biasanya telah sembuh dengan baik. Bila tidak ada luka atau laserasi/robek pada jaringan, hubungan seks bahkan boleh dilakukan 3-4 minggu setelah proses melahirkan.

6) Latihan Nifas

Untuk mempercepat proses involusi, ibu membutuhkan latihan-latihan tertentu, salah satu latihan yang dianjurkan adalah senam nifas. Senam nifas sebaiknya dilakukan dalam 24 jam setelah persalinan, secara teratur setiap hari. Ibu tidak perlu khawatir terhadap luka yang timbul akibat proses persalinan karena 6 jam setelah persalinan normal ibu sudah dianjurkan untuk melakukan mobilisasi dini. Tujuan utama dilakukan mobilisasi dini adalah agar peredaran darah ibu dapat berjalan dengan baik sehingga ibu dapat melakukan senam nifas.

2. Asuhan Kebidanan Masa Nifas

Asuhan nifas haruslah memberikan tanggapan terhadap kebutuhan khusus ibu selama nifas. Diperkirakan 60% kematian ibu diakibatkan oleh perdarahan yang terjadi setelah persalinan dan 50 % kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama. Adapun frekuensi kunjungan, waktu dan tujuan kunjungan tersebut dipaparkan sebagai berikut (Mansyur, 2014).

Menurut Mansyur, (2014) kunjungan masa nifas paling sedikit 4 kali yaitu :

Kunjungan I

Waktu 6-8 jam setelah persalinan, Asuhan yang diberikan :

- a. Mencegah perdarahan masa nifas karena persalinan atonia uteri.
- b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.
- c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- d. Pemberian ASI awal.
- e. Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
- f. Menjaga bayi tetap sehat agar terhindar hipotermia.
- g. Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.

Kunjungan II

Kunjungan nifas yang kedua adalah 6 hari setelah persalinan, asuhan yang diberikan :

- a. Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
- b. Evaluasi adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
- c. Memastikan ibu mendapatkan makanan yang cukup, minum dan istirahat.
- d. Memastikan ibu menyusui dengan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui.
- e. Memberikan konseling pada ibu mengenal asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari.

Kunjungan III

Asuhan pada 2 minggu pasca persalinan sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari pasca persalinan.

Kunjungan IV

6 minggu setelah persalinan, asuhan yang diberikan:

- a. Menanyakan kesulitan-kesulitan yang dialami ibu selama masa nifas.

- b. Memberikan konseling KB secara dini.

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 (Marmi, 2015).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan aterm (37 minggu sampai 42 minggu) dengan berat badan lahir 2500 g sampai dengan 4000 g, tanpa ada masalah atau kecacatan pada bayi sampai umur 28 hari (Arfiana, 2016).

1.2 Fisiologi Bayi Baru Lahir

Ciri-ciri Bayi Baru Lahir normal (Arfiana, 2016) yaitu :

1. Berat badan 2500 - 4000 g
2. Panjang badan 48 - 52 cm
3. Lingkar dada 30 – 38 cm
4. Lingkar kepala 33 – 35 cm
5. Denyut jantung 120-160 x/menit
6. Pernafasan 30 – 60 x/menit
7. Kulit kemerah-merahan, licin dan diliputi vernix caseosa
8. Tidak terlihat rambut lanugo, dan rambut kepala tampak sempurna
9. Kuku tangan dan kaki agak panjang dan lemas
10. Genetalia bayi perempuan: labia mayora sudah menutupi labia minora dan pada bayi laki-laki testis sudah turun ke dalam scrotum.
11. Reflek primitif:
 - a. *Rooting* reflek, *sucking* reflek dan *swallowing* reflek baik
 - b. Reflek moro baik, bayi bila dikagetkan akan memperlihatkan gerakan seperti memeluk
 - c. *Grasping* reflek baik, apabila diletakkan sesuatu benda di atas telapak tangan, bayi akan menggenggam.

12. Eliminasi baik, bayi berkemih dan buang air besar dalam 24 jam pertama setelah lahir. Buang air besar pertama adalah mekonium, berwarna coklat kehitaman.

1.3 Kebutuhan Dasar Pada Bayi Baru Lahir

Kebutuhan dasar bayi baru lahir mencakup tiga hal yang harus terpenuhi, yaitu kebutuhan bertahan, kebutuhan rasa aman dan nyaman, dan kebutuhan memiliki dan kasih sayang. Dengan alasan ini, bidan sungguh-sungguh melakukan asuhan untuk memenuhi kebutuhan fisik bayi, untuk memberikan lingkungan yang aman, dan untuk menggendong serta menimang bayi, terutama selama memberi makan (Setyani, 2016).

1) Kebutuhan Nutrisi bayi (0-6 bulan)

Menurut (Setyani, 2016), nutrisi bayi yang berusia 0-6 bulan cukup terpenuhi dari ASI saja (ASI Eksklusif). Hal-hal perlu diperhatikan dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi bayi usia 0-6 bulan adalah sebagai berikut:

- a) Berikan ASI yang pertama keluar dan berwarna kekuningan (kolostrum)
- b) Jangan beri makanan atau minuman selain ASI
- c) Susui bayi sesering mungkin
- d) Susui bayi setiap menginginkan, paling sedikit 8 kali perhari
- e) Jika bayi tidur lebih dari 3 jam, bangunkan lalu susui
- f) Susui dengan payudara kanan dan kiri secara bergantian
- g) Susui sampai payudara terasa kosong, lalu pindah ke payudara sisi lainnya
- h) Susui anak dalam kondisi menyenangkan, nyaman, dan penuh perhatian
- i) Dukungan suami dan keluarga penting dalam keberhasilan ASI Eksklusif.

2. Asuhan pada Bayi Baru Lahir

Asuhan neonatus atau asuhan bayi baru lahir normal merupakan asuhan yang diberikan kepada neonatus atau bayi baru lahir pada kondisi normal yang meliputi bagaimana bayi baru lahir beradaptasi terhadap kehidupan diluar uterus, pencegahan infeksi, melakukan rawat gabung, *bounding attachment* serta asuhan bayi sehari-hari di rumah (Arfiana, 2016).

Menurut Arfiana, (2016) sebelum bayi lahir, segala sesuatu yang berkaitan dengan bayi harus dipersiapkan di ruang persalinan:

- 1) Alat untuk memberikan bantuan bayi bernafas. BVM / *Bag Valve Mask* untuk neonatus, penghisap lendir, ganjal bahu dari kain, lampu penghangat, dan meja tindakan yang rata dan kering.
- 2) Tanda pengenalan bayi
- 3) Termometer
- 4) Kain atau bedong untuk menjaga kehangatan
- 5) Ruang dengan suhu yang sesuai untuk bayi $+30^{\circ}\text{C}$

E. Keluarga Berencana

1. Konsep Dasar Keluarga Berencana

1.1 Pengertian Keluarga Berencana

Menurut Maritalia, (2017) Keluarga Berencana adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan memakai alat kontrasepsi sehingga dapat mewujudkan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera.

Tujuan KB adalah untuk membentuk keluarga bahagia dan sejahtera sesuai dengan keadaan sosial dan ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak, pendewasaan usia perkawinan, peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga agar dapat memenuhi kebutuhan hidupnya (Maritalia, 2017).

Kontrasepsi adalah menghindari/mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat dari pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma tersebut. Kontrasepsi dapat *reversible* (non permanen) atau *irreversible* (permanen) (Maritalia, 2017).

1.2 Metode Kontrasepsi

Menurut Kemenkes, (2013) Terdapat beberapa pilihan metode kontrasepsi yang dapat digunakan setelah persalinan karena tidak mengganggu proses menyusui. Berikut penjelasan mengenai metode tersebut :

a. Metode Amenorea Laktasi (MAL)

Metode Amenorea Laktasi adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apa pun lainnya. MAL akan efektif jika digunakan dengan benar selama 6 bulan pertama melahirkan dan belum mendapatkan haid setelah melahirkan serta memberikan ASI secara eksklusif (Pusdiknakes, 2014).

Selain itu, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan agar efektivitas MAL optimal menurut Kemenkes 2013 :

1. Ibu harus menyusui secara penuh atau hampir penuh
2. Perdarahan pasca 56 hari pascasalin dapat diabaikan (belum dianggap haid)
3. Bayi menghisap payudara secara langsung
4. Menyusui dimulai dari setengah sampai satu jam setelah bayi lahir
5. Kolostrum diberikan kepada bayi
6. Pola menyusui *on demand* (menyusui setiap saat bayi membutuhkan) dan dari kedua payudara
7. Sering menyusui selama 24 jam termasuk malam hari
8. Hindari jarak antar menyusui lebih dari 4 jam

b. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

AKDR merupakan pilihan kontrasepsi pacapersalinan yang aman dan efektif untuk ibu yang ingin menjarangkan atau membatasi kehamilan. AKDR dapat dipasang segera setelah bersalin maupun dalam jangka waktu tertentu.

Meskipun angka ekspulsi pada pemasangan AKDR segera pasca persalinan lebih tinggi dibandingkan teknik pemasangan masa interval (lebih 4 minggu setelah persalinan), angka ekspulsi dapat diminimalisasi bila: Pemasangan dilakukan dalam waktu 10 menit setelah melahirkan plasenta, AKDR ditempatkan cukup tinggi pada fundus uteri, pemasangan dilakukan oleh tenaga terlatih khusus.

Keuntungan pemasangan AKDR segera setelah lahir (pascapersalinan) antara lain: biaya lebih efektif dan terjangkau, lebih sedikit keluhan perdarahan dibandingkan dengan pemasangan setelah beberapa hari/minggu, tidak perlu

mengkhawatirkan kemungkinan untuk hamil selama menyusui dan AKDR pun tidak mengganggu produksi air susu dan ibu yang menyusui, mengurangi angka ketidakpatuhan pasien.

Namun demikian terdapat beberapa resiko dan hal-hal yang harus diwaspadai saat pemasangannya yaitu : dapat terjadi robekan dinding rahim, ada kemungkinan kegagalan pemasangan, kemungkinan terjadi infeksi setelah pemasangan AKDR (pasien harus kembali jika ada demam, bau amis/anyir sesarea cairan vaginam dan sakit perut terus menerus).

AKDR juga dapat dipasang setelah persalinan dengan seksio sesarea. Angka sekpulsi pada pemasangan setelah seksio sesarea kurang lebih sama dengan pada pemasangan interval.

c. Implan

1. Implan berisi progrestin, dan tidak mengganggu produksi ASI
2. Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan, pemasangan implan dapat dilakukan setiap saat tanpa kontrasepsi lain bila menyusui penuh (*full breastfeeding*)
3. Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid, pemasangan dapat dilakukan kapan saja tetapi menggunakan kontrasepsi lain atau jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari
4. Masa pakai dapat mencapai 3 tahun (3-keto-desogestrel) hingga 5 tahun (levonogestrel).

d. Suntik

1. Suntikan progestin tidak mengganggu produksi ASI
2. Jika ibu tidak menyusui, suntikan dapat dimulai setelah 6 minggu persalinan
3. Jika ibu menggunakan MAL, suntikan dapat ditunda sampai 6 bulan
4. Jika ibu tidak menyusui, dan sudah lebih dari 6 minggu pascapersalinan, atau sudah dapat haid, suntikan dapat dimulai setelah yakin tidak ada kehamilan.
5. Injeksi diberikan setiap 2 bulan (depo noretisteron enatat) atau 3 bulan (medroxiprogesteron asetat).

e. Kondom

Kondom merupakan jenis kontrasepsi penghalang mekanik. Kondom mencegah kehamilan dan infeksi penyakit kelamin dengan cara menghentikan sperma untuk masuk ke dalam vagina. Kondom pria dapat terbuat dari bahan latex (karet), polyurethane (plastik), sedangkan kondom wanita terbuat dari polyurethane. Efektivitas kondom pria antara 85-98 % sedangkan efektivitas kondom wanita antara 79-95%.

f. Kontrasepsi Sterilisasi

Kontrasepsi mantap pada wanita atau MOW (Metode Operasi Wanita) atau tubektomi yaitu tindakan pengikatan dan pemotongan saluran telur agar sel telur tidak dapat dibuahi oleh sperma. Kontrasepsi mantap pada pria atau MOP (Metode Operasi Pria) atau vasektomi yaitu tindakan pengikatan dan pemotongan saluran benih agar sperma tidak keluar dari buah zakar.

2. Asuhan kebidanan dalam Pelayanan Keluarga Berencana

1. Konseling Kontrasepsi

Menurut Purwoastuti, (2015) konseling kontrasepsi itu ialah:

1) Definisi Konseling

Suatu proses pemberian bantuan yang dilakukan yang dilakukan seseorang kepada orang lain dalam membuat suatu keputusan atau memecahkan masalah melalui pemahaman tentang fakta-fakta dan perasaan-perasaan yang terlibat didalamnya.

2) Tujuan Konseling KB

a. Meningkatkan penerimaan

Informasi yang benar, diskusi bebas dengan cara mendengarkan, berbicara dan komunikasi non-verbal meningkatkan penerimaan informasi mengenai KB oleh klien.

b. Menjamin pilihan yang cocok

Menjamin petugas dan klien memilih cara terbaik yang sesuai dengan keadaan kesehatan dan kondisi klien.

c. Menjamin penggunaan yang efektif

Konseling efektif diperlukan agar klien mengetahui bagaimana menggunakan KB dengan benar dan mengatasi informasi yang keliru tentang cara tersebut.

d. Menjamin kelangsungan yang lebih lama

Kelangsungan pemakaian cara KB akan lebih baik bila klien ikut memilih cara tersebut, mengetahui cara kerjanya dan mengatasi efek sampingnya.

3) Jenis Konseling KB

a. Konseling Awal

- 1) Bertujuan menentukan metode apa yang diambil
- 2) Bila dilakukan dengan objektif langkah ini akan membantu klien untuk memilih jenis KB yang cocok untuknya
- 3) Yang perlu diperhatikan adalah menanyakan langkah yang diketahui tentang cara kerjanya, kelebihan, dan kekurangannya.

b. Konseling Khusus

- 1) Memberi kesempatan klien untuk bertanya tentang cara KB dan membicarakan pengalamannya.
- 2) Mendapatkan informasi lebih rinci tentang KB yang diinginkannya
- 3) Mendapatkan bantuan untuk memilih metode KB yang cocok dan mendapatkan penerangan lebih jauh tentang penggunaannya

c. Konseling Tidak Lanjut

- 1) Konseling lebih bervariasi dari konseling awal
- 2) Pemberi pelayanan harus dapat membedakan masalah yang serius yang memerlukan rujukan dan masalah yang ringan yang dapat diatasi di tempat

4) Langkah-Langkah konseling KB SATU TUJU

Langkah SATU TUJU ini tidak perlu dilakukan berurutan karena menyesuaikan dengan kebutuhan klien.

SA: Sapa dan Salam

- 1) Sapa klien secara terbuka dan sopan
- 2) Beri perhatian sepenuhnya, jaga privasi pasien
- 3) Bangun percaya pasien
- 4) Tanyakan apa yang perlu dibantu dan jelaskan pelayanan apa yang dapat diperoleh nya

T : Tanya

- 1) Tanyakan informasi tentang dirinya
- 2) Bantu klien untuk berbicara pengalaman tentang KB dan kesehatan reproduksi
- 3) Tanyakan kontrasepsi yang ingin digunakan

U : Uraikan

- 1) Uraikan pada klien mengenai pilihannya
- 2) Tanyakan apakah pasangan mendukung pilihannya

J : Jelaskan

- 1) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya setelah klien memilih jenis kontrasepsinya
- 2) Jelaskan bagaimana penggunaanya
- 3) Jelaskan manfaat ganda dari kontrasepsi

U : Kunjungan Ulang

Perlu dilakukan kunjungan ulang untuk dilakukan pemeriksaan atau permintaan kontrasepsi jika dibutuhkan