

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kehamilan

1. Konsep Dasar Kehamilan

1.1 Pengertian kehamilan

Kehamilan dipengaruhi berbagai hormon : *estrogen, progesteron, human chorionic gonadotropin, human somatomammotropin, prolaktin* dsb. *Human chorionic gonadotropin* (HCG) adalah hormon aktif khusus yang berperan selama awal masa kehamilan, berfluktuasi kadarnya selama kehamilannya. Terjadi perubahan juga pada anatomi dan fisiologi organ organ selama reproduksi dan organ-organ system tubuh lainnya, yang dipengaruhi terutama oleh perubahan keseimbangan hormonal tersebut (Icesmi, dkk,2017).

Kehamilan merupakan proses alamiah dan fisiologis. Selama pertumbuhan dan perkembangan kehamilan dari minggu keminggu atau dari bulan kebulan, terjadi perubahan pada fisik dan mental. Perubahan terjadi akibat adanya ketidakseimbangan hormone *progesterone* dan *hormone estrogen*, yakni *hormone* kewanitaan yang ada dalam tubuh ibu sejak terjadinya proses kehamilan (Mandriwati, gusti, dkk. 2017).

1.2 Fisiologi Kehamilan

a. Konsep Fertilisasi dan Implantasi

Fertilisasi atau pembuahan terjadi saat *oosit* sekunder yang mengandung ovum dibuahi oleh sperma. Fertilisasi umumnya terjadi segera setelah *oosit* sekunder memasuki oviduk. Namun, sebelum sperma dapat memasuki *oosit* sekunder, pertama – tama sperma harus menembus berlapis-lapis sel granulosa yang melekat di sisi luar *oosit* sekunder yang disebut korona radiata. Kemudian, sperma juga menembus lapisan sesudah korona radiata, yaitu zona pelusida.

b. Tanda tanda kehamilan

Secara klinis tanda kehamilan dapat dibagi dalam 2 kategori besar yaitu tanda yang tidak pasti/*probable signs* dan tanda tanda kepastian hamil (Kusmiyati,. Dkk. 2013).

Indikator pasti hamil adalah penemuan-penemuan keberadaan janin secara jelas dan hal ini tidak dapat dijelaskan dengan kondisi kesehatan yang lain.

- 1) Denyut jantung janin (DJJ) dapat didengar dengan stetoskop *laenec* pada minggu 17-18. Pada orang gemuk, lebih lambat. Dengan stetoskop ultrasonik (*doppler*), DJJ dapat didengarkan lebih awal lagi, sekitar minggu ke-12. Melakukan *auskultasi* pada janin bisa juga mengidentifikasi bunyi-bunyian yang lain, seperti : bising tali pusat, bising uterus dan nadi ibu.
- 2) *Palpasi*, yang harus ditentukan adalah outline janin. Biasanya menjadi jelas setelah minggu ke-22. Gerakan janin dapat dirasakan dengan jelas setelah minggu 24.
- a) Pemeriksaan diagnostik kehamilan

i. *Rontgenografi*

Gambar tulang tulang janin tampak setelah minggu ke-12 sampai 14. Pemeriksaan ini hanya boleh dikerjakan bila terdapat keraguan-keraguan dalam diagnosis kehamilan dan atas indikasi yang mendesak sekali, sebab janin sangat peka terhadap sinar X. sekarang penggunaan sinar X telah terdesak oleh *ultrasonografi* (USG).

ii. *Ultrasonografi* (USG)

Pada minggu ke-6, sudah terlihat adanya *gestasional sac* atau kantong kehamilan.

iii. *Fetal Electrocardiografi* (ECG)

Dapat direkam pada minggu ke-12

iv. Tes laboratorium

Prinsip : urin ditambah anti *heg*, lalu ditambah HCG *coated-latex*. Bila terjadi *koagulasi* dalam urin terdapat HCG, sehingga *heg* ini mengikat anti HCG *coated latex* tidak terkoagulasi. Tes ini yang lebih dikenal dengan nama PP-test, baru positif pada minggu ke-6 ($\pm 50-60\%$).

c. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

Berikut adalah kebutuhan-kebutuhan yang diperlukan ibu semasa hamil (Mandriwati, gusti, dkk. 2017) :

1) *Oksigen*

Kebutuhan *oksigen* berkaitan dengan perubahan *system* pernapasan pada masa kehamilan. 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 *respiratori* kira-kira 26 % per menit. Hal ini mengakibatkan penurunan *konsentrasi CO₂ alveoli*.

2) *Nutrisi*

Tubuh ibu memerlukan sekitar 80.000 tambahan kalori pada kehamilan. Dari jumlah tersebut berarti setiap harinya sekitar 300 tambahan kalori yang dibutuhkan ibu hamil. Dianjurkan mengkonsumsi protein 3 porsi sehari (1 porsi protein = 2 butir telur atau 200 g daging/ ikan). Jumlah zat besi yang dibutuhkan untuk kehamilan tunggal normal adalah sekitar 1000 mg dan 350 mg untuk pertumbuhan janin dan *plasenta*, 450 mg untuk peningkatan masa sel darah merah ibu. 240 mg untuk kehilangan basal. Vitamin larut dalam lemak, yaitu vitamin A, D, E, dan K. Jumlah *zink* yang direkomendasikan RDA selama masa hamil adalah 15 mg sehari. Asupan kalsium yang direkomendasikan adalah 1.200 mg perhari. Dibutuhkan 2-3 gram natrium perhari namun makanan tinggi *natrium* dan rendah *natrium* tidak disarankan.

$$\text{IMT (Indeks Massa Tubuh)} : \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi badan (m)} \times \text{Tinggi badan (m)}}$$

3) *Personal Hygiene*

Ibu harus melakukan gerakan membersihkan dari depan ke belakang ketika selesai berkemih. Ibu hamil harus lebih sering mengganti pelapis/ pelindung celana dalam. Bakteri dapat berkembang biak pada pelapis yang kotor. Bahan celana dalam sebaiknya terbuat dari bahan katun. Sebaiknya tidak menggunakan celana dalam yang ketat dalam jangka waktu lama karena dapat menyebabkan panans dan kelembapan *vagina* meningkat sehingga mempermudah pertumbuhan bakteri.

4) *Pakaian*

Pada waktu hamil, seorang ibu mengalami perubahan pada fisiknya. Ini sekaligus menjadi *indikasi* kepada kita untuk memberitahu kepada ibu tentang pakaian yang sesuai dengan masa kehamilannya, yaitu :

- i. Ibu sebaiknya menggunakan pakaian longgar yang nyaman.
- ii. Pakaian yang digunakan ibu hamil sebaiknya pakaian yang mudah di cuci.
- iii. *Bra* (BH) dan ikat pinggang ketat, celana ketat, kaos kaki, pelindung lutut yang ketat, korslet, dan pakaian ketat lainnya harus dihindari.
- iv. Kontruksi bra untuk ibu hamil dibuat untuk mengakomodasi peningkatan beratnya payudara (dibawah lengan).
- v. Kaos kaki penyokong depan sangat membantu memberikan kenyamanan pada wanita yang mengalami varises atau pembengkakan tungkai bawah.

- vi. Sepatu yang nyaman dan memberi sokongan yang mantap.
Sepatu dengan tumit yang sangat tinggi tidak dianjurkan.

5) *Seksual*

Psikologis maternal, pembesaran payudara, rasa mual, letih, pembesaran *perineum*, dan *respons orgasme* memenuhi *seksualitas*. Melakukan hubungan *seks* aman selama tidak menimbulkan rasa tidak nyaman. Posisi wanita di atas, sisi dengan sisi, menghindari tekanan pada perut dan wanita dapat mengatur penetrasi penis.

6) *Mobilisasi dan Body Mekanik*

Aktifitas fisik meningkatkan rasa sejahtera ibu hamil. Aktivitas fisik meningkatkan sirkulasi, membantu relaksasi dan istirahat. Perubahan fisiologis kehamilan dapat mengganggu kemampuan untuk melakukan aktivitas fisik dengan aman.

7) *Istirahat atau Tidur*

Pada saat hamil, ibu hamil akan merasa letih pada beberapa minggu awal kehamilan atau beberapa minggu terakhir ketika ibu hamil menanggung beban berat yang bertambah. Oleh sebab itu, ibu hamil memerlukan istirahat dan tidur semakin banyak dan sering. Istirahat merupakan keadaan yang tenang, relaks tanpa tekanan yang emosional, dan bebas dari kegelisahan. Ibu hamil memerlukan istirahat paling sedikit satu jam pada siang hari dengan kaki di tempatkan lebih tinggi dari tubuhnya. Waktu terbaik untuk melakukan relaksasi adalah setiap hari setelah makan siang, pada awal istirahat sore, dan malam sewaktu mau tidur.

8) *Imunisasi vaksin toksoid tetanus*

Tetanus adalah penyakit yang disebabkan oleh racun bakteri *Clostridium tetani*. Bakteri tetanus masuk ke dalam tubuh manusia melalui luka. Jika ibu terinfeksi bakteri tersebut selama proses persalinan, infeksi dapat terjadi pada rahim ibu dan tali pusat bayi yang baru lahir. Vaksin *toksoid tetanus* adalah proses

untuk membangun kekebalan dengan memasukan *toksoit tetanus* yang telah dilemahkan dan dimurnikan kedalam tubuh sebagai upaya pencegahan terhadap *infeksi tetanus*. Imunisasi tetanus sebaiknya diberikan sebelum kehamilan 8 bulan untuk mendapat imunisasi lengkap.

2. Asuhan Kebidanan Dalam Kehamilan

2.1 Tujuan Asuhan Kehamilan

Menurut Pratami 2016 asuhan prenatal merupakan sebuah asuhan antepartum komprehensif yang melibatkan pendekatan terpadu asuhan medis dan dukungan psikososial secara optimal, dimulai sebelum konsepsi dan berlanjut ke periode antepartum. Salah satu bentuk asuhan prenatal yang lazim diberikan adalah pemeriksaan pranatal awal.

Pemeriksaan pranatal awal merupakan asuhan prenatal yang dimulai segera setelah kehamilan, diperkirakan terjadi dan dapat dilakukan beberapa hari setelah ibu terlambat menstruasi. Tujuan utama pemeriksaan prenatal awal, antara lain :

1. Menentukan status kesehatan ibu dan janin.
2. Menentukan usia gestasi.
3. Menentukan rencana asuhan obstetrik.

2.2 Pelayanan Asuhan Standar Antenatal

Menurut Kementrian Kesehatan Republik Indonesia (2017) pelayanan asuhan kebidanan yang berkualitas sesuai standar (10T) terdiri dari:

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilo setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menais adanya faktor risiko

pad ibu hamil. Tinggi bada ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan risiko untuk terjadinya CPD (*cephal pelvic disproportion*).

2. Pengukuran Tekanan Darah (TD)

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

3. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester 1 untuk skrining ibu hamil yang mengalami kekurangan energy kronis (KEK). KEK disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan, tahun) dimana LILA kurang dari 23,5 cm. ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah(BBLR).

4. Pengukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah 24 minggu.

Tabel 2.1

Tinggi Fundus Uteri (TFU) Menurut Leopold

No	Usia kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
1	12 minggu	1-2 jari diatas simfisis
2	16 minggu	Pertengahan simfisis dan pusat
3	20 minggu	2-3 jari dibawah pusat
4	24 minggu	Setinggi pusat
5	28 minggu	2-3 jari diatas pusat
6	32 minggu	Petengah pusat dan px
7	36 minggu	3 jari dibawah px
8	40 minggu	Sama dengan 32 minggu tapi melebar kesamping

Sumber : Widatiningsih, 2017

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

Table 2.2

Rentang waktu dan tanggal pemberian imunisasi TT dan lama perlungannya

Imunisasi TT	Selang waktu minimal	Lama perlindungan
TT1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus
TT2	1 bulan setelah TT 1	3 tahun
TT3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun
TT4	12 bulan setelah TT 3	10 tahun
TT5	12bulan setelah TT 4	>25 tahun

Sumber : Kementerian Kesehatan RI, 2013. Buku kesehatan ibu dan anak, kementerian kesehatan dan JICA, Jakarta, halaman 29

6. Pemberian Tablet Tambah Darah Minimal 90 Tablet Selama Kehamilan

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama.

7. Penentuan Presentasi Janin Dan Denyut Jantung Janin (DJJ)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika, pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala belum masuk PAP berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau masalah lainnya. Penilaian DJJ cepat lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat janin.

8. Pelaksanaan Temu Wicara (Pemberian Komunikasi Interpersonal Dan Konseling, Termasuk Keluarga Berencana)

Tenaga kesehatan memberi penjelasan mengenai perawatan kehamilan, pencegahan 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. Pelayanan Tes Laboratorium Sederhana, Minimal Tes Hb, Pemeriksaan Protein Urin Dan Pemeriksaan Golongan Darah (Bila Belum Pernah Dilakukan Sebelumnya).

10. Tatalaksana Khusus

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

2.3 Anemia Pada Kehamilan

1. Patofisiologi

Menurut Pratami (2016) anemia dapat disebabkan oleh banyak faktor, antaralain 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. Anemia defisiensi zat besi dapat disebabkan oleh hipervolemia yang terjadi pada

saat kehamilan. Saat kehamilan, terjadi peningkatan volume darah (hiperemia). Ibu hamil yang sehat akan mengalami peningkatan volume darah sebanyak 1,5 liter. Peningkatan volume darah tersebut, terutama terjadi akibat peningkatan volume plasma dan bukan eritrosit.

Presentasi peningkatan volume darah yang terjadi selama kehamilan, antara lain plasma darah 30%, sel darah 18%. Dan hemoglobin 19%. Pada awal kehamilan volume plasma meningkat pesat sejak usia gestasi 6 minggu dan selanjutnya laju peningkatan melambat. Jumlah eritrosit mula meningkat pada trimester II dan memuncak pada trimester III.

Selain akibat pengenceran volume darah, anemia defisiensi besi juga dapat disebabkan oleh sejumlah hal, yakni (Mangkuji, B, dkk, 2013) :

- a) Kurangnya zat besi dalam makanan.
- b) Kebutuhan zat besi meningkat.
- c) Gangguan pencernaan dan absorpsi.
- d) Kehilangan darah dalam jumlah banyak (mis., persalinan yang lalu, haid, dll.)
- e) Penyakit-penyakit kronik (mis., TBC paru, cacing usus, malaria, dll)

Selain hal yang telah dijelaskan sebelumnya, anemia defisiensi zat besi juga dapat disebabkan oleh peningkatan kebutuhan zat besi pada ibu hamil. Ibu hamil memerlukan asupan zat besi sebesar 900 mg. hemodilusi yang terjadi sejak trimester II dan memuncak pada usia gestasi 32-34 minggu menyebabkan kadar hemoglobin menurun sehingga timbul anemia kehamilan fisiologis.

2. Anemia Defisiensi Besi pada Kehamilan

Menurut Mangkuji,B., dkk (2013) Baik dinegara maju maupun di negara berkembang, seseorang disebut menderita anemia apabila kadar hemoglobinnya (Hb) kurang dari 10g% (anemia berat) atau kurang dari 6g% (anemia gravis). Wanita tak-hamil mempunyai nilai normal hemoglobin 12-15g% dan hematokrit

35-54%. Angka-angka tersebut juga berlaku untuk wanita hamil, terutama pengawasan selama hamil.

Anemia pada kehamilan sendiri adalah suatu kondisi ketika kadar hemoglobin ibu <11g% pada trimester pertama dan ketiga atau <10,5 g% pada trimester kedua. Nilai batas tersebut dan perbedaannya dengan nilai wanita tak hamil terjadi karena hemodilusi, terutama pada trimester kedua. Keluhan lemah, pucat, dan mudah pingsan padahal tekanan darah masih pada batas normal perlu dicurigai sebagai anemia defisiensi besi. Secara klinis, kita dapat melihat kondisi tubuh malnutrisi dan pucat. Oleh sebab itu, pemeriksaan hematokrit dan hemoglobin harus menjadi pemeriksaan darah rutin selama pengawasan antenatal.

Klasifikasi anemia menurut Rukiah (2014) adalah sebagai berikut:

- 1) Tidak anemia : HB 11 gr %
- 2) Anemia ringan : HB 9-10 gr %
- 3) Anemia sedang : HB 7-8 gr %
- 4) Anemia berat : <7 gr %

Kebutuhan zat besi ibu selama kehamilan adalah 800 mg, 300 mg untuk janin dan plasenta dan 500 mg untuk penambahan eritrosit ibu. Dengan demikian, ibu membutuhkan tambahan sekitar 2-3 mg besi/hari. Perlu diingat, ada beberapa kondisi yang menyebabkan defisiensi besi, misalnya infeksi kronik, penyakit hati dan talasemia. Efek samping berupa gangguan abdomen setelah pemberian suplemen besi oral menurunkan kepatuhan pasien. Kenyataannya, rata-rata hanya 15 tablet yang dikonsumsi oleh wanita hamil selama kehamilan (Mangkuji B, dkk, 2013).

3. Penanganan dan Pencegahan

Penatalaksanaan penanganan ibu hamil dengan anemia berikan suplemen besi dan asam folat. Tablet yang saat ini banyak tersedia di puskesmas adalah tablet tambah darah 60 mg zat besi elementasi dari 250 µg asam folat. Pada ibu hamil dengan anemia, tablet tersebut dapat diberikan 3 kali sehari. Bila dalam

90 hari muncul perbaikan, lanjutkan pemberian tablet sampai 42 hari pascapersalina. Apabila setelah 90 hari pemberian tablet besi dan asam folat kadar hemoglobin tidak meningkat rujuk pasien ke pusat pelayanan yang lebih tinggi untuk mencari penyebab utama. (Kemenkes, 2013).

Penanganan anemia defisiensi besi adalah melalui pemberian preparat besi oral atau parenteral. Tetapi oral yang diberikan antaralain preparat besi *fero sulfat*, *fero glukonat* atau *Na-fero bisitrat*. Pemberian preparat 60 mg/hari dapat menaikkan kadar Hb sebanyak 1 g%/bulan. Efek samping pada saluran pencernaan relative lebih ringan dengan pemberian preparat *Na-fero bisitrat* disbanding dengan *ferosulfat*. Pemberian 300 kalori/hari dan suplemen besi 60 mg/hari kiranya cukup untuk mencegah anemia.

Kini program nasional menganjurkan pemberiaan kombinasi 60 mg besi dan 50 µg asam folat untuk profilaksis anemia. Pemberian preparat parenteralferum dekstran sebanyak 1000 mg (20 ml) intravena atau 2x10 ml intramuscular pada gluteus dapat meningkatkan Hb menjadi 2g% dengan lebih cepat. Indikasi untuk preparat parenteral ini adalah intoleransi besi pada saluran pencernaan, anemia yang berat, dan kepatuhan ibu yang buruk. Efek samping utama untuk pemberian preparat ini adalah reaksi alergi. Untuk mengetahui ada tidaknya alergi, berikan dosis 0,5 cc per intramuscular. Jika tidak ada reaksi kita dapat memebrika seluruh dosis (Mangkuji B, dkk, 2013).

3. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan Kehamilan

Teknis pemberian pelayanan antenatal dapat diuraikan sebagai berikut (Walyani, 2015):

3.1 Data Subjektif

1. Kunjungan awal atau pertama
 - a) Anamnesa
Identitas (nama, umur, suku, agama, pendidikan, pekerjaan dan alamat)
 - b) Keluhan utama

Apakah semata-mata ingin periksa kehamilan atau ada keluhan atau masalah lain yang dirasakan.

c) Riwayat kehamilan sekarang

Riwayat kehamilan sekarang meliputi HPHT dan apakah normal, gerak janin (kapan mulai dirasakan dan apakah ada perubahan yang terjadi), masalah atau tanda-tanda bahaya, keluhan-keluhan lazim pada kehamilan, penggunaan obat-obatan termasuk jamu-jamuan kekhawatiran-kekhawatiran lain yang dirasakan ibu.

Menghitung perkiraan tanggal persalinan dapat menggunakan rumus *Naegle*:

HPHT:

Hari+7, bulan-3, tahun+1 (untuk bulan maret ke atas)

Hari+7, bulan+9, tahun (untuk bulan januari sampai maret)

Indikasi hanya pada ibu yang mempunyai riwayat menstruasi 28 hari dan haid teratur, tidak dapat digunakan pada ibu sudah hamil saat masih menyusui (Rukiyah, 2014).

d) Riwayat kebidanan yang lalu

Riwayat kebidanan yang lalu meliputi jumlah anak, anak yang lahir hidup, persalinan prematur, keguguran atau kegagalan kehamilan, persalinan dengan tindakan operasi seksio sesaria, riwayat perdarahan pada kehamilan, persalinan atau nifas sebelumnya. Kehamilan dengan tekanan darah tinggi, berat badan bayi <2.500 gram atau >4.000 gram dan masalah-masalah yang dialami ibu.

e) Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan termasuk penyakit-penyakit yang didapat dahulu dan sekarang seperti masalah-masalah hipertensi, kardiovaskuler, diabetes, malaria, PMS atau HIV/AIDS dan lain-lain.

f) Riwayat sosial dan ekonomi

Riwayat sosial dan ekonomi meliputi status perkawinan, respon ibu dan kehamilan terhadap kehamilan ibu, riwayat KB, dukungan keluarga, pengambilan keputusan dalam keluarga, gizi yang

dikonsumsi dan kebiasaan makan, kebiasaan hidup sehat, merokok dan minuman keras, mengonsumsi obat terlarang beban kerja dan kegiatan sehari-hari, tempat dan petugas kesehatan yang diinginkan untuk membantu persalinan.

3.2 Data Objektif

Pemeriksaan fisik lengkap perlu dilakukan pada kunjungan awal wanita hamil untuk memastikan apakah wanita hamil tersebut mempunyai abnormalitas media atau penyakit. Berikut adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan:

1. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan umum dan kesadaran penderita

Compos mentis (kesadaran baik) gangguan kesadaran (apatis, koma)

b) Tekanan darah

Tekanan darah yang normal adalah 110/80 mmHg sampai 140/90 mmHg. Bila >140/90 hati-hati adanya hipertensi atau preeklamsi.

c) Nadi

Nadi normal adalah 60 sampai 100 permenit. Bila abnormal mungkin ada kelainan paru-paru atau jantung.

d) Suhu badan

Suhu badan normal adalah 36,5°C sampai 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 ada kemungkinan terjadi *Cepalo Pelvic Dispropotion* (CPD).

f) Berat badan

Berat badan yang bertambah terlalu besar atau kurang perlu mendapatkan perhatian khusus karena kemungkinan terjadi penyulit kehamilan.

2. Kepala dan Leher

- a) Apakah ada edema pada wajah, adakah cloasma gravidarium
- b) Pada mata adakah pucat pada konjungtiva, adakah ikhterus pada sklera dan oedem pada palpebra
- c) Pada hidung adakah pengeluaran cairan atau polip
- d) Pada mulut adakah gigi yang berlubang, lihat keadaan lidah
- e) Telinga adakah pengeluaran dari saluran luar telinga.
- f) Leher apakah ada pembesaran kelenjar tiroid dan pembuluh limfe.

3. Payudara

- a) Memeriksa bentuk, ukuran dan simetris atau tidak
- b) Puting payudara menonjol, datar, atau masuk kedalam.
- c) Ada colostrum atau cairan lain dari puting susu.
- d) Pada saat klien berbaring, lakukan palpasi secara sistematis dari arah payudara dan aksila, kemungkinan terdapat massa atau pembesaran pembuluh limfe dan benjolan.

4. Abdomen

1) Leopold I

Untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada pada bagian fundus dan mengukur tinggi fundus uteri menggunakan pita cm (Mc. Donald). Pemeriksaan ini sebaiknya dilakukan pada UK(usia kehamilan) 24 minggu (4bulan) ketika semua bagian janin sudah dapat diraba

2) Leopold II

Untuk mengetahui letak janin memanjang atau melintang, dan bagian yang teraba disebelah kiri atau kanan.

3) Leopold III

Untuk menentukan bagian terbawah janin (presentasi).

4) Leopold IV

Untuk menentukan bagian terbawah janin apakah sudah memasuki PAP (*divergen*) atau belum memasuki PAP (*convergen*).

5) Denyut jantung janin biasa di dengar pada kuadran bagian punggung, 3 jari dibawah pusat ibu. Denyut jantung janin yang normal 120-160 kali/menit.

6) Tafsiran berat badan janin (TBJ) untuk mengetahui tafsiran berat badan janin saat usia kehamilan trimester III. Dengan rumus : $(TFU-n) \times 155 = \dots \text{ gram}$

n = 13 jika kepala belum masuk pintu atas panggul (PAP)

n = 12 jika kepala berada di atas PAP

n = 11 jika kepala sudah masuk PAP

5. Ekstremitas

- a) Apakah ada edema
- b) Apakah kuku pucat
- c) Apakah ada varices
- d) Bagaimana refleksi patella

6. Genetalia

Lihat adanya luka, varices, atau pengeluaran cairan

7. Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan kadar Hemoglobin darah (HB)

Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan.

Klasifikasi anemia menurut Rukiah (2014) adalah sebagai berikut:

- 1) Tidak anemia : HB 11 gr %
- 2) Anemia ringan : HB 9-10 gr %
- 3) Anemia sedang : HB 7-8 gr %
- 4) Anemia berat : <7 gr %

Pengaruh anemia pada ibu dan janin menurut Pratami (2016) adalah sebagai berikut:

- 1) Pengaruh anemia pada ibu hamil mengganggu kesehatan ibu hamil sejak awal kehamilan hingga masa nifas. Anemia yang terjadi selama masa kehamilan dapat menyebabkan abortus, persalinan prematur, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, peningkatan resiko terjadinya infeksi, hiperemesis gravidarum dan ketuban pecah dini. Anemia juga menyebabkan gangguan selama persalinan, seperti gangguan his, gangguan kekuatan mengejan, kala pertama yang berlangsung lama, kala kedua lama sehingga dapat melelahkan ibu dan sering kali mengakibatkan tindakan operasi.
- 2) Pengaruh anemia pada janin dapat menimbulkan resiko terjadinya abortus, berat badan lahir rendah, resiko terjadinya cacat bawaan, peningkatan resiko infeksi pada bayi dan tingkat intelegensi bayi rendah.

8. Pemeriksaan urine

a) Protein urine

Pemeriksaan protein urine perlu dilakukan pada kehamilan trimester III untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda *pre-eclampsia* pada ibu. Cara kerja pemeriksaan nya adalah:

Pertama isi urine ibu yang telah ditampung tadi kedalam tabung reaksi sebanyak 3cc lalu miringkan tabung, panaskan bagian atas

urin hingga mendidih. Perhatikan apakah terjadi keruhan dibagian atas urin, jika urin dalam tabung tidak ada keruhan maka hasilnya negatif, namun bila urin dalam tabung terjadi keruhan maka tambahkan Asam Asetat 6% sebanyak 3-5 tetes, panaskan kembali hingga mendidih jika urin kembali bening maka hasilnya negatif namun jika keruhan urin tetap ada maka hasilnya positif. Glukosa urine

Untuk mengetahui kadar gula dalam urine. Langkah kerjanya adalah, pertama sekali masukkan larutan benedict kedalam tabung reaksi sebanyak 5cc, lalu campurkan urin ibu yang ditampung tadi sebanyak 3-5 tetes saja kedalam tabung reaksi yang berisikan benedict, panaskan tabung diatas spritus/Bunsen dan sambildigoyangkan pelan-pelan sampai mendidih.

9. Pemeriksaan USG

Untuk mengetahui diameter biparietal, gerakan janin, ketuban, Tafsiran Berat Badan Janin (TBJ), tafsiran persalinan, denyut jantung janin (DJJ).

3.3 Identifikasi Diagnosa dan Masalah

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian, masalah juga sering menyertai diagnosis seperti anemia, perdarahan pervaginam, preeklamsia.

3.4 Perencanaan

Pengembangan rencana yang komprehensif sesuai dengan kebutuhan ibu mencakup komponen:

1. Penentuan kebutuhan untuk melakukan test laboratorium atau tes penunjang lain untuk menyingkirkan, mengonfirmasi atau membedakan antara berbagai komplikasi yang mungkin timbul.
2. Penentuan kebutuhan untuk melakukan konsultasi dengan dokter.
3. Penentuan kebutuhan untuk melakukan evaluasi ulang diet dan intervensi.
4. Penentuan kebutuhan untuk mengatasi ketidaknyamanan atau upaya terapi lain.
5. Penentuan kebutuhan untuk melibatkan orang terdekat lain untuk lebih aktif dalam perencanaan perawatan.
6. Penjadwalan kunjungan ulang berikutnya. Kunjungan ulang bagi wanita yang mengalami perkembangan normal selama kehamilan biasanya dijadwalkan sebagai berikut :
 - a) Hingga usia kehamilan 28 minggu, kunjungan dilakukan setiap 4 minggu
 - b) Antara minggu ke-28 hingga ke-36, setiap 2 minggu
 - c) Antara minggu ke-36 hingga persalinan, dilakukan setiap minggu.

3.5 Pelaksanaan

Dalam pelaksanaan seluruh rencana tindakan yang sudah disusun dilaksanakan dengan efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan, sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri dia tetap memikul tanggung jawab untuk melaksanakan rencana asuhannya (misal memastikan langkah tersebut benar-benar terlaksana).

3.6 Evaluasi

Untuk mengetahui keberhasilan asuhan kebidanan yang telah diberikan kepada pasien harus sesuai dengan :

- a. Tujuan asuhan kebidanan adalah meningkatkan, mempertahankan dan mengembalikan kesehatan, memfasilitasi ibu untuk menjalani kehamilannya dengan rasa aman dan percaya diri.
- b. Efektifitas tindakan untuk mengatasi masalah yaitu dengan mengkaji respon pasien sebagai hasil pengkajian dalam pelaksanaan asuhan.
- c. Hasil asuhan merupakan dalam bentuk konkrit meliputi pemulihan kondisi pasien, peningkatan kesejahteraan, peningkatan pengetahuan dan kemampuan ibu dalam perawatan diri untuk memenuhi kebutuhan kesehatannya.

B. Persalinan

a. Konsep dasar Persalinan

1.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil *konsepsi* yang dapat hidup dari dalam *uterus* ke dunia luar. Persalinan mencakup proses *fisiologis* yang memungkinkan serangkaian perubahan yang besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik janin maupun ibunya (Jannah, dkk, 2017).

Persalinan normal adalah peristiwa lahirnya bayi hidup dan placenta dalam uterus dengan presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa menggunakan alat pertolongan pada usia kehamilan 30-40 minggu atau lebih dengan berat badan bayi 2500 gr atau lebih dengan lama persalinan kurang dari 24 jam yang dibantu dengan kekuatan kontraksi uterus dan tenaga mengejan (Sujiyatini, Dkk, 2017).

Sedangkan menurut WHO persalinan normal adalah persalinan yang dimulai secara spontan (dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir), beresiko rendah pada awal persalinan dan presentasi belakang kepala pada usia kehamilan antara 37-42 minggu setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam

kondisi baik, persalinan normal disebut juga partus spontan adalah proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.

1.2 Fisiologi Persalinan

Menurut Sulistyawati, Nugraheny, 2018, sebab – sebab mulainya persalinan belum diketahui secara pasti. Ada beberapa teori yang menyebabkan mulainya persalinan adalah sebagai berikut :

1) Teori penurunan Hormonal

Saat 1-2 minggu sebelum proses melahirkan dimulai, terjadi penurunan kadar estrogen dan progesteron. [progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim, jika kadar progesteron turun akan menyebabkan tegangnya pembuluh darah dan menimbulkan his.

2) Teori plasenta menjadi tua

Seiring matangnya usia kehamilan, *villi chorialis* dalam plasenta mengalami beberapa perubahan, hal ini menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron yang mengakibatkan tegangnya pembuluh darah sehingga menimbulkan kontraksi uterus.

3) Teori Distensi Rahim

- a) Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu.
- b) Setelah melewati batastersebut, akhirnya terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.
- c) Contohnya pada kehamilan gemeli, sering terjadi kontraksi karena uterus teregang oleh ukuran janin ganda, sehingga kehamilan gemeli mengalami persalinan yang lebih dini.

4) Teori oksitosin

- a) Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar *hipofisis posterior*.
- b) Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hics*.

- c) Menurunnya konsentrasi progesteron karena matangnya usia kehamilan menyebabkan oksitosin meningkatkan efektivitasnya dalam merangsang otot rahim untuk berkontraksi dan akhirnya persalinan dimulai.

5) Teori Iritasi Mekanik

Dibelakang servik terletak ganglion servikalis (*fleksus frankenheus*), bila ganglion ini digeser dan ditekan (misalnya oleh kepala janin), maka akan timbul kontraksi uterus.

6) Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan desidua disangka sebagai salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 dan E2 yang diberikan secara intravena menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap usia kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu hamil sebelum melahirkan atau selama proses persalinan.

Menurut Rohani., dkk, 2016, tanda tanda persalinan dimula ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II pada primipara berlangsung selama 2 jam dan pada multipara 1 jam.

Tanda gejala persalinan :

1. His semakin kuat, dengan interval 2-3 menit.
2. Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
3. Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rectum dan/atau vagina.
4. Perineum menonjol.
5. Vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka.
6. Peningkatan pengeluaran lendir dan darah.

Menurut Sujiyatini., dkk, 2017, Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan meliputi :

- a. Power/kekuatan His dan Mengejan

His normal mempunyai sifat :

- 1) Kontraksi otot mulai dari salah satu tanduk rahim
 - 2) Fundal dominant, menjalar keseluruhan otot rahim
 - 3) Kekuatan seperti memeras isi rahim
 - 4) Otot rahim berkontraksi tidak kembali panjang semula sehingga terjadi retraksi dan pembentukan segmen bawah rahim.
- b. Passage atau Jalan Lahir
- Perubahan pada serviks, pendataran serviks, pembukaan servik dan perubahan pada vagina dan dasar panggul.
- c. Passanger (janin dan plasenta)
- Kelainan bentuk dan besar janin, kelainan pada letak kepala, kelainan letak janin
- d. Psikis (Psikologis)
- Banyaknya wanita normal bisa merasakan kegairahan dan kegembiraan disaat merasa kesakitan awal menjelang kelahiran bayinya. Perasaan positif ini berupa kelegahan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas kewanitaan sejati yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan atau memproduksi anak.
- e. Penolong
- Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada janin dan ibu. Dalam hal ini proses tergantung kemampuan skill dan persiapan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan.

Menurut Rohani., dkk, 2016 perubahan fisiologis pada persalinan adalah sebagai berikut:

1. Perubahan Fisiologis Kala I

Pada kala I terdapat perubahan – perubahan fisiologis, adapun perubahan adalah sebagai berikut :

a) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama terjadinya kontraksi (sistol rata-rata naik 10-20 mmhg, diastole naik 5-10 mmHg). Antara kontraksi, tekanan darah kembali seperti saat persalinan. Rasa sakit, takut, dan cemas juga akan meningkatkan tekanan darah.

b) Metabolisme

Metabolism karbohidrat anaerob dan aerob akan meningkatkan secara berangsur angsur disebabkan oleh karena kecemasan dan aktivitas otot skeletal, peningkatan ditandai dengan adanya peningkatan suhu tubuh denyut nadi, curah jantung, kehilangan cairan.

c) Suhu tubuh

Oleh karena adanya peningkatan metabolisme suhu tubuh sedikit meningkat selama persalinan. Peningkatan suhu tidak lebih dari 0,5-1°C.

d) Detak jantung.

Berhubungan dengan peningkatan metabolisme, detak jantung akan meningkat secara dramatis selama kontraksi.

e) Pernapasan.

Karna terjadinya peningkatan metabolisme, maka terjadi sedikit peningkatan pernapasan yang dianggap normal, hiperventilasi yang dianggap tidak normal dan bisa menyebabkan alkalosis.

f) Ginjal.

Poliuria sering terjadi selama proses persalinan, mungkin dikarenakan adanya peningkatan *cardiac output*, peningkatan filtrasi glomerulus, dan peningkatan aliran plasma ginjal.

g) Gastrointestinal.

Motilitas lambung dan absorpsi makanan padat secara substansi berkurang sangat banyak selama persalinan. Selain itu, berkurangnya pengeluaran getah lambung menyebabkan aktivitas pencegahan hampir berhenti dan pengosongan lambung menjadi sangat lambat, cara tidak berpengaruh dan meninggalkan perut dalam waktu biasa.

h) Hematologi.

Hemoglobin meningkat sampai 1,2 g/% selama persalinan dan akan kembali sebelum persalinan sehari pascapersalinan, kecuali terdapat perdarahan postpartum.

1.3 Partograf

1. Penggunaan Partograf

Menurut Rukiyah., dkk, 2013 partograf adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan. Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam, mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal dan dapat melakukan deteksi dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama.

Menurut sujiyatini., dkk 2017 jika digunakan dengan tepat dan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk:

- a) Mencatat kemajuan persalinan.
- b) Mencatat kondisi ibu dan janinnya.
- c) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran.
- d) Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan.
- e) Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu. Partograf sebaiknya dibuat

untuk setiap yang bersalin , tanpa menghiraukan apakah persalinan normal atau dengan komplikasi. Petugas harus mencatat kondisi ibu dan janin sebagai berikut:

- i. Denyut jantung janin, cata setiap 1 jam.

Frekuensi DJJ > 160 x/i (takikardia) dan < 120 x/i (bradikardia) adalah merupakan indikasi adanya gawat janin

- ii. Air ketuban. Catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan dalam:

U : selaput utuh

J : selaput pecah, air ketuban jernih

M : air ketuban bercampur mekonium

D : air ketuban bernoda darah

K : tidak ada cairan ketuban/kering

- iii. Perubahan bentuk kepala janin (molding atau molase).

0 : sutura terpisah

1 : sutura yang tepat/bersesuaian

2 : sutura tumpang tindih tetapi dapat diperbaiki

3 : sutura tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki

- iv. Pembukaan serviks dan dinilai setiap 4 jam dan diberi tanda (X)

Bila grafik dilatasi servik mencapai garis tindakan, terdapat 3 pilihan yaitu : akhiri persalinan, percepat persalinan, amati keadaan ibu dan pemberian terapi pendukung.

- v. Penurunan, mengacu pada bagian kepala (dibagi 5 bagian) yang teraba pada pemeriksaan abdomen diatas dimfisi pubis, catat dan tanda lingkaran (O) pada setiap pemeriksaan dalam.
- vi. Waktu, menyatakan berapa jam waktu yang telah dijalani sesudah pasien diterima.
- vii. Jam, catat jam sesungguhnya.
- viii. Kontraksi, catat setiap setengah jam , lakukan palpasi untuk menghitung frekuensi kontraksi dalam 10 menit dan lamanya tiap-tiap kontraksi dalam hitungan detik : kurang dari 20 detik, 20-40 detik, dan lebih dari 40 detik.
- ix. Oksitosin, jika memakai oksitosin, catatlah banyaknya oksitosin pervolume cairan infuse dan dalam tetesan unfus permenit.
- x. Obat yang diberikan. Catat semua obat diberikan.
- xi. Nadi. Catatlah setiap 30-60 menit tandai dengan titik besar.
- xii. Tekanan darah. Catatlah seriap 4 jam dan tandai dengan anak panah.
- xiii. Suhu badan. Catat setiap 2 jam.
- xiv. Protein, aseton, dan volume urine. Catatlah setiap ibu berkemih.

b. Pencatatan pada Halaman Belakang Partograf

Menurut Sulistyawati, Nugraheny, 2018 halaman belakang dilakukan setelah seluruh proses persalinan selesai. Unsur-unsur yang dicatat dalam bagian ini adalah sebagai berikut :

1) Data dasar

Isikan data pada masing masing tempat yang telah disediakan atau dengan memberi tandan centang pada kotak disamping jawaban yang sesuai.

2) Kala I

Bagian kala I pada partograf halaman belakang terdiri atas pertanyaan-pertanyaan partograf saat melewati garis waspada, masalah lain yang mungkin timbul, penatalaksanaan masalah, dan hasilnya.

3) Kala II

Data yang harus diisi pada kala II terdiri dari keterangan tindakan episiotomy, pendamping persalinan, gawat janin, distosia bahu, masalah lain, serta penatalaksanaan masalah dan hasilnya.

4) Kala III

Data untuk kala III terdiri dari lamanya kala III, pemberian oksitosin, peregangan tali pusat terkendali, rangsangan pada fundus, kelengkapan plasenta saat dilahirkan, retensi plasenta > 30 menit, laserasi, atonia uteri, jumlah perdarahan, masalah lain, serta penatalaksanaan hasilnya.

5) Bayi baru lahir

Informasi yang perlu dicatat pada bagian ini antara lain berat dan panjang badan, jenis kelamin, penilaian bayi baru lahir, pemberian ASI, masalah lain, serta penatalaksanaannya

6) Kala IV

Kala IV berisi tentang tekanan darah, nadi, temperature, TFU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan.

2. Perubahan Fisiologis Kala II

Menurut Rukiyah., dkk 2013 Perubahan fisiologis kala II adalah sebagai berikut:

a) *Kontraksi Persalinan*

Kelahiran bayi dimungkinkan oleh gabungan kekuatan antara *uterus* dan otot *abdomen*, karena kekuatan tersebut maka *serviks* terbuka dan janin terdorong melewati jalan lahir.

b) *Kontraksi uterus*

Kontraksi uterus selama persalinan sama dengan gelombang pantai. *Kontraksi* tersebut berirama, teratur, *involunter*, serta mengikuti pola berulang. *Kontraksi* bertambah lebih kuat, datang setiap 2-3 menit dan berlangsung antara 50-100 detik. Setiap kali otot berkontraksi, rongga *uterus* menjadi lebih kecil dan bagian presentasi dan kantong *amnion* didorong ke bawah ke dalam *serviks*. *Serviks* pertama-tama menipis, mendatar, kemudian terbuka dan otot pada *fundus* menjadi lebih tebal.

c) *Kontraksi otot abdomen*

Setelah *uterus* terbuka isinya dapat disorong keluar, otot *abdomen* dibawah kontrol sadar dapat mengencangkan dan mengompres rongga *abdomen*, menambah tekanan pada kantung yang terbuka dan mendorong bayi keluar.

d) *Vulva dan Anus*

Saat kepala berada di dasar panggul, perineum menonjol dan menjadi lebar, dan anus membuka. *Labia* mulai membuka dan kepala janin tampak di *vulva* pada waktu *his*.

3. Perubahan Fisiologis Kala III

Pada Kala III persalinan setelah bayi lahir, otot *uterus* (*miometrium*) segera tiba-tiba berkontraksi mengikuti ukuran rongga *uterus*. Penyusutan tersebut mengakibatkan berkurangnya ukuran tempat implantasi plasenta,

karena ukuran tempatnya semakin mengecil dan ukuran plasenta tetap, maka plasenta menekuk, menebal kemudian lepas dari dinding *uterus*.

Tanda- tanda lepasnya plasenta adalah sebagai berikut :

a) Perubahan bentuk dan tinggi *fundus*

Setelah bayi lahir dan sebelum *miometrium* berkontraksi, *uterus* berbentuk bulat penuh dan TFU biasanya turun di bawah pusat.

b) Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat keluar memanjang (terjulur melalui *vulva* dan *vagina*).

c) Semburan darah tiba- tiba

Darah yang terkumpul di belakang *plasenta* akan membantu mendorong *plasenta* keluar. Semburan darah yang tiba- tiba menandakan bahwa darah yang terkumpul antara tempat melekatnya plasenta dan permukaan *maternal plasenta* keluar melalui tepi *plasenta* yang terlepas.

4. Perubahan Fisiologis Kala IV

Perubahan fisiologis yang terjadi pada kala IV adalah sebagai berikut:

a) *Uterus*

Uterus berkontraksi sehingga terjadi perubahan TFU, mulai dari setelah kelahiran bayi (Kala II) TFU setinggi pusat, kemudian setelah uri lahir (Kala III) TFU 2 jari dibawah pusat.

b) *Serviks*

Segera setelah kelahiran, *serviks* terkulai dan tebal, bentuk *serviks* agak menganga seperti corong merah kehitaman, konsistensinya lunak, kadang- kadang terdapat perlukaan - perlukaan kecil setelah persalinan. Setelah persalinan uri eksterna dapat dimasuki 2 – 3 jari tangan.

c) *Vagina*

Tonus *vagina* dipengaruhi oleh penegangan yang telah terjadi selama kala II persalinan.

d) *Perineum*

Pada *perineum* akan terdapat luka jahitan jika pada persalinan ibu mengalami laserasi.

e) Kandung Kemih

Keinginan untuk berkemih akan berbeda setelah proses persalinan, sehingga kandung kemih sering ditemukan dalam keadaan penuh.

f) Payudara

Pada payudara sudah terdapat *colustrum*, pembentukan proses awal laktasi sudah mulai nyata dengan adanya *prolaktin* yang dihasilkan *hipofisis*. Pada saat uri lahir, *sekresi hormon estrogen* dan *progesteron* akan menghilang karena uri sudah terlahir.

2. Asuhan kebidanan dalam persalinan

Memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memerhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi (Jannah, dkk, 2017).

1. Kala I

Kala I atau kala pembukaan dari pembukaan nol (0 cm) sampai pembukaan lengkap (10 cm). Kala I untuk *primigravida* berlangsung 12 jam, sedangkan *multigravida* sekitar 8 jam. berdasarkan perhitungan pembukaan *primigravida* 1 cm/jam dan pembukaan *multigravida* 2 cm/jam (Jannah. dkk, 2017). Kala I (pembukaan) dibagi menjadi dua fase, yakni :

a. Fase laten

- 1) Pembukaan *serviks* berlangsung lambat
- 2) Pembukaan 0 sampai pembukaan 3 cm
- 3) Berlangsung dalam 7-8 jam

a. Fase aktif

Berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 subfase antara lain:

- 1) Periode *akselerasi* berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm,
- 2) Periode *dilatasi* maksimal berlangsung selama 2 jam, pembukaan cepat terjadi sehingga menjadi 9 cm dan,
- 3) Periode *deselerasi* berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi lengkap (10 cm).

2. Kala II

Kala II biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida (Rukiyah., dkk, 2013). Kala II adalah dimulai dengan pembukaan lengkap dari *serviks* 10 cm dan berakhir dengan lahirnya bayi. (Jannah. dkk, 2017).

Kala II ditandai dengan :

- a) His *terkoordinasi*, kuat, cepat dan lebih lama kira-kira 2-3 menit sekali.
- b) Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot dasar panggul yang secara *reflektoris* menimbulkan rasa mengejan.
- c) Tekanan pada *rectum* dan anus terbuka.
- d) *Vulva* membuka dan *perineum*
- e) meregang.

3. Kala III

Kala III atau kala pelepasan uri adalah periode yang dimulai ketika bayi lahir dan berakhir pada saat *plasenta* seluruhnya sudah dilahirkan. Lama kala III pada *primigravida* dan *multigravida* hampir sama berlangsung ± 10 menit (Jannah, dkk, 2017).

4. Kala IV

Kala IV adalah dimulai dari lahir *plasenta* sampai dua jam pertama *postpartum* untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap perdarahan *postpartum*. Kala IV pada *primigravida* dan *multigravida* sama-sama berlangsung selama dua jam (Jannah, dkk, 2017). Observasi yang dilakukan pada kala IV meliputi :

- a) Evaluasi *uterus*
- b) Pemeriksaan dan evaluasi *serviks, vagina* dan *perineum*
- c) Pemeriksaan dan evaluasi *plasenta*, selaput dan tali pusat
- d) Penjahitan kembali *episotomi* dan *laserasi* (jika ada)
- e) Pemantauan dan evaluasi lanjut tanda *vital, kontraksi uterus, lokea*, perdarahan dan kandung kemih.

a) Asuhan Persalinan Kala I

- 1) Menghadirkan orang yang dianggap penting oleh ibu seperti suami, keluarga pasien atau teman dekat. Dukungan yang dapat diberikan :
 - i. Mengusap keringat
 - ii. Menemani/membimbing jalan-jalan (mobilisasi).
 - iii. Memberikan minum.
 - iv. Merubah posisi, dan sebagainya
 - v. Memijat atau menggosok pinggang
- 2) Mengatur aktivitas dan posisi ibu
 - i. Ibu di perbolehkan melakukan aktivitas sesuai dengan kesanggupannya.
 - ii. Posisi sesuai dengan keinginan ibu, namun bila ibu ingin di tempat tidur sebaiknya tidak di anjurkan tidur dalam posisi telentang lurus.

- 3) Membimbing ibu untuk rileks sewaktu ada His. Ibu di minta menarik nafas panjang, tahan nafas sebentar, kemudian di lepaskan dengan cara meniup sewaktu ada his.
- 4) Menjaga privasi ibu.
- 5) Memasang infuse intravena untuk pasien dengan :
 - i. Kehamilan lebih dari 5
 - ii. Hemoglobin ≤ 9 g/dl
 - iii. Riwayat gangguan perdarahan
 - iv. Sungsang
 - v. Kehamilan ganda
 - vi. Hipertensi
 - vii. Persalinan lama
- 6) Menjelaskan tentang kemajuan persalinan, perubahan yang terjadi dalam tubuh ibu, serta prosedur yang akan di laksanakan dan hasil pemeriksaan.
- 7) Menjaga kebersihan ibu dengan membiarkannya mandi, membersihkan kemaluannya setiap buang air besar/kecil.
- 8) Mengatasi rasa panas.
- 9) Melakukan pemijatan atau masase pada punggung.
- 10) Memberikan minum yang cukup untuk mencegah dehidrasi.
- 11) Mempertahankan kandung kemih tetap kosong.
- 12) Sentuhan
- 13) Pemantauan persalinan dengan partograf

b) Asuhan Persalinan Kala II

Asuhan persalinan pada kala II, kala III dan kala IV tergabung dalam 60 langkah Asuhan Persalinan Normal (Buku Acuan & Panduan APN, 2016).

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

I. Menyiapkan Pertolongan Persalinan

- 2) Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
- 3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
- 4) Melepaskan semua perhiasan yang di pakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai / pribadi yang bersih.
- 5) Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
- 6) Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set atau wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mendekontaminasi tabung suntik.

II. Memastikan Pembukaan Lengkap dengan Janin Baik

- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang sudah di basahi air disinfeksi tingkat tinggi.
- 8) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila

selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.

- 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti di atas).
- 10) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-180 kali/menit).
 - a. Ambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
 - b. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.

III. Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk Membantu Proses Pimpinan Meneran.

11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
 - a. Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.
 - b. Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).

IV. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran dan kepala bayi sudah 5-6 cm didepan vulva :
 - a. Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - b. Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.
 - c. Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (tidak meminta ibu untuk berbaring telentang).
 - d. Menganjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.
 - e. Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
 - f. Menganjurkan asupan cairan *peroral*.
 - g. Menilai DJJ setiap lima menit.
 - h. Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60 menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.
 - i. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat diantara kontraksi.
 - j. Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.
14. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
15. Meletakkan kain yang bersih di lipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu.
16. Membuka partus set.
17. Memasang sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

V. Menolong Kelahiran Bayi

Lahirnya Kepala

18. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain dikepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir.
19. Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih. (langkah ini tidak harus dilakukan).
20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi :
 - i. Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - ii. Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklemnya di dua tempat dan memotongnya.
21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

Lahirnya Bahu

22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga 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 ke dua bahu di lahirkan, tangan menelusuri 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 lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat di lahirkan menggunakan

tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat ke duanya lahir.

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

VI. Penanganan Bayi Baru Lahir

25. Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya. Bila bayi mengalami *asfiksia*, lakukan *resusitasi*.
26. Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi. Lakukan penyuntikan *oksitosin*/IM.
27. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (kearah ibu).
28. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara klem tersebut.
29. Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutup bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan nafas ambil tindakan yang sesuai.
30. Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.

VII. Asuhan Kala III

Oksitosin

31. Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
32. Memberitahu pada ibu bahwa ia akan di suntik.

33. Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit IM. *Digluteus* atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.

Penanganan Tali Pusat Terkendali

34. Memindahkan klem pada tali pusat.
35. Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu , tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan *uterus*. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
36. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan kearah bawah pada bagian bawah *uterus* dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (*dorso cranial*) 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. 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 kearah bawah dan kemudian kerah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.
- i. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva.
 - ii. Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit
 - iii. Mengulangi pemberian *oksitosin* 10 unit IM
 - iv. Menilai kandungkemih dan lakukan kateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.
 - v. Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
 - vi. Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.

vii. Merujuk ibu jika plasenta tidak lepas dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

38. Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forceps desinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.

Pemijatan Uterus

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

VIII. Menilai Perdarahan

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

IX. Asuhan Kala IV

Melakukan Prosedur Pascapersalinan

42. Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik

43. Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air desinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
44. Menempatkan klem tali pusat desinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali desinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
45. Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
46. Melepaskan klem bedah dan meletakkannya kedalam larutan klorin 0,5%.
47. Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atas kainnya bersih atau kering.
48. Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
49. Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam:
 - i. 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan.
 - ii. Setiap 15 menit pada jam pertama pascapersalinan
 - iii. Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan
 - iv. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksanakan atonia uteri.
 - v. Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anatesi local dan menggunakan tehnik yang sesuai.
50. Mengajarkan pada ibu / keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
51. Mengevaluasi kehilangan darah.
52. Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan.
 - a. Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap 1 jam selama dua jam pertama pascapersalinan.

- b. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

X. Kebersihan dan Keamanan

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

XI. Dokumentasi

60. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

C. Nifas

1. Konsep Dasar Nifas

1.1 Pengertian Nifas

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu (Saleha, Sitti 2017).

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 *involutio* (Maritalia, dewi, 2017).

1.2 Fisiologis Nifas

Menurut Icesmi, 2017, perubahan fisiologis masa nifas, yaitu :

Perubahan Sistem Reproduksi

a. *Involutio Uteri*

Involutio uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan bobot hanya 60 gram. Secara rinci proses *involutio uterus* dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 2.3

Tinggi Fundus Uteri dan Berat Uterus Menurut Masa Involutio

No	Waktu involutio uteri	Tinggi fundus uteri	Berat uterus
1	Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
2	Plasenta lahir	Dua jari dibawah pusat	750 gram
3	1 minggu	Pertengahan pusat-simfisis	500 gram
4	2 minggu	Tidak teraba di atas simfisis	350 gram
5	6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
6	8 minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber : Rukiyah 2015

b. *Involutio* tempat plasenta

Setelah persalinan, tempat plasenta adalah permukaan yang kasar, tidak rata dan kira-kira sebesar telapak tangan. Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm.

c. Perubahan *ligamen*

Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis serta fascia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus, setelah janin lahir, berangsur-angsur menciut kembali seperti sediakala.

d. Perubahan Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Perubahan-perubahan yang terdapat pada serviks postpartum adalah bentuk serviks yang akan menganga seperti corong.

e. *Lochea*

Menurut Rukiyah., dkk, 2013 *Lochea* adalah cairan secret yang berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa nifas. *Lochea* mempunyai bau amis(anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda pada setiap wanita. Perbedaan masing-masing *lochea* dapat dilihat sebagai berikut :

1) *Lochea rubra/merah (kruenta)*

Muncul pada hari 1-2 pasca persalinan, berwarna merah mengandung darah dan sisa-sisa selaput ketuban, jaringan dari desidua, verniks caseosa.

2) *Lochea sanguinolenta*

Muncul pada hari ke 3-7 pasca persalinan, berwarna merah kuning dan berisi darah lendir.

3) *Lochea serosa*

Muncul pada hari 7-14 pasca persalinan, berwarna kecoklatan mengandung lebih banyak serum, lebih sedikit darah dan banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta.

4) *Lochea alba*

Muncul sejak 2-6 minggu pasca persalinan, berwarna putih kekuningan mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.

5) *Lochea purulenta*

Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah dan berbau busuk.

f. Perubahan pada vulva, vagina dan perubahan

1) Sistem Pencernaan

Ibu biasanya lapar setelah melahirkan, sehingga ia boleh mengonsumsi makanan ringan. Ibu sering kali lapar setelah melahirkan dan siap makan pada 1-2 jam postpartum dan dapat ditoleransi dengan diet ringan.

2) Perubahan Sistem Perkemihan

Diuresis postpartum normal 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. Protein dapat muncul didalam urine akibat perubahan osmotik didalam uterus (Rukiyah, 2015).

3) Sistem Kardiovaskular

Kehilangan darah pada persalinan per vaginam sekitar 300-400 cc, sedangkan kehilangan darah dengan persalinan seksio secarea menjadi dua kali lipat. Perubahan yang terjadi terdiri dari darah yang hemokonsentrasi. Pada persalinan per vaginam, hemokonsentrasi akan naik pada seksio secarea, hemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali setelah 4-6 minggu.

4) Perubahan tanda – tanda vital

Menurut Saleha, Sitti, 2017 tanda tanda vital yang harus dikaji pada masa nifas adalah sebagai berikut :

i. Suhu

Suhu tubuh inpartu tidak lebih dari 37,2 derajat celcius. Sesudah partus dapat naik kurang lebih 0,5 derajat celcius dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi 8 derajat celcius.

ii. Nadi dan Pernapasan

Pada masa nifas umumnya denyut nadi labil dibandingkan dengan suhu tubuh, sedangkan pernapasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula.

iii. Tekanan darah

Pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi postpartum akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak terdapat penyakit-penyakit lain yang menyertainya dalam ½ bulan tanpa pengobatan.

Periode masa nifas merupakan waktu dimana ibu mengalami stress pascapersalinan, terutama pada ibu primipara.

Hal-hal yang dapat membantu ibu dalam beradaptasi pada masa nifas adalah sebagai berikut :

- 1) Fungsi yang memengaruhi untuk sukses dan lancarnya masa transisi menjadi orang tua.
- 2) Respons dan dukungan dari keluarga dan teman dekat.
- 3) Riwayat pengalaman hamil dan melahirkan sebelumnya.
- 4) Harapan, keinginan, dan aspirasi ibu saat hamil juga melahirkan.

Periode ini diekspresikan oleh reva rubin yang terjadi pada tiga tahap berikut ini.

a) Taking in period

Terjadi pada 1-2 hari setelah persalinan, ibu masih pasif dan sangat bergantung pada orang lain, fokus perhatian terhadap tubuhnya, ibu lebih mengingat pengalaman melahirkan dan persalinan yang dialami, serta kebutuhan tidur dan nafsu makan meningkat.

b) Taking hold period

Berlangsung 3-4 hari postpartum, ibu lebih berkonsentrasi pada kemampuannya dalam menerima tanggungjawab sepenuhnya terhadap perawatan bayi. Pada masa ini ibu menjadi sangat sensitive, sehingga membutuhkan bimbingan dan dorongan perawat untuk mengatasi kritikan yang dialami ibu.

c) Letting go period

Dialami setelah ibu dan bayi tiba di rumah. Ibu mulai secara penuh menerima tanggungjawab sebagai “seorang ibu” dan menyadari atau merasa kebutuhan bayi sangat bergantung pada dirinya.

2. Asuhan Kebidanan Dalam Masa Nifas

Paling sedikit 4 kali melakukan kunjungan pada masa nifas, yaitu :

Tabel 2.4
Asuhan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Asuhan
1	6-8 jam <i>Post partum</i>	1. Mencegah terjadinya perdarahan masa nifas karena <i>atonia uteri</i> 2. Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut 3. Pemberian ASI awal 4. Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi 5. Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan <i>hipotermi</i> 6. Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran 7. Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena <i>atonia uteri</i>.
2	6 hari setelah persalinan	1. Memastikan involusi uteri berjalan normal 2. Menilai adanya tanda tanda infeksi 3. Memastikan ibu mendapat cukup nutrisi 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik 5. Memberikan konseling kepada bayi mengenai asuhan pada bayi
3	2 minggu setelah persalinan	Sama seperti diatas (6 hari setelah persalinan)
4	6 minggu setelah persalinan	1. Menanyakan ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami ibu atau bayinya 2. Memberikan konseling untuk memberikan KB secara dini.

Sumber : Saleha,Sitti, 2017

2.1 Asuhan Selama Masa Nifas

Menurut buku saku WHO asuhan selama masa nifas adalah sebagai berikut :

- a. Anjurkan ibu untuk melakukan kontrol/kunjungan masa nifas setidaknya 4 kali yaitu :
 - 1) 6-8 jam setelah persalinan (sebelum pulang)
 - 2) 6 hari setelah persalinan
 - 3) 2 minggu setelah persalinan
 - 4) 6 minggu setelah persalinan
- b. Periksa tekanan darah, perdarahan pervaginam, kondisi perineum. Tanda infeksi, kontraksi uterus, tinggi fundus, dan temperature secara rutin
- c. Nilai fungsi berkemih, fungsi cerna penyembuhan luka, sakit kepala, rasa lelah, dan nyeri punggung
- d. Tanyakan ibu mengenai suasana emosinya, bagaimana dukungan yang didapatkan dari keluarga, pasangan, dan masyarakat untuk perawatan batinya
- e. Tatalaksana atau rujuk ibu bila ditemukan masalah
- f. Lengkapi vaksinasi tetanus toksoid bila diperlukan
- g. Minta ibu segera menghubungi tenaga kesehatan bila ibu menemukan salah satu tanda berikut:
 - 1) Perdarahan berlebihan
 - 2) Sekret vagina berbau
 - 3) Demam
 - 4) Nyeri perut berat
 - 5) Kelelahan atau sesak
 - 6) Bengkak di tangan, wajah, tungkai, atau sakit kepala, atau pandangan kabur

- 7) Nyeri payudara, pembengkakan payudara, luka atau perdarahan puting
- h. Berikan informasi tentang perlunya melakukan hal-hal berikut:
 - 1) Kebersihan diri
 - a) Membersihkan daerah vulva dari depan kebelakang setelah buang air kecil atau besar dengan sabun dan air
 - b) Mengganti pembalut dua kali sehari
 - c) Mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelamin
 - d) Menghindari menyentuh daerah luka episiotomy atau laserasi
 - 2) Istirahat
 - a) Beristirahat yang cukup
 - b) Kembali melakukan rutinitas rumah tangga secara bertahap
 - 3) Latihan
 - a) Menjelaskan pentingnya otot perut dan panggul
 - b) Mengajarkan latihan untuk otot perut dan panggul

Menarik otot perut bagian bawah selagi menarik napas dalam posisi tidur telentang dengan lengan di samping, tahan napas sampai hitungan 5, angkat dagu ke dada, ulangi sebanyak 10 kali

Berdiri dengan kedua tungkai dirapatkan. Tahan dan kencangkan otot pantat, pinggul sampai hitungan 5, ulangi sebanyak 5 kali.
 - 4) Gizi
 - a) Mengonsumsi tambahan kalori 500 kalori/hari
 - b) Diet seimbang (cukuo protein, mineral dan vitamin)
 - c) Minum minimal 3 liter/hari

- d) Suplemen besi diminum setidaknya selama 3 bulan pascapersalinan, terutama didaerah dengan prevalensi anemia tinggi
 - e) Suplemen vitamin A: 1 kapsul 200.000 IU diminum segera setelah persalinan dan 1 kapsul 200.000 IU diminum 24 jam kemudian.
- 5) Menyusui dan Merawat Payudara
- Jelaskan kepada ibu mengenai cara menyusui dan merawat payudara.
- 6) Senggama
- Senggama aman dilakukan setelah darah tidak keluar dan ibu tidak merasa nyeri ketika memasukan jari kedalam vagina. Keputusan bergantung pada pasangan yang bersangkutan.
- 7) Kontrasepsi dan keluarga berencana
- Jelaskan kepada ibu mengenai pentingnya kontrasepsi keluarga berencana setelah bersalin.

D. Bayi Baru Lahir

1. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1.1 Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir disebut juga dengan neonates merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehisupan ekstrauterin (Dewi,2017).

1.2 Fisiologis Bayi Baru Lahir

Adapun perubahan fisiologis pada Bayi Baru lahir adalah sebagai berikut (Sondakh, 2013):

1. Adaptasi Pernafasan

Pernapasan pertama bayi baru lahir terjadi dalam waktu 30 detik sesudah kelahiran. Pernapasan ini timbul sebagai akibat aktivitas normal sistem saraf pusat dan perifer yang dibantu oleh beberapa rangsangan lainnya. Semua ini menyebabkan perangsang pusat pernapasan dalam otak yang melanjutkan rangsangan tersebut untuk menggerakkan diafragma, serta otot-otot pernapasan lainnya. Tekanan rongga dada bayi pada saat melalui jalan lahir per vaginam mengakibatkan paru-paru kehilangan 1/3 dari cairan yang terdapat didalamnya, sehingga tersisa 80-100 mL. setelah bayi baru lahir, cairan yang hilang tersebut akan diganti dengan udara.

2. Adaptasi kardiovaskular

- a) Berbagai perubahan anatomi berlangsung setelah lahir. Beberapa perubahan terjadi dengan cepat, dan sebagian lagi terjadi seiring dengan waktu.
- b) Sirkulasi perifer lambat, yang menyebabkan akrosianosis (pada tangan, kaki, dan sekitar mulut)
- c) Denyut nadi berkisar 120-160 kali/menit saat bangun dan 100 kali/menit saat tidur.
- d) Rata-rata tekanan darah adalah 80/46 mmHg dan bervariasi sesuai dengan ukuran dan tingkat aktivitas bayi

3. Perubahan termoregulasi dan metabolic

- a) Suhu bayi baru lahir dapat turun beberapa derajat karena lingkungan eksternal lebih dingin daripada lingkungan pada uterus.
- b) Suplai lemak subkutan yang terbatas dan area permukaan kulit yang besar dibandingkan dengan berat badan menyebabkan bayi mudah menghantarkan panas pada lingkungan.
- c) Kehilangan panas yang cepat pada lingkungan yang dingin terjadi melalui konduksi, konveksi, radiasi, evaporasi.
- d) Trauma dingin (hipotermi) pada bayi baru lahir dalam hubungannya dengan asidosis metabolik dapat bersifat mematikan, bahkan pada bayi cukup bulan yang sehat.

4. Adaptasi Neurologis

- a) Sistem neurologis bayi secara anatomik atau fisiologis belum berkembang sempurna
- b) Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, control otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstremitas.
- c) Perkembangan neonatuserjadi cepat. Saat bayi tumbuh, perilaku yang leboh kompleks (misalnya: control kepala, terseyum, dan meraih dengan tujuan) akan berkembang.

5. Adaptasi gastrointestinal

- a) Enzim-enzim digestif aktif saat lahir dan dapat menyokong kehidupan ekstrauterin pada kehamilan 36-38 minggu.
- b) Perkembangan otot dan reflex yang penting untuk menghantarkan makanan sudah terbentuk saat lahir.

- c) Pencernaan protein dan karbohidrat telah tercapai; pencernaan dan absorpsi lemak kurang baik karena tidak adekuatnya enzim-enzim pancreas dan lipase.
- d) Kelenjar saliva imatur saat lahir; sedikit saliva diolah sampai bayi berusia 3 bulan.
- e) Pengeluaran mekonium, yaitu feses berwarna hitam kehijauan, lengket, dan mengandung darah samar, disekresikan dalam 24 jam pada 90% bayi baru lahir normal.
- f) Variasi bayi baru lahir menyusui segera bila diletakan pada payudara; sebagian lainnya memerlukan 48 jam untuk menyusui secara efektif.
- g) Gerakan acak tangan kemulut dan menghisap jari telah diamati didalam uterus; tindakan-tindakan ini berkembang baik pada saat lahir dan diperkuat dengan rasa lapar.

6. Adaptasi ginjal

- a) Laju filtrasi glomerulus relatif rendah pada saat lahir disebabkan oleh tidak adekuatnya area permukaan kapiler glomerulus.
- b) Meskipun keterbatasan ini tidak mengancam bayi baru lahir yang normal, tetapi menghambat kapasitas bayi untuk berespons terhadap stressor.
- c) Penurunan kemampuan untuk mengekskresikan obat-obatan dan kehilangan cairan yang berlebihan mengakibatkan asidosis dan ketidakseimbangan cairan.
- d) Sebagian besar bayi baru lahir berkemih dalam 24 jam pertama setelah lahir dan 2-6 kali sehari pada 1-2 hari pertama; setelah itu, mereka berkemih 5-20 kali dalam 24 jam.

- e) Urine dapat keruh karena lender dan garam asam urat; noda kemerahan (debu batu bata) dapat diamati pada popok karena Kristal asam urat.

7. Adaptasi hati

- a) Selama kehamilan janin dan sampai tingkat tertentu setelah lahir, hati terus membantu pembentukan darah.
- b) Selama periode neonates, hati memproduksi zat yang esensial untuk pembekuan darah.
- c) Penyimpanan zat besi ibu cukup memadai bayi sampai 5 bulan kehidupan ekstrauterin; pada saat ini, bayi baru lahir menjadi rentan terhadap defisiensi zat besi.
- d) Hati juga mengontrol jumlah bilirubin tak terkonjugasi yang bersirkulasi, pigmen berasal dari hemoglobin dan dilepaskan bersamaan dengan pemecahan sel-sel darah merah.
- e) Bilirubin tak terkonjugasi dapat meninggalkan sistem vascular dan menembus jaringan ekstrasvaskular lainnya (misalnya: kulit sclera, dan membrane mukosa).
- f) Pada stress dingin yang lama, glikolisis anaerobic terjadi, yang mengakibatkan peningkatan produksi asam.

8. Adaptasi imun

- a. Bayi baru lahir dapat membatasi organisme penyerang di pintu masuk.
- b. Imaturitas jumlah sistem pelindung secara signifikan meningkatkan risiko infeksi pada periode bayi baru lahir.
- c. Infeksi merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas selama periode neonates.

Penilaian keadaan umum bayi dimulai satu menit setelah lahir dengan menggunakan nilai APGAR. Penilaian berikutnya dilakukan pada menit kelima dan kesepuluh. Penilaian ini perlu untuk mengetahui apakah bayi menderita asfiksia atau tidak.

Tabel 2.5
Penilaian keadaan umum bayi berdasarkan nilai APGAR

	0	1	2
appearance (warna kulit)	Pucat	Badan merah ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerah-merahan
Pulse rate (frekuensi nadi)	Tidak ada	Kurang dari 100	Lebih dari 100
Grimace (reaksi rangsang)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimic (grimace)	Batuk/bersin
Activity (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas dalam sedikit refleksi	Gerakan aktif
Respiration(pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Baik/menangis

Sumber : Sondakh, 2013

Menurut Dewi, 2017 ciri-ciri bayi baru lahir normal adalah sebagai berikut:

- 1) Lahir aterm antara 37-42 minggu.
- 2) Berat badan 2.500-4.000 gram.
- 3) Panjang badan 48-52 cm.
- 4) Lingkar dada 30-38 cm.
- 5) Lingkar kepala 33-35 cm.
- 6) Lingkar lengan 11-12cm
- 7) Frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit.
- 8) Pernapasan $\pm$ 40-60 x/menit.
- 9) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang licin.

- 10) Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna.
- 11) Kuku agak panjang dan lemas.
- 12) Nilai APGAR >7.
- 13) Gerak aktif.
- 14) Bayi lahir langsung menangis kuat.
- 15) Refleks *rooting* (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik.
- 16) Refleks *sucking* (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.
- 17) Refleks *morro* (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.
- 18) Refleks *graspring* (menggenggam) sudah baik.
- 19) Genetalia
 - i. Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang.
 - ii. Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang serta adanya labia mayora dan minora.
- 20) Eliminasi baik yang ditandai dengan kelaurnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan.

2. Asuhan Kebidanan Dalam Bayi Baru Lahir

2.1 Pengertian Asuhan pada BBL

Asuhan segera pada BBL adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut selama jam pertama setelah kelahiran.

2.2 Pendokumentasian Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir

1. Data Subjektif (Sondakh, 2013)

a. Biodata

Nama Bayi	: Untuk menghindari kekeliruan
Tanggal lahir	: Untuk mengetahui usia neonatus
Jenis kelamin	: Untuk mengetahui jenis kelamin bayi
Umur	: Untuk mengetahui usia bayi
Alamat	: Untuk memudahkan kunjungan rumah
Nama Ibu	: Untuk memudahkan memanggil/menghindari kekeliruan
Umur	: Untuk mengetahui apakah ibu beresiko atau tidak
Pekerjaan	: Untuk mngetahui tingkat sosial ekonomi
Pendidikan	: Untuk memudahkan pemberian KIE
Agama	: Untuk mengetahui kepercayaan yag dianut ibu
Alamat	: Untuk memudahkan komunikasi dan kunjungan rumah
Nama Suami	: Untuk memudahkan memanggil/menghindari kekeliruan
Umur	: Untuk mengetahui usia suami
Pekerjaan	: Untuk mngetahui tingkat sosial ekonomi
Pendidikan	: Untuk memudahkan pemberian KIE
Agama	: Untuk mengetahui kepercayaan yag dianut suami
Alamat	: Untuk memudahkan komunikasi dan kunjungan rumah

b. Keluhan Utama

Ibu mengatakan telah melahirkan bayinya pada tanggal ... Jam ... WIB

Kondisi ibu dan bayi sehat.

a. Riwayat Kehamilan dan Persalinan

1) Riwayat Prenatal

Anak ke berapa, riwayat kehamilan yang mempengaruhi BBL adalah kehamilan yang tidak disertai komplikasi seperti diabetes melitus, jantung, asma hipertensi, TBC, Frekwensi antenatalcare (ANC), dimana keluhan-keluhan selama hamil, HPHT dan kebiasaan-kebiasaan ibu selama hamil.

2) Riwayat Natal

Berapa usia kehamilan, jam berapa waktu persalinan, jenis persalinan, lama kala I, lama kala II, BB bayi, denyut bayi, respirasi, suhu, bagaimana ketuban, ditolong oleh siapa, komplikasi persalinan dan berapa nilai APGAR untuk BBL.

3) Riwayat Post Natal

Observasi TTV, keadaan tali pusat, apakah telah diberi injeksi vitamin K, minum ASI atau PASI, berapa cc setiap berapa jam.

b. Kebutuhan Dasar

1) Pola nutrisi

Setelah bayi lahir segera susukan pada ibunya, apakah ASI keluar sedikit, kebutuhan minum hari pertama 60 cc/KgBB, selanjutnya ditambah 30 cc/KgBB untuk hari berikutnya.

2) Pola Eliminasi

Proses pengeluaran defekasi dan urin terjadi 24 jam pertama setelah lahir, konsistensinya agak lembek, berwarna hitam kehijauan, selain itu periksa juga urin yang normalnya berwarna kuning.

3) Pola Istirahat

Pola tidur normal bayi baru lahir adalah 14-18 jam/hari

4) Pola Aktivitas

Pada bayi seperti menangis, BAK, BAB, serta memutar kepala untuk mencari puting susu.

5) Riwayat Psikososial :

Persiapan keluarga menerima anggota baru dan kesanggupan ibu menerima dan merawat anggota baru.

2. Data Objektif

a) Pemeriksaan Fisik Umum

Kesadaran : Composmentis

Suhu : normal (36.5-37 C)

Pernafasan : normal (40-60x/m)

Denyut Jantung : normal (130-160 x/m)

Berat Badan : normal (2500-4000 gr)

Panjang Badan : antara 48-52 cm

b) Pemeriksaan Fisik

Kepala : adakah caput succedaneum, cephal hematoma, keadaan ubun-ubun tertutup

Muka : warna kulit merah

Mata : sklera putih, tidak ada perdarahan subconjunctiva

Hidung : lubang simetris bersih. Tidak ada sekret

Mulut : refleks menghisap bayi, tidak palatoskisis

Telinga : Simetris, tidak ada serumen

Leher: tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, pembesaran bendungan vena jugularis

Dada : simetris, tidak ada retraksi dada

Tali pusat : bersih, tidak ada perdarahan, terbungkus kassa

Abdomen : tidak ada massa, simetris, tidak ada infeksi

Genetalia : untuk bayi laki-laki testis sudah turun, untuk bayi perempuan labia mayora menutupi labia minora

Anus : tidak terdapat atresia ani

Ekstremitas: tidak terdapat polidaktili dan sindaktili

c) Pemeriksaan Neurologis

i. Refleks moro/terkejut

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

ii. Refleks menggenggam

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

iii. Refleks rooting/mencari

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

iv. Refleks menghisap/sucking refleks

Apabila bayi diberi dot atau puting maka ia berusaha untuk menghisap

v. Glabella Refleks

Apabila bayi disentuh pada daerah os glabella dengan jari tangan pemeriksa bayi akan mengerutkan keningnya dan mengedipkan matanya

vi. Tonic Neck Refleks

Apabila bayi diangkat dari tempat tidur atau digendong maka ia akan berusaha mengangkat kepalanya

d) Pemeriksaan Antropometri

Berat Badan : BB bayi normal 2500-4000 gr

Panjang Badan : Panjang Badan bayi baru lahir normal 48-52 cm

Lingkar Kepala : Lingkar kepala bayi normal 33-38 cm

Lingkar Lengan Atas : Normal 10-11 cm

Ukuran Kepala :

- i. Diameter suboksipitobregmatika 9,5 cm
- ii. Diameter suboksipitofrontalis 11 cm
- iii. Diameter frontooksipitalis 12 cm
- iv. Diameter mentooksipitalis 13,5 cm
- v. Diameter submentobregmatika 9,5 cm
- vi. Diameter biparitalis 9 cm
- vii. Diameter bitemporalis 8 cm

e) Pemeriksaan Tingkat Perkembangan

- i. Adaptasi sosial
Sejauh mana bayi dapat beradaptasi sosial secara baik dengan orangtua, keluarga, maupun orang lain.
- ii. Bahasa
Kemampuan bayi untuk mengungkapkan perasaannya melalui tangisan untuk menyatakan rasa lapar BAB, BAK, dan kesakitan.
- iii. Motorik Halus
Kemampuan bayi untuk menggerakkan bagian kecil dari anggota badannya
- iv. Motorik Kasar
Kemampuan bayi untuk melakukan aktivitas dengan menggerakkan anggota tubuhnya

3. Analisa

Berdasarkan data yang terkumpul kemudian dibuat kesimpulan meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, serta perlu tidaknya tindakan segera.

1. Diagnosa
2. Masalah
3. Kebutuhan

4. Penatalaksanaan

- a) Memastikan Bayi tetap hangat dan jangan mandikan bayi hingga 24 jam setelah persalinan, jaga kontak antara ibu dan bayi serta tutupi kepala bayi dengan topi.
- b) Tanyakan pada ibu atau keluarga tentang masalah kesehatan pada ibu seperti riwayat penyakit ibu, riwayat *obstetric* dan riwayat penyakit keluarga yang mungkin berdampak pada bayi seperti TBC, Hepatitis B/C, HIV/AIDS dan penggunaan obat.
- c) Lakukan pemeriksaan fisik dengan prinsip sebagai berikut
 - i. Pemeriksaan dilakukan dalam keadaan bayi tenang (tidak menangis)
 - ii. Pemeriksaan tidak harus berurutan, dahulukan menilai pernapasan dan tarikan dinding dada bawah, denyut jantung, serta perut.
 - iii. Serta pemeriksaan fisik *head to toe*
- d) Catat seluruh hasil pemeriksaan. Bila terdapat kelainan, lakukan rujukan.
- e) Berikan ibu nasehat perawatan tali pusat
 - i. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan tali pusat
 - ii. Jangan membungkus puntung tali pusat atau mengoleskan cairan atau bahan apapun ke puntung tali pusat. Nasehatkan hal ini kepada ibu dan keluarga.
 - iii. Mengoleskan alkohol atau povidon iodine masih diperkenankan apabila terjadi tanda infeksi tetapi tidak dikompreskan karena menyebabkan tali pusat basah/lembab.

- iv. Sebelum meninggalkan bayi lipat popok dibawah puntung tali pusat,
 - v. Luka tali pusat harus dijaga tetap bersih dan kering sampai sisa tali pusat mengering dan terlepas sendiri.
 - vi. Jika puntung tali pusat kotor, bersihkan hati-hati dengan air DTT dan segera keringkan menggunakan kain bersih.
 - vii. Perhatikan tanda-tanda infeksi tali pusat seperti kemerahan pada kulit sekitar tali pusat tampak nanah atau berbau. Jika terdapat tanda infeksi nasehati ibu untuk membawa bayi nya ke fasilitas kesehatan.
- f) Jika tetes mata antibiotik profilaksis belum diberikan, berikan sebelum 12 jam setelah persalinan. (Penatalaksanaan kunjungan ulang)
- 1. Lakukan pemeriksaan fisik timbang berat, periksa suhu dan kebiasaan minum bayi
 - 2. Periksa tanda bahaya:
 - a) Tidak mau minum atau memuntahkan semua
 - b) Kejang
 - c) Bergerak hanya jika dirangsang
 - d) Napas cepat (>60 kali/menit)
 - e) Napas lambat (<30 kali/menit)
 - f) Tarikan dinding dada kedalam yang sangat kuat
 - g) Merintih
 - h) Raba demam (>37,5C)
 - i) Teraba dingin (<36 C)
 - j) Nanah yang banyak di mata

k) Pusing kemerahan meluas ke dinding perut

l) Tampak kuning pada telapak tangan

m) Perdarahan

3. Periksa tanda-tanda infeksi seperti nanah keluar dari umbilikus, kemerahan di sekitar umbilikus, pembengkakan, kemerahan, pengerasan kulit
4. Bila terdapat tanda bahaya atau infeksi rujuk bayi ke fasilitas kesehatan
5. Pastikan ibu memberikan Asi Eksklusif
6. Bawa bayi untuk mendapatkan imunisasi pada waktunya.

E. Keluarga Berencana.

1. Konsep Dasar Keluarga Berencana

1.1 Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga berencana dapat diartikan sebagai suatu usaha yang mengatur banyaknya kehamilan sedemikian rupa sehingga berdampak positif bagi ibu, bayi, ayah serta keluarganya yang bersangkutan tidak akan menimbulkan kerugian sebagai akibat langsung dari kehamilan tersebut (Suratun, dkk., 2013).

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 telur wanita (*fertilisasi*) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk *berimplantasi* (melekat) dan berkembang di dalam rahim. (Walyani dan Purwoastuti, 2015)

1.2 Alat Kontrasepsi Pasca Persalinan

Menurut Buletin Kemenkes, 2013 KB Pasca Persalinan dilaksanakan pada periode menyusui. Rekomendasi Hasil Kajian Health Technology Assesment (HTA) Indonesia, tahun 2009, tentang KB pada Periode Menyusui adalah sebagai berikut:

- a) Wanita pada periode menyusui direkomendasikan untuk menggunakan kontrasepsi KB sebelum terjadi ovulasi pertama kali sekitar 155 ± 45 hari.
- b) Bahwa Pemberian ASI Eksklusif menunda terjadinya ovulasi.
- c) Metode kontrasepsi progestin tidak mengganggu volume dan kandungan nutrisi Air Susu Ibu.
- d) Kontrasepsi pil progestin (progestin-only minipills) dapat mulai diberikan dalam 6 minggu pertama pasca persalinan. Namun, bagi wanita yang mengalami keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan, minipil dapat segera digunakan dalam beberapa hari (setelah 3 hari) pasca persalinan. Kontrasepsi suntikan progestin/ Depo Medroxy Progesteron Acetat (DMPA) pada minggu pertama (7 hari) atau minggu keenam (42 hari) pasca persalinan terbukti tidak menimbulkan efek negatif terhadap menyusui maupun perkembangan bayi.
- e) Penggunaan DMPA jangka panjang (> 2 tahun) terbukti menurunkan densitas mineral tulang sebesar 5-10% pertahun. Namun, WHO merekomendasikan tidak adanya pembatasan lama penggunaan DMPA bagi wanita usia 18-45 tahun.
- f) Tidak terdapat hubungan antara durasi penggunaan DMPA dengan peningkatan risiko kanker payudara.
- g) Kontrasepsi implan merupakan pilihan bagi wanita menyusui dan aman digunakan selama masa laktasi, minimal 4 minggu pasca persalinan.
- h) AKDR pasca plasenta aman dan efektif, tetapi tingkat ekspulsinya lebih tinggi dibandingkan ekspulsi ≥ 4 minggu pasca persalinan. Ekspulsi dapat diturunkan dengan cara melakukan insersi AKDR dalam 10 menit setelah ekspulsi plasenta, memastikan insersi mencapai fundus uterus, dan

dikerjakan oleh tenaga medis dan paramedis yang terlatih dan berpengalaman.

- i) Jika 48 jam pasca persalinan telah lewat, insersi AKDR ditunda sampai 4 minggu atau lebih pasca persalinan
- j) AKDR 4 minggu pasca persalinan aman dengan menggunakan AKDR copper T, sedangkan jenis non copper memerlukan penundaan sampai 6 minggu pasca persalinan.
- k) Penggunaan kontrasepsi kombinasi oral dalam 6 bulan pasca persalinan dapat menurunkan volume ASI pada wanita menyusui.
- l) Pada negara-negara dengan keterbatasan akses terhadap kontrasepsi, MAL dapat direkomendasikan untuk digunakan.
- m) Metode Amenore Laktasi (MAL) efektif mencegah kehamilan pada wanita menyusui pasca persalinan yang memenuhi kriteria sebagai berikut: amenorea, pemberian ASI eksklusif, proteksi terbatas pada 6 bulan pertama. MAL dapat dipertimbangkan penggunaannya pada daerah dengan keterbatasan akses terhadap kontrasepsi.

Semua metode baik hormonal maupun non hormonal dapat digunakan sebagai metode dalam pelayanan KB Pasca Persalinan. Metode tersebut meliputi:

a. Non hormonal

- 1) Metode Amenore Laktasi (MAL).
- 2) Kondom.
- 3) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR).
- 4) Abstinensia (Kalender).
- 5) Kontrasepsi Mantap (Tubektomi dan Vasektomi).

b. Hormonal

- 1) Progestin : pil, injeksi dan implan.
- 2) Kombinasi : pil dan injeksi.

1.3 Metode Amenore Laktasi

Metode Amenore Laktasi (MAL) atau Lactational Amenorrhea Method (LAM) adalah metode kontrasepsi sementara yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa tambahan makanan dan minuman lainnya. Metode Amenore Laktasi (MAL) atau Lactational Amenorrhea Method (LAM) dapat dikatakan sebagai metode keluarga berencana alamiah (KBA) atau natural family planning, apabila tidak dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain. Meskipun penelitian telah membuktikan bahwa menyusui dapat menekan kesuburan, namun banyak wanita yang hamil lagi ketika menyusui. Oleh karena itu, selain menggunakan Metode Amenore Laktasi juga harus menggunakan metode kontrasepsi lain seperti metode barrier (diafragma, kondom, spermisida), kontrasepsi hormonal (suntik, pil menyusui, AKBK) maupun IUD.

Metode Amenore Laktasi (MAL) dapat dipakai sebagai alat kontrasepsi, apabila:

1. Menyusui secara penuh (full breast feeding), lebih efektif bila diberikan minimal 8 kali sehari.
2. Belum mendapat haid.
3. Umur bayi kurang dari 6 bulan.

Cara Kerja Cara kerja dari Metode Amenore Laktasi (MAL) adalah menunda atau menekan terjadinya ovulasi. Pada saat laktasi/menyusui, hormon yang berperan adalah prolaktin dan oksitosin. Semakin sering menyusui, maka kadar prolaktin meningkat dan hormon gonadotrophin melepaskan hormon penghambat (inhibitor). Hormon penghambat akan mengurangi kadar estrogen, sehingga tidak terjadi ovulasi.

Efektifitas Efektifitas MAL sangat tinggi sekitar 98 persen apabila digunakan secara benar dan memenuhi persyaratan sebagai berikut: digunakan selama enam bulan pertama setelah melahirkan, belum mendapat haid pasca melahirkan dan menyusui secara eksklusif (tanpa memberikan makanan atau minuman tambahan).

Efektifitas dari metode ini juga sangat tergantung pada frekuensi dan intensitas menyusui. Manfaat Metode Amenorea Laktasi (MAL) memberikan manfaat kontrasepsi maupun non kontrasepsi. Manfaat Kontrasepsi Manfaat kontrasepsi dari MAL antara lain:

1. Efektifitas tinggi (98 persen) apabila digunakan selama enam bulan pertama setelah melahirkan, belum mendapat haid dan menyusui eksklusif
2. Dapat segera dimulai setelah melahirkan.
3. Tidak memerlukan prosedur khusus, alat maupun obat.
4. Tidak memerlukan pengawasan medis.
5. Tidak mengganggu senggama.
6. Mudah digunakan.
7. Tidak perlu biaya.
8. Tidak menimbulkan efek samping sistemik.
9. Tidak bertentangan dengan budaya maupun agama.
10. Manfaat Non Kontrasepsi Manfaat non kontrasepsi dari MAL antara lain: Untuk bayi
11. Mendapatkan kekebalan pasif.
12. Peningkatan gizi.
13. Mengurangi resiko penyakit menular.
14. Terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi air, susu formula atau alat minum yang dipakai.

Manfaat Untuk ibu antara lain :

1. Mengurangi perdarahan post partum/setelah melahirkan.
2. Membantu proses involusi uteri (uterus kembali normal)
3. Mengurangi resiko anemia.
4. Meningkatkan hubungan psikologi antara ibu dan bayi.

Keterbatasan Metode Amenorea Laktasi (MAL) mempunyai keterbatasan antara lain:

1. Memerlukan persiapan dimulai sejak kehamilan.
2. Metode ini hanya efektif digunakan selama 6 bulan setelah melahirkan, belum mendapat haid dan menyusui secara eksklusif.
3. Tidak melindungi dari penyakit menular seksual termasuk Hepatitis B ataupun HIV/AIDS.
4. Tidak menjadi pilihan bagi wanita yang tidak menyusui.
5. Kesulitan dalam mempertahankan pola menyusui secara eksklusif.

Yang Dapat Menggunakan MAL Metode Amenorea Laktasi (MAL) dapat digunakan oleh wanita yang ingin menghindari kehamilan dan memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. Wanita yang menyusui secara eksklusif.
2. Ibu pasca melahirkan dan bayinya berumur kurang dari 6 bulan.
3. Wanita yang belum mendapatkan haid pasca melahirkan.
4. Wanita yang menggunakan Metode Amenorea Laktasi (MAL), harus menyusui dan memperhatikan hal-hal di bawah ini:
5. Dilakukan segera setelah melahirkan.
6. Frekuensi menyusui sering dan tanpa jadwal.
7. Pemberian ASI tanpa botol atau dot.
8. Tidak mengkonsumsi suplemen.
9. Pemberian ASI tetap dilakukan baik ketika ibu dan atau bayi sedang sakit.
10. Yang Tidak Dapat Menggunakan MAL Metode Amenorea Laktasi (MAL) tidak dapat digunakan oleh:
11. Wanita pasca melahirkan yang sudah mendapat haid.
12. Wanita yang tidak menyusui secara eksklusif.
13. Wanita yang bekerja dan terpisah dari bayinya lebih dari 6 jam.
14. Wanita yang harus menggunakan metode kontrasepsi tambahan.
15. Wanita yang menggunakan obat yang mengubah suasana hati.

16. Wanita yang menggunakan obat-obatan jenis ergotamine, anti metabolisme, cyclosporine, bromocriptine, obat radioaktif, lithium atau anti koagulan.
17. Bayi sudah berumur lebih dari 6 bulan.
18. Bayi yang mempunyai gangguan

2. Asuhan Kebidanan Dalam Keluarga Berencana

Aspek yang sangat penting dalam pelayanan Keluarga berencana (KB). Dengan melakukan konseling berarti petugas membantu klien dalam memilih dan memutuskan *kontrasepsi* yang akan digunakan sesuai dengan pilihannya. Dalam melakukan konseling, khususnya bagi calon klien KB yang baru, hendaknya diterapkan enam langkah yang sudah dikenal dengan kata kunci SATU TUJU (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

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

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

