

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Asuhan Kebidanan Komprehensif

2.1.1 Pengertian

Asuhan Kebidanan Komprehensif adalah suatu pemeriksaan yang dilakukan secara lengkap dengan adanya pemeriksaan laboratorium dan konseling. Asuhan Kebidanan Komprehensif mencakup empat kegiatan berkesimbangan diantaranya adalah Asuhan Kebidanan Kehamilan, Asuhan Kebidanan Persalinan, Asuhan Kebidanan Masa Nifas, Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir (Varney, 2006).

2.1.2 Tujuan Asuhan Kebidanan Komprehensif

Menurut Saifuddin (2009) menyatakan bahwa pelayanan kebidanan komprehensif di komunitas adalah bagian dari upaya kesehatan keluarga. Kesehatan keluarga merupakan salah satu kegiatan dari upaya kesehatan di masyarakat yang ditujukan pada keluarga. Penyelenggaraan kesehatan keluarga bertujuan untuk mewujudkan keluarga kecil, sehat, bahagia dan sejahtera. Jadi, tujuan pelayanan kebidanan komprehensif adalah untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak serta balita didalam keluarga sehingga terwujud keluarga sehat dan sejahtera. Tujuan studi kasus ini untuk memberikan pelayanan kebidanan secara komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir dengan pendekatan manajemen asuhan kebidanan melalui 7 langkah varney dan pendokumentasian melalui SOAP (Rahmawati & Realita, 2017).

2.1.3 Manfaat Asuhan Kebidanan Komprehensif

Menurut Saifuddin (2009), manfaat kebidanan komprehensif adalah untuk menambah dan meningkatkan pengetahuan tentang kehamilan, persalinan, nifas, BBL dan KB serta betapa pentingnya kehamilan,

pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, serta meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya ibu dan bayi dan juga diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi dan informasi pelayanan kesehatan atau kasus yang terjadi.

2.2 Tinjauan Teori Kehamilan

2.2.1 Pengertian Kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum serta dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga bayi lahir, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional (Purwoastuti, 2014).

2.2.2 Periode Kehamilan

Menurut Marmi (2011), ditinjau dari lamanya kehamilan kita bisa menentukan periode kehamilan dengan membaginya dalam 3 bagian, yaitu:

- a. Kehamilan Triwulan I, antara 0-12 minggu.
- b. Kehamilan Triwulan II, antara 12-28 minggu.
- c. Kehamilan Triwulan III, antara 28-40 minggu.

2.2.3 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil Trimester III

2.2.3.1 Oksigen

Pada ibu hamil, kebutuhan oksigen meningkat dari 500 mL menjadi 700 mL dan ini relatif sama dari trimester I, II, dan III. Hal ini wajar karena konsumsi oksigen pada ibu hamil meningkat seiring dengan bertambahnya kebutuhan untuk dirinya dan janin yang dikandungnya.

2.2.3.2 Nutrisi

Menganjurkan wanita hamil makan yang secukupnya saja, cukup mengandung protein hewani dan nabati, karena kebutuhan kalori selama kehamilan meningkat. Kenaikan

berat badan wanita hamil berkisar antara 6,5-16 kg selama kehamilan (Rismalinda, 2015).

Kebutuhan beberapa zat yang penting:

Tabel 2.1 Nutrisi Ibu Hamil

Nutrisi	Satuan	Tidak Hamil	Hamil	Laktasi
Kalori	Kal	2500	2500	2500
Protein	Gr	60	85	100
Calcium	Gr	0,8	1,5	2
Fernem	Mg	12	15	15
Vitamin A	Si	5000	6000	8000
Vitamin B	Mg	1,5	1,8	2,3
Vitamin C	Mg	70	100	150
Riboflavin	Mg	2,2	2,5	3
As. Nikotinat	Mg	15	10	23
Vitamin D	Si	+	400-800	400-800

(Sumber: Rismalinda, 2015)

2.2.3.3 *Personal Hygiene* (Kebersihan Diri)

Kebersihan badan mengurangi infeksi, puting susu harus dibersihkan kalau terbasahi oleh *colostrum*. Perawatan gigi harus dilakukan karena gigi yang bersih menjamin pencernaan yang sempurna (Maryunani, 2010).

2.2.3.4 Pakaian

Pakaian yang baik untuk ibu hamil ialah yang enak dipakai, tidak boleh menekan badan karena pakaian yang menekan badan menyebabkan bendungan *vena* dan mempercepat timbulnya *varises* (Roumali, 2011).

2.2.3.5 Eliminasi

Menurut Romauli (2011), Pada masa kehamilan ibu hamil diharuskan melakukan imunisasi tetanus toksoid (TT). Gunanya pada antenatal dapat menurunkan kemungkinan kematian bayi karena tetanus. Imunisasi dilakukan pada trimester I atau II pada kehamilan 3-5 bulan dengan interval minimal 4 minggu. Lakukan suntikan secara IM

(*intramuscular*) dengan dosis 0,5 ml. imunisasi yang lain dilakukan dengan indikasi yang lain

2.2.3.6 Seksual

Menurut Romauli (2011), Hubungan seksual selama hamil tidak dilarang, tetapi disarankan dihentikan bila:

- a. Terdapat tanda infeksi, yaitu pengeluaran cairan disertai nyeri dan panas.
- b. Terjadi perdarahan saat hubungan seksual.
- c. Terdapat pengeluaran cairan mendadak saat hubungan.
- d. Adanya riwayat abortus, partus prematurus, *intra uterine fetal death* (IUFD)

2.2.3.7 Mobilisasi

Menurut Asrinah (2010), Ibu hamil harus mengetahui bagaimana cara memperlakukan diri dengan baik dan kiat berdiri, duduk dan mengangkat tanpa menjadi tegang. *Body mekanik* (sikap tubuh yang baik) diinstruksikan kepada wanita hamil karena diperlukan untuk membentuk aktivitas sehari-hari yang aman dan nyaman selama kehamilan karena sikap tubuh seorang wanita yang kurang baik dapat mengakibatkan sakit pinggang.

2.2.3.8 Istirahat

Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur secara teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin (Hani, 2014).

2.2.3.9 Persiapan Laktasi

Payudara adalah sumber ASI yang merupakan makanan utama bagi bayi, yang perlu diperhatikan dalam persiapan laktasi adalah:

- a. Bra harus sesuai dengan pembesaran payudara yang sifatnya menyokong payudara dari bawah, bukan menekan dari depan.
- b. Sebaliknya ibu hamil masuk dalam kelas bimbingan persiapan menyusui.
- c. Penyuluhan (audio visual) tentang:
 - 1) Keunggulan ASI dan kerugian susu botol
 - 2) Manfaat rawat gabung
 - 3) Perawatan bayi
 - 4) Gizi ibu hamil dan menyusui
- d. Dukungan psikologis pada ibu untuk menghadapi persalinan dan keyakinan dalam keberhasilan menyusui, Pelayanan pemeriksaan payudara dan senam hamil

2.2.4 Perubahan Fisiologis Ibu Hamil Trimester III

Menurut Sulistyawati (2009) ketidaknyamanan yang bisa terjadi selama kehamilan trimester 3 dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

2.2.4.1 Uterus

Pada kehamilan tua karena kontraksi otot-otot bagian atas uterus, segmen bawah rahim menjadi lebih lebar dan tipis, tampak batasan yang nyata antara bagian atas yang lebih tebal dan segmen bawah yang lebih tipis. Batas itu dikenal sebagai lingkaran retraksi fisiologis dinding uterus, di atas lingkaran ini jauh lebih tebal dari pada dinding segmen bawah rahim.

Tabel 2.2 Usia Kehamilan Berdasarkan Tinggi Fundus

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
12 Minggu	$\frac{1}{3}$ di atas <i>symfisis</i> atau 3 jari di atas <i>symfisis</i>
16 Minggu	$\frac{1}{2}$ <i>symfisis</i> – pusat
20 Minggu	$\frac{2}{3}$ di atas <i>symfisis</i> atau 3 jari di bawah pusat
24 Minggu	Setinggi pusat

28 Minggu	$\frac{1}{3}$ di atas pusat atau 3 jari di atas pusat
32 Minggu	$\frac{1}{2}$ pusat – <i>procesus xifoideus</i>
36 Minggu	Setinggi <i>procesus xifoideus</i>

Sumber: Sulistywati (2009)

2.1.1.1 Sistem Perkemihan

Pada akhir kehamilan kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul dan keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kencing mulai tertekan kembali. Selain itu juga terjadi *hemodilusi* menyebabkan metabolisme air menjadi lancar.

2.1.1.2 Sistem Respirasi

Pada 32 minggu ke atas karena usus-usus tertekan uterus yang membesar ke arah diafragma sehingga diafragma kurang leluasa bergerak mengakibatkan kebanyakan wanita hamil mengalami derajat kesulitan pernafasan.

2.1.1.3 Kenaikan berat badan

Penambahan berat badan dari mulai awal kehamilan sampai akhir kehamilan adalah 11-12 kg.

2.1.2 Kebutuhan Psikologis Ibu Hamil Trimester III

Menurut Pantiawati (2010), kebutuhan psikologi ibu hamil trimester III adalah sebagai berikut:

2.1.2.1 *Support* dari Keluarga

- Keluarga dan suami dapat memberikan dukungan dengan memberikan keterangan tentang persalinan.
- Tetap memberikan perhatian dan semangat pada ibu selama menunggu persalinannya.
- Bersama-sama mematangkan persiapan persalinan dengan tetap mewaspadaai komplikasi yang mungkin terjadi.

2.2.4.2 Support dari Tenaga Kesehatan

- Memberikan penjelasan bahwa yang dirasakan oleh ibu adalah normal,
- Menenangkan ibu.
- Membicarakan kembali dengan ibu bagaimana tanda-tanda persalinan yang sebenarnya.
- Menyakinkan bahwa anda akan selalu berada bersama ibu untuk membantu pertolongan persalinan.

2.2.4.3 Persiapan Menjadi Orang Tua

Bagi pasangan yang baru pertama punya anak, persiapan dapat dilakukan dengan banyak berkonsultasi dengan orang yang mampu untuk membagi pengalamannya dan memberikan nasehat mengenai persiapan menjadi orang tua.

2.2.5 Ketidaknyamanan Ibu Hamil Trimester III

Tabel 2.3 Ketidaknyamanan pada Ibu Hamil Trimester III

Ketidaknyamanan	Penyebab	Cara Mengatasi
Sering BAK	- Tekanan pada kandung kemih akibat membesarnya rahim. - Desakan oleh rahim yang membesar pada akhir kehamilan oleh kepala yang turun ke dalam rongga panggul.	- Kosongkan kandung kemih saat ada dorongan untuk berkemih. - Perbanyak minum pada siang hari dan kurangi minum pada malam hari untuk menghindari buang air kecil pada malam hari kecuali jika hal tersebut menyebabkan keletihan.
Keputihan	- Hiperplasia mukosa vagina. - Peningkatan produksi lendir dan kelenjar endocervikal sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen.	- Tingkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari. - Memakai pakaian dalam yang terbuat dari katun agar menyerap cairan. - Hindari pakaian dalam dari bahan nilon.
<i>Konstipasi</i> atau sembelit	- Peningkatan kadar progesteron menyebabkan gerakan <i>peristaltic</i> usus menjadi lambat. - Penyerapan air dari kolon meningkat efek samping penggunaan zat besi.	- Tingkatkan intake cairan serat dan air dalam diet. - Konsumsi buah pepaya. - Minum air dingin atau hangat saat perut dalam kondisi kosong. - Membiasakan buang air besar secara teratur dan buang air besar segera saat

Ketidaknyamanan	Penyebab	Cara Mengatasi
		ada dorongan.
<i>Edema</i>	1. Terjadi penumpukan mineral natrium yang bersifat menarik air sehingga terjadi penumpukan cairan di jaringan ditambah dengan penekanan pembuluh darah besar di perut sebelah kanan (<i>vena cava</i>) oleh rahim yang membesar, sehingga darah yang kembali ke jantung berkurang dan menumpuk di tungkai bawah.	1. Hindari posisi berbaring terlentang. 2. Hindari posisi berbaring untuk waktu yang lama. 3. Istirahat dengan berbaring ke kiri, kaki agak ditinggikan. 4. Jika perlu, seringlah melatih kaki untuk ditebuk ketika berdiri atau duduk. 5. Angkat kaki ketika duduk atau istirahat. 6. Lakukan senam hamil secara teratur.
Pusing	1. Pengumpulan darah di dalam pembuluh tungkai yang mengurangi aliran balik vena dan menurunkan <i>output cardiac</i> serta tekanan darah dengan tegangan <i>orthostatis</i> yang meningkat.	1. Bangun secara perlahan dari posisi istirahat. 2. Hindari berdiri terlalu lama dalam lingkungan hangat atau sesak.

Sumber : Sulistyawati (2009).

2.1.1 Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Menurut Sulistyawati (2009) tanda-tanda bahaya atau komplikasi selama kehamilan adalah sebagai berikut:

2.1.1.1 Perdarahan Pervaginam

Perdarahan pervagina bisa mengarah pada plasenta previa dan solusio plasenta.

2.1.1.2 Sakit kepala yang hebat

- a. Sakit kepala bisa terjadi selama kehamilan dan sering kali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan.

- b. Sakit kepala menunjukkan masalah serius adalah sakit kepala yang hebat yang menetap dan tidak hilang setelah beristirahat.
- c. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut ibu mungkin merasa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang.

2.1.1.3 Nyeri *abdomen* yang hebat

- a. Sebelumnya harus dibedakan nyeri yang dirasakan adalah his seperti persalinan atau bukan.
- b. Pada kehamilan lanjut, jika ibu merasakan nyeri yang hebat, tidak berhenti setelah beristirahat, disertai dengan tanda-tanda syok yang akan membuat keadaan umum ibu makin lama makin memburuk dan disertai perdarahan harus diwaspadai kemungkinan terjadinya solusio plasenta

2.2.5.1 Bengkak pada muka atau tangan

- a. Hampir dari separuh ibu hamil akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat, dengan meninggikan kaki.
- b. Hal ini dapat merupakan pertanda anemia, gagal, jantung atau preeklamsi.
- c. Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain.

2.2.5.2 Bayi kurang bergerak seperti biasanya

- a. Kesejahteraan janin dapat diketahui dari keaktifan gerakannya.
- b. Minimal adalah 10 kali dalam 24 jam.
- c. Jika kurang dari itu, maka waspada akan adanya gangguan janin dalam rahim.

2.3 Asuhan Kehamilan

2.3.1 Pengertian Asuhan Kehamilan

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterine mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan. (Khumaira, 2012)

Kehamilan adalah masa yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan) dihitung dari hari pertama haid terakhir. (Syarifuddin *et al.*, 2010)

Al-Qur'an telah menjelaskan bahwa proses pembentukan janin hingga melahirkan dan masa nifas telah di atur oleh sang pencipta, sebagaimana Firman Allah SWT. Yang berbunyi:

ثُمَّ جَعَلْنَاهُ نُطْفَةً فِي قَرَارٍ مَّكِينٍ

Artinya: Kemudian Kami Menjadikannya air mani (yang disimpan) dalam tempat yang kokoh (rahim). (QS. Al-Mu'minun: 13)

ثُمَّ خَلَقْنَا النُّطْفَةَ عَلَقَةً فَخَلَقْنَا الْعَلَقَةَ مُضْغَةً فَخَلَقْنَا الْمُضْغَةَ عِظَامًا فَكَسَوْنَا الْعِظَامَ لَحْمًا ثُمَّ أَنْشَأْنَاهُ خَلْقًا آخَرَ فَتَبَارَكَ اللَّهُ أَحْسَنُ الْخَالِقِينَ

Artinya: Kemudian, air mani itu Kami Jadikan sesuatu yang melekat, lalu sesuatu yang melekat itu Kami Jadikan segumpal daging, dan segumpal daging itu Kami Jadikan tulang belulang, lalu tulang belulang itu Kami Bungkus dengan daging. Kemudian, Kami

Menjadikannya makhluk yang (berbentuk) lain. Maha Suci Allah, Pencipta yang paling baik. (*QS. Al-Mu'minun: 14*)

Itulah ayat 13-14 surat Al-mu'minun yang menerangkan tentang proses kehamilan selanjutnya. Salah satu penelitian menyebutkan bahwa proses perkembangan bayi dalam rahim persis seperti apa yang digambarkan dalam Al-qur'an. Awalnya, tulang embrio mengeras dan kemudian sel-sel otot yang terpilih dari jaringan tulang bergabung dan membungkus tulang-tulang tersebut.

Betapa indahny Al-qur'an dan betapa beruntungnya orang-orang yang mencintainya. Sebab, dari Al-Qur'anlah, segala ilmu pengetahuan berasal. Menjadi sumber dari segala sumber yang akan abadi hingga akhir masa.

2.3.2 Tujuan Asuhan Kehamilan

Menurut Marmi (2011), tujuan utama asuhan antenatal adalah untuk memfasilitasi hasil yang sehat dan positif bagi ibu maupun bayinya dengan cara membina hubungan saling percaya dengan ibu, mendeteksi komplikasi-komplikasi yang dapat mengancam jiwa, mempersiapkan kelahiran, dan memberikan pendidikan. Asuhan antenatal penting untuk menjamin agar proses alamiah tetap berjalan normal selama kehamilan.

2.3.2.1 Tujuan umum asuhan kehamilan sebagai berikut

- a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin.
- b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, maternal dan sosial ibu dan bayi.
- c. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

- d. Mempromosikan dan menjaga kesehatan fisik dan mental ibu dan bayi dengan pendidikan, nutrisi, kebersihan diri, dan proses kelahiran bayi.
- e. Mendeteksi dan menatalaksanakan komplikasi medik, bedah, atau obstetri selama kehamilan.
- f. Mengembangkan persiapan persalinan serta persiapan menghadapi komplikasi.
- g. Membantu menyiapkan ibu menyusui dengan sukses, menjalankan nifas normal dan merawat anak secara fisik, psikologis dan sosial.

2.3.2.2 Tujuan khususnya antara lain.

- a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin.
- b. Mengenal dan menangani penyakit yang menyertai hamil, persalinan dan nifas.
- c. Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal.

2.3.3 Asuhan Kehamilan

2.3.3.1 Standar Pelayanan Kehamilan

Menurut Permenkes RI No. 43 (2016), terdapat enam standar dalam pelayanan antenatal, yaitu:

- a. Standar 3: identifikasi ibu hamil
Melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk penyuluhan dan memotivasi untuk pemeriksaan dini dan teratur.
- b. Standar 4: pemeriksaan dan pemantauan antenatal
Sedikitnya 4 kali pelayanan kehamilan. Pemeriksaan meliputi: anamnesis dan pemantauan ibu serta janin, mengenali kehamilan resiko tinggi nasehat dan penyuluhan, mencatat data yang tepat setiap kunjungan, tindakan tepat untuk merujuk.

c. Standar 5: palpasi abdominal

Bidan melakukan pemeriksaan abdominal secara seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan, serta bila umur kehamilan bertambah memeriksa posisi, bagian terendah janin, dan masuknya kepala janin kedalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.

d. Standar 6: pengelolaan anemia pada kehamilan

Bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan atau rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

e. Standar 7: Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan

Bidan melakukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenal tanda serta gejala *pre eklampsia* lainnya, serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya.

f. Standar 8: persiapan persalinan

Memberi saran pada ibu hamil, suami dan keluarga untuk memastikan persiapan persalinan bersih dan aman, persiapan transportasi dan biaya. Bidan sebaiknya melakukan kunjungan rumah untuk hal ini.

2.3.3.2 Standar Minimal Asuhan Kehamilan

Menurut Kemenkes RI (2015), standar minimal asuhan kehamilan meliputi 10T, yaitu:

- a. Pengukuran tinggi badan dan timbang berat badan.
- b. Pengukuran tekanan darah.
- c. Pengukuran lingkar lengan atas (Lila).
- d. Pengukuran tinggi rahim (TFU).
- e. Penentuan letak janin (presentasi janin) dan perhitungan detak jantung janin.
- f. Penentuan status imunisasi tetanus toksoid (TT).

- g. Pemberian tablet tambah darah.
- h. Tes laboratorium.
- i. Temu wicara.
- j. Tata laksana atau pengobatan.

2.3.3.3 Standar Minimal Kunjungan

Menurut Saifuddin (2009), kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan.

- a. Satu kali pada trimester pertama.
- b. Satu kali pada trimester kedua.
- c. Dua kali pada trimester ketiga.

2.3.3.4 Imunisasi Tetanus Toksoid

Menurut Saifuddin (2009), jadwal pemberian imunisasi TT pada ibu hamil adalah sebagai berikut:

Tabel 2.4 Jadwal Imunisasi TT

Antigen	Interval	Lama perlindungan	% perlindungan
TT1	Pada kunjungan awal ANC	-	-
TT2	4 minggu setelah TT1	3 tahun	80%
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun	95%
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun	99%
TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun	99%

Sumber : Saifuddin (2009)

2.3.3.5 Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

Menurut Maryunani (2013), P4K adalah salah satu program untuk mendukung desa siaga yang diarahkan pada konsep persiapan dan kesiagaan menghadapi komplikasi. Adapun yang termasuk dalam program P4K adalah sebagai berikut:

- a. Persiapan penolong persalinan.
- b. Persiapan tempat persalinan.
- c. Persiapan dana untuk persalinan.
- d. Alat transportasi.
- e. Calon pendonor darah.

2.3.3.6 Tahapan Pemeriksaan Pada Ibu Hamil (Kunjungan Awal)

Menurut Marmi (2012), tahapan pemeriksaan pada ibu hamil yaitu:

a. Anamnesis

- 1) Anamnesis identitas istri dan suami : nama, umur, agama, pekerjaan, alamat dan sebagainya.
- 2) Tentang keluhan-keluhan, nafsu makan, tidur, *miksi*, perkawinan, dan sebagainya.
- 3) Tentang haid, kapan dapat haid terakhir. Bila hari pertama haid terakhir diketahui makanya dapat dijabarkan tafsiran tanggal persalinan.
- 4) Tentang kehamilan persalinan, keguguran dan kehamilan *ektopik* atau kehamilan *mola* sebelumnya.

b. Inspeksi dan pemeriksaan fisik diagnostik

Pemeriksaan seluruh tubuh : tinggi badan, berat badan, tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan, refleks, pemeriksaan kelenjar tiroid, jantung, paru-paru pemeriksaan payudara, pemeriksaan abdomen dan pemeriksaan genetalia.

c. Palpasi

Ibu hamil diminta berbaring terlentang, kepala dan bahu sedikit ditinggika

Manuver palpasi menurut *leopold*

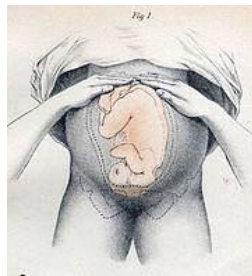
1) *Leopold I*

- a) Pemeriksa menghadap kearah muka ibu hamil.

- b) Menentukan fundus uteri dan bagian janin yang terdapat dalam fundus.
- c) Konsistensi uterus.

Variasi menurut *Knebel* :

Menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan lain di atas simfisis.



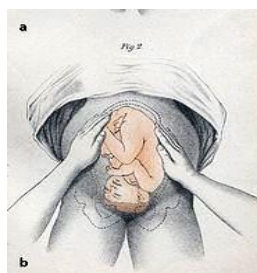
Gambar 2.1

2) *Leopold II*

- a) Batas samping rahim kanan / kiri
- b) Menentukan letak punggung kanan dan kiri janin
- c) Pada letak lintang, tentukan letak kepala janin.

Variasi menurut *budin* :

Menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan dibagian fundus.

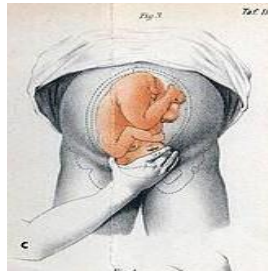


Gambar 2.2

3) *Leopold III*

- a) Menentukan bagian terbawah janin.
- b) Menentukan apakah bagian terbawah janin tersebut sudah

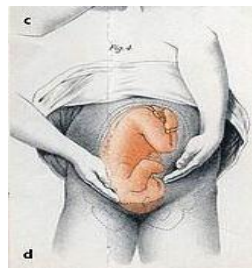
masuk pintu panggul atau masih dapat di gerakkan.



Gambar 2.3

4) Leopold IV

- a) Memeriksa menghadap kearah kaki ibu hamil.
- b) Dapat juga menentukan apa bagian terbawah janin dan seberapa jauh sudah masuk pintu panggul.



Gambar 2.4

d. Perkusi

Dilakukan pada pemeriksaan reflek patella.

e. Auskultasi

Digunakan stetoskop untuk mendengarkan Denyut Jantung Janin (DJJ).

f. Pemeriksaan Laboratorium

Ibu hamil hendaknya diperiksa *urine* dan darahnya sekurang-kurangnya 2 kali selama kehamilan, sekali pada permulaan dan sekali lagi pada akhir kehamilannya.

2.3.3.7 Kunjungan Ulang pada Ibu Hamil

Kunjungan ulang yaitu setiap kali kunjungan antenatal yang dilakukan setelah kunjungan antenatal yang pertama. Kunjungan ulang dilakukan atau dijadwalkan setiap 4 minggu sekali sampai umur 28 minggu. Selanjutnya tiap 2 minggu sekali sampai umur kehamilan 36 minggu dan setiap minggu sekali sampai bersalin (Pantiawati, 2010).

Isi kunjungan ulang yang harus dilakukan adalah:

- a. Riwayat kehamilan sekarang (setiap masalah atau tanda bahaya, keluhan-keluhan yang dialami).
- b. Pemeriksaan fisik
 - 1) Janin (gerakan janin, ukuran janin, letak dan presentasi janin)
 - 2) Ibu (tanda-tanda vital, berat badan, TFU, umur kehamilan dan tanda-tanda bahaya)
- c. Pemeriksaan laboratorium (HB, protein urin dan glukosa urin)

2.4 Tinjauan Teori Persalinan

2.4.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir dengan bantuan atau tanpa bantuan. Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya servik dari janin turun kejalan lahir, persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan yang cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan dengan presentasi belakang kepala tanpa komplikasi ibu maupun janin. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar dari jalan lahir (Sari, 2014).

Menurut Maternity (2016), persalinan atau partus adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan: atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri).

2.4.2 Etiologi Persalinan

Menurut Mochtar (2012), penyebab terjadinya persalinan belum diketahui dengan pasti, sehingga timbul beberapa teori yang menyatakan kemungkinan proses persalinan.

2.4.2.1 Teori penurunan hormon

1-2 minggu sebelum partus, mulai terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim. Karena itu, akan terjadi kekejangan pembuluh darah yang menimbulkan his jika kadar progesteron turun.

2.4.2.2 Teori plasenta menjadi tua

Penuaan plasenta akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron sehingga terjadi kekejangan pembuluh darah. Hal tersebut akan menimbulkan kontraksi rahim.

2.4.2.3 Teori distensi rahim

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi *uteroplasenta*.

2.4.2.4 Teori iritasi mekanik

Di belakang serviks, terletak ganglion servikale (*pleksus frankenhauser*). Apabila ganglion tersebut digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin, akan timbul kontraksi uterus.

2.4.2.5 Induksi partus (*induction of labour*)

Partus dapat pula ditimbulkan dengan:

- a. *Gagang laminaria*: beberapa *laminaria* dimasukkan dalam *kanalis servikalis* dengan tujuan merangsang *pleksus frankenhauser*.
- b. *Amniotomi*: pemecahan ketuban.
- c. Tetesan oksitosin: pemberian oksitosin melalui tetesan per infus.

2.4.3 Perubahan Fisiologis pada Persalinan

Menurut Rohani, dkk (2011), perubahan fisiologis pada masa kehamilan terbagi menjadi dua, yaitu perubahan fisiologis pada kala I dan kala II.

2.4.3.1 Perubahan fisiologis pada kala I

a. Uterus

Kontraksi uterus terjadi mulai dari fundus dan menyebar ke depan dan ke bawah abdomen, kemudian berakhir dengan masa yang paling lama dan paling kuat pada fundus uterus. Kontraksi mencapai puncak secara bersamaan pada seluruh bagian uterus dan berkurang bersamaan dengan pembukaan serviks dan pengeluaran janin.

b. Serviks

Pada kala I persalinan, serviks mengalami *effacement* (penipisan), yang panjang serviks berkurang secara teratur sampai menjadi sangat pendek. Serviks juga mengalami *dilatasi* (pembukaan) yang progresif. Pembukaan serviks diukur dengan menggunakan ukuran sentimeter dengan jari tangan. Pada tahap persalinan ini, umumnya ibu akan mengeluarkan lendir darah (*bloody show*) sedikit atau sedang dari serviks.

1) Penipisan serviks

Serat otot yang mengelilingi lubang serviks akan tertarik ke atas oleh SAU yang beretraksi. Serviks

menyatu ke dalam segmen bawah uterus. Saluran serviks melebar ke arah lubang serviks. Pada primigravida, lubang luar serviks akan tetap tertutup sehingga serviks menjadi rata diatas bagian janin yang mengalami penurunan. Pada multigravida, lubang luar serviks mulai membuka sebelum penipisan selesai. Pada multiparitas, serviks tidak akan menipis sepenuhnya.

2) Pembukaan serviks

Pembukaan serviks adalah proses pembesaran lubang luar serviks dari tertutup rapat menjadi lubang yang cukup besar untuk kelahiran bayi. Berdasarkan kemajuan pembukaan serviks kala I dibagi menjadi 2, yaitu:

- a) Fase laten, yaitu fase pembukaan yang sangat lambat sampai membutuhkan waktu ± 8 jam.
- b) Fase aktif, yaitu fase pembukaan yang lebih cepat yang terbagi lagi menjadi:

- (1) Fase *akselerasi* (fase percepatan), dari pembukaan 3 cm sampai 4 cm yang dicapai dalam 2 jam.

- (2) Fase dilatasi maksimal, dari pembukaan 4 cm sampai 9 cm yang dicapai dalam 2 jam.

- (3) Fase *deselerasi* (kurangnya kecepatan), dari pembukaan 9 cm sampai 10 cm selama 2 jam.

c. Pembentukan segmen atas dan bawah uterus

Pada akhir kehamilan uterus terbagi menjadi dua segmen yang secara anatomis berbeda, yaitu sebagai berikut:

- 1) Segmen atas uterus, tempat terjadinya kontraksi, tebal, serta berotot.

2) Segmen bawah uterus, disiapkan untuk pengembangan dan pembukaan lebih tipis, berkembang dari *isthmus* dan memanjang 8-10 cm.

d. Kontraksi dan retraksi

Kontraksi tidak seluruhnya terjadi pada serat otot uterus, tetapi sebagian serat otot yang lain menahan sebagian dari pemendekan otot uterus dan juga saat relaksasi tidak rileks sepenuhnya yang disebut retraksi. Durasi kontraksi dan retraksi bervariasi yang bergantung pada paritas, psikologis, posisi bayi, bentuk dan ukuran panggul.

e. Perdarahan

Akibat perdarahan serviks, sumbatan pada serviks akan menghilang dan keluar lendir bercampur darah. Darah berasal dari pembuluh-pembuluh halus yang pecah pada pelepasan korion.

2.4.3.2 Perubahan fisiologis pada kala II

Pada kala II atau kala pengeluaran janin adalah tahap persalinan yang dimulai dengan pembukaan serviks lengkap sampai bayi keluar dari uterus. Kala II pada primigravida satu setengah jam dan pada multipara biasanya berlangsung setengah jam. Perubahan yang terjadi pada kala II persalinan, antara lain sebagai berikut :

a. Kontraksi (his)

His pada kala II menjadi lebih terkoordinasi, lebih lama (25 menit), lebih cepat kira-kira 2-3 menit sekali. Sifat kontraksi simetris, fundus dominan, diikuti relaksasi.

b. Uterus

Pada saat kontraksi, otot uterus menguncup sehingga menjadi tebal dan lebih pendek, *kavum uterus* lebih kecil serta mendorong janin dan kantong *amnion* ke arah segmen bawah uterus dan serviks.

c. Pergeseran organ dasar panggul

Organ-organ yang ada dalam rongga panggul adalah *vesika urinaria*, dua *ureter*, *kolon*, *uterus*, *rektum*, *tuba uterina*, *uretra*, *vagina*, *anus*, *perineum* dan *labia*. Pada saat persalinan, peningkatan hormon relaksin menyebabkan peningkatan mobilitas sendi dan kolagen menjadi lunak sehingga terjadi relaksasi panggul. Hormon relaksin dihasilkan oleh *korpus luteum*. Karena adanya kontraksi, kepala janin yang sudah masuk ruang panggul menekan otot-otot dasar panggul sehingga terjadi tekanan pada rektum dan secara refleks menimbulkan rasa ingin mengejan, anus membuka, *labia* membuka, *perineum* menonjol dan tidak lama kemudian kepala tampak di vulva pada saat his.

d. Ekspulsi janin

Ada beberapa tanda dan gejala kala II persalinan, yaitu sebagai berikut:

- 1) Ibu merasa ingin mengejan bersama dengan terjadinya kontraksi.
- 2) Ibu merasakan peningkatan tekanan pada *rektum* dan vaginanya.
- 3) *Perineum* terlihat menonjol.
- 4) Vulva, vagina dan *sfincter ani* terlihat membuka.
- 5) Peningkatan pengeluaran lendir darah.

2.4.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Rohani, dkk (2011), faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan adalah:

2.4.4.1 Tenaga (*Power*)

a. His (Kontraksi)

His atau kontraksi uterus adalah kontraksi otot-otot uterus dalam persalinan. Kontraksi merupakan suatu sifat pokok

otot polos dan tentu saja hal ini terjadi pada otot polos uterus yaitu *miometrium*. Pada minggu-minggu terakhir kehamilan uterus semakin teregang oleh karena isinya semakin bertambah.

b. Kekuatan ibu mengedan

Setelah serviks terbuka lengkap kekuatan yang sangat penting pada *ekspulsi* janin adalah yang dihasilkan oleh peningkatan tekanan *intra-abdomen* yang diciptakan oleh kontraksi-kontraksi abdomen. Dalam bahasa *obstetric* biasanya ini disebut mengedan. Sifat kekuatan yang dihasilkan mirip seperti yang terjadi pada saat buang air besar, tetapi biasanya intensitasnya jauh lebih besar.

2.4.4.2 Janin dan Plasenta (*Passanger*)

Bagian yang paling besar dan keras dari janin adalah kepala janin. Posisi dan besar kepala janin dapat mempengaruhi jalannya persalinan sehingga dapat membahayakan hidup dan kehidupan janin kelak, hidup sempurna, cacat atau akhirnya meninggal. Biasanya apabila kepala janin sudah lahir, maka bagian-bagian lain dengan mudah menyusul kemudian.

2.4.4.3 Jalan lahir (*Passage*)

Jalan lahir terbagi atas:

a. Bagian Keras Panggul

1) Tulang panggul

Tulang panggul terdiri dari:

- a) Dua *os coxae* (tulang pangkal paha)
- b) *Os pubis* (tulang kemaluan)
- c) *Os sacrum* (tulang kelangkang)
- d) *Os coccygeus* (tulang tungging)

2) Bidang hodge

- a) Hodge I : Sejajar dengan pintu atas panggul dan tepi atas *symphysis*.

- b) Hodge II : Sejajar dengan HI dan setinggi tepi bawah *symphysis*.
- c) Hodge III : Sejajar dengan HI dan HII dan setinggi *spina ischiadika*.
- d) Hodge IV : Sejajar dengan HI, HII, dan HIII dan setinggi *os coccygis*.

3) Bentuk Panggul

- a) *Ginekoid*: paling ideal, bentuk hampir bulat. Panjang diameter *anteroposterior* kira-kira sama dengan diameter *transversal*.
- b) *Android*: bentuk hampir segitiga, umumnya laki-laki mempunyai jenis panggul ini. Panjang diameter *anteroposterior* hampir sama dengan diameter *transversal*, akan tetapi jauh lebih mendekati *sacrum*.
- c) *Anthropoid*: bentuknya agak lonjong seperti telur panjang diameter *anteroposterior* lebih besar dari pada diameter *transversal*.
- d) *Platipeloid*: jenis ginekoid yang menyempit pada arah muka belakang.

b. Bagian Lunak Panggul

Bagian lunak panggul terdiri dari otot-otot dan *ligamentum* yang meliputi dinding panggul sebelah dalam dan menutupi panggul sebelah bawah. Yang menutupi panggul dari bawah membentuk dasar panggul, disebut *diagfragma pelvis*.

2.4.4.4 Psikis

Psikis ibu bersalin sangat berpengaruh dari dukungan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama bersalin dan kelahiran anjurakan mereka berperan aktif dalam mendukung dan mendampingi langkah-langkah

yang mungkin akan sangat membantu kenyamanan ibu,
 hargai keinginan ibu untuk didampingi.

2.4.4.5 Penolong

Penolong persalinan adalah petugas kesehatan yang mempunyai legilitas dalam menolong persalinan antara lain dokter, bidan serta mempunyai kompetensi dalam menolong persalinan, menangani kegawatdaruratan serta melakukan rujukan jika diperlukan

2.4.5 Tanda-tanda Persalinan

Menurut Rohani, dkk (2011), tanda dan gejala inpartu:

2.4.5.1 Timbul rasa sakit oleh adanya his yang datang yang lebih kuat, sering dan teratur.

2.4.5.2 Keluar lendir bercampur darah (*bloody show*).

2.4.5.3 Keluarnya air-air (ketuban).

2.4.5.4 Pada pemeriksaan dalam: serviks mendatar dan pembukaan telah ada.

a Nulipara

Biasanya sebelum persalinan, serviks menipis sekitar 50-60% dan pembukaan sampai 1 cm dan dengan dimulainya persalinan biasanya nulipara mengalami penipisan 50-100%, kemudian mulai terjadi pembukaan.

b Multipara

Pada multipara sering kali serviks tidak menipis pada awal persalinan, tetapi hanya membuka 1-2 cm. biasanya pada multipara serviks akan membuka kemudian diteruskan dengan penipisan.

2.5 Asuhan Persalinan

2.5.1 Pengertian Asuhan Persalinan

Asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermia, dan asfiksia pada bayi baru lahir. Fokus utama asuhan adalah mencegah terjadinya komplikasi pada saat persalinan (Prawirohardjo, 2009).

2.5.2 Tujuan Asuhan Persalinan

Menurut Prawirohardjo (2009), tujuan asuhan persalinan ialah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek asuhan sayang ibu dan sayang bayi.

2.5.3 Standar Asuhan Pertolongan Persalinan

Menurut Permenkes RI No. 43 (2016), terdapat empat standar pertolongan persalinan, yaitu:

2.5.3.1 Standar 9: Asuhan persalinan kala I

Bidan menilai secara tepat bahwa persalinan sudah mulai, kemudian memberikan asuhan dan pemantauan yang memadai, dengan memperhatikan kebutuhan klien, selama proses persalinan berlangsung.

2.5.3.2 Standar 10: Persalinan kala II yang aman

Bidan melakukan pertolongan persalinan yang aman, dengan sikap sopan dan penghargaan terhadap klien serta memperhatikan tradisi setempat.

2.5.3.3 Standar 11: Penatalaksanaan aktif persalinan kala III

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

2.5.3.4 Standar 12: Penanganan kala II dengan gawat janin melalui *episiotomy*

Bidan mengenali secara tepat tanda-tanda gawat janin pada Kala II yang lama, dan segera melakukan episiotomi dengan aman untuk memperlancar persalinan, diikuti panjahitan perineum.

2.5.4 Lima Aspek Dasar Dalam Persalinan

Menurut Prawirohardjo (2009), terdapat lima aspek dasar yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Aspek-aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologis. Aspek tersebut adalah sebagai berikut:

2.5.4.1 Membuat Keputusan Klinik

Empat langkah proses pengambilan keputusan klinik, antara lain : pengumpulan data, diagnosis, penatalaksanaan asuhan dan perawatan berupa membuat rencana dan melaksanakan rencana dan evaluasi.

2.5.4.2 Asuhan Sayang Ibu

Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Salah satu prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikut sertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

2.5.4.3 Pencegahan Infeksi

Tindakan-tindakan dalam pencegahan infeksi, antara lain:

- a. Asepsis atau teknik aseptik.
- b. Antiseptik.
- c. Dekontaminasi.
- d. Mencuci dan Membilas.
- e. Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT).
- f. Sterilisasi.

2.5.4.4 Pencatatan (Dokumentasi)

Catat semua asuhan yang telah diberikan kepada ibu dan atau bayinya. Jika asuhan tidak dicatat dapat dianggap bahwa tidak pernah dilakukan asuhan yang dimaksud.

2.5.4.5 Rujukan

Menurut JNPK-KR (2008), hal-hal penting yang perlu diperhatikan dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi adalah B (Bidan), A (Alat), K (Keluarga), S (Surat), O (Obat), K (Kendaraan), U (Uang), DA (Donor darah).

2.5.5 Asuhan Persalinan Kala I, II, III dan IV

Menurut Saifuddin (2009), asuhan persalinan dibagi menjadi beberapa kala:

2.5.5.1 Asuhan Persalinan Kala I

Tabel 2.5 Asuhan yang Dilakukan dalam Penilaian Persalinan Kala I

Kemajuan persalinan	Kondisi ibu	Kondisi janin
Riwayat persalinan • Permulaan timbulnya kontraksi uterus/his • Selaput ketuban utuh atau robek • Darah lendir • Perdarahan • Masalah kehamilan terdahulu • Terakhir kali makan/minum • Lama istirahat /tidur Pemeriksaan Abdomen : • Tinggi fundus • Tanda bekas operasi • Kontraksi : Frekuensi Lamanya Kekuatannya • Penurunan Kepala Pemeriksaan Vagina : • Pembukaan Serviks • Penipisan serviks	Mengkaji asuhan antenatal • Riwayat kehamilan • Riwayat kebidanan • Riwayat medik • Riwayat sosial Pemeriksaan umum : • TTV • Berat badan • Edema • Kondisi puting susu • Kandung kemih • Pemberian makan/minum Pemeriksaan Laboratorium • Urin, warna, kejenuhan, bau dan protein • Darah hemoglobin Pemeriksaan psikososial	Gerakan janin Jika selaput ketuban pecah, maka periksa: • Warna cairan ketuban • Kepekatan cairan ketuban • Jumlah/banyaknya cairan ketuban Keadaan janin • Letak janin • Besar janin • Tunggal/kembar • DJJ Posisi janin • Penurunan bagian terendah • <i>Molding/ moulase</i>

• Ketuban • Anggota tubuh bayi yang sudah nampak	• Perubahan perilaku • Tingkat energi • Kebutuhan akan dukungan	
---	---	--

Sumber: Saifuddin (2009)

2.5.5.2 Asuhan Persalinan Kala II

Persalinan kala II ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap atau kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm.

Tabel 2.6 Asuhan yang Diberikan Selama Kala II Persalinan

Tahapan tindakan	Deksripsi
Memberikan dukungan kepada ibu	Kehadiran keluarga mendampingi ibu sehingga ibu merasa nyaman.
Menjaga kebersihan diri	Menjaga kebersihan ibu agar terhindar dari infeksi, bila ada darah, lendir dan kotoran di bersihkan.
Memberi dukungan mental	Untuk mengurangi kecemasan ibu dengan cara : • Menjaga privasi ibu. • Menjelaskan tentang proses/kemajuan persalinan. • Menjelaskan tentang prosedur yang akan dilakukan dan keterlibatan ibu.
Mengatur posisi ibu	Posisi mendedan dapat dipilih seperti : • Jongkok • Menungging • Tidur miring • Setengah duduk Posisi tegak ada kaitannya dengan berkurangnya rasa nyeri, mudah mendedan, kurangnya trauma vagina dan perineum serta infeksi.
Menjaga kandung kencing tetap kosong	Dianjurkan berkemih sesering mungkin agar tidak menghalangi turunnya kepala ke dalam dasar panggul.
Memberikan cukup minum	Memberikan tenaga dan mencegah dehidrasi.
Memimpin mendedan	Pada saat his ibu dianjurkan mendedan, sebelumnya ambil nafas terlebih dahulu.
Bernafas selama persalinan	Pada saat kontraksi ketika kepala akan lahir ibu disuruh bernafas, agar perineum meregang secara

	perlahan, mengontrol lahirnya kepala dan mencegah robekan.
Pemantauan denyut jantung janin	Periksa DJJ setelah kontraksi untuk memastikan tidak bradikardia (kurang 120 x/menit).
Melahirkan bayi	Menolong kelahiran kepala • Letakan satu tangan ke kepala bayi agar <i>defleksi</i> tidak terlalu cepat. • Satu tangan yang lain menahan perineum. • Mengusap muka bayi untuk membersihkan dari kotoran lendir darah. • Periksa tali pusat. • Bila lilitan tali pusat ketat, di klem pada dua tempat dan dipotong diantaranya dan dilindungi. Melahirkan bahu dan anggota seluruhnya: • Tempatkan kedua tangan pada sisi kepala bayi. • Lakukan tarikan lembut kebawah dan keatas untuk melahirkan bahu depan dan belakang. • Sangga dan susur. • Pegang erat bayi agar jangan sampai jatuh.
Keringkan bayi dan hangatkan	Setelah bayi lahir segera keringkan dan selimuti dengan handuk atau sejenisnya, letakkan pada perut ibu.
Merangsang bayi	Dilakukan dengan cara mengusap-usap pada bagian punggung atau menepuk telapak kaki bayi.

Sumber: Saifuddin (2009)

2.5.5.3 Asuhan Persalinan Kala III

Pengkajian awal/segera dalam persalinan kala III adalah melakukan palpasi uterus untuk menentukan apakah ada bayi yang kedua: jika ada, tunggu sampai bayi keluar dan menilai apakah bayi baru lahir dalam keadaan stabil: jika tidak rujuk bayi segera.

Tabel 2.7 Penanganan Manajemen Aktif Kala III Persalinan

Langkah-langkah	Deksripsi
Jepit, gunting tali pusat	Dengan penjepitan tali pusat akan memulai proses pelepasan plasenta.
Memberikan oksitosin	Untuk merangsang uterus berkontraksi yang juga mempercepat pelepasan plasenta. • Oksitosin 10 UI IM diberikan ketika kelahiran bayi dan pastikan hanya ada bayi tunggal

Langkah-langkah	Deksripsi
	sebelum penyuntikkan. • Oksitosin dapat diberikan dalam 2 menit setelah kelahiran bayi jika hanya ada seorang petugas dan hanya ada bayi tunggal. • Oksitosin 10 UI IM dapat diulangi etelah 15 menit dari penyuntikkan pertama plasenta masih belum lahir. Jika oksitosin tidak tersedia, rangsang puting payudara ibu untuk menghasilkan oksitosin alami.
Melakukan penegangan tali pusat terkendali/ PTT	T PTT dilakukan hanya selama uterus berkontraksi. Tangan pada uterus merasakan kontraksi. Ketika uterus sedang tidak berkontraksi, tangan petugas tetap di uterus, tetapi bukan melakukan PTT. Ulangi langkah-langkah PTT pada setiap kontraksi sampai plasenta lepas.
Masase fundus	Segera setelah plasenta dan selaputnya dilahirkan, masase fundus agar menghasilkan kontraksi. Hal ini dapat mengurangi pengeluaran darah dan mencegah perdarahan postpartum. Masase selama 15 detik.

Sumber: Saifuddin (2009)

Jika petugas sendirian dan harus segera merawat bayi baru lahir, sebaiknya menunggu pelepasan fisiologi plasenta. Tanda- tanda pelepasan fisiologi dari uterus adalah:

- Tali pusat bertambah panjang.
- Semburan darah singkat dan mendadak.
- Bentuk uterus menjadi lebih bulat (*globuler*).

2.5.5.4 Asuhan Persalinan Kala IV

Masa postpartum merupakan saat paling kritis untuk mencegah kematian ibu, terutama kematian disebabkan karena perdarahan. Selama kala IV, asuhan yang harus dipantau setiap 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran

plasenta dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan.

Tabel 2.8 Asuhan yang Harus Dipantau di Kala IV

Periksa	Deksripsi
Fundus	Rasakan apakah fundus berkontraksi kuat dan berada di atau di bawah <i>umbilicus</i> .
Plasenta	Periksa kelengkapannya untuk memastikan tidak ada bagian yang tertinggal.
selaput ketuban	Periksa kelengkapannya untuk memastikan tidak ada bagian yang tertinggal.
Perineum	Periksa luka robekan pada perineum dan vagina yang membutuhkan jahitan.
memperkirakan pengeluaran plasenta	memperkirakan darah yang menyerap pada kain atau dengan menentukan berapa banyak kantong darah 500 cc dapat terisi. Pengeluaran darah abnormal >500 cc.
Lochia	pemeriksa apakah ada keluar langsung pada saat pemeriksaan uterus. Jika uterus berkontraksi kuat, lochia kemungkinan tidak lebih dari haid.
Kandung kemih	pemeriksa untuk memastikan kandung kemih tidak penuh agar tidak menghalangi kontraksi.
Kondisi ibu	• Periksa setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan. Jika kondisi ibu tidak stabil, pantau lebih sering. • Apakah ibu membutuhkan minum? • Apakah ibu ingin memegang bayinya?
Kondisi bayi baru lahir	• Apakah bayi bernafas dengan baik? • Apakah bayi kering dan hangat? • Apakah bayi siap disusui?

Sumber: Saifuddin (2009)

2.5.6 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal

Tabel 2.9 60 Langkah APN

NO	KEGIATAN
1.	Mengenali gejala dan tanda kala II a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran. b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina. c) Perineum menonjol. d) Vulva-vagina dan <i>sphincter ani</i> membuka
2.	Menyiapkan pertolongan persalinan 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.	Memakai alat perlindungan diri seperti memakai celemek plastik, topi, masker, kacamata, sepatu tertutup.
4.	Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
5.	Memakai sarung tangan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
6.	Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (dengan menggunakan sarung tangan DTT atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah DTT atau steril tanpa mengontaminasi tabung suntik.
7.	Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi cairan DTT a. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. b. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar-benar c. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi.
8.	Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. (Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, maka lakukan <i>amniotomi</i>).
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
10.	Memeriksa DJJ setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-160 kali/menit). a. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal. b. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.

11.	Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses bimbingan meneran Memberitahu ibu bahwa pembukaan lengkap dan keadaan janin baik. Membawa ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
12.	Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman)
13.	Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran: a. Bimbing, dukung dan beri semangat. b. Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi. c. Berikan cukup asupan cairan per oral (minum). d. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai. Rujuk jika belum lahir atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran pada primigravida dan 60 menit (1 jam) pada multigravida.
14.	Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.
15.	Persiapan pertolongan kelahiran bayi Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
16.	Meletakkan kain yang bersih dilipat sepertiga bagian di bawah bokong ibu.
17.	Membuka partus set, perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
18.	Pakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
19.	Menolong kelahiran bayi Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir.
20.	Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan meneruskan segera proses kelahiran bayi. a. Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi. b. Jika tali pusat melilit leher janin dengan kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara kedua klem tersebut.
21.	Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22.	Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. 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 kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan.
24.	Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

25.	Penanganan bayi baru lahir Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan).
26.	Mengeringkan tubuh bayi, mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan <i>vernix</i> . Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Letakkan bayi di atas perut ibu.
27.	Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
28.	Beritahu ibu bahwa ia akan di suntik oksitosin agar uterus dapat berkontraksi dengan baik.
29.	Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (Intra Muskular) dipaha atas bagian <i>distal lateral</i> (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
30.	Menjepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulah dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
31.	Melakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat, yaitu: a. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut. Lakukan pemotongan tali pusat dalam waktu 2 menit, karena pada waktu itu masih ada proses auto tranfusi. b. Mengikat tali pusat dengan klem plastik/benang DTT. c. Melepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang disediakan.
32.	Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.
33.	Penatalaksanaan aktif kala III Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari <i>vulva</i> .
34.	Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu di tepi atas simfisis untuk mendeteksi perlekatan plasenta pada dinding uterus, sementara tangan yang lain menegangkan tali pusat.
35.	Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang-atas (<i>dorsokranial</i>) secara hati-hati (untuk mencegah <i>inversio uteri</i>). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya, kemudian ulangi prosedur diatas. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik; minta ibu , suami, atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
36.	Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang atas (<i>dorso kranial</i>) secara hati-hati. Melakukan penegangan dan dorongan <i>dorso kranial</i> hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas mengikuti poros jalan lahir (sambil tetap melakukan tekanan <i>dorso kranial</i>).
37.	Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin, kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika terdapat selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan <i>eksplorasi</i> sisa selaput, kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.

2.6 Tinjauan Teori Persalinan Sungkup
2.6.1. p
e
n
g
e
r
t

38.	Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan <i>masase</i> uterus. Meletakkan telapak tangan di fundus dan lakukan <i>masase</i> dengan gerakan melingkar hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik tindakan <i>masase</i> .
39.	Memeriksa kedua sisi plasenta, baik bagian ibu maupun bayi, pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta kedalam tempat khusus.
40.	Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami persarahan aktif.
41.	Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan per vaginam.
42.	Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%. Membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air DTT dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
43.	Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan kandung kemih kosong.
44.	Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan <i>massase</i> uterus dan menilai kontraksi.
45.	Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
46.	Memeriksa tekanan darah, nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan.
47.	Pantau keadaan bayi dan pastikan bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit).
48.	Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (selama 10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
49.	Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
50.	Bersihkan ibu dengan menggunakan air DDT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir, dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
51.	Pastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
52.	Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.
53.	Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam keluar, rendam dalam klorin 0,5% selama 10 menit.
54.	Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
55.	Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik pada bayi.
56.	Dalam 1 jam pertama, beri salep mata/tetes mata profilaksis infeksi, vitamin K 1 mg IM dipaha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pernapasan bayi, nadi dan temperatur.
57.	Setelah 1 jam pemberian vitamin K, berikan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan bawah lateral.
58.	Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
59.	Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk.
60.	Dokumentasi (Lengkapi partograf).

ian Letak Sungsang

Menurut Sarwono, (2006) Definisi Persalinan pada bayi dengan presentasi bokong (sungsang) di mana bayi letaknya sesuai dengan sumbu badan ibu, kepala berada pada fundus uteri sedangkan bokong merupakan bagian terbawah (di daerah pintu atas panggul / simfisis)

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri (Prawirohardjo, 2008)

Letak sungsang merupakan letak membujur dengan kepala janin di fundus uteri (manuaba, 2018)

2.6.2. Tanda dan Gejala Letak Sungsang

2.6.2.1. Pergerakan anak terasa oleh ibu di bagian perut bawah di bawah pusat dan ibu sering merasa benda keras (kepala) mendesak tulang iga.

2.6.2.2. Pada palpasi teraba bagian keras bundar dan melenting pada fundus uteri

2.6.2.3. Punggung janin dapat teraba di salah satu sisi perut dan bagian-bagian kecil pada pihak berlawanan di atas symfisis teraba bagian yang kurang bundar dan lunak.

2.6.2.4. Bunyi jantung janin terdengar pada ibu setinggi pusat

2.6.3 Patofisiologis Letak Sungsang

Menurut Tanto, (2014) Letak janin dalam uterus bergantung pada proses adaptasi janin terhadap ruangan dalam uterus. Pada kehamilan sampai kurang lebih 32 minggu, jumlah air ketuban relatif lebih banyak, sehingga memungkinkan janin bergerak dengan leluasa. Dengan demikian janin dapat, menempatkan diri dalam presentasi kepala, letak sungsang atau letak lintang. Pada kehamilan triwulan terakhir janin tumbuh dengan cepat dan jumlah air ketuban relatif berkurang. Bokong dengan kedua tungkai terlipat lebih besar daripada kepala, maka bokong dipaksa untuk menempati ruang yang

lebih luas di fundus uteri, sedangkan kepala berada ruangan yang lebih kecil di segmen bawah uterus. Dengan demikian dapat dimengerti mengapa pada kehamilan belum cukup bulan, frekuensi letak sungsang lebih tinggi, sedangkan pada kehamilan cukup bulan, janin sebagian besar ditemukan dalam presentasi kepala. Presentasi bokong yang menetap dapat disebabkan oleh abnormalitas dari bayi, volume cairan amnion, lokasi plasenta, kelainan uterus, tonus otot uterus yang lemah dan prematuritas (Saifuddin, 2011)

2.6.4 Klasifikasi Letak Sungsang

Menurut Kasdu, (2005) Klasifikasi letak sungsang.

- 1) Presentasi bokong murni (frank breech) Yaitu letak sungsang dimana kedua kaki terangkat ke atas sehingga ujung kaki setinggi bahu atau kepala janin.
- 2) Presentasi bokong kaki sempurna (complete breech) Yaitu letak sungsang dimana kedua kaki dan tangan menyilang sempurna dan di samping bokong dapat diraba kedua kaki.
- 3) Presentasi bokong kaki tidak sempurna (incomplete breech) Yaitu letak sungsang dimana hanya satu kaki di samping bokong, sedangkan kaki yang lain terangkat ke atas.

2.6.5 Penatalaksanaan Letak Sungsang.

2.6.5.1 Tehnik pertolongan sungsang spontan pervaginam

a spontan BRACHT

- 1) Pertolongan dimulai setelah bokong nampak di vulva dengan penampang sekitar 5 cm.
- 2) Suntikkan 5 unit oksitosin i.m dengan tujuan bahwa dengan 1–2 his berikutnya fase cepat dalam persalinan sungsang spontan pervaginam akan terselesaikan.
- 3) Dengan menggunakan tangan yang dilapisi oleh kain setengah basah, bokong janin dipegang sedemikian rupa sehingga kedua ibu jari penolong berada pada

bagian belakang pangkal paha dan empat jari-jari lain berada pada bokong janin

- 4) Pada saat ibu meneran, dilakukan gerakan mengarahkan punggung anak ke perut ibu (gerak hiperlordosis)sampai kedua kaki anak lahir.
- 5) Setelah kaki lahir, pegangan dirubah sedemikian rupa sehingga kedua ibu jari sekarang berada pada lipatan paha bagian belakang dan ke empat jari-jari berada pada pinggang janin Dengan pegangan tersebut, dilakukan gerakan hiperlordosis dilanjutkan (gerak mendekatkan bokong anak pada perut ibu) sedikit kearah kiri atau kearah kanan sesuai dengan posisi punggung anak.
- 6) Gerakan hiperlordosis tersebut terus dilakukan sampai akhirnya lahir mulut-hidung-dahi dan seluruh kepala anak.
- 7) Pada saat melahirkan kepala, asisten melakukan tekanan suprasimfisis searah jalan lahir dengan tujuan untuk mempertahankan posisi fleksi kepala janin
- 8) Setelah anak lahir, perawatan dan pertolongan selanjutnya dilakukan seperti pada persalinan spontan pervaginam pada presentasi belakang kepala.

b Manual Aid

Terdiri dari 3 tahapan :

- 1) Bokong sampai umbilikus lahir secara spontan (pada frank breech).
- 2) Persalinan bahu dan lengan dibantu oleh penolong
- 3) Persalinan kepala dibantu oleh penolong.

Persalinan Bahu Dan Lengan

- 1) pada panggul anak sedemikian rupa sehingga ibu jari penolong berdampingan pada os sacrum dengan kedua jari telunjuk pada krista iliaka anterior superior ibu jari pada sakrum sedangkan jari-jari lain berada didepan pangkal paha
- 2) Dilakukan traksi curam kebawah sampai menemui rintangan (hambatan) jalan lahir.
- 3) Selanjutnya bahu dapat dilahirkan dengan menggunakan salah satu dari cara-cara berikut.

c. Lovset.

- 1) Memutar badan janin setengah lingkaran (1800) searah dan berlawanan arah jarum jam sambil melakukan traksi curam kebawah sehingga bahu yang semula dibelakang akan lahir didepan (dibawah simfisis). Hal tersebut Dapat terjadi oleh karena:
- 2) Adanya inklinasi panggul (sudut antara pintu atas panggul dengan sumbu panggul)
- 3) Adanya lengkungan jalan lahir dimana dinding sebelah depan lebih panjang dibanding lengkungan dinding sacrum disebelah belakang sehingga setiap saat bahu posterior akan berada pada posisi lebih rendah dibandingkan posisi bahu anterior

d. Klasik

- 1) Disebut pula sebagai tehnik DEVENTER.
- 2) Melahirkan lengan belakang dahulu dan kemudian melahirkan lengan depan dibawah simfisis.
- 3) Dipilih bila bahu tersangkut di pintu atas panggul.

Prinsip :

- 1) Melahirkan lengan belakang lebih dulu (oleh karena ruangan panggul sebelah belakang/sacrum relatif lebih luas didepan ruang panggul sebelah depan) dan kemudian melahirkan lengan depan dibawah arcus pubis
- 2) Kedua pergelangan kaki dipegang dengan ujung jari tangan kanan penolong berada diantara kedua pergelangan kaki anak , kemudian di elevasi sejauh mungkin dengan gerakan mendekatkan perut anak pada perut ibu.
- 3) Tangan kiri penolong dimasukkan kedalam jalan lahir, jari tangan dan telunjuk tangan kiri menyelusuri bahu sampai menemukan fosa cubiti dan kemudian dengan
- 4) gerakan “*mengusap muka janin* ”, lengan posterior bawah bagian anak dilahirkan.
- 5) Untuk melahirkan lengan depan, pegangan pada pergelangan kaki janin diubah. Dengan tangan kanan penolong, pergelangan kaki janin dipegang dan sambil dilakukan traksi curam bawah melakukan gerakan seolah “mendekatkan punggung janin pada punggung ibu” dan kemudian lengan depan dilahirkan dengan cara yang sama.
- 6) Bila dengan cara tersebut pada no 3 diatas lengan depan sulit untuk dilahirkan, maka lengan tersebut diubah menjadi lengan belakang dengan cara:
Gelang bahu dan lengan yang sudah lahir dicekap dengan kedua tangan penolong sedemikian rupa sehingga kedua ibu jari penolong terletak dipunggung anak dan sejajar dengan sumbu badan janin;

sedangkan jari-jari lain didepan dada. Dilakukan pemutaran tubuh anak kearah perut dan dada anak sehingga lengan depan menjadi terletak dibelakang xzZdan dilahirkan dengan cara yang sudah dijelaskan pada no 2

e. Mauller

Melahirkan bahu dan lengan depan lebih dahulu dibawah simfisis melalui ekstraksi; disusul melahirkan lengan belakang di belakang (depan sacrum) dipilih bila bahu tersangkut di Pintu Bawah Panggul

Cara Teknik muller

- 1) Bokong dipegang dengan pegangan "*femuropelvik*".
- 2) Dengan cara pegangan tersebut, dilakukan traksi curam bawah pada tubuh janin sampai bahu depan lahir dibawah arcus pubis dan selanjutnya lengan
- 3) 'depan dilahirkan dengan mengait lengan depan bagian bawah.
- 4) Setelah bahu dan lengan depan lahir, pergelangan kaki dicekap dengan tangan kanan dan dilakukan elevasi serta traksi keatas traksi dan elevasi sesuai arah tanda panah) sampai bahu belakang lahir dengan sendirinya. Bila tidak dapat lahir dengan sendirinya, dilakukan kaitan untuk melahirkan lengan belakang anak.

5) Persalinan Kepala

Pertolongan untuk melahirkan kepala pada presentasi sungsang dapat dilakukan dengan berbagai cara :

Cara Mouriceau (Viet – Smellie)

Dengan tangan penolong yang sesuai dengan arah menghadapnya muka janin, jari tengah dimasukkan

kedalam mulut janin dan jari telunjuk serta jari manis diletakkan pada fosa canina.

- a) Tubuh anak diletakkan diatas lengan anak, seolah anak “menunggang kuda”.
- b) Belakang leher anak dicekap diantara jari telunjuk dan jari tengah tangan yang lain.
- c) Assisten membantu dengan melakukan tekanan pada daerah suprasimfisis untuk mempertahankan posisi fleksi kepala janin.
- d) Traksi curam bawah terutama dilakukan oleh tangan yang dileher.

Cara Prague Terbalik

- a) Dilakukan bila occiput dibelakang (dekat dengan sacrum) dan muka janin menghadap simfisis. satu tangan mencekap leher dari sebelah belakang dan punggung anak diletakkan diatas telapak tangan tersebut. Tangan penolong lain memegang pergelangan kaki dan kemudian di elevasi keatas sambil melakukan traksi pada bahu janin sedemikian rupa sehingga perut anak mendekati perut ibu. Dengar larynx sebagai hypomochlion kepala anak dilahirkan.

Ekstraksi Total Pada Persalinan Sungsang

Pervaginam

- a) Persalinan sungsang pervaginam dimana keseluruhan proses persalinan Bayi akan dikerjakan sepenuhnya oleh penolong persalinan.
- Jenis ekstraksi total :

Ekstraksi Bokong

Tindakan ini dikerjakan pada letak bokong murni dengan bokong yang sudah berada didasar panggul.

- a) Jari telunjuk penolong yang sesuai dengan bagian kecil anak dimasukkan jalan lahir dan diletakkan pada lipat paha depan anak. Dengan jari tersebut, lipat paha dikait. Untuk memperkuat kaitan tersebut, tangan lain penolong mencekap pergelangan tangan yang melakukan kaitan dan ikut melakukan traksi kebawah Bila dengan traksi tersebut trochanter depan sudah terlihat dibawah arcus pubis, jari telunjuk tangan lain segera mengait lipat paha belakang dan secara serentak melakukan traksi lebih lanjut untuk melahirkan bokong
- b) Setelah bokong lahir, bokong dipegang dengan pegangan "*femuropelvik*" dan janin dilahirkan dengan cara yang sudah dijelaskan pada ekstraksi bokong parsialis

Ekstraksi Kaki

- a) Setelah persiapan selesai, tangan penolong yang sesuai dengan bagian kecil anak dimasukkan secara obstetris kedalam jalan lahir, sedangkan tangan lain membuka labia.
- b) Tangan yang didalam mencari kaki dengan menyelusuri bokong – pangkal paha sampai belakang lutut (fosa poplitea) dan kemudian melakukan fleksi dan abduksi paha janin sehingga sendi lutut menjadi fleksi.

- c) Tangan yang diluar (dekat dibagian fundus uteri) mendekatkan kaki janin untuk mempermudah tindakan mencari kaki janin tersebut diatas
- d) Setelah lutut fleksi, pergelangan kaki anak dipegang diantara jari ke II dan III dan dituntun keluar dari vagina
- e) Kedua tangan penolong memegang betis anak dengan meletakkan kedua ibu jari dibelakang betis sejajar dengan sumbu panjangnya dan jari-jari lain didepan tulang kering. Dengan pegangan ini dilakukan traksi curam bawah pada kaki sampai pangkal paha lahir
- f) Pegangan kini dipindahkan keatas setinggi mungkin dengan kedua ibu jari dibelakang paha pada sejajar sumbu panjangnya dan jari lain didepan paha. Dengan pegangan ini pangkal paha ditarik curam bawah sampai trochanter depan lahir
- g) Kemudian dilakukan traksi curam atas pada pangkal paha untuk melahirkan trochanter belakang sehingga akhirnya seluruh bokong lahir.
- h) Setelah bokong lahir, dilakukan pegangan *femuropelvik* dan dilakukan traksi curam dan selanjutnya untuk menyelesaikan persalinan bahu dan lengan serta kepala seperti yang sudah dijelaskan.

2.6.7 Komplikasi pada Letak Sungsang

2.6.7.1 Komplikasi persalinan letak sungsang

- a. Komplikasi pada ibu
 - 1) Perdarahan
 - 2) Robekan jalan lahir

- 3) Infeksi
- b. Komplikasi pada bayi
 - Asfiksia bayi, dapat disebabkan
 - 1) Kemacetan persalinan kepala (aspirasi air ketuban-lendir)
 - 2) Perdarahan atau edema jaringan otak
 - 3) Kerusakan medula oblongata
 - 4) Kerusakan persendian tulang leher
 - 5) kematian bayi karena asfiksia berat.
- c. Trauma persalinan
 - 1) Dislokasi-fraktur persendian, tulang ekstremitas
 - 2) Kerusakan alat vital : limpa, hati, paru-paru atau jantung
 - 3) Dislokasi fraktur persendian tulang leher : fraktur tulang dasar kepala ; fraktur tulang kepala ; kerusakan pada mata, hidung atau telinga ; kerusakan pada jaringan otak.
- d. Infeksi, dapat terjadi karena :
 - 1) Persalinan berlangsung lama
 - 2) Ketuban pecah pada pembukaan kecil
 - 3) Manipulasi dengan pemeriksaan dalam

2.7 Tinjauan Teori Bayi Baru Lahir

2.7.1 Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan *intrauterine* ke kehidupan *ekstrauterin* (Dewi, 2014).

Menurut Marmi (2012), bayi baru lahir (*neonatus*) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. BBL

memerlukan penyesuaian fisiologis berupa *maturasi*, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstra uterin) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik.

2.7.2 Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal.

Menurut Dewi (2014), ciri-ciri bayi normal adalah sebagai berikut:

- 2.7.2.1 Berat badan normal 2.500-4.000 gram.
- 2.7.2.2 Panjang badan 48-52 cm.
- 2.7.2.3 Lingkar kepala 33-35 cm.
- 2.7.2.4 Lingkar dada 30-38 cm.
- 2.7.2.5 Frekuensi denyut jantung 120-160x/ menit.
- 2.7.2.6 Pernafasan $\pm 40-60$ x/ menit.
- 2.7.2.7 Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup.
- 2.7.2.8 Rambut *lanugo* tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna.
- 2.7.2.9 Kuku agak panjang dan lemas.
- 2.7.2.10 Nilai APGAR >7 .
- 2.7.2.11 Gerak aktif. Bayi lahir langsung menangis kuat.
- 2.7.2.12 Refleks *rooting* (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik.
- 2.7.2.13 Refleks *sucking* (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.
- 2.7.2.14 Refleks *morro* (gerakkan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.
- 2.7.2.15 Refleks *grasping* (menggenggam) sudah baik.
- 2.7.2.16 Refleks *babinsky* (reflek dikatakan baik jika jempol kemudian bergerak ke atas atau menuju permukaan atas kaki sedangkan jari-jari lainnya kearah sebaliknya)
- 2.7.2.17 Refleks *tonick neck* (apabila ditelentangkan, kedua tangannya akan menggenggam dan kepalanya akan

menengok ke kanan dalam posisi seperti pemain anggar) sudah baik.

2.7.2.18 Genetalia.

- a. Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang.
- b. Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uterus yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora.

2.7.2.19 Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya *mekonium* dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan.

2.7.3 Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Menurut JNPK-KR (2008), bila ditemukan tanda bahaya berikut, rujuk bayi ke fasilitas kesehatan:

2.7.3.1 Tidak dapat menyusui.

2.7.3.2 Kejang.

2.7.3.3 Napas cepat (>60 x/menit).

2.7.3.4 Merintih.

2.7.3.5 Retraksi dinding dada.

2.7.3.6 Sianosis sentral.

2.8 Asuhan Bayi Baru Lahir

2.8.1 Pengertian Asuhan Bayi Baru Lahir

Asuhan bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan oleh bidan kepada bayi baru lahir selama 1 jam setelah kelahiran (Marmi, 2012).

2.8.2 Tujuan Asuhan Bayi Baru Lahir

Tujuan dari asuhan kebidanan pada bayi baru lahir adalah untuk mendeteksi secara dini tanda bahaya yang bisa terjadi pada bayi baru lahir, serta mengobati atau merujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap (Marmi 2012).

2.8.3 Standar Asuhan Bayi Baru Lahir

Menurut Permenkes RI No. 43 (2016), standar pelayanan bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

2.8.3.1 Standar 13: Perawatan Bayi Baru Lahir

Bidan memeriksa dan menilai bayi baru lahir untuk memastikan pernafasan spontan mencegah *hipoksia* sekunder, menemukan kelainan dan melakukan tindakan atau merujuk sesuai dengan kebutuhan. Bidan juga harus mencegah atau menangani hipotermia.

2.8.4 Standar Kunjungan Bayi Baru Lahir

Menurut Saifuddin (2009), kunjungan bayi baru lahir dilakukan pada

2.8.4.1 Kunjungan pertama (KN 1) saat bayi usia 1-3 hari, asuhan yang diberikan:

- a. Melanjutkan pengamatan terhadap pernafasan, warna kulit, tingkat aktifitas, suhu tubuh dan perawatan untuk setiap penyulit yang muncul.
- b. Melakukan pemeriksaan fisik yang lengkap, rujuk ke dokter apabila tampak tanda bahaya dan penyulit.
- c. Memandikan bayi jika bayi sudah cukup hangat ($>36,6^{\circ}\text{C}$) dan melakukan perawatan tali pusat.
- d. Mengajarkan cara menyusui dan merawat bayi.

2.8.4.2 Kunjungan kedua (KN 2) saat bayi usia 4-7 hari, asuhan yang diberikan:

- a. Menanyakan keseluruhan keadaan bayi, masalah-masalah yang dialami terutama dalam proses menyusui.
- b. Mengamati keadaan suasana hati ibu dan cara berinteraksi dengan bayinya.
- c. Melakukan pemeriksaan fisik.

2.8.4.3 Kunjungan ketiga (KN 3) saat bayi usia 8-28 hari, asuhan yang diberikan:

- a. Menanyakan keseluruhan keadaan kesehatan bayi.

- b. Memberitahu ibu tentang ASI eksklusif.
- c. Memberitahu ibu cara menyusui yang benar.

2.8.5 Asuhan pada Bayi Baru Lahir

Menurut JNPK-KR (2008), asuhan pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

2.8.5.1 Pencegahan infeksi

Pastikan penolong persalinan dan pemberi asuhan BBL telah melakukan upaya pencegahan infeksi berikut:

- a. Cuci tangan dengan seksama sebelum dan setelah bersentuhan dengan bayi.
- b. Pakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.
- c. Pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan, terutama klem, gunting, pengisap lendir *DeLee*, alat resusitasi dan benang tali pusat telah di Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) atau sterilisasi.
- d. Pastikan semua pakaian, handuk, selimut dan kain yang digunakan untuk bayi, sudah dalam keadaan bersih. Demikian pula timbangan, pita pengukur, termometer, steteskop, dan benda-benda lain yang akan bersentuhan dengan bayi. Dekontaminasi dan cuci bersih semua peralatan setiap kali setelah digunakan.

2.8.5.2 Penilaian segera setelah lahir

Segera lakukan penilaian awal dengan menjawab 4 pertanyaan:

- a. Apakah bayi cukup bulan?
- b. Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium?
- c. Apakah bayi menangis atau bernafas?
- d. Apakah tonus otot baik?
- e. Jika bayi tidak cukup bulan dan atau air ketuban bercampur mekonium dan atau tidak menangis atau tidak

bernafas atau megap - megap dan atau tonus otot tidak baik lakukan langkah resusitasi.

Tabel 2.10 Nilai APGAR

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

Sumber: Dewi (2014)

2.8.5.3 Pencegahan kehilangan panas

a. Mekanisme kehilangan panas

Bayi baru lahir dapat kehilangan panas tubuhnya melalui cara-cara berikut yaitu, evaporasi, konduksi, konveksi dan radiasi.

b. Mencegah kehilangan panas

- 1) Mengeringkan tubuh bayi seluruhnya dengan selimut atau handuk yang hangat dan bersih.
- 2) Membungkus bayi, terutama bagian kepala bayi dengan selimut hangat dan kering.
- 3) Mengganti semua handuk atau selimut yang basah.
- 4) Tetap bungkus bayi sewaktu menimbang bayi.
- 5) Buka pembungkus bayi hanya pada daerah yang diperlukan saja.
- 6) Atur suhu ruangan atas kebutuhan bayi untuk memperoleh lingkungan yang lebih hangat.

- 7) Letakkan bayi diatas perut ibu supaya mereka dapat bersentuhan kulit ke kulit sambil menyelimuti keduanya dengan selimut yang kering dan hangat.
- 8) Hindari memandikan bayi hingga sedikitnya 6 jam tidak terdapat masalah dan jika suhu bayi berada 36,5 atau lebih.

2.8.5.4 Memotong dan merawat tali pusat

- a. Klem dan potong tali pusat setelah 2 menit setelah bayi lahir. Lakukan terlebih dahulu penyuntikkan oksitosin, sebelum tali pusat dipotong.
- b. Tali pusat dijepit dengan klem DTT pada sekitar 3 cm dari dinding perut (pangkal pusat bayi). Kemudian jepit dengan klem kedua pada 2 cm dari tempat klem yang pertama.
- c. Pegang tali pusat di antara kedua klem tersebut, satu tangan menjadi landasan tali pusat sambil melindungi bayi, tangan yang lain memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut.
- d. Ikatan tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
- e. Lepaskan klem penjepit dan rendam dilarutan klorin 0,5%.
- f. Letakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu untuk IMD.

2.8.5.5 Pemberian ASI

Segera setelah bayi lahir dan tali pusat diikat, letakkan bayi tengkurap di dada ibu dengan kulit bayi bersentuhan langsung ke kulit ibu. Ini yang dinamakan Inisiasi Menyusu Dini (IMD). Biarkan kontak kulit ke kulit ini berlangsung setidaknya 1 jam atau lebih, bahkan sampai bayi dapat

menyusu sendiri. Bayi diberi topi dan diselimuti. Keuntungan inisiasi menyusu dini bagi ibu dan bayi:

- 1) Menstabilkan pernafasan.
- 2) Mengendalikan temperatur tubuh bayi.
- 3) Meningkatkan kenaikan berat badan bayi.
- 4) Merangsang produksi oksitosin dan prolaktin pada ibu.
- 5) Menurunkan resiko perdarahan post partum.
- 6) Meningkatkan produksi ASI.

2.8.5.6 Pencegahan infeksi mata

Salep mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan setelah 1 jam kontak kulit ke kulit dan bayi selesai menyusu. Pencegahan infeksi tersebut menggunakan antibiotika tetrasiklin 1%. Salep antibiotika harus tepat diberikan pada waktu satu jam setelah kelahiran. Upaya *profilaksis* infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari satu jam setelah kelahiran.

2.8.5.7 Pemberian vitamin K1

Semua bayi baru lahir harus diberikan vitamin K1 injeksi 1 mg intramuskular setelah 1 jam kontak kulit dan bayi selesai menyusu untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K1 yang dapat dialami oleh sebagian BBL.

2.8.5.8 Pemberian imunisasi

Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Imunisasi Hepatitis B pertama diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K1, pada saat bayi baru berumur 2 jam. Selanjutnya Hepatitis B dan DPT diberikan saat bayi berumur 2 bulan, 3 bulan, dan 4 bulan. Dianjurkan BCG dan OPV diberikan pada saat bayi berumur 24 jam atau pada usia 1 bulan. Selanjutnya OPV diberikan sebanyak 3 kali pada umur 2 bulan, 3 bulan, dan 4 bulan.

2.9 Tinjauan Teori Masa Nifas

2.9.1 Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (*puerperium*) dimaknai sebagai periode pemulihan segera setelah lahirnya bayi dan plasenta serta mencerminkan keadaan fisiologi ibu, terutama sistem reproduksi kembali mendeteksi keadaan sebelum hamil. Periode ini berlangsung enam minggu atau berakhir saat kembaliya kesuburan (Marliandiani, 2015). Masa nifas adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil (Risneni, 2016).

2.9.2 Tahapan Masa Nifas

Tahapan Masa Nifas (Marliandiani, 2015).

2.9.2.1. *Puerperium* dini

Beberapa jam setelah persalinan, ibu dianjurkan segera bergerak dan turun dari tempat tidur. Hal ini bermanfaat mengurangi komplikasi kandung kemih dan konstipasi, menurunkan frekuensi trombosis dan emboli paru pada masa nifas.

2.9.2.2 .*Puerperium intermedial*

Suatu masa yakni kepulihan menyeluruh dari organ-organ reproduksi internal maupun eksternal selama kurang lebih 6-8 minggu.

2.9.2.3 *Remote pueperium*

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi.

2.9.3 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Menurut Maritalia (2012), pada masa nifas organ reproduksi *interna* dan *eksterna* akan mengalami perubahan seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan- perubahan yang terjadi antara lain:

2.9.2.1 Uterus

Setelah melahirkan tinggi fundus uterus mulai berangsur-angsur menurun.

Tabel 2.11 Tinggi Fundus Uteri dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi

I Involusi	TFU	Berat Uterus
B Bayi Lahir	S Setinggi pusat, 2 jari dibawah pusat	1.000 gram
1 1 Minggu	P Perengahan pusat simfisis	5 500gram
2 2 Minggu	T Tidak teraba diatas simfisis	T 300 gram
6 6 Minggu	N Normal	4 40-60 gram
8 8 Minggu	N Normal , sebelum hamil	3 30 gram

Sumber: Maritalia (2012)

2.9.2.2 Serviks

Segera setelah janin dilahirkan, serviks masih dapat dilewati oleh tangan pemeriksa. Setelah 2 jam persalinan serviks hanya dapat dilewati oleh 2-3 jari dan setelah 1 minggu persalinan hanya dapat dilewati oleh 1 jari.

2.9.2.3 Vagina

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

Berikut ini adalah beberapa jenis *lochea* yang terdapat pada wanita masa nifas, antara lain:

a. *Lochea Rubra (cruenta)*

Timbul pada hari 1-2 postpartum, warna merah segar, bercampur sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel *desidua*, sisa-sisa *verniks caseosa*, *lanugo* dan *mekonium*.

b. *Lochea Sanguinolenta*

Timbul pada hari ke 3-7 postpartum, berupa darah bercampur lendir.

c. *Lochea Serosa*

Dimulai dengan versi yang lebih pucat dari *lochea rubra*. *Lochea* ini berbentuk serum dan berwarna merah jambu kemudian menjadi kuning. Cairan tidak berdarah lagi pada hari ke-7 sampai hari ke-14 pasca persalinan.

d. *Lochea Alba*

Lochea Alba adalah *lochea* yang terakhir. Dimulai dari hari ke-14 kemudian makin lama makin sedikit hingga sama sekali berhenti sampai satu atau dua minggu berikutnya. Bentuknya seperti cairan putih berbentuk krim serta terdiri atas leukosit dan sel-sel *desidua*.

2.9.2.4 Payudara

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

a. Produksi susu

b. Sekresi susu atau *let down*

Selama sembilan bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi untuk menghambatnya kelenjar *pituitari* akan mengeluarkan prolaktin (hormon laktogenik). Sampai hari ketiga setelah melahirkan, efek prolaktin pada payudara mulai bisa dirasakan.

2.9.2.5 Sistem pencernaan

Seorang wanita dapat merasa lapar dan siap menyantap makanannya dua jam setelah persalinan. Kalsium amat penting untuk gigi pada kehamilan dan masa nifas, dimana

pada masa ini terjadi penurunan konsentrasi ion kalsium karena meningkatnya kebutuhan kalsium pada ibu, terutama pada bayi yang dikandungnya untuk proses pertumbuhan janin juga pada ibu dalam masa laktasi.

2.9.2.6 Sistem perkemihan

Pelvis ginjal dan *ureter* yang teregang dan berdilatasi selama kehamilan kembali normal pada akhir minggu keempat setelah melahirkan. Kandung kemih pada *puerperium* mempunyai kapasitas yang meningkat secara relatif, oleh karena itu distensi yang berlebihan, *urine residual* yang berlebihan, dan pengosongan yang tidak sempurna, harus diwaspadai dengan seksama. *Ureter* dan *pelvis renalis* yang mengalami *distensi* akan kembali normal pada dua sampai delapan minggu setelah persalinan.

2.9.3 Tanda Bahaya Masa Nifas

Menurut JNPK-KR (2008), tanda-tanda bahaya pada masa nifas antara lain:

2.9.3.1 Demam.

2.9.3.2 Perdarahan aktif, keluar banyak bekuan darah.

2.9.3.3 Bau busuk dari vagina.

2.9.3.4 Pusing, lemas luar biasa.

2.9.3.5 Penyulit dalam menyusukan bayinya.

2.9.3.6 Nyeri panggul atau abdomen yang lebih hebat dari nyeri kontraksi biasa.

2.10 Asuhan Masa Nifas

2.10.1 Pengertian Asuhan Masa Nifas

Menurut Saleha (2009), asuhan kebidanan masa nifas adalah penatalaksanaan asuhan yang diberikan pada pasien mulai dari saat setelah lahirnya bayi sampai dengan kembalinya tubuh dalam keadaan seperti sebelum hamil atau mendekati keadaan sebelum hamil.

2.10.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas

Menurut Saifuddin (2009), tujuan dari pemberian asuhan kebidanan pada masa nifas adalah sebagai berikut.

2.10.2.1 Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.

2.10.2.2 Mendeteksi masalah, mengobati dan merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.

2.10.2.3 Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, imunisasi, serta perawatan bayi sehari-hari.

2.10.2.4 Memberikan pelayanan KB.

2.10.3 Standar Asuhan Masa Nifas

Menurut Permenkes RI No. 43 (2016), terdapat dua standar dalam pelayanan nifas, yaitu:

a Standar 14: penanganan pada dua jam pertama setelah persalinan

Bidan melakukan pemantauan ibu dan bayi terhadap terjadinya komplikasi dalam dua jam setelah persalinan, serta melakukan tindakan yang diperlukan. Disamping itu, bidan memberikan penjelasan tentang hal-hal yang mempercepat pulihnya kesehatan ibu dan membantu ibu untuk memulai pemberian ASI.

b Standar 15: pelayanan bagi ibu dan bayi pada masa nifas

Bidan memberikan pelayanan selama masa nifas melalui kunjungan rumah pada hari ketiga, minggu kedua, dan minggu

keenam setelah persalinan, untuk membantu proses pemulihan ibu dan bayi melalui penanganan tali pusat yang benar, penemuan dini penanganan atau rujukan komplikasi yang mungkin terjadi pada masa nifas, serta memberikan penjelasan tentang kesehatan secara umum, kebersihan diri, makanan bergizi, perawatan payudara, perawatan bayi baru lahir, pemberian ASI, imunisasi dan KB.

2.10.4 Standar Kunjungan Masa Nifas

Tabel 2.12 Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	a. Mencegah perdarahan masa nifas karena <i>atonia</i> uteri. b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan : rujuk bila perdarahan berlanjut. c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena <i>atonia</i>. d. Pemberian ASI awal. e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir. f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.
2	6 6 hari setelah persalinan	a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau. b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal. c. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat. d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
3	2 2 minggu setelah persalinan	Sama dengan kunjungan 6 hari setelah persalinan
4.	6 6 minggu setelah persalinan	a. Menanyakan kepada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami. b. Memberikan konseling untuk KB secara dini.

Sumber : Saifuddin (2009)

2.11 Tinjauan Teori Keluarga Berencana

2.11.1. Pengertian Keluarga Berencana

Menurut Mulayani dan Mega (2013), kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sperma atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim.

Keluarga berencana adalah tindakan yang membantu pasangan suami istri untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapat kelahiran yang memang sangat diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri serta menentukan jumlah anak dalam keluarga (Setyorini, 2014).

2.11.2. Tujuan Program KB

Menurut Setyorini (2014), tujuan utama program KB nasional adalah untuk memenuhi perintah masyarakat akan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi yang berkualitas, menurunkan tingkat atau angka kematian ibu bayi, dan anak serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi dalam rangka membangun keluarga kecil berkualitas sedangkan tujuan program Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) adalah untuk meningkatkan pemahaman, pengetahuan, dan perilaku positif remaja tentang kesehatan dan hak reproduksi, guna meningkatkan derajat kesehatan reproduksinya, untuk mempersiapkan kehidupan dalam mendukung upaya meningkatkan kualitas generasi mendatang.

2.12. Asuhan KB

2.12.1. Pengertian Asuhan KB

Asuhan kebidanan pada keluarga berencana adalah asuhan yang diberikan oleh seorang bidan kepada ibu yang ingin

mendapatkan pelayanan KB. Pelayanan yang diberikan oleh bidan adalah mulai dari informasi tentang macam-macam KB, efek samping, kerugian, kekurangan, indikasi dan kontraindikasi penggunaan KB serta bidan memberikan kewenangan kepada pasien untuk bisa memilih KB apa yang ingin digunakan tanpa paksaan dari bidan sebagai pemberi pelayanan (Dewi, 2013).

2.12.2. Manfaat Asuhan KB

Manfaat dari asuhan KB ini adalah ibu sebagai akseptor KB sudah mengetahui dan memahami dengan jelas tentang KB yang ingin digunakannya melalui bidan sebagai pemberi pelayanan (Dewi, 2013).

2.12.3. Standar Pemeriksaan Calon Akseptor KB

- a. Standar 1: Persiapan untuk kehidupan keluarga sehat
Bidan memberikan penyuluhan dan nasehat kepada perorangan, keluarga, dan masyarakat terhadap segala hal yang berkaitan dengan kehamilan, termasuk penyuluhan kesehatan umum (gizi, KB, kesiapan dalam menghadapi kehamilan dan menjadi calon orang tua, persalinan dan nifas).
- b. Standar 2: Pencatatan dan Pelaporan
Bidan melakukan pencatatan dan pelaporan suatu kegiatan yang dilakukannya, yaitu registrasi semua ibu hamil diwilayah kerja, rincian pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir serta KB.

2.12.4 Standar Asuhan KB Suntik 3 Bulan

Menurut Setyorini (2014), standar asuhan KB suntik 3 bulan adalah:

- a. Profil

Berisi hormon *progestin*. Sangat aman untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI. Kembalinya kesuburan lebih lambat rata-rata 4 bulan. Memiliki efektifitas tinggi dengan 0,3 kehamilan per 100 wanita per tahun, asal penuntikannya dilakukan dengan benar.

b. Jenis

Terdapat 2 jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung *progestin*, yaitu:

- 1) *Depo Medroxyprogesterone Asetat (Depo Provera)*, mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik IM
- 2) *Depo Noretisterone Enantat (Depo Noristerat)*, yang mengandung 200 mg *Noretidon Enantat*, diberikan setiap 2 bulan sekali.

c. Cara Kerja

Mekanisme kerjanya yaitu mencegah ovulasi, mengentalkan lender serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma, menghambat transportasi *gamet* oleh *tuba*.

1) Keuntungan

- a) Pencegahan kehamilan jangka panjang.
- b) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.
- c) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah.
- d) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI.
- e) Sedikit efek samping.
- f) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
- g) Dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 thn sampai *perimenopause*.

- h) Membantu mencegah kanker *endometrium* dan kehamilan ektopik.
- i) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.
- j) Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul.

d. Keterbatasan

- 1) Sering ditemukan gangguan haid, seperti :
 - a) Siklus haid yang memendek atau memanjang.
 - b) Perdarahan yang banyak atau sedikit.
 - c) Perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (*spotting*).
 - d) Tidak haid sama sekali.
- 2) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk suntikan).
- 3) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut.
- 4) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering.
- 5) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus atau infeksi virus HIV.
- 6) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- 7) Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang (*densitas*).
- 8) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, *nervositas*, jerawat.

e. Indikasi

- 1) Usia reproduksi, nulipara dan yang telah memiliki anak.

- 2) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.
- 3) Setelah melahirkan dan setelah abortus.
- 4) Tekanan darah $>180/110$ mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit.
- 5) Menggunakan obat untuk *epilepsy* atau *tuberculosis*.
- 6) Tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen.
- 7) Mendekati usia *menopause* yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.

f. Kontraindikasi

- 1) Hamil atau dicurigai hamil.
- 2) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya.
- 3) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid terutama *amenore*.
- 4) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- 5) Diabetes mellitus disertai komplikasi.

g. Efek Samping

Efek samping yang dapat timbul pada KB suntik 3 bulan antara lain:

- 1) *Amenorea*.
- 2) *Spotting*.
- 3) Meningkatnya/menurunnya berat badan

h. Waktu Mulai Menggunakan Kontrasepsi

- 1) Setiap saat selama siklus haid, asal ibu tidak hamil.
- 2) Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid.
- 3) Pada ibu yang tidak haid, injeksi pertama diberikan setiap saat, asalkan saja ibu tersebut tidak hamil. Selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.

- 4) Ibu yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi lain.
- 5) Ibu sedang menggunakan jenis kontrasepsi lain dan ingin menggantinya dengan jenis suntikan yang lain.

i. Cara Penggunaan

- 1) Kontrasepsi suntikan DMPA diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntikan secara IM (Intra Muscular) di daerah bokong pada 1/3 bagian dari SIAS ke tulang *coccygis*.
- 2) kulit yang akan disuntik dengan kapas alkohol. Biarkan kulit kering sebelum disuntik. Setelah kulit kering baru dilakukan penyuntikkan. Kocok obat dengan baik dan hindari gelembung udara.

j. Kunjungan Ulang

Klien harus kembali ke tempat pelayanan kesehatan untuk mendapatkan suntikan kembali setiap 12 minggu, dari penyuntikan, sebelumnya.