

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 *Continuity Of Care*

Continuity of care dalam kebidanan adalah serangkaian kegiatan yang berkelanjutan dan menyeluruh mulai dari kehamilan, persalinan, pelayanan bayi baru lahir, nifas, serta pelayanan keluarga berencana yang menghubungkan kebutuhan kesehatan perempuan khususnya dan keadaan pribadi setiap individu. *Continuity of care* sangat penting bagi wanita untuk mendapatkan pelayanan dari seorang profesional, sebab dengan begitu maka perkembangan kondisi mereka setiap saat akan terpantau dengan baik selain juga menjadi lebih percaya dan terbuka karena sudah mengenal pemberi asuhan. Bidan diharuskan memberi pelayanan secara *Continuity of care* mulai dari ANC, INC, Asuhan BBL, Asuhan postpartum, Asuhan Neonatus dan pelayanan KB yang berkualitas (Diana, 2017).

2.2 Asuhan Kehamilah

2.2.1 Pengertian kehamilan

Kehamilan merupakan masa yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari). Kehamilan ini dibagi menjadi atas tiga trimester yaitu; kehamilan trimester pertama mulai 0-12 minggu, kehamilan trimester kedua mulai 13-28 minggu, dan kehamilan trimester ketiga dimulai 28-42 minggu (Kusmawati, 2014).

Kehamilan merupakan masa yang cukup untuk bagi seorang ibu hamil yang membutuhkan dukungan dari berbagai pihak, terutama suami agar ibu dapat menjalani proses kehamilan sampai melahirkan dengan aman dan nyaman (Hani, 2011).

2.2.2 Tujuan asuhan kehamilan

pelayanan asuhan antenatal merupakan cara penting untuk memonitor dan mendukung kesehatan ibu hamil normal dan mendeteksi ibu dengan kehamilan normal (Kusmawanti, 2014).

2.2.2.1 Tujuan utama dari asuhan antenatal care

- a. Memfasilitasi hasil yang sehat dan positif bagi ibu maupun bayi dengan cara membina hubungan baik dan saling percaya dengan ibu.
- b. Mendeteksi komplikasi-komplikasi yang dapat mengancam jiwa.
- c. Mempersiapkan kelahiran bayi.
- d. Memberikan pendidikan kesehatan pada ibu hamil, suami dan keluarga.

2.2.2.2 Tujuan asuhan *antenatal* yang lain meliputi:

- a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi.
- c. Mengenal secara dini adanya ketidak normalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
- d. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu mampu bayinya dengan trauma seminimal mungkin,
- e. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.

- f. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

2.2.3 Kebutuhan dasar ibu hamil trimester III

Ada beberapa kebutuhan dasar pada ibu hamil trimester 3 menurut Hani (2011).

2.2.3.1 Oksigen

2.2.3.2 Nutrisi

2.2.3.3 Personal hygiene

2.2.3.4 Pakaian

2.2.3.5 Eliminasi

2.2.3.6 Seksual

2.2.3.7 Mobilisasi

2.2.4 Ketidaknyamanan kehamilan trimester 3

Ada beberapa ketidaknyamanan yang dialami ibu hamil trimester 3 menurut Walyani (2015).

2.2.4.1 Sakit punggung disebabkan karena meningkatnya beban berat yang ibu bawa yaitu bayi dalam kandungan.

2.2.4.2 Pernapasan, pada kehamilan 33-36 minggu banyak ibu hamil yang susah bernafas, ini karena tekanan bayi yang berada dibawah diafragma menekan paru ibu, tapi setelah kepala bayi ibu turun kerongga panggul ini biasanya pada 2-3 minggu sebelum persalinan maka akan merasa lega dan bernafas lebih mudah.

2.2.4.3 Sering buang air kecil, pembesaran rahim, dan penurunan bayi ke pintu atas panggul membuat tekanan pada kandung kemih ibu.

2.2.4.4 Kontraksi perut, *brackton-hicks* kontraksi palsu berupa rasa sakit yang ringan, tidak teratur dan kadang hilang bila duduk atau istirahat.

2.2.5 Cara mengatasi ketidaknyamanan kehamilan Trimester 3

Ada cara untuk mengatasi ketidaknyamanan trimester 3 (Kuswanti, 2014)

2.2.5.1 Sering buang air kecil cara mengatasinya yaitu kosongkan saat ada dorongan untuk kencing, perbanyak minum pada siang hari, jangan kurangi minum untuk mencegah sering buang air kecil, batasi minum teh, kopi, soda, jelaskan tentang bahaya infeksi saluran kemih dengan menjaga posisi tidur, yaitu dengan berbaring miring ke kiri dan kaki ditinggikan untuk mencegah volume urin.

2.2.5.2 Nafas sesak cara mengatasinya yaitu jelaskan penyebab fisiologisnya, merentangkan tangan diatas kepala serta menarik nafas panjang, mendorong postur tubuh yang baik, melakukan pernafasan intercostal.

2.2.5.3 Sakit pada bagian punggung cara mengatasinya gunakan posisi tubuh yang bagus, gunakan bra yang menopang dengan ukuran yang tepat, gunakan kasur yang keras, gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung.

2.2.6 Tanda bahaya kehamilan

Tanda bahaya kehamilan menurut Walyani (2015)

2.2.6.1 Perdarahan pervaginam

2.2.6.2 Sakit kepala yang hebat

2.2.6.3 Penglihatan kabur

2.2.6.4 Bengkak diwajah dan jari-jari tangan

2.2.6.5 Keluar cairan pervaginam

2.2.6.6 Gerakan janin tidak dirasakan

2.2.6.7 Nyeri abdomen yang hebat

2.3 Persalinan

2.3.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kejalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan persentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Mutmainnah, 2017).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain (sectio caesarea), dengan bantuan atau tanpa bantuan kekuatan sendiri (Tando, 2013)

2.3.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Dalam persalinan ada beberapa faktor yang mempengaruhi menurut Tando (2013)

2.3.2.1 *Passage* (jalan lahir)

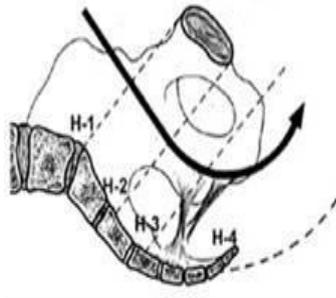
Ukuran panggul bagian keras dibentuk 4 (empat) buah tulang, yaitu: 2 buah tulang *Os coxae* (tulang pangkal paha) terdiri dari: *Os-iliun*, *Os-ischium*, *Os pubis*. 1 buah tulang *Os-sacrum* (tulang belakang) 1 buah tulang *Os coccygis* (tulang ekor) tulang panggul dipisah oleh pintu atas panggul menjadi 2, yaitu:

Pelvis mayor (panggul palsu) adalah bagian atas panggul dan tidak berkaitan dengan persalinan.

Pelvis mayor (panggul sejati) panggul ini menyerupai suatu saluran sumbu melengkung kedepan. Bagian ini merupakan bagian yang mempunyai peran penting karena untuk meramalkan dapat atau tidaknya bayi melewatinya. terdiri

dari: pintu atas panggul, ruang tengah anggul dan pintu bawah panggul.

Gambar 2.1 Bidang-Bidang Hodge:



Sumber: Syaiful, 2019

- a. Bidang *hodge* I, setinggi pintu atas panggul (PAP) yang dibentuk oleh *promotorium*, *artikulasio sacro-iliaca*, sayap *sacrum*, *linea inominata*, *ramus superior os pubis*, dan tepi atas *simfisis pubis*.
- b. Bidang *hodge* II, setinggi pinggir bawah *simfisis pubis* berhimpit dengan PAP (Hodge I)
- c. Bidang *hodge* III, setinggi *spina ichiadika* berhimpit dengan PAP (Hodge II)
- d. Bidang *hodge* IV, setinggi ujung *os coccygis* berhimpit dengan PAP (Hodge I)
- e. Bagian lunak panggul otot-otot jaringan-jaringan dan ligamen-ligamen. Bagian lunak yang berperan dalam persalinan adalah segmen bawah rahim, serviks uteri dan vagina. Disamping itu, otot-otot jaringan ikat dan ligamen yang menyokong alat-alat *urogenital* juga
- f. sangat berperan dalam persalinan (Tando, 2013)

2.3.2.2 Power (kekuatan)

a. His (kontraksi uterus)

Power atau kekuatan adalah tenaga ibu yang digunakan untuk dapat membuka serviks dan mendorong janin kebawah. Dalam proses persalinan yang terdiri dari his dan kontraksi uterus dan untuk meneran. Power merupakan kekuatan utama ibu yang dihasilkan oleh adanya kontraksi dan retraksi otot-otot rahim (Tando,2013)

Faktor yang perlu diperhatikan saat his adalah:

- 1) Frekuensi His
- 2) Intensitas His
- 3) Durasi atau lama His
- 4) Datangnya His
- 5) Interval His

Perubahan-perubahan akibat his adalah:

1) Pada uterus dan serviks

Uterus terasa keras/ padat karena kontraksi. Tekanan hidrostatik air ketuban dan tekanan intrauterin naik serta menyebabkan serviks menjadi datar, tipis dan terbuka (dilatasi).

2) Pada ibu

Rasa nyeri karena kekurangan suplai darah ke rahim dan kontraksi rahim. Juga ada kenaikan nadi dan tekanan darah.

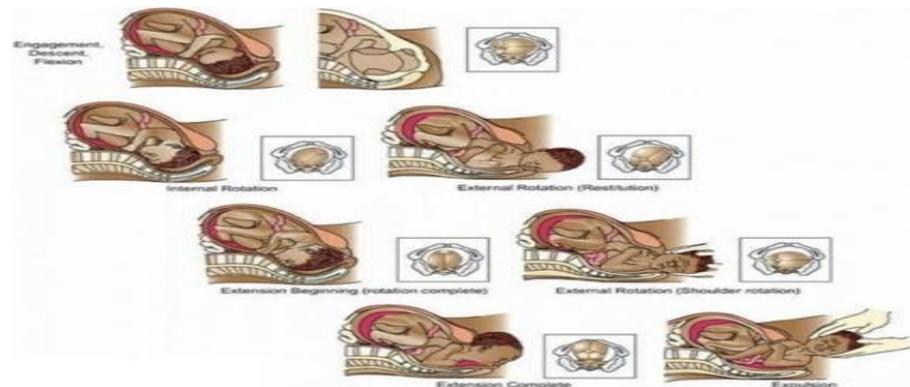
3) Pada janin

Pertukaran oksigen pada sirkulasi uterus- plasenta kurang, maka timbul hipoksia janin, denyut nadi

janin melambat (*bradikardi*) dan kurang jelas di dengar karena adanya *iskemia* fisiologis.

2.3.3 Mekanisme persalinan

Gambar 2.2 Mekanisme Persalinan



Sumber: Margaret, 2013

2.3.4 Tanda-tanda persalinan

Persalinan dimulai bila ibu sudah dalam inpartu (saat terus kontraksi menyebabkan perubahan pada serviks membuka dan menipis), berakhirnya plasenta secara lengkap (Tando, 2013).

2.3.4.1 *Lightening* yang mulai dirasakan kira-kira 2 minggu menjelang persalinan, adalah penurunan bagian presentasi kedalam *pelvis minor*. Pada persentasi *sefalik*, kepala bayi biasanya menancap setelah *lightening*. *Lightening* adalah sebutan bahwa kepala janin sudah turun. Sesak nafas yang dirasakan sebelumnya selama trimester ke III kehamilan akan berkurang karena kondisi ini akan menciptakan ruang yang besar di dalam abdomen atas untuk pengembangan paru. Namun *lightening* tetap menimbulkan rasa sakit tidak nyaman yang lain akibat tekanan bagian presentasi pada struktur di area *pelvis minor*.

2.3.4.2 Mendekati persalinan serviks semakin “matang” kalau tadinya selama hamil, serviks dalam keadaan menutup,

panjang dan lunak, sekarang serviks masih lunak, dengan konsistensi seperti puding dan mengalami sedikit penipisan (*effacement*) dan kemungkinan sedikit dilatasi. Evaluasi kematangan serviks akan tergantung pada individu wanita dan paritasnya. Sebagai contoh, pada masa hamil serviks ibu multipara secara normal mengalami pembukaan 2 cm, sedangkan pada primigravida dalam kondisi normal serviks menutup.

- 2.3.4.3 Persalinan palsu terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri, yang memberi pengaruh signifikan terhadap serviks. Kontraksi pada persalinan palsu sebenarnya timbul akibat kontraksi *braxton hicks* yang tidak nyeri, yang telah terjadi sejak sekitar enam minggu kehamilan.
- 2.3.4.4 Kontraksi normal, ketuban pecah pada akhir kala I persalinan. Apabila terjadi sebelum persalinan, disebut ketuban pecah dini (KPD). Kurang lebih 80 % wanita yang mendekati usia kehamilan cukup bulan dan mengalami KPD mulai mengalami persalinan spontan mereka dalam waktu 24 jam.
- 2.3.4.5 *Bloody show* (lendir bercampur darah) paling sering terlihat sebagai lendir bercampur darah yang lengket dan harus dibedakan dengan cermat dari perdarahan murni. *Bloody show* merupakan tanda persalinan yang akan terjadi, biasanya dalam 24 jam sampai 48 jam.
- 2.3.4.6 Banyak wanita mengalami lonjakan energi kurang lebih 24 jam sampai 24 jam sebelum proses persalinan. Para wanita ini merasa letih secara fisik dan lelah karena hamil, para wanita ini merasa enerjik melakukan sebelum kedatangan bayi, selama beberapa jam sehingga mereka semangat

melakukan berbagai aktifitas yang sebelumnya tidak mampu mereka lakukan. Akibatnya, mereka memasuki masa persalinan dalam keadaan letih.

2.3.5 Tahapan Persalinan

Persalinan kala 1 disebut juga kala pembukaan, kala 2 disebut juga tahap pengeluaran, kala 3 disebut juga kala uri, dan kala 4 adalah 2 jam setelah plasenta keluar (Oktarina, 2016)

2.3.5.1 Kala 1 (kala pembukaan)

Kala 1 persalinan terdiri dari 2 fase yaitu:

a. Fase laten

Dimulai sejak ada kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap berlangsung hingga serviks membuka sampai 3 atau kurang dari 4 cm pada fase ini berlangsung lebih kurang 8 jam kontraksi mulai teratur tetapi lamanya diantara 20-30 detik.

b. Fase aktif

Frekuensi dan lama kontraksi uterus dan meningkat secara bertahap dari pembukaan 4 cm mencapai pembukaan 10 cm untuk multipara kecepatannya rata-rata 2 cm perjam dan pada primigravida kecepatannya rata-rata 1 cm perjam. terjadi penurunan bagian bawah janin.

Dalam fase aktif ini terbagi menjadi tiga yaitu:

1) Fase akselerasi

Pembukaan dari 3 cm menjadi 4 cm berlangsung selama 2 jam.

2) Fase dilatasi maksimal

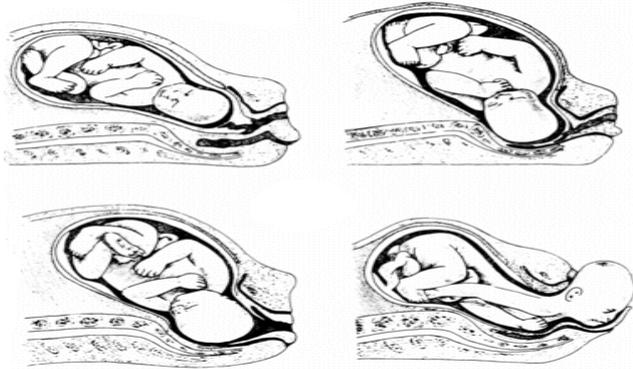
Pembukaan dari 4 cm menjadi 9 cm berlangsung secara cepat yaitu selama 2 jam.

3) Fase deselerasi

Pembukaan dari 9 cm berlangsung selama 2 jam.

2.3.5.2 Kala 2 (kala pengeluaran)

Gambar 2.3 Kala II

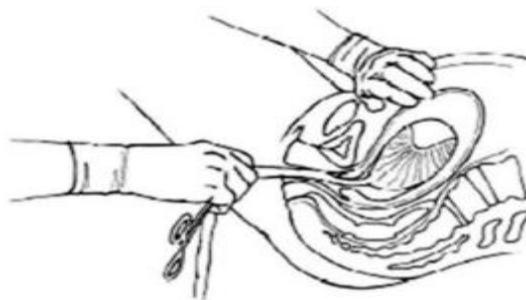


Sumber: Naomy, 2013

Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida.

2.3.5.3 Kala 3 (kala uri atau plasenta lepas dari dinding uterus dan dilahirkan)

Gambar 2.4 Kala III



Sumber: Naomy, 2013

Dimulai setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan pundus uteri agak diatas pusat.

2.3.5.4 Kala 4 (kala dimulainya plasenta lahir sampai 1 jam) Dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum observasi yang harus dilakukan pada saat ini adalah:

- a. Tingkat perdarahan ibu
- b. Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital
- c. Kontraksi uterus
- d. Jumlah perdarahan

2.3.6 Kebutuhan dasar ibu selama proses persalinan menurut Oktarina, (2016)

2.3.6.1 Oksigen

2.3.6.2 Makan dan minum

2.3.6.3 Istirahat

2.3.6.4 Buang Air kecil (BAK)

2.3.6.5 Buang air besar (BAB)

2.3.6.6 Personal hygiene

2.3.7 Lima benang merah asuhan persalinan

Lima aspek dasar atau lima benang merah, yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman Lima benang merah tersebut (Prawirohardjo 2010).

2.3.7.1 Membuat keputusan klinik

2.3.7.2 Asuhan sayang ibu

2.3.7.3 Pencegahan infeksi

2.3.7.4 Pencatatan (dokumentasi)

2.3.7.5 Rujukan

2.3.8 Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan

Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan (Oktarina, 2016)

2.3.8.1 Panggil ibu sesuai namanya, hargai dan perlakukan ibu sesuai martabatnya.

- 2.3.8.2 Jelaskan semua, asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan tersebut.
- 2.3.8.3 Jelaskan proses persalinana kepada ibu dan keluarganya.
- 2.3.8.4 Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.
- 2.3.8.5 Dengarkan dan tanggapai pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
- 2.3.8.6 Berikan dukungan, besarkan hatinya dan tentramkan hatinya ibu beserta, anggota-anggota keluarganya.
- 2.3.8.7 Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- 2.3.8.8 Ajarkan suami dan anggota- anggota keluarga mengenai cara-cara bagaimana mereka dapat memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- 2.3.8.9 Secara konsisten lakukan praktik-praktik pencegahan infeksi yang baik.
- 2.3.8.10 Hargai privasi ibu.
- 2.3.8.11 Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi.
- 2.3.8.12 Anjurkan ibu untuk minum dan makan-makanan ringan sepanjang ibu menginginkannya.
- 2.3.8.13 Hargai dan perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu
- 2.3.8.14 Hindari tindakan berlebihan mungkin membahayakan seperti *episiotomi*, pencukuran dan *klisma*.
- 2.3.8.15 Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegara mungkin.
- 2.3.8.16 Membantu memulai pemberian ASI dalam satu jam pertama setelah bayi lahir.
- 2.3.8.17 Siapkan rencana rujukan (bila perlu).

2.3.8.18 Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik dan bahan-bahan, perlengkapan dan obat-obatan yang diperlukan. Siap untuk melakukan resusitasi bayi baru lahir pada, setiap, kelahiran bayi.

2.3.9 60 langkah APN

Tabel 2.1 60 langkah Asuhan Persalinana Normal

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 sfingter ani 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 atau steril tanpa mengontaminasi tabung suntik.
7.	Perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi).
8	Dengan menggunakan tehnik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. (Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, maka lakukan amniotomi).

No	Kegiatan
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 (120-160 kali/menit). Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal, 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: <ul style="list-style-type: none"> 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

No	Kegiatan
	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, melusurkan 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.	Meringankan tubuh bayi, mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Letakkan bayi di atas perut ibu.
25.	Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
26.	Beritahu ibu bahwa ia akan di suntik oksitosin agar uterus dapat berkontraksi dengan baik.
27.	Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (Intra Muskular) dipaha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
28.	Menjepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).

No	Kegiatan
29.	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
30.	Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya.
31.	Penatalaksanaan aktif kala III Memindahkan klem pada tali pusat hingga
32.	berjarak 5-10 cm dari vulva.
33.	Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu di tepi atas simfisis untuk mendeteksi perlekatan plasenta pada dinding uterus, sementara tangan yang lain
34.	menegangkan tali pusat.
35.	Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang-atas (dorsokranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). 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 (dorso kranial) secara hati-hati. Melakukan penegangan dan dorongan dorso kranial 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 dorso kranial).
37.	Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil, kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika terdapat selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput, kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang

No	Kegiatan
	tertinggal.
38.	Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus. Meletakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik tindakan masase.
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 massase 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%

No	Kegiatan
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)

(APN, 2017)

2.3.10 Retensio plasenta

Plasenta adalah tertahannya atau belum lahirnya plasenta hingga atau melebihi 30 menit setelah bayi lahir (Rimandini, 2014).

2.3.10.1 Jenis-jenis retensio plasenta

Retensio pasenta memiliki jenis yaitu (Rimandini, 2014) adalah sebagai berikut:

- a. *Plasenta adhesive*: implantasi yang kuat dari jonjot *korion* plasenta sehingga menyebabkan kegagalan mekanisme perpisahan fisiologis.
- b. *Plasenta akreta*: implantasi jonjot *korion* plasenta hingga memasuki sebagian lapisan *miometrium*. *Plasenta akareta* tanda penting untuk didiagnosis pada pemeriksaan luar adalah ikutnya fundus/ korpus apabila tali pusat tertarik. Pada pemeriksaan dalam sulit

ditentukan tepi pelepasan karena implantasi yang dalam. Upaya yang dapat dilakukan pada fasilitas pelayanan dasar adalah menentukan diagnosis, stabilisasi pasien, dan rujuk ke rumah sakit rujukan karena kasus ini memerlukan kasus tindakan operatif.

- c. *Plasenta inkreta*: implantasi jonjot *korion* plasenta hingga mencapai/memasuki *miometrium*.
- d. *Plasenta perkreta*: implantasi jonjot *korion* yang menembus lapisan otot hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus.
- e. *Plasenta inkarserata*: tertahannya plasenta di dalam kavum uteri, disebabkan oleh kontraksi *ostium uteri*.

2.3.10.2 Faktor yang mempengaruhi retensio plasenta

Retensio plasenta dapat disebabkan oleh faktor maternal seperti paritas, usia ibu, anemia, serta riwayat retensio plasenta. Dalam keadaan normal, *decidual basalis* terletak diantara *myometrium* dan plasenta. Lempong pembelahan bagi pemisahan plasenta berada dalam lapisan *decidual basalis* yang mirip spons. Kondisi patologis yang menyebabkan pada retensio plasenta, karena *decidual basalis* tidak ada sebagian atau seluruhnya, sehingga plasenta melekat langsung pada *myometrium*. Villi tersebut bisa tetap *superficial* pada otot uterus atau dapat menembus lebih dalam. Keadaan ini bukan terjadi karena sifat *invasiv trofoblast* yang abnormal melainkan karena ada efek pada *desidual*. Pada daerah *superficial myometrium* tumbuh sejumlah besar saluran vena dibawah plasenta. *Ruptura sinus-sinus* ini yang terjadi ketika plasenta dikeluarkan secara

paksa akan menimbulkan perdarahan dalam jumlah banyak (Riyanto, 2015).

a. Usia

Penelitian yang dilakukan oleh Owolabi, dkk (2008) 5 di Barat Daya Negeria bahwa usia ibu > 35 tahun meningkatkan resiko 7 kali untuk mengalami kejadian retensio plasenta. Penelitian oleh Notikaratu, dkk (2013) di RSUD Raden Mttaher Jambi tahun 2011-2012 menyimpulkan usia beresiko tinggi (<20 tahun atau > 35 tahun) mempunyai resiko 2,158 mengalami kejadian retensio plasenta. Usia <20 tahun merupakan usia yaang beresiko karena fungsi reproduksi seorang wanita belum berkembang dan sempurna. Sedangkan usia >35 tahun fungsi reproduksi seorang wanita sudah mengalami penurunan dibandingkan fungsi reproduksi normal sehingga kemungkinan untuk terjadi komplikasi persalinan terutama perdarahan yang disebabkan oleh retensio plasenta. Faktor usia terlalu tua yang beresiko tinggi dapat menyebabkan *inkoordinasi* kontraks otot rahim sehingga dapat mengganggu proses pelepasan plasenta dari tinding rahim (Riyanto, 2015)

b. Paritas

Hasil analis penelitian terdapat 33,3% ibu hamil dengan paritas tinggi mengalami retensio plasenta. Artinya ibu bersalin dengan paritas tinggi mempunyai risiko 2,312 kali untuk mengalami retensio plasenta dibandingkan ibu hamil dengan paritas rendah. Semakin tinggi paritas beresiko semakin besar mengalami retensio plasenta. Hasil penelitian ini mendukung penelitian sebelumnya.

Hasil penelitian Notikaratu, dkk (2013) di RSUD Raden Mattaher Jambi tahun 2011-2012 memperoleh hasil ibu hamil dengan paritas tinggi (multipara) beresiko 11 kali mengalami kejadian retensio plasenta. Hal ini terjadi karena kemunduran dan cacat pada *endometrium* yang mengakibatkan terjadinya *fibrosis* pada bekas *implantasi* plasenta pada persalinan sebelumnya, sehingga *vaskularisasi* menjadi berkurang. Pada paritas tinggi juga mengalami peningkatan retensio plasenta pada persalinan berikutnya, hal ini karena pada setiap kehamilan jaringan *fibrosa* menggantikan serat otot di dalam uterus sehingga dapat menurunkan kontaktilitasnya dan pembuluh darah menjadi lebih sulit di *kompresi* dan mengakibatkan pelengketan ditempat *implantasi* (Riyanto, 2015)

c. Anemia

Hasil penelitian menyimpulkan terdapat hubungan antara anemia dengan kejadian retensio plasenta. Terdapat ibu bersalin dengan anemia berjumlah 29,0% mengalami retensio plasenta. Ibu bersalin dengan anemia mempunyai risiko 3,467 kali untuk mengalami retensio plasenta dibandingkan dengan ibu bersalin yang tidak anemia. Hal ini dapat menyebabkan kontraksi serat-serat *myometrium* terutama yang berada disekitar pembuluh darah yang mensuplai darah pada tempat perlengketan plasenta menjadi lemah sehingga memperbesar risiko terjadinya retensio plasenta karena *myometrium* tidak dapat berkontraksi. Ibu dengan anemia juga dapat menimbulkan gangguan pada kala 3 yang diikuti retensio plasenta dan perdarahan postpartum. Ibu yang memasuki

persalinan dengan konsentrasi *hemoglobin* yang rendah (dibawah 10 gr/dl) dapat mengalami penurunan yang lebih cepat lagi jika terjadi perdarahan (Riyanto, 2015).

2.3.11 Tanda bahaya persalinan

Tanda bahaya persalinan menurut (Rimandini, 2014)

2.3.11.1 Tali pusat dan tangan bayi keluar dari jalan lahir

2.3.11.2 Ibu mengalami kejang

2.3.11.3 Ibu tidak kuat mendedan

2.3.11.4 Air ketuban keruh dan berbau

2.3.11.5 Ibu gelisah atau mengalami kesakitan yang hebat perdarahan lewat jalan lahir.

2.4 Bayi Baru Lahir

2.4.1 Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan *intrauterin ekstrauterin* (Sondakh, 2013).

Bayi baru lahir normal adalah berat lahir dengan berat 2500-4000 gram cukup bulan, menangis kuat, dan tidak ada kelainan kongenital atau cacat bawaan lahir (Kumalasari, 2015)

2.4.2 Tujuan asuhan bayi baru lahir

Tujuan asuhan bayi baru lahir menurut (Kumalasari, 2015)

2.4.2.1 Mencapai dan mempertahankan jalan nafas dan mendukung pernapasan.

2.4.2.2 Mempertahankan kehangatan dan mencegah hipotermia.

2.4.2.3 Memastikan keamanan dan mencegah cedera dan infeksi.

2.4.2.4 Mengidentifikasi masalah-masalah aktual atau potensial yang memerlukan perhatian segera.

2.4.2.5 Memfasilitasi hubungan dekat orang tua bayi.

2.4.2.6 Membantu orang tua dalam mengembangkan sikap sehat tentang praktik pembesaran anak.

2.4.2.7 Memberikan informasi kepada orang tua tentang perawatan bayi baru lahir.

2.4.3 Prinsip penanganan bayi baru lahir yaitu:

Didalam prinsip penanganan bayi baru lahir ada memiliki prinsip (Mutmainnah, 2017)

2.4.3.1 Penilaian bayi waktu lahir (*Assasment At Birth*)

2.4.3.2 Pemotongan tali pusat

2.4.3.3 Mempertahankan suhu tubuh bayi

2.4.3.4 Memberikan vitamin K

2.4.3.5 Memberikan obat salep/tetes mata

2.4.3.6 Identitas bayi

2.4.3.7 Pemantauan bayi baru lahir

2.4.4 Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir Normal

2.4.4.1 Berat badan 2500-4000 gram.

2.4.4.2 Panjang badan 48-50 cm

2.4.4.3 Lingkar dada bayi 32-34 cm

2.4.4.4 Lingkar kepala 33-35 cm.

2.4.4.5 Frekuensi jantung pertama \pm 180x/menit, kemudian turun

2.4.4.6 sampai 140-120x/menit pada saat bayi berumur 30 menit

2.4.4.7 Pernapasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80x/menit disertai pernafasan cuping hidung, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit.

2.4.4.8 Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup.

2.4.4.9 Rambut lanugo tidak terlihat

2.4.4.10 Rambut kepala biasanya telah sempurna.

2.4.4.11 Kuku agak panjang dan lemas.

2.4.4.12 Genitalia perempuan labiamayora sudah menutupi labia minora, Genetalia laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada.

2.4.4.13 Refleks hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.

2.4.4.14 Refleks moro atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik.

2.4.4.15 Refleks graps atau menggenggam sudah baik.

2.4.4.16 Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan (Sondakh, 2013).

2.4.5 Apgar score bayi baru lahir

Waktu melakukan apgar score menit kelahiran yaitu untuk mmberi kesempatan pada bayi untuk memulai perubahan. Menit ke 5, menit dan menit ke-10. Penilaian dapat dilakukan lebih sering jika ada nilai yang lebih rendah dan perlu tindakan resusitasi. Penilaian setiap variabel dinilai : 0, 1 dan 2 nilai tertinggi adalah 10 nilai 7-10 menunjukkan bahwa bayi dalam keadaan baik, nilai 4-6 menunjukkan bayi mengalami depresi sedang dan membutuhkan tindakan resusitasi, nilai 0-3 menunjukkan bayi mengalami depresi serius dan membutuhkan resusitasi segera sampai ventilasi (Sondakh, 2013)

2.4.6 Apgar score

Tabel 2.2 Apgar Score

Tanda	1	2	3
<i>Appearance</i>	Biru, Pucat	Badan pucat, tungkai Biru	Semuanya merah muda
<i>Pulse</i>	Tidak Teraba	< 100	> 100
<i>Grimace</i>	Tidak Ada	Lambat	Menangis Kuat
<i>Activity</i>	Lemah/Lumpuh	Gerakan sedikit/fleksi	Aktif/fleksi tungkai

		tungkai	baik/ reaksi melawan
<i>Respiratory</i>	Tidak Ada	Lambat, Tidak teratur	Baik, menangis kuat

Sumber: (Sondakh, 2013)

2.4.7 Penatalaksanaan awal pada bayi

Penatalaksanaan yang diberikan pada bayi baru lahir selama satu jam pertama setelah kelahiran (Sondakh, 2013).

2.4.7.1 Membersihkan jalan nafas

2.4.7.2 Sambil menilai pernapasan secara tepat, letakkan bayi dengan handuk diatas perut ibu.

2.4.7.3 Bersihkan darah/lendir dari wajah bayi dengan kain bersih dan kering/kassa.

2.4.7.4 Periksa ulang pernapasan.

2.4.7.5 bayi akan segera menangis dalam waktu 30 detik pertama setelah lahir

2.4.8 Perawatan tali pusat

Perawatan tali pusat menurut kelahiran Sondakh (2013).

2.4.8.1 Setelah plasenta lahir dan kondisi ibu stabil, ikat dan jepit tali pusat dengan cara celupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan kedalam klorin 0,5 % untuk membersihkan darah dan sekresi tubuh lainnya. Bilas tangan dengan air matang/DTT, Keringkan tangan (bersarung tangan), Letakkan bayi yang terbungkus diatas permukaan yang bersih dan hangat. Ikat ujung tali pusat sekitar 1 cm dari pusat dengan menggunakan benang DTT. Lakukan simpul kunci/jepitan jika meggunakan benang tali pusat, lingkarkan benang sekeliling ujung tali pusat dan lakukan pengikatan kedua dengan simpul kunci dibagian tali pusat pada sisi yang berlawanan lepaskan klem penjepit dan letakkan didalam larutan klorin 0,5 %.

2.4.8.2 Mempertahankan suhu tubuh bayi dengan cara:

- a. Keringkan bayi tanpa membersihkan *verniks*.
- a. Letakkan bayi agar terjadi kontak kulit ibu ke kulit bayi.
- b. Selimuti dan pakaikan top bagiani kepala.
- c. Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir.

2.4.8.3 Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Didalam teori menyebutkan bahwa tanda bahaya bayi baru lahir menurut Mutmainnah (2017).

- a. Bayi tidak mau menyusu
- b. Kejang
- c. Merintih
- d. Lemah
- e. Pernafasan < 30 x/menit
- f. Demam
- g. Kulit kuning
- h. Mata bernanah
- i. Tali pusar bernanah dan merah

2.4.8.4 Mekanisme kehilangan panas

Kehilangan pada pada bayi baru lahir menurut Mutmainnah (2017).

- a. Evaporasi
- b. Konduksi
- c. Konveksi
- d. Radiasi

2.4.8.5 Pelayanan Kesehatan Neonatus

Kesehatan neonatus memiliki pelayanan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus sedikitnya 3 kali selama periode 0 sampai 28 hari

setelah lahir baik difasilitas kesehatan maupun kunjungan rumah (Mutmainnah, 2017).

Tabel 2.3 Pelayanan Kesehatan Neonatus

No	Kunjungan Neonatus	Asuhan yang diberikan
1	Kunjungan Neonatal ke-1 (6-48 jam)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan bayi baru lahir 2. ASI eksklusif 3. Menjaga bayi tetap hangat 4. Perawatan bayi, tanda dan bahaya bayi baru lahir 5. Merawat BBLR (apabila bayi dalam keadaan lahir dengan berat badannya kurang) 6. Konseling
2	Kunjungan Neonatal ke-2 (3-7 hari)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan bayi baru lahir 2. ASI eksklusif 3. Perawatan bayi 4. Tanda dan bahaya bayi baru lahir
		<ol style="list-style-type: none"> 5. Merawat BBLR (apabila bayi dalam keadaan lahir dengan berat badannya kurang dari 2500 gram) 6. Konseling
3	Kunjungan Neonatal ke-3 (8-28 hari)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan bayi baru lahir 2. ASI eksklusif 3. Perawatan bayi 4. Tanda dan bahaya bayi baru lahir merawat BBLR (apabila bayi dalam keadaan lahir dengan berat badannya kurang dari 2500 gram) 5. Konseling.

Sumber: (Ristica, 2019)

2.5 Asuhan Nifas

2.5.1 Pengertian Nifas

Masa dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali seperti semula sebelum hamil yang berlangsung selama 6 minggu atau lebih dari 40 hari (Andina, 2018).

2.5.2 Tujuan Masa Nifas

Asuhan masa nifas memiliki beberapa tujuan menurut Andriyani, (2014).

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

2.5.2.2 Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya.

2.5.2.3 Mendukung dan memperkuat keyakinan diri ibu dan memungkinkan ia melaksanakan peran ibu dalam situasi keluarga dan budaya yang khusus.

2.5.2.4 Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi, kepada bayinya, dan perawatan bayi sehat.

2.5.2.5 Memberikan pelayanan keluarga berencana

2.5.2.6 Mempercepat involusi alat kandungan.

2.5.2.7 Melancarkan fungsi perkemihan.

2.5.2.8 Melancarkan pengeluaran lochea

2.5.2.9 Meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat fungsi hati dan pengeluaran sisa metabolisme.

2.5.2.10 Mengidentifikasi memberi dukungan terus-menerus selama masa nifas yang baik dan sesuai dengan kebutuhan ibu agar mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas

- 2.5.2.11 Sebagai hubungan yang erat antara ibu dan bayi secara fisik dan psikologis
- 2.5.2.12 Mengondisikan ibu untuk menyusui banyinya dengan cara menciptakan rasa nyaman.
- 2.5.2.13 Membuat kebijakan, perencanaan program kesehatan yang berkaitan dengan ibu dan anak, serta mampu melakukan kegiatan administrasi.
- 2.5.2.14 Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan.
- 2.5.2.15 Melakukan manajemen asuhan kebidanan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosa, dan rencana tindakan, serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas.
- 2.5.2.16 Memberikan asuhan kebidanan secara profesional.

2.5.3 Adaptasi fisiologis masa nifas

Adaptasi fisiologis yang dialami pada ibu masa nifas menurut Andriyani (2014).

- 2.5.3.1 Periode *takin in* (hari ke 1-2 setelah melahirkan)
- 2.5.3.2 Ibu masih pasif dan tergantung dengan orang lain
- 2.5.3.3 Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran perubahan tubuhnya.
- 2.5.3.4 Periode *takin on/takin hold* (hari ke 2-4 setelah melahirkan)
- 2.5.3.5 Ibu memperhatikan kemampuan menjadi orang tua dan meningkatkan tanggung jawab akan bayinya.
- 2.5.3.6 *Periode letting go*
- 2.5.3.7 Ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayinya dan memahami kebutuhan janin dalam sehingga akan mengurangi hak ibu dalam kebebasan dan hubungan sosial.

2.5.4 Keadaan yang dirasakan ibu nifas

Ada beberapa keadaan yang dirasakan pada ibu nifas menurut (Andina, 2018).

2.5.4.1 Rasa kram atau kejang dibagian bawah perut akibat kontraksi atau penciutan rahim.

2.5.4.2 Payudara membesar karena terjadinya pembentukan ASI.

2.5.4.3 Kesulitan BAK dan BAB.

2.5.4.4 Perlukaan jalan lahir (lecet atau jahitan)

2.5.5 Jenis-jenis pengeluaran *lochea*

Tabel 2.4 Jenis Penegeluara *Lochea*

<i>Lochea</i>	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa darah.
Sanguinolenta	3-7 hari	Merah kekuningan	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	8-14 hari	Kekuningan/ kecokelatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta.
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut mati.

Sumber: (Andina, 2018)

2.5.6 Kebutuhan dasar ibu nifas

Kebutuhan dasar selama ibu masa nifas menurut Kumalasari, (2015)

2.5.6.1 Nutrisi dan cairan

Pada masa nifas masalah diet perlu mendapatkan perhatian yang serius, karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi susunan air susu.

2.5.6.2 Tambahan kalori tiap hari.

Untuk menghasilkan setiap 100 ml susu, ibu memerlukan asupan kalori 85 kalori. Pada saat minggu pertama dari enam bulan menyusui (ASI eksklusif) jumlah susu yang harus dihasilkan oleh ibu sebanyak 750 ml setiap harinya. Mulai minggu kedua susu yang harus dihasilkan adalah sejumlah 600 ml, jadi tambahan kalori yang harus dikonsumsi oleh ibu adalah 510 kalori.

2.5.6.3 Ambulasi

Jika tidak ada kelainan maka lakukan mobilisasi sedini mungkin, yaitu 2 jam setelah persalinan normal yaitu miring kiri atau kanan terlebih dahulu, kemudian duduk dan apabila ibu sudah cukup kuat berdiri maka ibu dianjurkan untuk berjalan ke toilet untuk berkemih.

2.5.6.4 Eliminasi

a. Buang air kecil

Pengeluaran urin akan meningkat pada 24-48 jam pertama sampai hari kelima postpartum. Ibu harus berkemih spontan dalam 6-8 jam postpartum karena karena dapat menghambat uterus berkontraksi dengan baik sehingga menimbulkan perdarahan yang berlebihan.

b. Buang air besar

Kesulitan buang air besar (konstipasi) dapat terjadi karena ketakutan akan rasa sakit, takut jahitan terbuka, atau karena hemoroid. Ini penting untuk menghindari gangguan kontraksi uterus yang dapat menghambat pengeluaran cairan vaginam.

2.5.7 Kebijakan program nasional masa nifas

Program dan kebijakan teknis masa nifas, paling sedikit dilakukan 4 kali kunjungan masa nifas (Andriyani, 2014)

2.5.7.1 Memelihara kondisi kesehatan ibu dan bayi

2.5.7.2 Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya.

2.5.7.3 Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas.

2.5.7.4 Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu dan bayi.

2.5.7.5 Kunjungan masa nifas

Tabel 2.5 Kunjungan Masa Nifas

No	Kunjungan Nifas	Asuhan yang diberikan
1	Kunjungan I (6-8 Jam)	<ol style="list-style-type: none">1. Mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas karena atonia uteri.2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain dari perdarahan rujuk jika perdarahan berlanjut.3. Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.4. Pemberian ASI awal.5. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara7. mencegah <i>hipotermi</i>.
2	Kunjungan II (6 hari)	<ol style="list-style-type: none">1. Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal yaitu uterus berkontraksi, fundus dibawah <i>umbilikus</i>, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.2. Menilai adanya tanda-tanda demam infeksi, atau perdarahan abnormal.

No	Kunjungan Nifas	Asuhan yang diberikan
		<ol style="list-style-type: none"> 3. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat. 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. 5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari
3	Kunjungan III (2 minggu)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal yaitu uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau. 2. Menilai adanya tanda-tanda demam infeksi, atau perdarahan abnormal. 3. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat. 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. 5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
4	Kunjungan IV (6 minggu)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit terhadap ibu maupun bayinya. 2. Memberikan konseling untuk KB secara dini

Sumber: (Andriyani, 2014)

2.5.7.6 Tanda-tanda bahaya pada masa nifas

Ada beberapa tanda bahaya ibu pada masa nifas (Andriyani, 2014)

- a. Perdarahan hebat atau peningkatan perdarahan secara tiba-tiba (melebihi haid biasa atau jika perdarahan

tersebut membasahi lebih dari 2 pembalut dalam waktu setengah jam).

- b. Pengeluaran cairan vaginam dengan berbau busuk.
- c. Rasa nyeri diperut bagian bawah atau punggung
- d. Sakit kepala yang terus-menerus, nyeri *epigastrik*, atau masalah penglihatan.
- e. Pembengkakan pada wajah, demam, muntah, rasa sakit sewaktu buang air kecil, atau merasa tidak enak badan.
- f. Payudara yang memerah, panas, dan/ atau sakit
- g. Kehilangan selera makan untuk waktu yang berkepanjangan.
- h. Rasa sakit, berwarna merah kelegambutan dan/ atau pembengkakan pada kaki.
- i. Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengurus diri-sendiri atau bayinya sendiri.
- j. Merasa sangat letih atau bernafas terengah-engah.

2.6 Keluarga Berencana

2.6.1 Pengertian Keluarga Berencana

Istilah keluarga berencana (KB) dapat didukung dengan istilah kontrasepsi yang berarti mencegah pertemuan antara sel telur sperma yang akan mengakibatkan kehamilan (Sutanto, 2018).

Keluarga berencana merupakan usaha suami-istri untuk mengukur jarak jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Usaha yang dimaksud termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga (Purwoastuti, 2015).

2.6.2 Tujuan Keluarga Berencana

Beberapa tujuan keluarga berencana menurut (Purwoastuti, 2015).

2.6.2.1 Tujuan umum: meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan Norma Keluarga Kecil Bahagia

Sejahtera (NKKBS) yang menjadi dasar terwujudnya masyarakat yang sejahtera dengan mengendalikan kelahiran sekaligus menjamin terkendaliya penambahan penduduk.

2.6.2.2 Tujuan khusus: meningkatkan penggunaan alat kontrasepsi dan kesehatan keluarga berencana dengan cara pengaturan jarak kelahiran.

2.6.3 Hal yang penting sebelum menggunakan metode keluarga berencana menurut (Sutanto, 2018)

2.6.3.1 Bagaimana metode tersebut dapat mencegah kehamilan serta bagaimana efektifitasnya.

2.6.3.2 Kelebihan serta kekurangan metode tersebut

2.6.3.3 Efek samping yang mungkin ditimbulkan.

2.6.3.4 Cara menggunakan metode

2.6.3.5 Kapan metode tersebut dapat mulai digunakan untuk wanita *postppartum* yang menyusui.

2.6.3.6 Jika ibu telah memilih metode KB tertentu, sebaiknya kontrol ulang setelah dua minggu untuk mengetahui apakah metode tersebut bekerja dengan baik.

2.6.4 Kontrasepsi suntik progestin

Alat kontrasepsi ini berisi hormon progesteron dan dilakukan penyuntikan setiap 3 bulan sekali dan tidak mempengaruhi produk ASI (Purwoastuti, 2015)

2.6.5 Cara kerja KB suntik progestin

KB suntik progestin memiliki cara kerja yaitu mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks hingga menurunkan kemampuan *penetrasi sperma*, menjadikan selaput lendir rahim tipis, menghambat transportasi gamet oleh tuba (Purwoastuti, 2015).

2.6.6 Keuntungan suntik progestin

Keuntungan yang didapat dari KB suntik progestin adalah sangat efektif, tidak mengganggu produksi ASI, tidak perlu dikonsumsi setiap hari atau dipakai sebelumnya melakukan hubungan seksual, darah menstruasi menjadi lebih sedikit dan membantu mengatasi kram pada saat menstruasi (Purwoastuti, 2015)

Kerugian dari suntik progestin yaitu dapat mempengaruhi siklus menstruasi, kenaikan berat badan, tidak melindungi dari penyakit menular seksual, harus kembali untuk bersuntik (Purwoastuti, 2015)

2.6.7 Indikasi KB suntik progestin

Usia reproduksi, nulipara dan yang telah memiliki anak, menghendaki kontrasepsi jangka panjang, menyusui, perokok, setelah abortus, selah banyak anak tetapi belum menghendaki tubektomi, sering lupa meminum pil kontrasepsi, tidak dapat menggunakan kontrasepsi berestrogen, anemia defisiensi besi, tekanan darah < 180/110 mmHg dengan masalah pembekuan darah atau anemia bulan sabit, menggunakan obat untuk epilepsy/ tuberculosis, mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi (Purwoastuti, 2015)

2.6.8 Kontraindikasi KB suntik progestin

Hamil atau dicurigai hamil, perdarahan pervaginam yang belum jelas sebabnya, tidak dapat menerima gangguan menstruasi, terutama amenorea, penderita kanker payudara, riwayat kanker payudara dan diabetes dengan komplikasi (Purwoastuti, 2015).