

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Asuhan Kehamilan

2.1.1 Asuhan Kebidanan

Asuhan Kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai kewenangan dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Asuhan kebidanan merupakan penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan atau masalah dalam bidang kesehatan ibu pada masa hamil, bersalin, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana (Depkes RI, 2008).

2.1.2 Asuhan Kebidanan Komprehensif

Asuhan kebidanan komprehensif adalah asuhan kebidanan yang diberikan secara menyeluruh dari mulai hamil, bersalin, nifas sampai pada bayi baru lahir. Asuhan kebidanan ini dilakukan agar dapat mengetahui hal-hal apa saja yang terjadi pada seorang wanita semenjak hamil, bersalin, nifas sampai dengan bayi yang dilahirkannya, serta melakukan pengkajian, menegakkan diagnosa secara tepat, antisipasi masalah yang mungkin terjadi, menentukan tindakan segera, melakukan perencanaan dan tindakan sesuai kebutuhan ibu, serta mampu melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan (Tioffani, 2012).

2.1.3 Pengertian Kehamilan

Menurut Manuaba kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterine mulai sejak konsepsi sampai permulaan persalinan (Rismalinda, 2015). Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional kehamilan di definisikan sebagai fertilasi atau penyatuan

dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan dibagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Prawirohardjo, 2014).

2.1.3.1 Tanda dan gejala kehamilan

Dugaan hamil (*presumptive diagnosis*). Romauli (2011), menjelaskan tanda dugaan hamil sebagai berikut:

- a. Amenorea tidak datangnya haid dianggap sebagai tanda kehamilan. Berhentinya menstruasi disebabkan oleh kenaikan kadar estrogen dan progesteron yang dihasilkan oleh *korpus luteum*.
- b. Mual dan muntah, 50% diderita oleh ibu hamil, mencapai puncak pada 8-12 minggu. Keluhan semakin berat pada pagi hari (*morning sickness*).
- c. Perubahan pada payudara berupa *mastodinia* (rasa tegang pada payudara) yang disebabkan oleh pengaruh *estrogen* dan *progesteron* yang merangsang *duktus* payudara.
- d. Quickning, yaitu persepsi gerakan janin pertama biasanya disadari oleh wanita pada kehamilan 18-20 minggu.
- e. Gangguan kencing atau frekuensi kencing bertambah karena desakan uterus yang membesar dan tarikan oleh uterus ke cranial.
- f. Konstipasi
- g. Perubahan berat badan

- h. Perubahan warna kulit
- i. Mengidam
- j. Lelah (fatigue)

2.1.3.2 Kemungkinan hamil (*probable diagnosis*)

Maternity (2016) menjelaskan tanda kemungkinan hamil sebagai berikut:

- a. Terjadi pembesaran abdomen secara progresif dari kehamilan 7 sampai 28 minggu. Pada minggu 16-22, pertumbuhan terjadi secara cepat dimana uterus keluar panggul dan mengisi rongga abdomen.
- b. *Ballotement*, yang mulai teraba pada kehamilan 16-20 minggu. *Ballotement* dengan pemeriksaan bimanual dapat terasa seperti adanya benda yang melenting dalam uterus (tubuh janin).
- c. Oleh karena uterus membesar, bentuk uterus menjadi *globular* dan sering mengalami *dekstro-rotasi*. Kontraksi uterus tanpa rasa sakit (*Kontraksi Braxton Hicks*) mulai muncul pada kehamilan 28 minggu dan biasanya menghilang bila dibawa berjalan-jalan.
- d. Selama kehamilan tulang panggul dan struktur ligament mengalami sedikit perubahan. Terjadi relaksasi ringan pada sendi simfisis pubis.
- e. Pada Organ Panggul
 - 1) Tanda *Chandwick* yaitu perubahan kongesti pembuluh darah yang menyebabkan perubahan warna serviks dan vagina yang kebiruan.
 - 2) Tanda *Ladin*, pada minggu ke-6 terjadi perlunakan uterus dibagian *mid-line anterior* sepanjang *uteroservical junction*.

- 3) Tanda *Hegar*, meluasnya daerah *isthmus* yang menjadi lunak, sehingga pada pemeriksaan vaginal korpus uteri seolah “terpisah” dari bagian serviks atau adanya uterus bagian segmen bawah rahim yang lebih lunak dari bagian yang lain. Keadaan ini dijumpai pada kehamilan 6-12 minggu.
- 4) *Leukorea*, peningkatan sekresi vagina yang terdiri dari sel epitel dan peningkatan sekresi lendir serviks akibat rangsangan hormone.

2.1.3.3 Pasti hamil (*positive diagnosis*)

Maternity (2016) menjelaskan bahwa diagnosis kehamilan pasti didasarkan pada temuan objektif yang tidak selalu dapat ditemukan pada trimester pertama, yaitu sebagai berikut:

- a. Detak jantung janin dapat terdengar dengan menggunakan stetoskop *monoral Laennec* pada ibu saat kehamilan 17-18 minggu dan dengan teknik Doppler, detak jantung janin dapat terdengar pada kehamilan 10 minggu.
- b. Palpasi Bagian Janin
 - 1) Bentuk tubuh janin sering dapat diperiksa melalui palpasi abdomen pada kehamilan lebih dari 28 minggu.
 - 2) Gerakan janin dapat dirasakan setelah kehamilan 18 minggu.
- c. Ultrasonografi
 - 1) Aktivitas jantung dapat dilihat pada kehamilan 5-6 minggu.
 - 2) Ektremitas janin terlihat pada kehamilan 7-8 minggu.
 - 3) Gerakan janin tangan terlihat pada kehamilan 9-10 minggu.

4) Terlihat tulang-tulang janin pada foto rontgen .

2.1.3.4 Faktor – faktor yang Mempengaruhi Kehamilan

Marmi (2011) menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi selama kehamilan menjadi beberapa faktor, yaitu sebagai berikut:

a. Faktor Fisik

1) Status kesehatan

Menurut faktor usia, wanita yang hamil pada masa reproduksi memiliki kemungkinan lebih kecil mengalami komplikasi dibanding wanita hamil di bawah usia reproduksi ataupun di atas usia reproduksi.

2) Riwayat kesehatan, bila ada penyakit yang pernah diderita sebelum kehamilan kemungkinan besar dapat mempengaruhi kehamilannya. Sebagai contoh penyakit yang akan mempengaruhi kehamilan adalah hipertensi, penyakit jantung, diabetes mellitus, anemia dan lainnya.

3) Kehamilan ganda atau kehamilan lebih dari satu janin juga memiliki pengaruh, keadaan ini memungkinkan ibu dalam kondisi lemah karena adanya beban ganda dalam pemenuhan nutrisi, oksigen dan lain-lain.

4) Status gizi ibu hamil merupakan hal yang sangat berpengaruh dalam kehamilan, kekurangan gizi itu akan mengakibatkan akibat buruk bagi ibu dan janinnya. Sebagai contoh ibu dapat menderita anemia, sehingga suplai darah yang menghantarkan oksigen mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan dan perkembangan.

5) Gaya hidup memiliki pengaruh terhadap kehamilan, sebagai contoh yaitu *Substance abuse* (penggunaan obat karena pengobatan suatu penyakit atau ibu memiliki ketergantungan terhadap suatu obat), perokok dan hamil di luar nikah atau kehamilan tidak diharapkan, jika kehamilan tidak diinginkan maka secara otomatis ibu akan membenci kehamilannya sehingga tidak ingin melakukan hal-hal positif untuk kehamilannya.

b. Faktor psikologi

Stressor internal meliputi faktor-faktor pemicu stress dari dalam ibu sendiri, seperti pemikiran tentang bagaimana penampilan bayinya nanti dan sebagainya. Sedangkan stressor eksternal berasal dari luar yang bentuknya bervariasi misalnya masalah ekonomi, konflik keluarga, pertengkaran dan lain-lain. Selain itu ibu membutuhkan dukungan keluarga dalam menghadapi perubahan fisik maupun psikologis selama kehamilan. Kekerasan dalam rumah tangga memiliki efek psikologis, yaitu gangguan rasa aman dan nyaman yang akan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janinnya.

c. Faktor lingkungan, sosial, budaya dan ekonomi

Ada beberapa kebiasaan dan adat istiadat yang mungkin merugikan ibu hamil. Tenaga kesehatan harus dapat menyikapi hal tersebut dengan bijaksana agar tidak menyingung kearifan lokal. Selain itu tingkat sosial terbukti sangat mempengaruhi terhadap kesehatan fisik dan mempengaruhi psikologis ibu. Status gizi pun akan meningkat karena nutrisi yang lebih berkualitas, dan

secara psikologis terpenuhinya biaya persalinan dan kebutuhan sehari-hari tidak mengganggu ibu memfokuskan diri dalam mempersiapkan fisik dan mental sebagai seorang ibu.

2.1.3.5 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

Rismalinda (2015), menjelaskan kebutuhan dasar bagi ibu hamil, yaitu sebagai berikut:

a. Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah kebutuhan yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernafasan bisa terjadi saat hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandungnya. Untuk mencegah hal diatas maka ibu hamil memerlukan:

- 1) Latihan nafas melalui hidung
- 2) Tidur dengan bantal yang lebih tinggi
- 3) Makan tidak terlalu banyak
- 4) Kurangi atau hentikan merokok
- 5) Konsul kedokter apabila gangguan atau kelainan pernafasan seperti asma dan lain-lain.

b. Nutrisi

- 1) Kalori yang dibutuhkan ibu adalah sekitar 300 kalori perhari. Sumber kalori utama adalah hidrat arang. Makanan yang banyak mengandung hidrat arang adalah golongan padi-padian (beras, jagung), umbi-umbian (ubi singkong) dan sagu.
- 2) Protein sebagai komponen dasar sel dan dibutuhkan untuk penggantian dan perbaikan sel. Makanan yang

mengandung tinggi protein seperti daging, ikan, kacang-kacangan, telur dan susu.

- 3) Karbohidrat dapat ditemukan dalam biji-bijian, sayuran, buah, dan gula. Karbohidrat juga diperlukan untuk pencernaan protein dan beberapa fungsi otak.
- 4) Lemak juga merupakan sumber energi. Lemak cadangan tubuh membantu pengaturan suhu dengan melindungi organ-organ vital dengan memberi efek bantalan.
- 5) Kalsium sangat penting untuk pembentukan, perkembangan dan pemeliharaan gigi dan tulang.
- 6) Zat besi digunakan oleh tubuh terutama untuk membuat hemoglobin, komponen dalam sel darah yang bertanggung jawab dalam pengangkutan oksigen keseluruh jaringan tubuh.
- 7) Asam folat, riset telah menunjukkan bahwa asupan asam folat yang tidak adekuat sangat terkait dengan defek tuba neural pada perkembangan janin.

c. *Personal hygiene*

Personal hygiene pada ibu hamil adalah menjaga kebersihan yang dilakukan ibu hamil untuk mengurangi infeksi, karena badan yang kotor akan mengandung kuman. Mandi dianjurkan dua kali sehari karena hamil cenderung mengeluarkan banyak keringat terutama dibagian lipatan kulit dan menjaga kebersihan gigi.

d. Eliminasi

Pada trimester I, frekuensi BAK meningkat karena kandung kencing tertekan oleh pembesaran uterus, BAB normal konsistensi lunak. Pada trimester II, frekuensi BAK normal kembali karena uterus telah keluar dari rongga panggul. Kemudian pada trimester III, frekuensi

BAK meningkat karena penurunan kepala ke PAP, BAB sering sembelit karena hormone progesteron meningkat.

e. Seksual

Menurut Walyani (2015), hubungan seksual selama hamil tidak dilarang selama tidak ada riwayat seperti:

- 1) Sering abortus dan kelahiran premature
- 2) Perdarahan pervagina
- 3) Berhubungan harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu terakhir kehamilan.
- 4) Bila ketuban sudah pecah, dilarang melakukan hubungan karena dapat menyebabkan infeksi pada janin intra uteri.

2.1.3.6 Ketidaknyaman dan cara mengatasi pada trimester III

Menurut Irinanti, dkk (2015) Ketidaknyamanan pada trimester III yaitu:

a. Sering kencing

Tertekannya kandung kemih oleh uterus yang semakin membesar dan menyebabkan kapasitas kandung kemih berkurang serta frekuensi berkemih meningkat. Janin yang memasuki PAP sehingga kandung kemih terdorong kedepan dan keatas. Cara mengatasinya yaitu menganjurkan mengurangi asupan cairan 2 jam sebelum tidur malam agar tidak terganggu.

b. Varises dan Wasir

Varises yaitu pelebaran pada pembuluh darah balik vena sehingga katup vena melemah dan menghambat aliran pembuluh darah balik. Varises pada anus bisa disebut hemoroid. Tingginya kadar hormone progesteron dan estrogen menyebabkan aliran darah balik jantung melemah dan vena dipaksa bekerja terlalu keras untuk dapat

memompa darah. Cara mengatasinya yaitu dengan memposisikan kaki lebih tinggi selama 10-15 menit dan dalam keadaan miring, hindari duduk dengan posisi kaki menggantung serta mengonsumsi suplemen kalsium.

c. Sesak nafas

Rahim yang membesar sesuai kehamilan mempengaruhi keadaan diafragma pada ibu hamil. Diafragma terdorong keatas sekitar 4 cm disertai pergeseran ke atas tulang iga menyebabkan ibu sulit bernafas. Cara mengatasinya yaitu menganjurkan ibu mengurangi aktivitas yang berlebihan, memperhatikan posisi duduk dan berbaring dengan punggung tegak jika perlu disangga bantal pada bagian punggung, menghindari posisi tidur telentang karena mengakibatkan terganggunya pernafasan.

d. Bengkak

Penumpukan retensi cairan pada daerah luar sel berpindahnya cairan intraseluler ke ekstraseluler. Uterus yang meningkat mempengaruhi sirkulasi cairan. Cara mengatasinya yaitu menghindari posisi kaki menggantung saat duduk, menghindari pakaian ketat, dan mengonsumsi makanan mengandung kalsium dan vitamin B.

e. Kram pada kaki

Adanya gangguan sirkulasi darah pada pembuluh darah panggul yang disebabkan uterus yang membesar. Meningkatnya kadar fosfat dan penurunan kadar kalsium terionisasi dalam serum. Cara mengatasinya yaitu menganjurkan ibu meluruskan kakinya dalam posisi berbaring ataupun berdiri dengan menekan tumit. Memposisikan kaki lebih tinggi dari tempat tidur 20-25cm dan melakukan pijatan ringan juga mengonsumsi vitamin B, C, D, kalsium, dan fosfor.

f. Nyeri perut bawah

Tertariknya ligamentum sehingga menimbulkan nyeri membesarnya uterus sehingga keluar dari rongga panggul menuju abdomen. Cara mengatasinya yaitu menghindari berdiri secara tiba-tiba dari posisi berjongkok, mencari posisi yang diinginkan ibu.

g. Konstipasi

Uterus yang makin membesar dan menekan rectum, sehingga terjadi konstipasi. Di anjurkan untuk banyak makan sayur dan buah-buahan. Pengobatan kalau pengobatan dengan makanan mengandung banyak serat gagal, dapat dilakukan dengan suplemen ringan

2.1.3.7 Tanda bahaya kehamilan

Menurut Walyani (2015) tanda bahaya yang dapat terjadi selama kehamilan adalah sebagai berikut:

- a. Perdarahan pervagina
- b. Sakit kepala yang hebat
- c. Penglihatan kabur
- d. Bengkak di wajah dan jari-jari tangan
- e. Keluar cairan pervaginam
- f. Gerakan janin tidak terasa
- g. Nyeri abdomen yang hebat

2.1.3.8 Deteksi Dini Kehamilan Resiko Tinggi

a. Pengertian

Deteksi dini kehamilan adalah kegiatan yang dilakukan untuk menemukan ibu hamil yang mempunyai faktor resiko dan komplikasi kebidanan (Depkes RI, 2010).

b. Kehamilan resiko tinggi

Kehamilan resiko tinggi adalah suatu keadaan dimana kehamilan itu dapat berpengaruh buruk terhadap keadaan ibu atau sebaliknya, penyakit ibu dapat berpengaruh buruk terhadap janinnya, atau keduanya ini saling berpengaruh dan kehamilan resiko tinggi merupakan ancaman bagi ibu dan janinnya.

c. Faktor resiko pada ibu hamil

Ibu hamil yang mempunyai faktor resiko perlu mendapat pengawasan yang lebih intensif dan perlu dibawa ke tempat pelayanan kesehatan .

Faktor resiko pada ibu hamil menurut Depkes RI (2010) sebagai berikut:

- 1) Primigravida yaitu usia ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun.
- 2) Anak lebih dari 4
- 3) Jarak persalinan terakhir dan kehamilan sekarang kurang dari 2 tahun.
- 4) Kurang energy kronik (KEK)
- 5) Anemia dengan Hb <11 g/dl
- 6) Tinggi badan <145 cm atau dengan kelainan bentuk panggul dan tulang belakang.
- 7) Riwayat hipertensi pada kehamilan sebelumnya
- 8) Sedang atau menderita penyakit kronis seperti TB, kelainan jantung, ginjal, hati, diabetes mellitus, tumor, dan lain-lain.
- 9) Riwayat persalinan dengan komplikasi (SC atau vakum ekstraksi).
- 10) Riwayat kehamilan buruk yaitu keguguran berulang, kehamilan ektopik, mola hidatidosa, KPD, dab bayi dengan cacat congenital.

2.1.3.9 *Antenatal care* (ANC)

a. Pengertian *antenatal care*

Asuhan antenatal adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil, sehingga mampu menghadapi persalinan, masa nifas, persiapan memberikan ASI dan pemulihan kesehatan reproduksi seara wajar (Tombokan, 2014). Definisi *Antenatal Care* (ANC) menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2009, asuhan kehamilan adalah pengawasan sebelum persalinan terutama ditujukan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Asuhan kehamilan adalah kegiatan atau proses ibu dalam kehamilannya memeriksakan kehamilannya di tempat pelayanan kesehatan. Pemeriksaan pada asuhan kehamilan adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil (Padila, 2015).

b. Tujuan asuhan kehamilan

Menurut Walyani (2015) tujuan asuhan kehamilan sebagai berikut:

- 1) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin.
- 2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, serta sosial ibu dan bayi.
- 3) Menemukan secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
- 4) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.

- 5) Mempersiapkan ibu agar masa nifas dan pemberian ASI eksklusif.
- 6) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh dan berkembang secara normal.

c. Kunjungan asuhan kehamilan

1) Kunjungan minimal

Menurut Rohan dan Siyoto (2013) kunjungan ibu hamil adalah kontak antara ibu hamil dan petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan asuhan kehamilan sesuai standar. Jadwal pemeriksaan minimal yaitu:

- a) Minimal 1 kali pada trimester I (sebelum 14 minggu).
- b) Minimal 1 kali pada trimester II (antara minggu 14-28).
- c) Minimal 2 kali pada trimester III (antara minggu 28-36 dan sesudah minggu ke-36)

2) Kunjungan kehamilan

Menurut depkes RI tahun 2002, pemeriksaan kehamilan berdasarkan kunjungan antenatal dibagi atas:

- a) Kunjungan pertama (K1), meliputi Identitas/ biodata, riwayat kehamilan, riwayat kebidanan, riwayat kesehatan, riwayat sosial ekonomi, pemeriksaan kehamilan dan pelayanan kesehatan, penyuluhan dan konsultasi.
- b) Kunjungan keempat (K4) meliputi anamnesa keluhan/masalah, pemeriksaan kehamilan dan pelayanan kesehatan, pemeriksaan psikologis, diagnose akhir (kehamilan normal, terdapat penyulit, terjadi komplikasi, ibu tergolong kehamilan resiko tinggi), sikap dan rencana

tindakan atau persiapan persalinan dan rujukan (Rohan dan Siyoto, 2013).

3) Penjadwalan ulang

Rismalinda (2015) mengemukakan, idealnya penjadwalan ulang bagi wanita yang mengalami perkembangan normal selama kehamilan ialah:

- a) Pemeriksaan pertama dilakukan segera setelah diketahui terlambat haid.
- b) Pemeriksaan ulang setiap bulan sampai usia kehamilan 28 minggu.
- c) Setiap 2 minggu sampai usia kehamilan 32 minggu
- d) Setiap 1 minggu sejak usia kehamilan 32 minggu sampai terjadi persalinan.
- e) Pemeriksaa khusus jika ada keluhan tertentu

d. Pelayanan standar ANC

Menurut Kementerian kesehatan Republik Indonesia (2016), pelayanan standar asuhan kehamilan adalah 10T, yaitu:

- 1) Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan.
- 2) Pengukuran tekanan darah
- 3) Pengukuran lingkar lengan atas (LILA)
- 4) Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri)
- 5) Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toksoid sesuai status imunisasi.
- 6) Pemberian tablet darah minimal 90 tablet selama kehamilan.
- 7) Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ).

- 8) Pelaksanaan temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling, termasuk keluarga berencana).
- 9) Pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein urin dan pemeriksaannya golongan darah darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya dan tatalaksana kasus

e. Standar pelayanan asuhan kehamilan

Frisca (2016) menjelaskan 6 standar dalam standar pelayananantenatal, yaitu sebagai berikut:

1) Standar 3 : identifikasi ibu hamil

Bidan melakukan kunjungan rumah, berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan memotivasi ibu, suami dan anggota keluarga agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini dan secara teratur.

2) Standar 4 : pemeriksaan dan pemantauan antenatal

Bidan memberikan sedikitnya 4 kali pelayanan antenatal pemeriksaan meliputi anamnesa serta pemantauan ibu dan janin secara seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal. Bidan juga harus mengenal kehamilan resti/kelainan, terutama anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS/infeksi, HIV, memberikan pelayanan imunisasi, nasihat dan penyuluhan kesehatan.

3) Standar 5 : palpasi abdominal

Bidan melakukan pemeriksaan abdominal secara seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan dan bila usia kehamilan bertambah, memeriksa posisi, bagian terendah janin dan masuknya kepala janin rongga

panggul, mencari kelainan letak, melakukan rujukan tepat waktu.

4) Standar 6 : pengelolaan anemia pada kehamilan

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

5) Standar 7 : pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan.

6) Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda-tanda serta gejala preeklampsia lainnya, lalu mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya.

7) Standar 8 : persiapan persalinan

Bidan memberikan saran tepat kepada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester ketiga untuk memastikan bahwa persiapan pada trimester ketiga untuk memastikan bahwa persiapan persalinan telah direncanakan dengan baik dengan program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi.

f. Program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K)

Rencana persalinan adalah rencana tindakan yang dibuat oleh ibu, anggota keluarga dan bidan. Rencana itu tidak harus dalam bentuk tertulis, namun dalam bentuk diskusi untuk memastikan bahwa ibu dapat menerima asuhan yang diperlukan. Dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan dan meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang tepat waktu.

Menurut Romauli (2011) Ada lima komponen penting dalam persalinan, antara lain:

- 1) Membuat rencana persalinan. Idealnya setiap keluarga mempunyai kesepakatan untuk membuat suatu rencana persalinan. Yang harus diputuskan adalah tempat persalinan, memilih tenaga terlatih, bagaimana menghubungi tenaga kesehatan tersebut, bagaimana transportasi ke tempat persalinan, siapa yang akan menemani pada saat persalinan, dan berapa banyak biaya yang dibutuhkan dan bagaimana cara mengumpulkan biaya tersebut.
- 2) Membuat rencana untuk pengambilan keputusan apabila terjadi kegawatdaruratan pada saat pengambilan keputusan utama tidak ada, penting bagi bidan dan keluarga untuk mendiskusikan siapa pembuat keputusan dalam keluarga.
- 3) Mempersiapkan transportasi jika terjadi kegawatdaruratan, menentukan dimana ibu akan bersalin (RS, bidan, polindes, atau puskesmas), bagaimana cara menjangkau tingkat asuhan lebih lanjut jika terjadi kegawatdaruratan, bagaimana cara mendapatkan dana jika terjadi kegawatdaruratan, dan bagaimana cara mencari donor darah yang potensial.
- 4) Membuat rencana atau pola menabung. Keluarganya seharusnya dianjurkan menabung sejumlah uang sehingga dana akan tersedia untuk asuhan selama kehamilan, dan jika terjadi kegawatdaruratan.
- 5) Mempersiapkan peralatan yang diperlukan untuk persalinan. Ibu dan keluarganya dapat mengumpulkan barang-barang seperti pembalut wanita, atau kain,

sabun dan seprai dan menyimpannya untuk persiapan persalinan.

2.2 Persalinan

2.2.1 Pengertian persalinan

Menurut Manuaba dalam Sondakh (2013) Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Menurut Prawirohardjo (2014) persalinan adalah proses pembukaan, menipisnya serviks, janin turun ke dalam jalan lahir dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir.

Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup di luar uterus melalui vagina ke dunia luar. Proses tersebut terjadi secara normal atau spontan dengan posisi letak belakang kepala dan berlangsung tanpa bantuan alat-alat atau dengan kekuatan ibu sendiri, tidak melukai ibu dan bayi serta prosesnya berlangsung kurang dari 24 jam (Sondakh, 2013).

2.2.2 Sebab mulainya persalinan

Sampai saat ini sebab terjadinya persalinan belum jelas, sehingga menimbulkan beberapa teori yang berkaitan dengan mulainya persalinan.

2.2.2.1 Teori progesteron

Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meningkatkan kontraksi otot rahim (Rukiyah, 2009). Progesteron merupakan hormon penting dalam menjaga kehamilan tetap terjadi hingga masa persalinan. Hormon ini dihasilkan oleh plasenta yang akan berkurang seiring terjadinya penuaan plasenta yang terjadi pada usia hamil 28 minggu, dimana terjadi penimbunan

jaringan ikat. Pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Kemudian hormon ini mengalami penurunan sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin (Puspita dan Dwi, 2014).

2.2.2.2 Teori rangsangan estrogen

Hormon estrogen ini memiliki 2 fungsi, yaitu meningkatkan sensitivitas otot rahim dan memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin dan rangsangan mekanis. Hal ini bisa disebabkan karena peningkatan konsentrasi actin-mycin dan adenosine triphosphate (ATP) (Puspita dan Dwi, 2014).

2.2.2.3 Teori reseptor oksitosin dan kontraksi braxton hicks

Kontraksi persalinan tidak terjadi secara mendadak, tetapi berlangsung lama dengan persiapan meningkatnya reseptor oksitosin. Oksitosin adalah hormon yang dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Distribusi reseptor oksitosin dominan pada fundus dan korpus uteri, ia makin berkurang jumlahnya dalam segmen bawah rahim dan praktis tidak banyak dijumpai pada serviks uteri. Perubahan keseimbangan hormon menyebabkan terjadinya Braxton hicks. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan, menyebabkan oksitosin meningkat, sehingga persalinan dapat dimulai (Puspita dan Dwi, 2014).

2.2.2.4 Teori adanya mekanisme umpan balik positif

Menjelang kelahiran serviks melunak, jaringan ikat antar tulang panggul melemas oleh karena hormon relaksin,

kemudian janin menekan serviks sehingga mempengaruhi serviks berdilatasi (Puspita dan Dwi, 2014).

2.2.2.5 Teori keregangan rahim

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melawati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Rahim menjadi besar dan meregang mengakibatkan iskemia otot-otot rahim. Sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenter (Puspita dan Dwi, 2014).

2.2.2.6 Teori prostaglandin

Kadar prostaglandin cenderung meningkat mulai dari kehamilan usia 15 minggu hingga aterm, lebih lagi pada saat partus berlangsung, plasenta yang mulai menjadi tua seiring dengan tuanya usia kehamilan. Keadaan uterus yang terus membesar dan memegang mengakibatkan terjadinya ishkemik otot-otot uterus (Rukiyah, 2009).

2.2.3 Tanda-tanda persalinan

Menurut Tando (2013) tanda-tanda persalinan adalah sebagai berikut:

2.2.3.1 Tanda bahwa persalinan sudah dekat

a. Terjadi lightening

Menjelang minggu ke 36 terjadi penurunan fundus uteri karena bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh kontraksi Braxton hikcs, ketegangan dinding perut, ketegangan ligamentum rotundum, dan gaya berat janin dimana kepala kearah bawah.Masuknya bayi ke pintu atas panggul menyebabkan ibu merasakan ringan dibagian atas

perut, bagian bawah perut ibu terasa penuh dan mengganjal, kesulitan berjalan, dan sering BAK.

b. Terjadinya his permulaan

Semakin tuanya kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesterone semakin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi lebih sering yang dikenal dengan his palsu, dengan sifat rasa nyeri dibagian bawah, durasinya pendek, tidak ada perubahan pada serviks, dan tidak bertambah bila beraktivitas.

2.2.3.2 Tanda timbulnya persalinan

a. Terjadinya his persalinan

His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan. His yang menimbulkan pembukaan servik dengan kecepatan tertentu disebut his efektif. His efektif mempunyai sifat adanya dominan kontraksi pada fundus uteri, irama teratur, frekuensi yang sering, lama his berkisar 45-60 detik. His persalinan memiliki sifat pinggang terasa sakit dan mulai menjalar kedepan, teratur dengan interval yang makin pendek dan kekuatan makin besar, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan servik, penambahan aktivitas (seperti berjalan) maka his semakin meningkat

b. Keluarnya lendir bercampur darah

Lendir berasal dari pembukaan servik kanalis servikalis sedangkan pengeluaran darahnya disebabkan oleh robeknya pembuluh darah waktu servik membuka.

c. Terkadang disertai ketuban pecah

Jika ketuban sudah pecah maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun apabila persalinan tidak tercapai, maka persalinan harus

diakhiri dengan tindakan tertentu misalnya ekstraksi vakum atau section caesarea.

d. Dilatasi dan effacement

Dilatasi adalah terbukanya kanalis servikalis secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. Effacement adalah pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang semula panjang 1-2 cm menjadi hilang sama sekali, hingga tinggal hanya ostium yang tipis seperti kertas.

2.2.4 Faktor yang mempengaruhi persalinan

Sondakh (2013) menjelaskan masing-masing dari faktor persalinan, yaitu sebagai berikut:

2.2.4.1 Penumpang (*passenger*)

Penumpang dalam persalinan adalah janin dan plasenta. Hal-hal yang diperhatikan mengenai janin adalah ukuran kepala, plasenta, letak, sikap dan posisi janin. Sedangkan yang perlu diperhatikan pada plasenta adalah letak, besar dan luasnya

2.2.4.2 Jalan lahir (*passage*)

Jalan lahir terbagi atas dua, yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak. Hal-hal yang perlu diperhatikan pada jalan lahir keras adalah ukuran dan bentuk tulang panggul. Sedangkan yang perlu diperhatikan pada jalan lahir lunak adalah segemn bawah uterus yang dapat meregang, serviks, otot dasar panggul, vagina dan introitus vagina.

2.2.4.3 Kekuatan (*power*)

- a. Kekuatan primer (kontraksi involunter), berawal dari segmen atas uterus yang menebal dan dihantarkan ke

uterus bawah dalam bentuk gelombang. Istilah yang digunakan untuk menggambarkan kontraksi involunter ini antara lain frekuensi, durasi, dan intensitas kontraksi. Kekuatan primer ini mengakibatkan serviks menipis (*effacement*) dan berdilatasi sehingga janin turun.

- b. Kekuatan sekunder (kontraksi volunteer), pada kekuatan ini otot-otot diafragma dan abdomen ibu berkontraksi dan mendorong keluar isi ke jalan lahir sehingga menimbulkan tekanan intraabdomen. Tekanan ini menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan dalam mendorong keluar. Kekuatan sekunder tidak memengaruhi dilatasi serviks, tetapi setelah dilatasi serviks lengkap, kekuatan ini cukup penting dalam usaha untuk mendorong keluar dari uterus dan vagina.

2.2.4.4 Posisi ibu (*positioning*)

Posisi ibu dapat memengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Perubahan posisi yang diberikan pada ibu bertujuan untuk menghilangkan rasa letih, memberi rasa nyaman dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak (contoh: berdiri, berjalan, duduk dan jongkok) memberi sejumlah keuntungan, salah satunya adalah memungkinkan gaya gravitasi membantu penurunan janin. Selain itu, posisi ini dianggap dapat mengurangi kejadian penekanan tali pusat.

2.2.4.5 Respon psikologi (*psychology response*)

Respon psikologi ibu dapat dipengaruhi oleh:

- a. Dukungan ayah bayi atau pasangan selama proses persalinan

- b. Dukungan orang tua serta saudara dekat selama persalinan
- c. Saudara kandung bayi selama persalinan.

2.2.5 Tahapan persalinan

2.2.5.1 Kala I (kala pembukaan)

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala I persalinan terdiri atas dua fase yaitu sebagai berikut:

a. Fase Laten

Dimulai sejak awal berkontraksi uterus yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks hingga 3–4 cm, pada umumnya fase laten berlangsung dalam 8 jam kontraksi mulai teratur tapi lamanya 20-30 detik.

b. Fase Aktif

Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap terjadi 3 kali atau lebih sering dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih. Dari pembukaan 4 cm mencapai pembukaan 10 cm akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam pada nulipara atau primigravida 1 cm hingga 2 cm pada multipara. Terjadi penurunan bagian terbawah janin. Dalam fase ini masih dibagi menjadi 3 yaitu:

- 1) Fase akselerasi: berlangsung selama 2 jam, pembukaan dari 3 cm menjadi 4 cm.
- 2) Fase dilatasi maksimal: berlangsung selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.
- 3) Fase deselerasi: berlangsung selama 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi 10 cm.

2.2.5.2 Kala II (kala pengeluaran)

Dimulai dari pembukaan sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Pada kala his menjadi kuat, cepat, dan $> 5x/\text{menit}$. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul, sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mengejan. Ibu merasa seperti ingin buang air besar karena tekanan pada rectum dengan tanda anus terbuka. Kemudian perineum mulai menonjol dan menjadi lebar dengan membukanya anus. Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum menegang. Dengan kekuatan his mengejan maksimal maka akan lahirlah kepala dengan suboksiput dibawah simfisis dan dahi, muka dan dagu melewati perineum di ikuti oleh seluruh anggota badan bayi.

2.2.5.3 Kala III (kala uri plasenta terlepas dari dinding uterus dan dilahirkan)

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya janin sampai lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Melakukan manajemen aktif kala III tujuannya untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mencegah perdarahan dan mengurangi kehilangan darah.

Tanda-tanda pelepasan plasenta, yaitu:

a. Perubahan bentuk dan tinggi fundus

Setelah bayi lahir bentuk uterus berubah bulat penuh dan tinggi fundus di bawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk seperti buah pir.

- b. Tali pusat memanjang dan menjulur keluar ke arah vagina.
- c. Semburan darah mendadak dan singkat
Darah yang terkumpul dibelakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dengan bantuan gaya gravitasi.

2.2.5.4 Kala IV

Kala IV dimulai sejak lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama postpartum. Observasi yang harus dilakukan adalah tingkat kesadaran ibu, pemeriksaan TTV, kontraksi uterus dan jumlah pendarahan.

2.2.6 Asuhan persalinan

2.2.6.1 Pengertian

Asuhan persalinan normal merupakan asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama pendarahan pasca persalinan, hipotermi, dan asfiksia bayi baru lahir (Prawirohardjo, 2014). Asuhan intranatal adalah asuhan atau pertolongan persalinan yang aman oleh tenaga kesehatan kompeten, yaitu dokter spesialis kebidanan, dokter umum dan bidan (Tombokan, 2014).

2.2.6.2 Tujuan asuhan persalinan

Tujuan asuhan persalinan normal yaitu mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi yang akan diaplikasikan dalam asuhan persalinan normal harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang

manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan (Tombokan, 2014).

2.2.6.3 Standar asuhan Persalinan

Frisca (2016) menjelaskan 4 standar dalam asuhan persalinan, yaitu:

a. Standar 9 : asuhan persalinan kala I

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

b. Standar 10 : persalinan kala II yang aman

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

c. Standar 11 : penatalaksanaan aktif persalinan kala III

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

d. Standar 12 : Penanganan kala II dengan gawat janin melalui episiotomi.

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

2.2.6.4 Asuhan persalinan normal 60 Langkah

60 langkah pertolongan persalinan menurut Jaringan Nasional Pelatihan Klinik-Kesehatan Reproduksi (JNPK-KR, 2012) yaitu:

Tabel 2.1 Asuhan persalinan normal 60 langkah.

No	Langkah-langkah asuhan persalinan normal
(1)	(2)
1.	Mengenali tanda dan gejala kala II a. Ibu merasa ada keinginan meneran b. Ibu merasakan tekanan semakin meningkat pada rectum dan vagina c. Perineum menonjol d. Vulva dan spinger ani membuka
2.	Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3.	Pakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan
4.	Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
5.	Pakai satu sarung tangan DTT atau steril untuk pemeriksaan dalam.
6.	Memasukan oksitosin ke dalam tabung suntik (dengan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).

(1)	(2)
7.	Membersihkan vulva dan perineum, mnyekanya deengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air DTT. Jika mulut vagina, 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 klorin 0,5%).
8.	melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap.
9.	Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit dan mencuci tangan.
10.	Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit). Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil pemeriksaan lainya pada partograf.

(1)	(2)
11.	Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya dan tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran. Mendokumentasikan semua temuan yang ada. Menjelaskan kepada anggota keluarga untuk memberi semangat pada ibu.
12.	Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran pada saat his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ibu merasa nyaman.
13.	Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran, mendukung dan memberi semangat saat meneran, anjurkan ibu istirahat disela kontraksi, berikan asupan cairan peroral, menilai djj setiap kontraksi selesai.
14.	Meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi Setelah kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
15.	Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu.
16.	Membuka partus set dan periksa kelengkapannya
17.	Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

(1)	(2)
18.	Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir.
19.	Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan idung bayi dengan kain atau kasa yang bersih
20.	Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi.
21.	Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
22.	Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang kepala bayi secara biparetal. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan kearah keluar hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik kearah atas dan kearah luar untuk melahirkan bahu belakang.
(1)	(2)
23.	Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah kearah perineum tangan, 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.

	Menggunakan tangan anterior bagian atas untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
24.	Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas anterior dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki. Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas anterior dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki
25.	Melakukan penilaian sepiantas, apakah bayi cukup bulan? Apakah bayi menagis kuat? Apakah bayi bergerak aktif ?. bila salah satu jawaban TIDAK lanjut ke langkah resusitasi pada BBL
26.	Segera mengeringkan tubuh bayi dari muka kepala dan badan bayi kecuali kedua tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan yang kering.
27.	Periksa kembali uterus untuk memastikan janin tunggal
28.	Memberitahu kepada ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
29.	Dalam waktu 1 menit setelah kelahiran bayi, memberikan suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.

(1)	(2)
30.	Setelah 2 menit kelahiran bayi, pegang tali pusat dengan satu tangan sekitar 5cm dari pusar bayi, jari telunjuk dan jari tengah menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem kearah ibu dan memasang klem kedua 2cm dari klem pertama.
31.	Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
32.	Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.
33.	Memindahkan klem pada tali pusat 5-10 cm ke depan perineum
34.	Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
35.	Menunggu uterus berkontraksi dan melakukan penegangan kearah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus kearah atas dan belakang dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut ulangi prosuder diatas. Jika uterus tidak berkontraksi minta keluarga untuk melakukan stimulasi putting susu.

36.	Setelah plasenta terlepas meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat kearah bawah dan kemudian kearah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.
(1)	(2)
37.	Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melahirkan plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilih. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut dan tempatkan pada wadah yang telah disediakan.
38.	Lakukan masase uterus, letakkan tangan difundus lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi.
39.	Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh.
40.	Meletakkan plasenta di dalam kantung plastic atau tempat khusus.
41.	Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum.
42.	Lakukan penjahit bila terjadi laserasi yang luas dan menimbulkan pendarahan.
43.	Menilai ulang uterus dan memastikan berkontraksi dengan baik.
44.	Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% membasil kedua

	tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain bersih.
45.	Pastikan uterus berkontraksi dengan baik serta kandung kencing kosong.
46.	Ajarkan keluarga/ ibu cara melakukan masase uterus dan menilai uterus.
47.	Evaluasi jumlah kehilangan darah
48.	Memeriksa tekanan darah, nadi dan keadaan umum, kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
(1)	(2)
49.	Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya
50.	Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi 10 menit. Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
51.	Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Membersihkan cairan ketuban, lender dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
51.	Memastikan bahwa ibu nyaman, membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan
52.	Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
53.	Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan

	klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
54.	Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk pribadi/ tisu.
55.	Pakai sarung tangan DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi.
56.	Dalam satu jam pertama beri beri salep/tetes mata, vit K secara Im dipaha sebelah kiri bawah lateral. Pemeriksaan fisik bayi baru lahir, cek pernafasan dan suhu tubuh.
57.	Setelah satu jam pemberiak vit K berikan suntikan hepatitis B dipaha kanan bawah lateral. Letakkan bayi dalam jangkauan ibu agar sewaktu dapat disusukan.
58.	Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
59.	Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk pribadi/ tissue.
60.	Lengkapi partograf

Sumber : (JNPK-KR : 2012)

2.2.6.5 Partograf

a. Pengertian partograf

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama persalinan, dengan tujuan utama mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinanan, mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal sehingga dapat dilaksanakan deteksi secara dini terhadap seriap kemungkinan terjadinya partus lama. Jika digunakan secara tepat dan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk mencatat kemajuan persalinan, kondisi ibu dan janin,

asuhan yang diberikan dalam persalinan dan kelahiran, serta menggunakan informasi yang tercatat, sehingga secara dini dapat mengidentifikasi adanya penyulit persalinan dan membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu (Sarwono, 2014).

- b. Tujuan utama penggunaan partograf menurut JNP-KR (2012) adalah:
 - 1) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan servik melalui pemeriksaan dalam.
 - 2) Mendeteksi apakah persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.
 - 3) Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatat secara rinci pada status atau rekam medis ibu bersalin dan bayi baru lahir.

2.2.6.6 Laserasi jalan lahir

a. Pengertian

Robekan atau laserasi jalan lahir merupakan penyebab kedua dari perdarahan pasca persalinan. Robekan dapat terjadi bersamaan dengan atonia uteri. Perdarahan pasca persalinan dengan kontraksi baik umumnya disebabkan oleh robekan jalan lahir (rupture perineum dinding vagina dan rupture serviks) (Sari dan Rimadini, 2014).

b. Klasifikasi

Sondakh (2013) menjelaskan klasifikasi laserasi jalan lahir yang dibagi menjadi empat berdasarkan luasnya robekan yaitu:

- 1) Derajat 1, yaitu terjadi robekan mengenai mukosa vagina, komisuria posterior dan kulit perineum.
- 2) Derajat 2, terjadi robekan mengenai mukosa vagina, komisuria posterior, kulit perineum dan otot perineum.
- 3) Derajat 3, terjadi robekan mengenai mukosa vagina, komisuria posterior, kulit perineum, otot perineum dan sfingter ani eksternal.
- 4) Derajat 4, terjadi robekan mengenai mukosa vagina, komisuria posterior, kulit perineum, otot perineum, otot sfingter ani eksternal dan mukosa rectum.

c. Penjahitan

- 1) Cuci tangan secara seksama dan gunakan sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril.
- 2) Setelah memberikan anestesi lokal, telusuri dengan hati-hati menggunakan satu jari untuk melihat secara jelas batas-batas luka. Nilai kedalaman luka dan lapisan jaringan mana yang terluka. Dekatkan tepi laserasi untuk menentukan bagaimana cara menjahit menjadi satu dengan mudah.
- 3) Buat jahitan pertama kurang lebih 1 cm di atas ujung laserasi di bagian dalam vagina. Setelah

membuat tusukan pertama, buat ikatan dan potong pendek benang yang lebih pendek dari ikatan.

- 4) Tutup mukosa vagina dengan jahitan jelujur, jahit ke bawah ke arah cincin hymen.
- 5) Tepat sebelum cincin hymen, masukkan jarum ke bawah mukosa vagina lalu ke bawah hymen sampai jarum ada di bawah laserasi. Periksa bagian antara jarum di perineum dan bagian atas laserasi. Perhatikan seberapa dekat jarum ke puncak luka.
- 6) Teruskan ke arah bawah tapi tetap pada luka, menggunakan jahitan jelujur, hingga mencapai bagian bawah laserasi. Pastikan bahwa jarak setiap jahitan sama dan otot yang terluka dapat dijahit. Jika laserasi meluas ke dalam otot mungkin perlu untuk melakukan satu atau dua lapis jahitan terputus-putus untuk menghentikan perdarahan dan atau mendekatkan jaringan tubuh secara efektif.
- 7) Setelah mencapai ujung laserasi, arahkan jarum ke atas dan teruskan penjahitan, menggunakan jahitan jelujur untuk menutup lapisan subkuticuler. Jahitan ini akan menjadi jahitan lapis kedua. Periksa lubang bekas jarum tetap terbuka berukuran 0,5 cm atau kurang. Luka ini akan menutup dengan sendirinya.
- 8) Tusukkan jarum dari robekan perineum ke dalam vagina. Jarum harus keluar dari belakang cincin hymen.
- 9) Ikat benang dengan membuat sampul di dalam vagina. Potong ujung benang dan sisakan sekitar 1,5 cm.

- 10) Ulangi pemeriksaan vagina dengan lembut untuk memastikan bahwa tidak ada kasa atau peralatan yang tertinggal di dalam.
- 11) Dengan lembut masukkan jari paling kecil ke dalam anus. Raba apakah ada jahitan pada rektum.

2.3 Bayi Baru Lahir

2.3.1 Pengertian bayi baru lahir

Masa *neonatal* atau masa bayi baru lahir adalah masa mulai dari lahir sampai dengan 4 minggu (28 hari) sesudah kelahiran *Neonatus* adalah bayi berusia 0 (baru lahir) sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir. *Neonatus* dapat dibedakan menjadi dua kategori, yaitu *neonatus* dini (bayi berusia 0-7 hari) dan *neonatus* lanjut (bayi berusia 7-28 hari). (Saputra, 2014).

2.3.2 Ciri-ciri bayi baru lahir normal

Menurut Yeyeh (2010) ciri-ciri bayi baru lahir normal ialah sebagai berikut:

- 2.3.2.1 Lahir aterm antara 37-42 minggu
- 2.3.2.2 Berat badan 2.500-4.000 gram
- 2.3.2.3 Panjang badan 48-52cm
- 2.3.2.4 Lingkar dada 30-38 cm
- 2.3.2.5 Lingkar kepala 33-35 cm
- 2.3.2.6 Lingkar lengan 11-12 cm
- 2.3.2.7 Frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit
- 2.3.2.8 Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup.
- 2.3.2.9 Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna.
- 2.3.2.10 Kuku agak panjang dan lemas
- 2.3.2.11 Nilai APGAR >7

2.3.2.12 Gerak aktif

2.3.2.13 Bayi lahir langsung menangis kuat

2.3.2.14 Refleks rooting (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.

2.3.2.15 Refleks moro (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.

2.3.2.16 Refleks grasping (menggenggam) sudah baik.

2.3.2.17 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 uretra yang berlubang serta adanya labia minora dan mayora.

2.3.2.18 Eliminasi baik yang ditandai dengan kelaurnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecokelatan.

2.3.3 Adaptasi bayi baru lahir

Sari dan Rimandini (2014) menjelaskan adaptasi bayi baru lahir sebagai berikut:

2.3.3.1 Perubahan metabolisme karbohidrat

Dalam waktu 2 jam setelah lahir kadar gula darah tali pusat akan menurun, energy tambahan yang diperlukan neonatus pada jam pertama sesudah lahir diambil dari hasil metabolisme asam lemak sehingga kadar gula darah mencapai 120 Mg/100. Bila ada gangguan metabolisme akan lemah sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan neonatus maka kemungkinan besar bayi akan menderita hipoglikemia.

2.3.3.2 Perubahan suhu tubuh

Ketika bayi baru lahir, bayi berasa pada suhu lingkungan yang lebih rendah dari suhu dalam rahim. Apabila bayi dibiarkan dalam suhu kamar maka akan kehilangan panas melalui konveksi. Evaporasi sebanyak 200 kal/kg/bb/menit. Sedangkan produksi yang dihasilkan tubuh bayi hanya 1/100 nya, keadaan ini menyebabkan penurunan suhu tubuh sebanyak 2°C dalam waktu 2 menit. Akibat suhu tubuh yang rendah metabolisme jaringan mengikat dan kebutuhan O₂ pun meningkat.

2.3.3.3 Perubahan pernafasan

Selama didalam rahim janin mendapatkan O₂ dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir pertukaran gas melalui paru-paru bayi, rangsangan gas melalui paru-paru untuk gerakan pernafasan pertama.

- a. Tekanan mekanik dari toraks pada saat melewati jalan lahir.
- b. Menurunkan kadar pH O₂ dan meningkat kadar pH CO₂ merangsang kemoreseptor karotid.
- c. Rangsangan dingin di daerah muka dapat merangsang permukaan gerakan pernafasan.
- d. Pernafasan pertama pada BBL dalam waktu 30 detik setelah persalinan. Dimana tekanan rongga dada bayi melalui jalan lahir mengakibatkan cairan paru-paru kehilangan 1/3 dari jumlah cairan tersebut. Sehingga cairan yang hilang diganti dengan udara. Paru-paru mengembang menyebabkan rongga dada terbuka pada bentuk semula, jumlah cairan paru-paru pada bayi normal 80 ml - 100 ml.

2.3.3.4 Perubahan struktur paru-paru

Dengan berkembangnya paru-paru mengakibatkan tekanan O₂ meningkat dan tekanan CO₂ menurun. Hal ini mengakibatkan turunya resistensi pembuluh darah paru-paru sebagian sehingga aliran darah ke pembuluh darah tersebut meningkat. Hal ini menyebabkan darah dari arteri pulmonalis mengalir ke paru-paru dan duktus arteriosus menutup dan menciutnya arteri dan vena umbilikalis kemudian tali pusat dipotong sehingga aliran darah dari plasenta melalui vena cava inferior dan foramen oval atrium kiri terhenti sirkulasi darah bayi sekarang berubah menjadi seperti semula.

2.3.3.5 Sistem gastrointestinal ginjal

Kemampuan bayi baru lahir cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan masih terbatas juga hubungan antara esophagus bawah dan lambung masih belum sempurna yang mengakibatkan gumoh pada BBL dan bayi muda. Kapasitas lambung sendiri sangat terbatas kurang dari 30 cc. Fases pertama bayi adalah hitam kehijauan, tidak berbau, substansi yang kental disebut mekonium. Fases ini mengandung sejumlah cairan amnion, verniks, sekresi saluran pencernaan, empedu, dan zat sisa dari jaringan tubuh. Pengeluaran ini akan berlangsung sampai 2-3 hari. Pada hari ke 4-5 warna tinja menjadi coklat kehijauan. Air kencing bila kandung kencing belum kosong pada waktu lahir air kencing akan keluar dalam waktu 24 jam yang harus dicatat adalah kencing pertama, frekuensi kencing berikutnya serta warnanya bila tidak kencing atau menetes, perubahan warna kencing yang berlebihan.

2.3.4 Tanda bahaya bayi baru lahir

Menurut Dewi (2010) tanda bahaya bayi baru lahir, yaitu

- 2.3.4.1 Pernafasan sulit atau lebih dari 60 x/menit
- 2.3.4.2 Terlalu hangat ($>38,5^{\circ}\text{C}$) atau terlalu dingin ($<36,5^{\circ}\text{C}$)
- 2.3.4.3 Kulit kering, biru, pucat atau memar
- 2.3.4.4 Isapan saat menyusui lemah, rewel, sering muntah, dan mengantuk
- 2.3.4.5 Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan berbau busuk dan berdarah
- 2.3.4.6 Tidak BAB dalam 3 hari, tidak BAK dalam 24 jam, feses lembek atau cair, terdapat lendir bercampur darah
- 2.3.4.7 Mengigil, rewel, lemas, mengantuk, kejang hingga tidak tenang

2.3.5 Asuhan bayi baru lahir

2.3.5.1 Pengertian asuhan bayi baru lahir

Asuhan kebidanan bayi baru lahir adalah asuhan kebidanan yang sesuai standar yang dilaksanakan oleh seorang bidan atau tenaga kesehatan lainnya kepada bayi baru lahir sedikitnya 3 kali, selama periode usia 0 hari sampai dengan 28 bulan setelah lahir baik di fasilitas kesehatan maupun kunjungan rumah (Tombokan, 2014).

2.3.5.2 Tujuan

Menurut Tombokan (2014), tujuan dari dilakukan asuhan bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

- a. Melakukan penilaian kondisi bayi yang baru lahir
- b. Memberikan bantuan dimulainya pernafasan pada bayi yang baru lahir.
- c. Melakukan pencegahan potensi terjadinya hipotermi, hipoglikimia dan infeksi.

- d. Mendukung terjadinya ikatan batin antara ibu dan bayinya.
- e. Memberikan penyuluhan tentang ASI eksklusif.

2.3.5.3 Standar asuhan bayi baru lahir

Frisca (2013) menjelaskan bahwa dalam standar asuhan 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.

2.3.5.4 Kunjungan bayi baru lahir

Pelayanan kesehatan bayi baru lahir adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten kepada bayi baru lahir sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir, baik di fasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah. Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus tersebut ialah:

- a. kunjungan neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir. Tindakan yang perlu dilakukan bidan ialah:
 - 1) Timbangan berat badan bayi. Bandingkan berat badan dengan berat badan lahir.
 - 2) Jaga selalu kehangatan bayi
 - 3) Perhatikan *intake* dan *output* bayi
 - 4) Kaji apakah bayi menyusu dengan baik atau tidak
 - 5) Komunikasikan kepada orang tua bayi bagaimana caranya merawat tali pusat.
 - 6) Dokumentasikan

- b. Kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari.
Tindakan yang harus dilakukan bidan adalah:
 - 1) Timbang berat badan bayi. Bandingkan dengan berat badan saat ini dengan berat badan saat bayi lahir.
 - 2) Jaga selalu kehangatan bayi
 - 3) Perhatikan *intake* dan *output* bayi
 - 4) Kaji apakah bayi menyusu dengan baik atau tidak
 - 5) Dokumentasikan jadwal kunjungan neonatal
- c. Kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke-8 – 28 hari.
Tindakan yang harus dilakukan adalah:
 - 1) Timbang berat badan bayi. Bandingkan dengan berat badan saat ini dnegan berat badan saat lahir.
 - 2) Jaga selalu kehangatan bayi.
 - 3) Perhatikan *intake* dan *output* bayi.
 - 4) Kaji apakah bayi menyusu dengan baik atau tidak
 - 5) Dokumentasikan.

2.3.5.6 Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir

a. Pencegahan infeksi

Menurut JNPK-KR (2012) Bayi Baru Lahir (BBL) sangat rentan terhadap infeksi mikroorganisme yang terpapar atau terkontaminasi selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Untuk tidak menambah resiko infeksi maka sebelum menangani BBL, pastikan penolong persalinan dan pemberi asuhan BBL telah melakukan upaya pencegahan infeksi berikut:

- 1) Cuci tangan dengan seksama sebelum dan setelah bersentuhan dengan bayi.

- 2) Pakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.
 - 3) Pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan, terutama klem, gunting, pengisap lendir, De Lee, alat resusitasi dan benang tali pusat telah di Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) atau sterilisasi. Gunakan bola karet yang baru dan bersih jika akan melakukan pengisapan lendir. Jangan menggunakan bola karet penghisap yang sama untuk lebih dari satu bayi.
 - 4) Pastikan semua pakaian, handuk, selimut dan kain yang digunakan untuk bayi, sudah dalam keadaan bersih. Demikian pula halnya timbangan, pita pengukur, termometer, stetoskop dan benda-benda lain yang akan bersentuhan dengan bayi. Dekontaminasi dan cuci bersih semua peralatan, setiap kali setelah digunakan.
- b. Memotong dan Mengikat Tali Pusat
- 1) Klem dan potong tali pusat setelah dua menit bayi lahir, lakukan terlebih dahulu penyuntikan oksitosin (pada ibu), sebelum tali pusat dipotong.
 - 2) Tali pusat dijepit dengan klem DTT pada sekitar 3 cm dari pangkal pusat bayi. Dari titik jepitan, tekan tali pusat dengan dua jari kemudian dorong isi tali pusat ke arah ibu (agar darah tidak terpancar pada saat dilakukan pemotongan tali pusat). Kemudian jepit (klem kedua) tali pusat pada bagian yang isinya sudah dikosongkan (sisi ibu), berjarak 2 cm dari tempat jepitan pertama.

- 3) Pegang tali pusat diantara kedua klem tersebut, satu tangan menjadi landasan tali pusat sambil melindungi bayi, tangan yang lain memotong tali pusat di antara kedua klem tersebut dengan menggunakan gunting DTT.
 - 4) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lain.
 - 5) Lepaskan klem logam penjepit tali pusat dan masukkan ke dalam larutan klorin 0,5%.
 - 6) Kemudian, letakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu untuk Inisiasi Menyusu Dini (IMD).
 - 7) Untuk merawat tali pusat yaitu jangan membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apapun ke puntung tali pusat.
- c. Inisiasi menyusu dini (IMD)
- Menurut JNPK-KR (2012) langkah Inisiasi Menyusu Dini sebagai berikut :
- 1) Bayi harus mendapatkan kontak kulit dengan kulit ibunya segera setelah lahir selama paling sedikit 1 jam.
 - 2) Bayi harus menggunakan naluri alamiahnya untuk melakukan IMD dan ibu dapat mengenali bayinya siap untuk menyusu serta memberi bantuan jika diperlukan.
 - 3) Menunda semua prosedur lainnya yang harus dilakukan pada bayi baru lahir hingga inisiasi menyusu selesai, prosedur tersebut seperti: menimbang, pemberian antibiotika salep mata, vitamin K dan lain-lain.

d. Pencegahan infeksi mata

Menurut JNPK-KR (2012) salep mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan setelah 1 jam kontak kulit ke kulit dan bayi selesai menyusui. 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. Cara pemberian salep mata ialah sebagai berikut :

- 1) Cuci tangan (gunakan sabun dan air bersih mengalir).
- 2) Jelaskan yang akan dilakukan dan tujuan pemberian obat .
- 3) Berikan salep mata dalam satu garis lurus mulai dari bagian mata yang paling dekat dengan hidung bayi menuju ke bagian luar mata.
- 4) Ujung tabung salep mata tidak boleh menyentuh mata.
- 5) Jangan menghapus salep mata dari mata bayi dan anjurkan keluarga untuk tidak menghapus obat tersebut pada mata.

e. Pemberian vitamin K

Menurut JNPK-KR (2012) semua bayi lahir harus diberikan vitamin K injeksi 1mg *intramuskuler* setelah 1 jam kontak kulit ke kulit dan bayi selesai inisiasi menyusui dini untuk mencegah perdarahan pada bayi baru lahir akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir.

f. Pemberian imunisasi hepatitis B

Menurut JNPK-KR (2012) imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu ke bayi. Imunisasi hepatitis pertama diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K pada saat bayi berumur 2 jam. Selanjutnya hepatitis B dan Difteri Pertusis Tetanus (DPT) diberikan pada umur 2 bulan, 3 bulan dan 4 bulan.

g. Pengkajian

Menurut Sarwono (2009) pengkajian pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut :

- 1) Menilai keadaan umum bayi
- 2) Tanda-tanda vital
- 3) Periksa bagian kepala bayi
- 4) Lakukan pemeriksaan telinga karena akan dapat memberikan gambaran letak telinga dengan mata dan kepala serta diperiksa adanya kelainan lainnya.
- 5) Periksa mata akan adanya tanda-tanda infeksi.
- 6) Periksa hidung dan mulut, langit-langit, bibir, dan refleks hisap, serta *rooting*. Perhatikan adanya kelainan kongenital seperti *labiopalatoskizis*.
- 7) Periksa leher bayi, perhatikan akan adanya pembesaran atau benjolan.
- 8) Periksa dada, perhatikan bentuk dada dan puting susu.
- 9) Periksa bahu, lengan dan tangan. Perhatikan gerakan dan kelengkapan jari tangan.
- 10) Periksa bagian perut. Perhatikan bagaimana bentuk perut apakah ada penonjolan di sekitar tali pusat,

perdarahan tali pusat, perut teraba lunak (pada saat bayi menangis), dan benjolan.

- 11) Periksa alat kelamin. Hal yang perlu diperhatikan adalah:

Laki-laki : testis berada pada skrotum
atau penis berlubang.

Perempuan : vagina berlubang, uretra
berlubang, dan terdapat labia
minora serta labia mayora.

- 12) Periksa tungkai dan kaki. Perhatikan gerakan dan kelengkapan alat gerak.
- 13) Periksa punggung dan anus. Perhatikan akan adanya pembengkakan atau cekungan dan juga adanya anus.
- 14) Periksa kulit. Perhatikan adanya verniks, pembengkakan atau bercak hitam, serta tanda lahir.
- 15) Lakukan penimbangan berat badan. Berat badan lahir normal 2.500-4.000 gram.

2.4 Asuhan Masa Nifas

2.4.1 Pengertian masa nifas

Menurut Mac Donal masa nifas merupakan masa selama persalinan dan segera setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali ke keadaan tidak hamil yang normal (Purwoastuti, 2015). Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. Dalam bahasa latin, waktu mulai tertentu setelah melahirkan ini disebut puerperium yaitu kata puer yang berarti bayi dan parous melahirkan. Jadi puerperium berarti masa setelah

melahirkan bayi. puerperium adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra-hamil (Dewi, 2014).

2.4.2 Tahapan masa nifas

Nurjanah (2013) menjelaskan tentang tahapan masa nifas yang terbagi menjadi tiga yaitu:

- a. Puerperium dini (immediate puerperium), yaitu pemulihan di mana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan (waktu 0-24 jam postpartum).
- b. Puerperium intermedial (early puerperium), suatu masa di mana pemulihan organ-organ reproduksi secara menyeluruh selama kurang lebih 6-8 minggu.
- c. Remote puerperium (later puerperium), waktu yang diperlukan untuk pulih dan masa sehat kembali dalam keadaan yang sempurna secara bertahap terutama jika selama masa kehamilan dan persalinan ibu mengalami komplikasi, waktu untuk sehat bisa berminggu-minggu, bulanan bahkan tahun.

2.4.3 Adaptasi psikologis

Menurut Astuti, dkk (2015) adaptasi psikologis post partum adalah ibu biasanya mengalami penyesuaian psikologis selama masa postpartum. Reva Rubin meneliti adaptasi ibu melahirkan pada tahun 1960, yang mengidentifikasi tiga fase yang dapat membantu bidan memahami perilaku ibu setelah melahirkan. Ditemukan bahwa setiap fase meliputi rentang waktu dan berkembang melalui fase secara berurutan, yaitu:

- 2.4.3.1 *Fase takking in* (fase ketergantungan) lamanya 3 hari pertama setelah melahirkan. Fokus pada ibu diri sendiri, tidak pada bayi, ibu membutuhkan waktu untuk tidur dan istirahat. Ibu mempunyai ketergantungan dan tidak bisa

membuat keputusan. Ibu memerlukan bimbingan dalam merawat bayi dan mempunyai perasaan takjub saat melihat bayinya yang baru lahir.

2.4.3.2 *Fase takking hold* (fase independen), pada akhir hari-3 sampai hari ke-10 ibu mulai aktif, mandiri dan bisa membuat keputusan. Memulai aktivitas perawatan diri, fokus pada perut dan kandung kemih serta fokus pada bayinya dan menyusui.

2.4.3.3 *Letting go* (fase interdependen), pada akhir hari ke-10 sampai 6 minggu postpartum ibu sudah menubah peran barunya. Menyadari bayi merupakan bagian dari dirinya. Dengan kata lain ibu sudah dapat menjalankan perannya.

2.4.4 Perubahan Fisik

Menurut Norjanah (2013) perubahan fisik yang terjadi pada masa nifas ialah sebagai berikut:

2.4.4.1 Sistem kardovaskular

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat segera setelah melahirkan karena terhentinya aliran darah ke plasenta yang mengakibatkan beban jantung meningkat yang dapat idatasi dengan haemokonsentrasi sampai volume darah kembali normal dan pembuluh arah kembali ke ukuran semula.

a. Perubahan pada volume darah tergantung pada beberapa variable. Contohnya kehilangan darah selama persalinan, mobilisasi dan pengeluaran cairan ekstrasvaskular. Kehilangan darah menegakibatkan perubahan volume darah tetapi hanya terbatas pada volume darah total. Kemudian, perubahan cairan tubuh normal mengakibatkan suatu penurunan yang lambat pada volume darah. Dalam 2 sampai 3 minggu, setelah

persalinaan volume darah seringkali menurun sampai pada nilai sebelum kehamilan.

- b. *Cardiac output* terus meningkat selama kala I dan kala II persalinaan. Puncaknya selama masa nifas dengan tidak memperhatikan tipe persalinaan dan penggunaan anestesi. *Cardiac* memperhatikan tipe persalinaan dan penggunaan anestesi. *Cardiac output* tetap tinggi dalam beberapa waktu sampai 48 jam *postpartum* ini umumnya mungkin diikuti bradycardi. *Cardiac output* akan kembali pada keadaan semula seperti sebelum hamil dalam 2-3 minggu.

2.4.4.2 Sistem imunologi

- a. Hari pertama masa nifas kadar fibrinogen dan plasma sedikit menurun, tetapi darah lebih kental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan pembekuan darah.
- b. Leukosit meningkat, dapat mencapai $15.000/\text{mm}^3$ selama persalinaan dan tetap tinggi dalam beberapa hari *postpartum*. Jumlah sel darah putih normal rata-rata pada ibu hamil kira-kira $12.000/\text{mm}^3$. Selama 1-12 hari setelah persalinaan umumnya bernilai antara 20.000 - $25.000/\text{mm}^3$, neutrofil berjumlah lebih banyak dari sel darah putih, dengan konsekuensi akan berubah. Sel darah putih, bersama dengan peningkatan normal pada kadar sedimentasi eritrosit, mungkin diinterpretasikan jika terjadi infeksi akut pada waktu ini.
- c. Faktor pembekuan, yakni suatu aktivasi faktor pembekuan darah terjadi setelah persalinaan. Aktivitas ini, bersamaan dengan tidak adanya pergerakan, trauma atau sepsis, yang mendorong terjadinya tromboemboli.

Keadaan produksi tertinggi dari pemecahan fibrin mungkin akibat pengeluaran dari tempat plasenta.

- d. Kaki ibu diperiksa setiap hari untuk mengetahui adanya tanda-tanda thrombosis (nyeri, hangat dan lemas, vena bengkak kemerahan yang diraksakan keras atau padat ketika disentuh). Mungkin psostif terdapat tanda-tanda human's (doso fleksi kaki dimana menyebabkan otot-otot mengompresi ven tibia da nada nyeri jika ada thrombosis).

2.4.4.3 Sistem reproduksi

a. Uterus

Uerus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.

- 1) Bayi lahir fundus uteri setinggi pusat dengan berat uterus 1000 gr.
- 2) Akhir kala III persalinan tinggi fundus uteri teraba 2 jari bawah pyat dengan berate uterus 750gr.
- 3) Satu minggu postpartum tinggi fundus uteri teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat uterus 500 gr.
- 4) Dua minggu postpartum tinggi fundus uteri tidak teraba di atas simpisis dengan berat uterus 350 gr.
- 5) Enam minggu postpartum fundus uteri bertambah kecil dengan berat uterus 50 gr.

b. Lokhea

Lokhea adalah cairan sekret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas. Walyani (2015) menjelaskan bahwa lochea yang dikeluarkan selama masa nifas ada empat, yaitu

- 1) Lockhea rubra, hari ke 1-2, terdiri darah segar bercampur sisa-sisa ketuban, sel-sel desidua, sisa-sisa vernix kaseosa, lanugo dan meconium.
- 2) Lochea sanguinolenta, hari ke 3-7, terdiri dari darah bercampur lender dengan warna kecokelatan.
- 3) Lochea serosa, hari ke 7-14, berwarna kekuningan.
- 4) Lochea alba, hari ke 14 sampai selesai nifas, hanya merupakan cairan putih
- 5) lochea yang berbau busuk dan terinfeksi disebut lochea purulent.

c. Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup.

d. Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses melahirkan bayi dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Sesudah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol.

e. Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur, karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada perinatal hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya

sekali pun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan.

f. Payudara

Kadar prolaktin yang dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior meningkat secara stabil selama kehamilan, tetapi hormone plasenta menghambat produksi ASI. Sesudah kelahiran plasenta konsentrasi estrogen dan progesterone menurun, prolaktin dilepaskan dan produksi ASI dimulai. Suplai darah ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan vascular sementara. Air susu saat diproduksi, disimpan di alveoli dan harus dikeluarkan dengan efektif dengan cara dihisap oleh bayi untuk pengadaan dan keberlangsungan laktasi.

Pelepasan oksitosin dari kelenjar hipofisis posterior distimulasi oleh isapan bayi. Hal ini menyebabkan konsentrasi posterior distimulasi oleh isapan bayi. Hal ini menyebabkan kontraksi sel-sel miopitel di dalam payudara dan pengeluaran ASI.

ASI yang akan pertama muncul pada awal nifas adalah ASI yang berwarna kekuningan yang biasa dikenal dengan sebutan kolostrum. Kolostrum sebenarnya telah terbentuk di dalam tubuh ibu pada usai kehamilan $\pm$ 12 minggu. Kolostrum merupakan ASI pertama yang sangat baik untuk diberikan karena banyak sekali manfaatnya, kolostrum ini menjadi imun bagi bayi karena mengandung sel darah putih.

2.4.4.4 Sistem perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher

buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urine dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-13 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu

2.4.4.5 Sistem gastrointestinal

Sering kali diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan. Namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari. Rasa sakit di daerah perineum dapat menghalangi keinginan untuk BAB.

2.4.4.6 Sistem endokrin

Kadar estrogen menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam *postpartum*. progesteron turun pada hari ke-3 *postpartum*. Kadar prolaktin dalam darah berangsur-angsur.

2.4.4.7 Sistem muskuloskeletal

Ambulasi pada umumnya dimulai 4-8 jam *post partum*. Ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi.

2.4.4.8 Sistem integument

- a. Penurunan melatin umumnya setelah persalinan menyebabkan berkurangnya *hyperpigmentasi* kulit.

- b. Pembahan pembuluh darah yang tampak pada kulit karena kehamilan dan akan menghilang pada saat estrogen menurun

2.4.5 Kebutuhan dasar masa nifas

2.5.5.1 Nutrisi dan Cairan

Kumalasari (2013) menjelaskan bahwa pada masa nifas ibu memerlukan asupan sebagai berikut

- a. Tambahan kalori 500 kalori setiap hari karena 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 jumlah kalori yang harus dikonsumsi oleh ibu adalah 510 kalori
- b. Diet seimbang protein, mineral dan vitamin yang cukup dapat dilaksanakan dengan diet 2-4 porsi/hari dengan menu empat kebutuhan dasar makanan (daging, buah, roti atau biji-bijian)
- c. Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pascapersalinan.
- d. Minum kapsul vitamin A (200.000 unit),
- e. Minum sedikitnya tiga liter air setiap hari.
- f. Hindari makanan yang mengandung kafein atau nikotin.

2.4.5.2 Ambulasi

Jika tidak ada kelaianan lakukan ambulasi sedini mungkin, yaitu dua jam setelah persalinan normal. Pada ibu dengan

partus normal ambulasi dini dilakukan paling tidak 6-12 jam *postpartum* (Kumalasari, 2015).

2.4.5.3 Eliminasi

a. Buang air kecil

Pengeluaran urin akan meningkat pada 24-48 jam pertama sampai hari kelima *postpartum* karena volume darah ekstra yang dibutuhkan waktu hamil tidak diperlukan lagi setelah persalinan. Anjurkan ibu untuk tidak menahan buang air kecil ketika ada rasa sakit pada jahitan karena dapat menghambat uterus berkontraksi dengan baik sehingga dapat menimbulkan perdarahan berlebihan. Ibu harus berkemih spontan dalam 6-8 jam *postpartum*. Pada ibu yang tidak bisa berkemih motivasi agar berkemih dengan membasuh bagian vagina atau melakukan kateterisasi (Kumalasari, 2015).

b. Buang air besar

Kesulitan buang air besar (konstipasi) dapat terjadi karena ketakutan akan rasa sakit, takut jahitan terbuka, atau karena hemoroid. Kesulitan ini dapat dibantu dengan mobilisasi dini, mengonsumsi makanan tinggi serat, dan cukup minum sehingga bisa buang air besar dengan lancar. Sebaiknya pada hari kedua ibu sudah bisa buang air besar. Jika sudah pada hari ketiga ibu masih belum bisa buang air besar, ibu bisa menggunakan pencakar berbentuk supositoria sebagai pelunak tinja. (Kumalasari, 2015).

2.4.5.4 *Personal hygiene* atau perawatan diri

Pada masa postpartum, seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur dan lingkungan sangat penting untuk tetap dijaga.

Perawatan perineum menjadi perawatan diri pada masa nifas yang sangat penting, menurut Kumalasari (2013) hal yang harus diperhatikan ialah sebagai berikut:

- a. Mengajarkan ibu membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Bersihkan daerah di sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah sekitar anus.
- b. Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari.
- c. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum serta sesudah membersihkan daerah kelaminnya.

2.4.5.5 Istirahat dan tidur

Menurut Kumalasari (2013), hal-hal yang bisa dilakukan pada ibu untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur adalah sebagai berikut

- a. Anjurkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
- b. Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau istirahat selagi bayi tidur.
- c. Kurangnya tidur dapat mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan

memperbanyak perdarahan serta menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan diri sendiri.

2.4.5.6 Aktivitas seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti. Banyak budaya yang mempunyai sudut memunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau enam minggu setelah persalinan. Keputusan bergantung pada pasangan yang bersangkutan (Kumalasari, 2015)

2.4.5.7 Latihan senam nifas

Sebagai akibat kehamilan, dinding perut menjadi lembek disertai adanya striae gravidarum yang membuat bentuk tubuh akan sangat terganggu. Cara untuk mengembalikan bentuk tubuh seperti sebelum hamil adalah dengan melakukan latihan dan senam nifas (Kumalasari, 2015).

2.4.6 Tanda bahaya masa nifas

Menurut Astuti, dkk (2015) tanda bahaya yang dapat ditemukan pada masa nifas adalah sebagai berikut :

2.4.6.1 Pendarahan hebat

2.4.6.2 Pusing

2.4.6.3 Lemas yang berlebihan

2.4.6.4 Mengeluarkan gumpalan darah

2.4.6.5 Suhu tubuh $>38,5^{\circ}\text{C}$

2.4.6.6 Nyeri perut atau lochea berbau

2.4.6.7 Kejang

2.4.7 Asuhan masa nifas

2.4.7.1 Pengertian asuhan masa nifas

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

2.4.7.2 Tujuan asuhan masa nifas

Nurjanah (2013) mengemukakan bahwa tujuan masa nifas adalah sebagai berikut :

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayi, baik fisik maupun psikis.
- b. Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi, baik pada ibu maupun bayi.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayi dan perawatan bayi sehat.
- d. Memberikan pelayanan KB
- e. Untuk mendapatkan kesehatan emosi
- f. Memperlancar pembentukan air susu ibu (ASI)
- g. Mengajarkan ibu untuk melaksanakan perawatan mandiri sampai masa nifas selesai dan memelihara bayi dengan baik, sehingga bayi dapat mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang normal.

2.4.7.3 Standar asuhan masa nifas

Frisca (2016) menjelaskan bahwa standar dari asuhan masa nifas ada tiga yaitu:

- a. Standar 13 : Perawatan bayi 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.

- b. 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. Di samping itu, bidan memberikan penjelasan tentang hal-hal yang mempercepat pulihnya kesehatan ibu, dan membantu ibu untuk memulai pemberian ASI.

- c. Standar 15 : pelayanan bagi ibu dan bayi pada masa nifas

Bidan memberikan pelayanan selama 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 pada masa nifas, serta memberikan penjelasan tentang kesehatan secara umum, kebersihan perorangan, makanan bergizi, perawatan bayi baru lahir, pemberian ASI, imunisasi dan KB

2.4.7.4 Kebijakan program nasional masa nifas

Pada kebijakan program nasional masa nifas menurut Dewi (2013) antara lain sebagai berikut :

- a. Kunjungan pertama yaitu 6-8 jam setelah persalinan

- 1) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri,
 - 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila pendarahan berlanjut.
 - 3) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah pendarahan masa nifas karena atonia uteri.
 - 4) Pemberian ASI Awal.
 - 5) melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
 - 6) Menjaga bayi tetap sehat dnegan cara mencegah hipotermi.
- b. Kunjungan kedua yaitu 6 hari setelah persalinan
- 1) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
 - 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan abnormal.
 - 3) Memastikan ibu mendapatkan 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 dan tali pusat, serta menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
- c. Kunjungan ketiga, 2 minggu setelah persalinan, memastikan rahim sudah kembali normal dengan mengukur dan meraba bagian rahim.
- d. Kunjungan keempat, 6 minggu setelah persalianan
- 1) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami.

- 2) Memberikan konseling untuk KB secara dini.

2.5 Asuhan Keluarga Berencana (KB)

2.5.1 Pengertian KB

Program Keluarga Berencana (KB) merupakan salah satu strategi untuk mengurangi kematian ibu khususnya ibu dengan kondisi 4 T: terlalu muda melahirkan (di bawah usia 20 tahun), terlalu sering melahirkan, terlalu dekat jarak melahirkan, dan terlalu tua melahirkan (di atas usia 35 tahun) (Kemenkes RI, 2013). Keluarga berencana (KB) merupakan salah satu cara yang paling efektif untuk meningkatkan ketahanan keluarga, kesehatan, dan keselamatan ibu, anak, serta perempuan. Pelayanan KB menyediakan informasi, pendidikan, dan cara-cara bagi laki-laki dan perempuan untuk merencanakan kapan akan mempunyai anak, berapa tahun jarak usia antara anak, serta kapan akan berhenti mempunyai anak (Kemenkes RI, 2013).

2.5.2 Pengertian Kontrasepsi

Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim (Mulyani, 2013).

2.5.3 Tujuan Kontrasepsi

Tombokan (2014) menjelaskan tujuan pelayanan KB, yaitu:

- 2.5.3.1 Untuk membentuk keluarga kecil dengan cara pengaturan kelahiran anak, agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.
- 2.5.3.2 Untuk mengendalikan kelahiran dengan mengajak Pasangan Usia Subur (PUS) untuk melaksanakan program keluarga berencana dan memberikan pemahaman dan pengertian

tentang program keluarga berencana kepada penduduk yang belum memasuki usia subur (Pra-PUS).

- 2.5.3.3 Untuk membatasi jumlah anak sehingga kesejahteraan kehidupan keluarga lebih meningkat.
- 2.5.3.4 Untuk memperbaiki kesehatan dan kesejahteraan ibu, anak, keluarga dan seluruh masyarakat.
- 2.5.3.5 Untuk menaikkan taraf hidup rakyat dan seluruh masyarakat dengan mengurangi angka kelahiran.
- 2.5.3.6 Untuk menurunkan angka kematian ibu, bayi dan anak serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi.

2.5.4 Macam-macam Metode Kontrasepsi

2.5.4.1 Metode alamiah

a. Metode sistem kalender

Kb kalender adalah usaha mengatur kehamilan dengan mneghindari hubungan adan selama masa subur seorang wanita. Prinsip kerja metode kalender ini berpedoman kepada kenyataan bahwa wanita dalam siklus haidnya mengalami povulasi (subur) hanya satu kali sebulan, dan biasanya terjadi beberapa hari sebelu atau sesudah hari ke-14 hari haid yang akan datang. Sel telur dapat hidup selama 6-24 jam, sedangkan sel mani selama 48-72 jam, jadi suatu konsepsi mungkin akan terjadi kalau soitus dilakukan 2 hari sebelum ovulasi.

b. Metode amenore laktasi

Metode amenorea laktasi (MAL) adalah metode kontrasepsi sementara yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa tambahan makanan dan minuman lainnya. MAL dapat dipakai sebagai alat kontrasepsi apabila menyusui secara penuh (minimal 8

kali sehari), belum mendapat haid, umur bayi kurang dari 6 bulan.

c. Coitus interruptus

Coitus interruptus atau senggama terputus adalah suatu teknik pengendalian kelahiran di mana penis dikeluarkan dari vagina sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina, maka tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum, sehingga kehamilan dapat dicegah. Metode ini akan efektif apabila dilakukan dengan benar dan konsisten. Angka kegagalan 4-27 kehamilan per 100 perempuan per tahun. Pasangan yang mempunyai pengendalian diri yang besar, pengalaman dan kepercayaan dapat menggunakan metode ini menjadi lebih efektif.

d. Kondom pria

Kondom digunakan pada penis pria untuk mencegah sperma bertemu sel telur ketika terjadi ejakulasi.

e. Kondom wanita

Kondom berupa sarung karet yang terbuat dari bahan lateks. Kelebihan penggunaan kondom adalah mudah digunakan dan tidak membutuhkan bantuan medis untuk dipakai. Kekurangan penggunaan kondom adalah terjadi kebocoran cairan mani dan alergi pada pemakaian bahan-bahan kondom tertentu.

2.5.4.2 Metode KB hormonal

a. Pil

1) Pil Kombinasi

Pil kombinasi adalah pil yang mengandung hormon estrogen dan progesteron, sangat efektif diminum setiap hari pada jam yang sama. Efek samping

berupa mual, perdarahan bercak, perubahan berat badan, dan tidak untuk ibu menyusui (Mulyani, 2013).

2) Pil Mini

Mini pil adalah pil KB yang hanya mengandung hormon progesterone dalam dosis rendah, disebut juga pil menyusui. Efektifitasnya sangat tinggi bila digunakan secara benar.

b. Suntikan

1) Suntik 1 bulan, yaitu metode suntikan yang pemberiannya tiap bulan dengan jalan penyuntikan secara intramuscular sebagai usaha pencegahan kehamilan. Efektifitasnya sangat tinggi dan tidak perlu untuk mengingat setiap hari. Kerugiannya terjadi perubahan pola haid, mual, sakit kepala, perubahan berat badan, dan tidak untuk ibu menyusui.

2) Suntik 3 bulan, merupakan metode kontrasepsi yang diberikan secara intramuscular setiap tiga bulan. efektifitasnya sangat tinggi tidak memerlukan untuk mengingat setiap hari dan dapat digunakan pada ibu yang sedang menyusui. Kekurangannya adalah gangguan haid, perubahan berat badan, pusing, dan muncul jerawat.

c. Susuk atau implant

Kontrasepsi implant adalah alat kontrasepsi yang dipasang di bawah kulit. Implant mengandung levonorgestrel yang dibungkus dalam kapsul silastic silicon (*polydimethylsiloxane*). Keefektifitasannya sangat tinggi. Dapat digunakan sampai 3 tahun (jadena, indoplant, dan implanon) dan 5 tahun (norplant). Efek

sampingnya adalah perubahan pola haid dan implant terlihat di bawah kulit. Implant dapat digunakan pada ibu menyusui dan pemasangan serta pelepasan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang telah dilatih.

2.5.4.3 IUD (*Intra Uterin Device*)

IUD adalah alat kecil terdiri dari bahan plastik yang lentur yang dimasukkan ke dalam rongga rahim dan harus diganti apabila sudah dipakai dalam masa tertentu. Kelebihan penggunaan IUD adalah sangat efektif untuk mencegah kehamilan. Sedangkan kekurangan penggunaan IUD adalah dapat menyebabkan pendarahan diluar siklus menstruasi yang dialami wanita.

2.5.4.4 Vasektomi

Vasektomi adalah tindakan memotong saluran sperma yang menghubungkan buah zakar dengan kantong sperma, sehingga tidak dijumpai lagi bibit dalam ejakulasi seorang pria.

2.5.4.5 Tubektomi

Tubektomi adalah pemotongan saluran indung telur (tuba falopi) sehingga sel telur tidak bisa memasuki rahim untuk dibuahi. Tubektomi berifat permanen. Walaupun bisa disambungkan kembali, namun tingkat fertilitasnya tidak akan kembali seperti sedia kala. Caranya ialah dengan memotong kedua saluran sel (tuba falopi) dan menutup kedua-dua sehingga sel telur tidak dapat keluar dan sel sperma tidak dapat pula masuk bertemu dengan sel telur, sehingga tidak terjadi kehamilan.

2.5.5 Suntik tribulan (3 bulan)

2.5.5.1 Pengertian

Suntik tribulan merupakan metode kontrasepsi yang diberikan secara intramuscular setiap tiga bulan. KB (Keluarga Berencana) suntik merupakan metode kontrasepsi efektif yaitu metode yang dalam penggunaannya mempunyai efektifitas atau tingkat kelangsungan pemakaian yang relatif lebih tinggi serta angka kegagalannya relatif lebih rendah dibandingkan dengan alat kontrasepsi sederhana (Mulyani, 2013).

2.5.5.2 Cara Kerja

Mekanisme cara kerja metode suntik KB tribulan di dalam tubuh dijelaskan oleh Mulyani (2013), yaitu:

- a. Menghambat terjadinya ovulasi jalan menekan pembentukan releasing faktor dan hipotalamus.
- b. Leher serviks bertambah kental, sehingga menghambat penetrasi sperma melalui serviks uteri.
- c. Menghambat implantasi ovum dalam endometrium.

2.5.5.3 Efektifitas

Efektifitas KB suntik tribulan sangat tinggi, angka kegagalannya kurang dari 1%. World Health Organization (WHO) telah melakukan penelitian pada DMPA (*Depot Medroxy Progesterine acetate*) dengan dosis standar memiliki angka kegagalan 0,7%, asalkan penyuntikan dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang ditentukan.

2.5.5.4 Yang dapat menggunakan suntik tribulan

Mulyani (2013) menjelaskan ibu yang diperbolehkan menggunakan suntik tribulan yaitu:

- a. Ibu usia reproduksi (20-35 tahun)
- b. Ibu pasca persalinan
- c. Ibu pasca keguguran
- d. Ibu yang tidak dapat menggunakan kontrasepsi yang mengandung estrogen.
- e. Nulipara dan yang telah mempunyai anak banyak serta belum bersedia untuk KB tubektomi.
- f. Ibu yang sering lupa menggunakan KB pil
- g. Anemia defisiensi besi
- h. Ibu yang tidak memiliki riwayat darah tinggi
- i. Ibu yang sedang menyusui

2.5.5.5 Kontraindikasi

Mulyani (2013) menjelaskan wanita yang tidak dapat menggunakan KB suntik tribulan yaitu:

- a. Ibu hamil atau dicurigai hamil
- b. Ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- c. Diabetes mellitus yang disertai komplikasi
- d. Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.

2.5.5.6 Keuntungan

Menurut Mulyani (2013), keuntungan menggunakan KB suntik tribulan yaitu:

- a. Efektifitas tinggi
- b. Sederhana pemakaiannya
- c. Sosok untuk ibu yang menyusui
- d. Tidak berdampak serius terhadap penyakit gangguan pembekuan darah dan janutng karena tidak mengandung hormon estrogen.

2.5.5.7 Kekurangan

Menurut Mulyani (2013), kekurangan dari penggunaan KB suntik tribulan yaitu:

- a. Terdapat gangguan haid seperti amenore yaitu datang haid pada setiap bulan selama menjadi akseptor keluarga berencana suntik tiga bulan berturut-turut. Spotting yaitu bercak-bercak perdarahan di luar haid yang terjadi selama akseptor mengikuti keluarga berencana suntik. Metroragia yaitu perdarahan yang berlebihan di luar masa haid. Menoragia yaitu datangnya haid yang berlebihan jumlah jumlahnya.
- b. Timbulnya jerawat atau wajah dapat disertai infeksi atau tidak bila digunakan dalam jangka panjang.
- c. Berat badan yang mudah bertambah.
- d. Pusing dan sakit kepala.
- e. Bisa menyebabkan warna biru dan rasa nyeri pada daerah suntikan akibat perdarahan bawah kulit.

2.5.5.8 Waktu penggunaan

Menurut Mulyani (2013) waktu yang diperbolehkan untuk memulai penggunaan KB suntik tribulan yaitu:

- a. Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid.
- b. Bila suntikan pertama diberikan setelah hari ke-7 siklus haid dan pasien tidak hamil. Pasien tidak boleh melakukan hubungan seksual untuk 7 hari lamanya atau penggunaan metode kontrasepsi yang lain selama masa waktu 7 hari.
- c. Jika pasien pascapersalinan >6 bulan, menyusui serta belum haid, suntikan pertama dapat diberikan asal saja dipastikan ibu tidak hamil.

- d. Bila pasca keguguran, suntikan progestin dapat diberikan.
- e. Ibu dengan menggunakan kontrasepsi hormonal yang lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi hormonal progestin, selama ibu tersebut menggunakan kontrasepsi sebelumnya secara benar, suntikan progestin dapat segera diberikan tanpa menunggu haid. Bila ragu-ragu perlu dilakukan uji kehamilan terlebih dahulu.
- f. Ibu yang menggunakan metode kontrasepsi non hormonal dan ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan pertama dapat diberikan asal saja diyakini ibu tersebut tidak hamil dan pemberiannya tanpa mengganggu datangnya haid. Bila diberikan pada hari 1-7 siklus haid metode kontrasepsi lain tidak diperlukan. Bila sebelumnya IUD dan ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi maka suntikan pertama diberikan hari 1-7 siklus haid, cabut segera IUD.