

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Asuhan Kebidanan Komprehensif

2.1.1 Pengertian

Asuhan Kebidanan Komprehensif adalah suatu upaya untuk pelayanan kebidanan yang diberikan kepada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, masa nifas dan keluarga berencana untuk upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan kebidanan. Maka diperlukan pelayanan kebidanan secara promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif secara menyeluruh (Syaifudin dkk, 2013).

Asuhan komprehensif adalah merupakan pelayanan untuk menanggulangi kasus kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal yang terjadi pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu dalam masa nifas sampai pada bayi baru lahir dengan komplikasi obstetrik yang mengancam kematian ibu maupun janin karena keterlambatan menegakkan diagnosa secara tepat, antisipasi masalah yang terjadi, menentukan tindakan sesuai kebutuhan ibu, serta mampu melakukan evaluasi tindakan yang dilakukan (Prawiroharjo, 2015). Jadi dari kedua pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa asuhan komprehensif adalah asuhan yang dilakukan secara berkelanjutan dari ibu hamil sampai dengan masa nifas.

2.1.2 Tujuan

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 (Tombokan, 2016).

2.2 Kehamilan

2.2.1 Pengertian kehamilan

Kehamilan adalah masa dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin lamanya adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Widia, 2015). Kehamilan merupakan proses fisiologi yang hampir selalu terjadi pada setiap wanita. Kehamilan terjadi setelah bertemunya sperma dan ovum, tumbuh dan berkembang di dalam uterus selama 259 hari atau 37 minggu atau sampai 42 minggu (Nugroho, 2014). Jadi kehamilan adalah masa yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin yang berlangsung selama kurang lebih 9 bulan.

2.2.2 Periode kehamilan

Menurut Manurung (2011) Kehamilan dibagi dalam 3 trimester yaitu sebagai berikut :

Kebutuhan fisik ibu hamil

2.2.2.1 Trimester I berlangsung dari 0 sampai 12 minggu

2.2.2.2 Trimester II berlangsung pada minggu ke 12 sampai dengan minggu ke 28

2.2.2.3 Trimester III berlangsung pada minggu ke 28 sampai dengan minggu ke 38 - 42 minggu

2.2.3 Kebutuhan dasar ibu hamil pada trimester III

2.2.3.1 Kebutuhan fisik ibu hamil

Kebutuhan fisik ibu hamil menurut Sari,A dkk (2015) :

a. Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernapasan bisa terjadi pada saat hamil sehingga akan mengganggu

pemenuha kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang di kandung. Untuk mencegah hal tersebut dan untuk memenuhi kebutuhan oksigen maka ibu hamil perlu :

- 1) Latihan nafas melalui senam hamil
- 2) Tidur dengan bantal yang lebih tinggi
- 3) Makan tidak terlalu banyak
- 4) Kurangi atau hentikan merokok
- 5) Konsul ke dokter bila ada kelainan atau gangguan pernapasan seperti asma dan lain-lain

b. Nutrisi

Pada saat hamil ibu harus makan makanan yang mengandung nilai gizi yang bermutu tinggi meskipun tidak berarti makan yang mahal harganya. Gizi pada waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori/hari, ibu hamil seharusnya mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi dan minum cukup cairan (seimbang).

1) Kalori

Kalori dipergunakan untuk produksi energy. Kurang energi akan diambil dari pembakaran protein yang mestinya dipakai untuk pertumbuhan. Asupan makan pada ibu hamil triwulan 1 sering mengalami penurunan karena menurunnya nafsu makan dan sering timbul mual dan muntah. Pada triwulan kedua nafsu makan biasanya sudah mulai meningkat, kebutuhan zat tenaga banyak disbanding kebutuhan saat hamil muda. Demikian juga zat pembangun dan zat pengatur seperti lauk pauk, sayuran dan buah-buahan berwarna. Pada triwulan ketiga, janin mengalami pertumbuhan dan

perkembangan yang sangat pesat. Perkembangan janin yang pesat ini terjadi pada 20 minggu terakhir kehamilan. Umumnya nafsu makan sangat baik dan ibu sangat merasa lapar.

2) Protein

Protein sangat dibutuhkan untuk perkembangan buah kehamilan yaitu untuk pertumbuhan janin, uterus dan plasenta, selain itu untuk ibu penting untuk pertumbuhan payudara dan kenaikan sirkulasi ibu (protein plasma, hemoglobin dll). Protein yang dianjurkan adalah protein hewani seperti daging, susu, telur, keju dan ikan karena mereka mengandung komposisi asam amino yang lengkap. Susu dan produk susu disamping sumber protein adalah juga kaya dengan kalsium.

3) Mineral

Pada prinsipnya semua mineral dapat terpenuhi dengan makan-makanan sehari-hari yaitu buah-buahan, sayur-sayuran dan susu. Hanya kebutuhan zat besi yang tidak bisa terpenuhi dengan makanan sehari-hari, untuk memenuhi kebutuhan ini dibutuhkan suplemen zat besi.

4) Vitamin

Vitamin sebenarnya telah terpenuhi dengan makan sayur dan buah-buahan, tetapi dapat pula diberikan ekstra vitamin. Pemberian asam folat terbukti mencegah kecacatan pada bayi.

Kebutuhan gizi untuk ibu hamil setiap harinya ditambah sesuai dengan usia kehamilan. Hal ini dikarenakan adanya perkembangan dan pertumbuhan janin. Berikut merupakan jumlah penambahan yang harus dipenuhi selama hamil:

Tabel 2.1 Kebutuhan gizi Trimester 1-3

Trimester 1 Energi : 180 kkal Protein : 20 gram lemak : 6 gram KH : 25 gram	Setara dengan	Biskuit 1 buah besar (10 gram) Telur ayam rebus 1 butir (55 gram) Susu sapi segar ½ gelas (100 gram)
Trimester 2 dan 3 Energi : 300 kkal Protein : 20 gram Lemak : 10 gram KH : 40 gram		1 mangkuk bubur kacang hijau Kacang hijau 5 sendok makan (50 gram) Santan ¼ gelas (50 gram) Gula merah 1 sendok makan (13 gram) Telur ayam rebus 1 butir (55 gram)

Jumlah atau porsi dalam 1 kali makan. Merupakan suatu ukuran atau takaran makan yang dimakan tiap kali makan.

Tabel 2.2 Jumlah atau porsi kebutuhan gizi

Kategori	Berat	Setara dengan
Nasi	200 gram	1 piring
Lauk-pauk-hewani (ayam/daging/ikan)	40 gram	Ikan : 1/3 ekor sedang Ayam : 1 potong sedang Daging : 2 potong kecil
Lauk nabati (tempe/ tahu/ kacang kacangan)	Tempe : 50 gram Tahu : 100 gram Kacang kacangan : 25 gram	Tempe : 2 potong sedang Tahu : 2 potong sedang Kacang kacangan : 2 sendok makan
Sayuran	100 gram	1 gelas/ 1 piring/ 1

		mangkok (setelah masak ditiriskan)
Buah buahan	100 gram	2 ¼ potong sedang

Frekuensi makan dalam sehari

Frekuensi makan merupakan seringnya seseorang melakukan kegiatan makan dalam sehari baik makanan utama atau pun selingan, sebanyak 3 kali makan utama dan 2 kali makan selingan atau porsi kecil namun sering dan harus sesuai porsi dibawah ini:

Tabel 2.3 Frekuensi kebutuhan gizi

Kategori	Porsi perhari
Nasi	4 – 6 piring
Lauk pauk hewani (ayam/daging/ikan)	4 – 5 porsi
Lauk nabati (tempe / tahu / kacang-kacangan)	2 – 4 potong sedang
Sayuran	2 – 3 mangkok
Buah buahan	3 porsi

c. Personal hygiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung mengeluarkan banyak keringat. Kebersihan gigi dan mulut perlu mendapat perhatian karena sering kali mudah terjadi gigi berlubang terutama pada ibu yang kekurangan kalsium

d. Pakaian

Pemakaian pakaian dan kelengkapannya yang kurang tepat akan mengakibatkan beberapa ketidaknyamanan yang akan mengganggu fisik dan psikologi ibu. Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pakaian ibu hamil adalah pakaian longgar bersih, menyerap keringat, bra yang menyokong payudara, sepatu hak yang rendah dan pakaian dalam yang selalu bersih.

e. Eliminasi

Cara membersihkan alat kelamin yaitu dengan gerakan dari depan ke belakang setiap kali selesai berkemih atau buang air besar.

f. Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan. Koitus tidak dibenarkan bila :

- 1) Terdapat perdarahan pervaginam
- 2) Terdapat riwayat abortus berulang
- 3) Abortus/partus prematurus imminens
- 4) Ketuban pecah
- 5) Serviks telah membuka

g. Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan/aktifitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan.

h. Imunisasi

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang dapat menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah Tetanus Toxoid (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus.

Tabe 2.4 Imunisasi Tetanus Toxoid (TT)

	Interval	Lama perlindungan	% perlindungan
TT 1	Pada kunjungan ANC pertama	-	-
TT 2	4 minggu setelah TT 1	3 tahun	80 %
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun	95 %
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun	99 %
TT 5	1 tahun setelah TT 4	25 tahun/ seumur hidup	99 %

(Rismalinda, 2015)

i. Traveling

Meskipun dalam keadaan hamil, ibu masih membutuhkan rekreasi untuk menyegarkan pikiran dan perasaan, misalnya dengan mengunjungi objek wisata atau pergi ke luar kota.

2.2.3.2 Kebutuhan psikologis

Trimester III sering disebut periode menunggu dan waspada sebab ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Pada trimester ini ibu memerlukan keterangan dan dukungan dari suami, keluarga dan bidan (Jannah,N. 2012).

2.2.3.3 Kebutuhan zat besi selama kehamilan.

Menurut penelitian Susiloningtyas (2012) tentang pemberian zat besi (Fe) dalam kehamilan dimana kebutuhan zat besi selama hamil yaitu rata-rata 800 mg – 1040 mg. Kebutuhan ini diperlukan untuk :

- a. $\pm$ 300 mg diperlukan untuk pertumbuhan janin.
- b. $\pm$ 50-75 mg untuk pembentukan plasenta.
- c. $\pm$ 500 mg digunakan untuk meningkatkan massa haemoglobin maternal/sel darah merah.

d. ± 200 mg lebih akan dieksresikan lewat usus, urin dan kulit.

e. ± 200 mg lenyap ketika melahirkan

Perhitungan makan 3 x sehari atau 1000-2500 kalori akan menghasilkan sekitar 10–15 mg zat besi perhari, namun hanya 1-2 mg yang di absorpsi. jika ibu mengkonsumsi 60 mg zat besi, maka diharapkan 6-8 mg zat besi dapat diabsorpsi, jika dikonsumsi selama 90 hari maka total zat besi yang diabsorpsi adalah sebesar 720 mg dan 180 mg dari konsumsi harian ibu.

Besarnya angka kejadian anemia ibu hamil pada trimester I kehamilan adalah 20%, trimester II sebesar 70%, dan trimester III sebesar 70%. Hal ini disebabkan karena pada trimester pertama kehamilan, zat besi yang dibutuhkan sedikit karena tidak terjadi menstruasi dan pertumbuhan janin masih lambat. Menginjak trimester kedua hingga ketiga, volume darah dalam tubuh wanita akan meningkat sampai 35%, ini ekuivalen dengan 450 mg zat besi untuk memproduksi sel-sel darah merah. Sel darah merah harus mengangkut oksigen lebih banyak untuk janin. Sedangkan saat melahirkan, perlu tambahan besi 300 – 350 mg akibat kehilangan darah. Sampai saat melahirkan, wanita hamil butuh zat besi sekitar 40 mg per hari atau dua kali lipat kebutuhan kondisi tidak hamil.

Masukan zat besi setiap hari diperlukan untuk mengganti zat besi yang hilang melalui tinja, air kencing dan kulit. Kehilangan basal ini kira-kira 14 ug per Kg berat badan per hari atau hampir sama dengan 0,9 mg zat besi pada laki-laki dewasa dan 0,8 mg bagi wanita dewasa. Kebutuhan zat besi pada ibu hamil berbeda pada setiap umur kehamilannya, pada trimester I naik dari 0,8 mg/hari, menjadi 6,3 mg/hari

pada trimester III. Kebutuhan akan zat besi sangat mencolok kenaikannya. Dengan demikian kebutuhan zat besi pada trimester II dan III tidak dapat dipenuhi dari makanan saja, walaupun makanan yang dimakan cukup baik kualitasnya dan bioavailabilitas zat besi tinggi, namun zat besi juga harus disuplai dari sumber lain agar supaya cukup. Penambahan zat besi selama kehamilan kira-kira 1000 mg, karena mutlak dibutuhkan untuk janin, plasenta dan penambahan volume darah ibu. Sebagian dari peningkatan ini dapat dipenuhi oleh simpanan zat besi dan peningkatan adaptif persentase zat besi yang diserap. Tetapi bila simpanan zat besi rendah atau tidak ada sama sekali dan zat besi yang diserap dari makanan sangatsedikit maka, diperlukan suplemen preparat besi.

Untuk itu pemberian suplemen Fe disesuaikan dengan usia kehamilan atau kebutuhan zat besi tiap semester, yaitu sebagai berikut :

- a. Trimester I : kebutuhan zat besi ± 1 mg/hari, (kehilangan basal 0,8 mg/hari) ditambah 30-40 mg untuk kebutuhan janin dan sel darah merah.
- b. Trimester II : kebutuhan zat besi ± 5 mg/hari, (kehilangan basal 0,8mg/hari) ditambah kebutuhan sel darah merah 300 mg dan conceptus 115mg.
- c. Trimester III : kebutuhan zat besi 5 mg/hari, ditambah kebutuhan sel darah merah 150 mg dan conceptus 223 mg.

Besi dalam bentuk fero lebih mudah diabsorbsi maka preparat besi untuk pemberian oral tersedia dalam berbagai bentuk berbagai garam fero seperti fero sulfat, fero glukonat, dan fero fumarat. Ketiga preparat iniumumnya efektif dan tidak mahal. Di Indonesia, pil besi yang umum digunakan dalam suplementasi zat besi adalah ferrosus sulfat, senyawa

initergolong murah dan dapat diabsorpsi sampai 20%. Memberikan preparat besi yaitu *fero sulfat*, *fero glukonat* atau *Naferobisirat*. Pemberian preparat 60 mg/hari dapat menaikkan kadar Hb sebanyak 1 gr% / bulan. Saat ini program nasional menganjurkan kombinasi 60 mg besi dan 50 nanogram asam folat untuk profilaksis anemia.

Dosis zat besi yang paling tepat untuk mencegah anemia ibu masih belum jelas, tetapi untuk menentukan dosis terendah dari zat besi untuk pencegahan defisiensi besi dan anemia defisiensi besi pada kehamilan telah dilakukan penelitian. Pada wanita Denmark, suplemen 40 mg zat besi ferrous /hari dari 18 minggu kehamilan tampaknya cukup untuk mencegah defisiensi zat besi pada 90% perempuan dan anemia kekurangan zat besi pada setidaknya 95% dari perempuan selama kehamilan dan postpartum. Untuk kebutuhan asam folat sendiri menurut Fadlun (2011) ibu hamil sebaiknya mendapat sedikitnya 400 µg folat per hari.

2.2.4 Perubahan anatomi dan adaptasi fisiologis pada ibu hamil trimester III

Perubahan anatomi dan adaptasi fisiologis pada ibu hamil trimester III menurut Kuswanti (2014) :

2.2.4.1 Sistem reproduksi

Pada trimester III, isthmus lebih nyata menjadi bagian dari korpus uteri dan berkembang menjadi segmen bawah rahim (SBR). Kontraksi otot-otot bagian atas uterus menjadikan SBR lebih lebar dan tipis, tampak batas yang nyata antara bagian atas yang lebih tebal dan segmen bawah rahim yang lebih tipis.

2.2.4.2 Sistem perkemihan

Keluhan sering kencing akan timbul lagi karena pada akhir kehamilan kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul dan

kandung kemih akan mulai tertekan kembali. Selain itu juga terjadi hemodilusi yang menyebabkan metabolisme air menjadi lancar.

2.2.4.3 Sistem *musculoskeletal*

Selama trimester ketiga, otot rektus abdominalis dapat memisah menyebabkan isi perut menonjol digaris tengah. Umbilicus menjadi lebih datar atau menonjol. Postur tubuh wanita secara bertahap mengalami perubahan karena janin membesar dalam abdomen. Untuk mengkompensasikan penambahan berat badan ini, bahu lebih tertarik kebelakang dan tulang belakang lebih melengkung, sendi tulang belakang lebih lentur, dapat menyebabkan nyeri tulang punggung pada wanita. Payudara yang besar dan posisi bahu yang bungkuk saat berdiri akan semakin membuat kurva punggung dan lumbal menonjol. Pergerakan menjadi lebih sulit. Kram otot-otot tungkai dan kaki merupakan masalah umum selama kehamilan. Penyebabnya tidak diketahui, tetapi berhubungan dengan metabolisme otot atau postur yang tidak seimbang, wanita muda yang cukup berotot dapat mentoleransi perubahan ini tanpa keluhan, akan tetapi wanita tua dapat mengalami gangguan punggung atau nyeri punggung yang cukup berat selama kehamilan.

2.2.4.4 Sistem kardiovaskuler

Aliran darah meningkat dengan cepat seiring dengan pembesaran uterus, walaupun alirarah darah uterus meningkat ukuran konseptus meningkat lebih cepat. Akibatnya lebih banyak oksigen diambil dari darah uterus selama masa kehamilan lanjut. Pada kehamilan cukup bulan, seperenam volume darah total ibu berada di dalam system peredaran darah uterus. Tekanan arteri maternal, kontraksi uterus dan posisi maternal mempengaruhi aliran darah.

2.2.4.5 Berat badan dan indeks masa tubuh (IMT)

Terjadi kenaikan berat badan sekitar 5,5 kg. penambahan berat badan mulai awal kehamilan sampai akhir kehamilan berkisar 11-12 kg.

2.2.4.6 Sistem pernafasan

Pada umur kehamilan 32 minggu keatas, usus tertekan uterus yang membesar kearah diafragma, sehingga diafragma kurang leluasa bergerak dan mengakibatkan kebanyakan wanita hamil mengalami kesulitan bernafas.

2.2.5 Perubahan dan adaptasi psikologis pada ibu hamil trimester III

Trimester III biasa disebut dengan periode penantian dengan penuh kewaaspadaan menurut Kuswanti (2014) perubahan dan adaptasi psikologis pada ibu hamil trimester III yaitu :

2.2.5.1 Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik.

2.2.5.2 Merasa tidak menyenangkan ketika bayi lahir tidak tepat waktu.

2.2.5.3 Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.

2.2.5.4 Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.

2.2.5.5 Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya.

2.2.5.6 Merasa kehilangan perhatian.

2.2.5.7 Merasa mudah terluka (sensitif).

2.2.5.8 Libido menurun.

2.2.6 Ketidaknyamanan dan cara mengatasi pada trimester III

Ketidaknyamanan ibu pada III menurut Syafrudin (2011) yaitu :

2.2.6.1 Oedema

Penyebabnya karena adanya tekanan dari pembesaran uterus pada pelviks saat duduk dan vena cava inferior ketika

berbaring. Hampir 40% wanita hamil mengalami oedema pada kaki namun bila terjadi oedema pada wajah dan tangan disertai protein urin itu merupakan sebuah komplikasi atau masalah.

Cara mengatasi :

- a. Hindari posisi tidur terlentang
- b. Hindari berdiri dalam jangka waktu yang lama
- c. Hindari pemakaian kaos kaki ketat
- d. Tinggikan kaki dan tidur miring saat tidur
- e. Lakukan senam secara teratur

2.2.6.2 Pusing

Pembesaran rahim menekan pembuluh darah besar sehingga menyebabkan tekanan darah menurun.

Cara mengatasi :

- a. Bangun secara perlahan
- b. Hindari berdiri terlalu lama
- c. Hindari tidur dengan posisi telentang

2.2.6.3 Sakit punggung bagian bawah

Karena meningkatnya beban berat bayi dalam kandungan dan penambahan ukuran payudara. Menurut Jannah (2012) sakit pinggang dan punggung disebabkan oleh berpindahnya titik berat tubuh akibat pembesaran daerah perut sehingga punggung bawah dan pinggang menopang berat yang lebih dari biasanya. Selain itu, tekanan rahim menekan akar syaraf sehingga otot menjadi tegang dan menimbulkan nyeri. Penyebab lainnya mungkin karena sikap tubuh yang salah ketika mengangkat benda berat atau pada saat bangun dari posisi tidur. Seiring rahim yang semakin tumbuh besar, maka pusat gaya gravitasi ibu hamil pun perlahan namun pasti akan berubah menjadi lebih kedepan. Ibu hamil harus menyesuaikan diri pada titik keseimbangan yang baru.

Penyesuaian pada titik keseimbangan tubuh yang baru itulah yang kemudian membebani pinggang ibu hamil, sehingga menyebabkan munculnya rasa sakit pada pinggang. Selain itu, perubahan hormonal pada ibu hamil juga ikut memengaruhi jaringan ikat pada tulang atau ligament menjadi lebih longgar, termasuk pada tulang-tulang panggul sebagai persiapan untuk melahirkan (Naviri, 2011).

Cara mengatasi :

- a. Berjongkok dan bukan membungkuk saat mengangkat benda, supaya yang menahan tegangan dan beban bukan punggung
- b. Lebarkan kaki dan letakkan satu kaki sedikit di depan kaki lain pada waktu membungkuk agar terdapat dasar yang luas untuk keseimbangan pada waktu bangkit dan jongkok
- c. Gunakan BH yang menopang dan dengan ukuran yang tepat
- d. Kompres air hangat
- e. Pijatan/usapan pada punggung

2.2.6.4 Varises

Peningkatan volume darah dan alirannya selama kehamilan akan menekan daerah panggul dan vena di kaki yang menyebabkan vena menonjol. Varises juga dipengaruhi oleh factor keturunan.

Cara mengatasi :

- a. Tinggikan kaki sewaktu berbaring atau duduk
- b. Hindari duduk dan berdiri terlalu lama
- c. Tidur dengan posisi miring kiri

2.2.6.5 Haemoroid

Disebabkan oleh konstipasi dan tekanan uterus pada vena hemoroid.

Cara mengatasi :

- a. Menghindari terjadinya konstipasi
- b. Makan-makanan yang berserat
- c. Gunakan kompres dingin dan hangat

2.2.6.6 Konstipasi

Gangguan sembelit ini disebabkan oleh peningkatan kadar progesterone yang menyebabkan lambatnya peristaltic usus, tekanan uterus yang membesar pada usus, konsumsi zat besi dan kurang minum akan menyebabkan tinja menjadi keras sehingga sulit dikeluarkan.

Cara mengatasi :

- a. Pola makan harus diperhatikan
- b. Mengonsumsi makanan yang mengandung serat
- c. Banyak minum air putih
- d. Rajin beraktivitas dengan olahraga ringan
- e. Melakukan senam hamil

2.2.6.7 Kram kaki

Terjadi akibat ketidakseimbangan kadar kalsium dan fosfor dalam tubuh, sirkulasi darah yang kurang ke bagian tungkai bawah serta adanya tekanan dari uterus pada syaraf.

Cara mengatasi :

- a. Menaikkan kaki ke atas ketika tidur
- b. Mengonsumsi makanan, minuman ataupun obat yang mengandung kalsium

2.2.7 Tanda bahaya kehamilan

Menurut Jannah (2012) tanda bahaya/komplikasi pada ibu dan janin selama masa kehamilan sebagai berikut :

2.2.7.1 Perdarahan pervagina

Perdarahan vagina yang terjadi pada wanita hamil dapat dibedakan menjadi 2 bagian :

- a. Pada awal kehamilan : abortus, mola hidatidosa dan kehamilan ektopik terganggu
- b. Pada akhir kehamilan : solution plasenta dan plasenta previa

2.2.7.2 Sakit kepala yang hebat, menetap dan tidak hilang

Sakit kepala bisa terjadi selama kehamilan dan seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan yang biasa disebabkan oleh pengaruh hormone dan kelelahan.

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat adalah salah satu gejala *preeklampsi*. *Preeklampsi* biasanya juga disertai dengan penglihatan tiba-tiba hilang atau kabur, bengkak atau oedema pada kaki dan muka serta nyeri pada *epigastrium*.

2.2.7.3 Nyeri abdomen yang hebat

Merupakan nyeri perut yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat. Nyeri kuat, terus-menerus diakhir kehamilan biasa berarti terjadi robekan plasenta dari dinding rahim, ini sangat berbahaya dan mengancam jiwa ibu

2.2.7.4 Bayi kurang bergerak seperti biasa

Ibu mulai merasakan gerakan bayinya selama bulan ke-5 atau ke-6. Beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur, gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam. Biasanya diukur dalam waktu selama 12 jam yaitu sebanyak 10 kali.

2.2.7.5 Keluar air ketuban sebelum waktunya (Ketuban Pecah Dini)

Dapat diidentifikasi dengan keluarnya cairan mendadak disertai bau yang khas. Adanya kemungkinan infeksi dalam rahim dan persalinan prematuritas yang dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi.

2.2.7.6 Muntah terus-menerus (*Hiperemisis Gravidarum*)

Terdapat muntah yang terus-menerus yang menimbulkan gangguan aktifitas sehari-hari dan dehidrasi.

2.2.7.7 Demam

2.2.7.8 Anemia

Pembagian anemia:

- a. Anemia ringan : 9 – 10 gr %
- b. Anemia sedang : 7 -8 gr %
- c. Anemia berat : < 7 gr %

Pengaruh anemia pada kehamilan dapat terjadi abortus, *partus prematurus*, IUGR, infeksi, *hiperemisi gravidarum* dan lain-lain.

2.2.7.9 Kejang

Kejang pada ibu hamil merupakan gejala lanjut dari *preeklampsi*.

2.2.8 Asuhan kehamilan

2.2.8.1 Pengertian

Antenatal Care adalah suatu program yang terencana berupa observasi, edukasi dan penanganan medik pada ibu hamil, untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persiapan persalinan yang aman dan memuaskan (*Maternity et al.*, 2016).

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 secara wajar (Tombakan, 2016). Asuhan kehamilan adalah asuhan yang diberikan selama masa kehamilan untuk memantau keadaan ibu dan janin.

2.2.8.2 Tujuan

Tujuan asuhan kehamilan menurut Rismalinda (2015) : Tujuan utama ANC adalah menurunkan / mencegah kesakitan dan kematian maternal dan perinatal. Adapun tujuan khususnya adalah :

1. Memonitor kemajuan kehamilan guna memastikan kesehatan ibu dan perkembangan bayi yang normal
2. Mengenali secara dini penyimpangan dari normal dan memberikan penatalaksanaan yang diperlukan
3. Membina hubungan saling percaya antara ibu dan bidan dalam rangka mempersiapkan ibu dan keluarga secara fisik, emosional dan logis untuk menghadapi kelahiran serta kemungkinan adanya komplikasi

2.2.8.3 Standar

a. Standar pelayanan kehamilan

Menurut Kuswanti (2014) terdapat 6 standar dalam pelayanan *antenatal*, seperti berikut ini :

1) Standar 3 : Identifikasi ibu hamil

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

2) Standar 4 : pemeriksaan dan pemantauan *antenatal*

Bidan memberikan sedikitnya 4 kali pelayanan *antenatal*. Pemeriksaan meliputi: anamnesis dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal. Bidan harus mengenal kehamilan resiko tinggi atau kelainan, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS atau infeksi HIV, memberikan pelayanan

imunisasi, nasehat dan penyuluhan kesehatan. Mencatat data yang tepat pada setiap kunjungan dan bila ditemukan kelainan mampu mengambil tindakan yang diperlukan dan merujuknya untuk tindakan selanjutnya. Tujuan dari standar ini adalah memberikan pelayanan *antenatal* yang berkualitas dan deteksi dini komplikasi kehamilan.

3) Standar 5: palpasi abdominal

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

Menurut Kemenkes (2013) Palpasi abdomen Leopold I-IV adalah:

- a) Leopold I : menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin yang terletak di fundus uteri (dilakukan sejak awal trimester I)
- b) Leopold II : menentukan bagian janin pada sisi kiri dan kanan ibu (dilakukan mulai akhir trimester II)
- c) Leopold III : menentukan bagian janin yang terletak di bagian bawah uterus (dilakukan mulai akhir trimester II)

d) Leopold IV : menentukan berapa jauh masuknya janin ke pintu atas panggul (dilakukan bila usia kehamilan >36 minggu)

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. Tujuan dari standar ini adalah menemukan anemia pada kehamilan secara dini dan melakukan tindak lanjut yang memadai untuk mengatasi anemia sebelum persalinan berlangsung.

5) Standar 7: Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenal tanda serta gejala *pre eklampsia* lainnya, serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya. Tujuan dari standar ini adalah untuk mengenali dan menemukan secara dini hipertensi pada kehamilan dan melakukan tindakan yang diperlukan.

6) Standar 8: persiapan persalinan

Bidan memberikan saran yang tepat pada ibu hamil, suami dan keluarga pada trimester ketiga untuk memastikan bahwa persiapan persalinan bersih dan aman direncanakan dengan baik, di samping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk. Bidan sebaiknya melakukan kunjungan rumah untuk hal ini.

b. Standar minimal asuhan kehamilan

Standar 10 T :

- 1) Timbang Badan dan Ukur Tinggi Badan
- 2) Ukur Tekanan Darah

- 3) Nilai Status Gizi (ukur LILA)
- 4) (Ukur) Tinggi Fundus Uteri
- 5) Tentukan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin
- 6) Skrining Status Imunisasi TT (dan Pemberian Imunisasi TT)
- 7) Pemberian Tablet Besi (90 Tablet selama kehamilan)
- 8) Test Lab Sederhana (Hb, Protein Urin) dan atau berdasarkan indikasi (HBsAg, Sifilis, HIV)
- 9) Tata Laksana Kasus
- 10) Temu Wicara (Konseling) termasuk P4K serta KB

c. Standar kunjungan

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) Penjadwalan ulang

Menurut Romauli (2011) mengemukakan, idealnya penjadwalan ulang bagi wanita yang mengalami perkembangan normal selama kehamilan adalah:

- a) Hingga usia kehamilan 28 minggu, kunjungan dilakukan setiap 4 minggu.
- b) Antara minggu ke-28 hingga 36, setiap 2 minggu.

- c) Setiap minggu ke-36 hingga persalinan, dilakukan setiap minggu.
- d) Bila ibu hamil yang mengalami masalah, tanda bahaya atau jika merasa khawatir, dapat sewaktu melakukan kunjungan ulang.

d. 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. (Romauli, 2011) 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 seperti pembalut wanita, atau kain, sabun dan seprai dan menyimpannya untuk persiapan persalinan.

2.3 Persalinan

2.3.1 Pengertian persalinan

Persalinan atau partus adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri), (Maternity dkk, 2016). Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Maternity dkk, 2016). Jadi persalinan normal adalah proses pengeluaran janin setelah menjalani masa kehamilan selama kurang lebih 9 bulan.

2.3.2 Tahapan persalinan

2.3.2.1 Kala I (Kala Pembukaan)

Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah (*bloody show*), karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (*effacement*). Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran ketika serviks mendatar dan membuka (Maternity dkk, 2016).

Menurut Maternity (2016), kala pembukaan dibagi atas 3 fase, yaitu :

a. Fase laten

Berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm.

b. Fase aktif

Fase aktif dibagi dalam 3 fase, yaitu :

1) Fase akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm

2) Fase dilatasi maksimal

Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm

3) Fase deselerasi

Pembukaan menjadi lambat. Dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap.

Mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dengan multigravida. Pada primi ostium uteri internum akan membuka lebih dulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis. Baru kemudian ostium internum dan eksternum membuka bersama-sama. Pada multigravida ostium internum sudah sedikit terbula. Ostium uteri internum dan eksternum

serta penipisan dan pendataran serviks terjadi pada saat yang sama (Maternity dkk, 2016).

2.3.2.2 Kala II (Kala pengeluaran janin)

Pengeluaran tahap persalinan ini dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi (Fitriana, 2018). Pada kala II, his terkoordinasi, kuat, cepat dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedas. Karena tekanan pada rectum, ibu merasa seperti mau buang air besar, dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his, kepala janin mulai terlihat, vulva membuka dan perineum meregang. Dengan his mencedas yang terdorong, akan lahirlah kepala, diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primi 1,5 – 2 jam dan pada multi 0,5 – 1 jam (Maternity dkk, 2016).

2.3.2.3 Kala III (Kala pengeluaran plasenta)

Tahap persalinan kala III ini dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Fitriana, 2018).

Tanda-tanda lepas plasenta menurut Mutmainnah (2017) adalah :

a. Perubahan bentuk dan tinggi fundus

Menurut Marmi (2016) uterus menjadi globular dan biasanya terlihat lebih kencang. Tinggi fundus biasanya di bawah pusat.

b. Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva.

c. Semburan darah mendadak dan singkat.

2.3.2.4 Kala IV (Kala 2 jam *postpartum*)

Kala IV adalah kala pengawasan selama 2 jam setelah bayi lahir, untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan postpartum (Maternity dkk, 2016).

2.3.3 Tanda-tanda persalinan

Tanda *inpartu* menurut Maternity dkk (2016) :

2.3.3.1 Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.

2.3.3.2 Keluar lendir bercampur darah (*show*) yang lebih banyak karena robekan kecil pada serviks.

2.3.3.3 Kadang ketuban pecah dengan sendirinya.

2.3.3.4 Pada pemeriksaan dalam serviks mendatar dan pembukaan telah ada.

2.3.4 Lima benang merah dalam asuhan persalinan

Menurut Jaringan Nasional Pelatihan Klinik-Kesehatan Reproduksi (JNPK-KR) (2012), lima benang merah dalam asuhan persalinan adalah sebagai berikut :

2.3.4.1 Membuat keputusan klinik

Aspek pemecahan masalah yang diperlukan untuk pengambilan keputusan klinik. Proses ini memiliki empat tahapan dimulai dari pengumpulan data (subjektif dan objektif), diagnosa, penatalaksanaan asuhan dan perawatan (membuat rencana dan melaksanakan rencana) serta evaluasi pola pikir yang sistematis bagi para petugas kesehatan yang memberikan asuhan persalinan.

2.3.4.2 Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu adalah dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Berikut adalah asuhan sayang ibu selama persalinan

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

- b. Jelaskan semua asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan tersebut.
- c. Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarganya.
- d. Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.
- e. Dengarkan dan tanggapilah pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
- f. Berikan dukungan, besarkan hatinya dan tentramkan hati ibu beserta anggota-anggota keluarganya.
- g. Anjurkan ibu untuk ditemani suami atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- h. Ajarkan suami dan anggota-anggota keluarga mengenai cara-cara bagaimana mereka dapat memperhatikan dan mendukung ibu selama proses persalinan dan kelahiran bayinya.
- i. Secara konsisten lakukan praktik-praktik pencegahan infeksi yang baik.
- j. Hargai privasi ibu.
- k. Anjurkan ibu mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi.
- l. Anjurkan ibu untuk minum dan makan-makanan ringan sepanjang ia menginginkannya.
- m. Hargai dan perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu.
- n. Hindari tindakan berlebihan dan mungkin membahayakan seperti episiotomi, pencukuran dan klisma.
- o. Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin.
- p. Membantu memulai pemberian ASI dalam satu jam pertama setelah bayi lahir.
- q. Siapkan rencana rujukan (bila dirujuk).

- r. Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik dan bahan-bahan, perlengkapan dan obat-obatan yang diperlukan.

2.3.4.3 Pencegahan infeksi

Tujuan pencegahan infeksi yaitu mencegah terjadinya transmisi penyakit yang disebabkan oleh bakteri, virus dan jamur serta menurunkan resiko terjangkit mikroorganisme yang menimbulkan penyakit berbahaya seperti HIV/AIDS.

Tindakan-tindakan pencegahan infeksi sebagai berikut:

- a. Cuci tangan
- b. Pakai sarung tangan
- c. Penggunaan cairan antiseptic
- d. Pemrosesan alat bekas pakai
- e. Pembuangan sampah

2.3.4.4 Rekam medik

Pencatatan merupakan hal penting dari proses pembuatan keputusan klinik. Dalam asuhan persalinan normal sistem pencatatan yang digunakan adalah partograf, hasil pemeriksaan yang tidak dicatat pada partograf dapat diartikan bahwa pemeriksaan tersebut tidak dilakukan.

2.3.4.5 Rujukan

Hal penting dalam mempersiapkan rujukan yaitu B (Bidan), A (Alat), K (Keluarga), S (Surat), O (Obat), K (Kendaraan), U (Uang), DA (Donor darah).

2.3.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

2.3.5.1 Tenaga (*Power*)

Menurut Rohani (2011) :

- a. His (Kontraksi)

His atau kontraksi uterus adalah kontraksi otot-otot uterus dalam persalinan. Kontraksi merupakan suatu sifat pokok otot polos dan tentu saja hal ini terjadi pada otot polos

uterus yaitu *miometrium*. Pada minggu-minggu terakhir kehamilan uterus semakin teregang oleh karena isinya semakin bertambah.

b. Kekuatan ibu mendedan

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

2.3.5.2 Isi kehamilan (*Passanger*)

Faktor *passanger* terdiri atas 3 komponen yaitu janin, air ketuban dan plasenta. Janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa factor, yaitu ukuran kepala janin, presentasi, letak dan posisi janin. Kelebihan atau kekurangan air ketuban akan menimbulkan komplikasi pada ibu dan janin. Kelainan plasenta akan menyebabkan kelainan pada janin ataupun mengganggu proses persalinan. Kelainan pada plasenta dapat berupa gangguan fungsi dari plasenta ataupun gangguan implantasi dari plasenta (Marmi,2016)

2.3.5.3 Jalan lahir (*Passage*)

Menurut Rohani (2011) jalan lahir terbagi atas:

a. Bagian Keras Panggul

1) Tulang panggul

Tulang panggul terdiri dari :

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

2) Bidang hodge

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

3) Bentuk panggul

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

b. Bagian lunak panggul

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

2.3.6 Partograf

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan. Tujuan utama penggunaan partograf adalah untuk mencapai hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui VT dan mendeteksi dini adanya kemungkinan partus lama. Waktu yang tepat untuk pengisian partograf adalah saat proses persalinan telah berada dalam kala 1 fase aktif, yaitu saat mulai terjadinya pembukaan serviks dari 4 sampai 10 cm dan berakhir pada pemantauan kala IV. (Fitriana, 2018).

Menurut Sari (2014) Halaman depan partograf mencantumkan bahwa observasi dimulai pada fase aktif persalinan dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan, termasuk :

2.3.6.1 Informasi tentang ibu

- a. Nama, umur
- b. Gravida, para, abortus (keguguran)
- c. Nomor catatan medis/nomor puskesmas
- d. Tanggal dan waktu mulai dirawat (atau jika di rumah, tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu).
- e. Waktu pecahnya selaput ketuban.

2.3.6.2 Kondisi janin

- a. Denyut Jantung Janin (DJJ)

Nilai dan catat DJJ setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Catat DJJ dengan memberikan tanda titik dengan garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ, kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak putus. Penolong harus waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160.

b. Warna dan adanya air ketuban

Nilai air ketuban setiap kali dilakukan pemeriksaan dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Gunakan lambing-lambang berikut ini :

- U : ketuban utuh (belum pecah)
- J : ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih
- M : ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium
- D : ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah
- K : ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban (kering)

c. Penyusupan (molase) kepala janin

Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, nilai penyusupan kepala janin. Gunakan lambang-lambang berikut ini :

- 0 : Tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi
- 1 : Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan
- 2 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih, tapi masih dapat dipisahkan
- 3 : Tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

2.3.6.3 Kemajuan persalinan

Nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam (lebih sering dilakukan jika ada tanda-tanda penyulit). Tanda “X” harus ditulis digaris waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks. Beri tanda untuk temuan-temuan dan pemeriksaan dalam yang dilakukan pertama kali selama fase aktif persalinan digaris waspada kemudian hubungkan

tanda”X” dan setiap pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus). Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam nilai dan catat turunnya bagian terbawah atau presentasi janin.

2.3.6.4 Jam dan waktu

Di bagian bawah partograf (pembukaan serviks dan penurunan) tertera kotak-kotak yang diberi angka 1-16. Setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.

2.3.6.5 Kontraksi uterus

Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik.

2.3.6.6 Obat-obatan dan cairan yang diberikan

Oksitosin, obat-obat lainnya dan cairan IV.

2.3.6.7 Kondisi ibu

Nilai dan catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan, beri tanda titik pada kolom waktu yang sesuai. Nilai dan catat tekanan darah ibu setiap 4 jam, beri tanda oang pada partograf pada kolom waktu yang sesuai. Nilai dan catat temperature tubuh ibu setiap 2 jam dan catat dalam kotak yang sesuai.

2.3.6.8 Asuhan, pengamatan dan keputusan klinik lainnya.

Menurut Sari (2014) halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran, serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak persalinan kala I hingga kala IV (termasuk bayi baru lahir).

2.3.7 Asuhan persalinan

2.3.7.1 Pengertian

Menurut Mochtar (2011) Asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama

perdarahan pasca persalinan, hipotermia, dan asfiksia bayi baru lahir.

Asuhan Persalinan adalah asuhan atau pertolongan persalinan yang aman oleh tenaga kesehatan kompeten, yaitu dokter spesialis kebidanan, dokter umum dan bidan (Tombokan, 2014). 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). Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa asuhan persalinan adalah asuhan yang diberikan pada saat ibu memasuki tahap persalinan atau pengeluaran hasil konsepsi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten.

2.3.7.2 Tujuan

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).

2.3.7.3 Standar

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

a. Standar 9 : asuhan persalinan kala I

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

b. Standar 10 : persalinan kala II yang aman

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

c. Standar 11 : penatalaksanaan aktif persalinan kala II

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

d. Standar 12 : penanganan kala II dengan gawat janin melalui *episiotomy*

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

2.3.7.4 Asuhan Persalinan Normal (APN) 60 Langkah

Table 2.5 60 langkah APN

NO	KEGIATAN
1.	Mengenali gejala dan tanda kala II a. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran. b. Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina. c. Perineum menonjol. d. Vulva-vagina dan <i>sfincter ani</i> membuka
2.	Menyiapkan pertolongan persalinan Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3.	Memakai alat perlindungan diri seperti memakai celemek plastik, topi, masker, kacamata, sepatu tertutup.
4.	Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
5.	Memakai sarung tangan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
6.	Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (dengan menggunakan sarung tangan DTT atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah DTT atau atau

	steril tanpa mengontaminasi tabung suntik.
7.	Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi cairan DTT - 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-benar - Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi).
8.	Dengan menggunakan tehnik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. (Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, maka lakukan <i>amniotomi</i>).
9.	Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan
10.	Memeriksa DJJ setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-160 kali/menit). - Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal. - Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.
11.	Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses bimbingan meneran Memberitahu ibu bahwa pembukaan lengkap dan keadaan janin baik. Membawa ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
12.	Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman)
13.	Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran: - Bimbing, dukung dan beri semangat. - Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi. - Berikan cukup asupan cairan per oral (minum). - Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai. Rujuk jika belum lahir atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran pada primigravida dan 60 menit (1 jam) pada multigravida.
14.	Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman jika ibu belum merasa ada dorongan

	untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.
15.	Persiapan pertolongan kelahiran bayi Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
16.	Meletakkan kain yang bersih dilipat sepertiga bagian di bawah bokong ibu.
17.	Membuka partus set, perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
18.	Pakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
19.	Menolong kelahiran bayi Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir.
20.	Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan meneruskan segera proses kelahiran bayi. a. Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi. b. Jika tali pusat melilit leher janin dengan kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara kedua klem tersebut.
21.	Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22.	Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
23.	Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan.
24.	Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.
25.	Penanganan bayi baru lahir Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan).
26.	Mengeringkan tubuh bayi, mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa

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

	dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil, kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika terdapat selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan <i>eksplorasi</i> sisa selaput, kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.
38.	Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan <i>masase</i> uterus. Meletakkan telapak tangan di fundus dan lakukan <i>masase</i> dengan gerakan melingkar hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik tindakan <i>masase</i> .
39.	Memeriksa kedua sisi plasenta, baik bagian ibu maupun bayi, pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta kedalam tempat khusus.
40.	Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami persarahan aktif.
41.	Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan per vaginam.
42.	Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%. Membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air DTT dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
43.	Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan kandung kemih kosong.
44.	Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan <i>massase</i> uterus dan menilai kontraksi.
45.	Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
46.	Memeriksa tekanan darah, nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan.
47.	Pantau keadaan bayi dan pastikan bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit).
48.	Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (selama 10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
49.	Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
50.	Bersihkan ibu dengan menggunakan air DDT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir, dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
51.	Pastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
52.	Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.
53.	Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam keluar, rendam dalam klorin 0,5%

	selama 10 menit.
54.	Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
55.	Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik pada bayi.
56.	Dalam 1 jam pertama, beri salep mata/tetes mata profilaksis infeksi, vitamin K 1 mg IM dipaha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pernapasan bayi, nadi dan temperatur.
57.	Setelah 1 jam pemberian vitamin K, berikan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan bawah lateral.
58.	Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
59.	Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk.
60.	Dokumentasi (Lengkapi partograf).

2.4 Bayi Baru Lahir

2.4.1 Pengertian bayi baru lahir

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

2.4.2 Ciri-ciri bayi baru lahir normal

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

2.4.2.1 Berat badan normal 2.500-4.000 gram.

2.4.2.2 Panjang badan 48-52 cm.

2.4.2.3 Lingkar kepala 33-35 cm.

2.4.2.4 Lingkar dada 30-38 cm.

2.4.2.5 Frekuensi denyut jantung 120-160x/ menit.

- 2.4.2.6 Pernafasan $\pm 40-60$ x/ menit.
- 2.4.2.7 Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup.
- 2.4.2.8 Rambut *lanugo* tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna.
- 2.4.2.9 Kuku agak panjang dan lemas.
- 2.4.2.10 Nilai APGAR >7 .
- 2.4.2.11 Gerak aktif. Bayi lahir langsung menangis kuat.
- 2.4.2.12 Refleks *rooting* (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik.
- 2.4.2.13 Refleks *sucking* (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.
- 2.4.2.14 Refleks *morro* (gerakkan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.
- 2.4.2.15 Refleks *grasping* (menggenggam) sudah baik.
- 2.4.2.16 Refleks *babinsky* (reflek dikatakan baik jika jempol kemudian bergerak ke atas atau menuju permukaan atas kaki sedangkan jari-jari lainnya ke arah sebaliknya)
- 2.4.2.17 Refleks *tonick neck* (apabila ditelentangkan, kedua tangannya akan menggenggam dan kepalanya akan menengok ke kanan dalam posisi seperti pemain anggar) sudah baik.
- 2.4.2.18 Genetalia.
 - a. Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang.
 - b. Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uterus yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora.
 - c. Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya *mekonium* dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan.

2.4.3 Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Menurut Hidayat (2012) tanda bahaya bayi baru lahir, yaitu

2.4.3.1 Pernapasan sulit atau lebih dari 60 x/menit.

2.4.3.2 Terlalu hangat ($>37,5^{\circ}\text{C}$) atau terlalu dingin ($<36,5^{\circ}\text{C}$).

2.4.3.3 Kulit kering, biru, pucat atau memar.

2.4.3.4 Isapan saat menyusu lemah, rewel, sering muntah, dan mengantuk.

2.4.3.5 Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan berbau busuk dan berdarah.

2.4.3.6 Tidak BAB dalam 3 hari, tidak BAK dalam 24 jam, feses lembek atau cair, terdapat lendir bercampur darah.

2.4.3.7 Mengigil, rewel, lemas, mengantuk, kejang hingga tidak tenang.

2.4.4 Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir

Menurut JNPK-KR (2012), asuhan pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

2.4.4.1 Pencegahan infeksi

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

2.4.4.2 Penilaian awal

Untuk semua BBL lakukan penilaian awal dengan menjawab 3 pertanyaan:

Sebelum bayi lahir : Apakah bayi cukup bulan?

Segera setelah bayi lahir, sambil meletakkan bayi di atas kain bersih dan kering yang telah disiapkan pada perut bawah ibu, segera lakukan penilaian berikut : Apakah bayi menangis atau bernafas/ tidak megap-megap?, Apakah tonus otot bayi baik/ bayi bergerak aktif?

Untuk BBL cukup bulan dengan air ketuban jernih yang langsung menangis atau bernafas spontan dan bergerak aktif cukup bulan dilakukan manajemen BBL normal. Jika bayi kurang bulan (< 37 minggu) atau bayi lebih bulan (≥ 42 minggu) dan atau tidak bernafas atau megap-megap dan atau tonus otot tidak baik dilakukan manajemen BBL dengan asfiksia.

2.4.4.3 Pencegahan kehilangan panas

a. Mekanisme kehilangan panas

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

b. Mencegah kehilangan panas

- 1) Keringkan tubuh bayi tanpa membersihkan verniks
- 2) Letakkan bayi di dada ibu agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi
- 3) Selimuti ibu dan bayi dan pasang topi dikepala bayi
- 4) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir

2.4.4.4 Memotong dan mengikat tali pusat

- a. Klem dan potong tali pusat setelah 2 menit setelah bayi lahir. Lakukan terlebih dahulu penyuntikkan oksitosin, sebelum tali pusat dipotong.
- b. Tali pusat dijepit dengan klem DTT pada sekitar 3 cm dari dinding perut (pangkal pusat bayi). Kemudian jepit dengan klem kedua pada 2 cm dari tempat klem yang pertama.
- c. Pegang tali pusat di antara kedua klem tersebut, satu tangan menjadi landasan tali pusat sambil melindungi bayi, tangan yang lain memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut.

- d. Ikatan tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
- e. Lepaskan klem penjepit dan rendam dilarutan klorin 0,5%.
- f. Letakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu untuk IMD.

2.4.4.5 Pemberian ASI

Segera setelah bayi lahir, setelah tali pusat dipotong, letakkan bayi tengkurap di dada ibu dengan kulit bayi bersentuhan langsung ke kulit ibu. Ini yang dinamakan Inisiasi Menyusu Dini (IMD). Biarkan kontak kulit ke kulit ini berlangsung setidaknya 1 jam bahkan lebih sampai bayi dapat menyusu sendiri. Bayi diberi topi dan diselimuti. Ayah atau keluarga dapat memberi dukungan dan membantu ibu selama proses ini. Menurut Jamil (2017) menyusui bayi sesuai kehendak bayi atau kebutuhan bayi setiap 2-3 jam (paling sedikit setiap 4 jam), bergantian antara payudara kiri dan kanan. Seorang bayi yang menyusu sesuai dengan permintaannya bisa menyusu sebanyak 12-15 kali dalam 24 jam. Bayi baru lahir cenderung sering BAK yaitu 7-10 x sehari. Bayi yang minum ASI eksklusif sebaliknya bisa saja tidak BAB selama 2-4 hari sekali. Menurut Molika (2015) bayi yang menyusu ASI usia 0-6 bulan frekuensi BAB normal sehari 1-7 kali atau bahkan 1-2 hari sekali.

Menurut Jamil (2017) setiap bayi mempunyai takaran untuk menyusu sesuai dengan kebutuhan berat badan dan umur. Anak yang baru lahir butuh asupan makanan yang cukup untuk pertumbuhannya.

- a. Bayi usia 1-2 hari membutuhkan 5-7 ml ASI sekali minum dan diberikan dengan jarak sekitar 2 jam

kebutuhan ASI memang baru sedikit, karena ukuran lambung bayi pada usia ini hanya sebesar biji kemiri.

- b. Bayi usia 3 hari membutuhkan 22-27 ml ASI sekali minum yang diberikan 8-12 kali sehari atau hampir satu gelas takar air untuk satu hari. Pada usia ini lambung berkembang menjadi sebesar buah chery yang berukuran besar.
- c. Bayi usia 4-6 hari membutuhkan ASI 45-60 ml dalam satu kali minum dan dapat menghabiskan 400-600 ml atau $\frac{1}{2}$ gelas hingga 2 setengah takar air untuk satu hari pada usia ini kebutuhan ASI meningkat karena adanya growthspurt yang pertama pada bayi.

2.4.4.6 Pencegahan perdarahan

Semua BBL harus diberi vitamin K₁ (*Phytomenadione*) injeksi 1 mg intramuskuler setelah proses IMD dan bayi selesai menyusui untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL.

2.4.4.7 Pencegahan infeksi mata

Salep mata atau tetes mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan setelah proses IMD dan bayi selesai menyusui. Pencegahan infeksi tersebut menggunakan antibiotika tetrasiklin 1% atau antibiotika lain. Upaya pencegahan infeksi mata kurang efektif jika diberikan lebih dari satu jam setelah kelahiran.

2.4.4.8 Pemeriksaan fisik

Hari pertama kelahiran bayi sangat penting. Banyak perubahan yang terjadi pada bayi dalam menyesuaikan diri dari kehidupan di dalam rahim ke kehidupan di luar rahim. Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin jika terdapat kelainan pada bayi.

Menurut Noordiati (2018) prinsip pemeriksaan dilakukan dalam situasi bayi tenang (tidak menangis). Pemeriksaan tidak harus berurutan, dahulukan menilai pernapasan dan tarikan dinding dada ke dalam, denyut jantung serta perut.

Pemeriksaan fisik yang dilakukan :

- a. Lihat postur, tonus dan aktivitas: posisi tungkai dan lengan fleksi, bayi sehat akan bergerak aktif 2) Lihat kulit: wajah, bibir dan selaput lendir, dada harus berwarna merah muda, tanpa adanya kemerahan atau bisul.
- b. Hitung penapasan dan lihat tarikan dinding dada ke dalam ketika bayi sedang tidak menangis: frekuensi nafas normal 40-60 kali per menit, tidak ada tarikan dinding dada yang kuat.
- c. Hitung denyut jantung dengan meletakkan stetoskop di dada kiri: frekuensi denyut jantung normal 120-160 kali per menit.
- d. pengukuran suhu ketiak dengan thermometer: suhu normal adalah 36,5 - 37,5 °C.
- e. Lihat raba bagian kepala: bentuk kepala terkadang asimetris karena penyesuaian pada saat proses persalinan, umumnya hilang dalam 48 jam, ubun-ubun besar rata-rata atau tidak menonjol, dapat sedikit menonjol saat bayi sedang menangis.
- f. Lihat mata: tidak ada kotoran atau *secret*.
- g. Lihat bagian dalam mulut (masukkan satu jari yang menggunakan sarung tangan ke dalam mulut, raba langit-langit) bibir, gusi, langit-langit utuh dan tidak ada bagian yang terbelah, nilai kekuatan isap bayi, bayi akan menghisap kuat jari pemeriksaan.

- h. Lihat dan raba perut: perut bayi datar, teraba lemas
- i. Lihat tali pusat tidak ada perdarahan, pembengkakan, nanah, bau yang tidak enak pada tali pusat, atau kemerahan sekitar tali pusat .
- j. Lihat punggung dan raba tulang belakang: kulit terlihat utuh, tidak terdapat lubang dan benjolan pada tulang belakang.
- k. Lihat ekstremitas hitung jumlah jari tangan dan kaki. Lihat apakah kaki posisinya baik atau bengkok ke dalam atau keluar, lihat gerakan ekstremitas simetris atau tidak.
- l. Lihat lubang anus: terlihat lubang anus dan periksa apakah meconium sudah keluar, biasanya meconium keluar dalam 24 jam setelah lahir.
- m. Lihat dan raba alat kelamin luar: bayi perempuan kadang terlihat cairan vagina berwarna putih atau kemerahan, bayi laki-laki terdapat lubang uretra pada ujung penis, pastikan bayi sudah buang air kecil dalam 24 jam terakhir.
- n. Timbang bayi (timbang dengan menggunakan selimut, hasil dikurangi selimut): menjadi 2,5-4 kg, dalam minggu pertama berat bayi mungkin turun dahulu kemudian naik kembali pada usia 2 minggu umumnya telah mencapai berat lahirnya, penurunan berat badan maksimal untuk bayi baru lahir cukup maksimal 10%, untuk bayi kurang bulan maksimal 5%.
- o. Mengukur panjang dan lingkar kepala bayi: panjang lahir normal 48-52 cm dan lingkar kepala normal 33-37 cm.
- p. Menilai cara menyusui, minta ibu untuk menyusui bayinya: kepala dan badan dalam garis lurus, wajah bayi menghadap payudara, ibu mendekatkan bayinya ke tubuhnya, bibir bawah melengkung keluar, sebagian besar areola berada di dalam mulut bayi, bayi menghisap dalam

dan pelan kadang disertai berhenti sesaat.

2.4.4.9 Pemberian imunisasi

Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Imunisasi Hepatitis B pertama diberikan 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1, pada saat bayi baru berumur 2 jam.

Menurut Noordiaty (2018) Imunisasi Hepatitis B pertama (HB 0) diberikan 1-2 jam setelah pemberian Vitamin KI secara intramuskular. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Penularan Hepatitis pada bayi baru lahir dapat terjadi secara vertikal (penularan ibu ke bayinya pada waktu persalinan) dan penularan horizontal (penularan dari orang lain). Dengan demikian untuk mencegah terjadinya infeksi vertikal bayi harus diimunisasi Hepatitis B sedini mungkin.

Penderita Hepatitis B ada yang sembuh dan ada yang tetap membawa virus Hepatitis B di dalam tubuhnya sebagai *carrier* (pembawa) hepatitis. Risiko penderita Hepatitis B untuk menjadi *carrier* tergantung umur pada waktu terinfeksi. Jika terinfeksi pada bayi baru lahir, maka risiko menjadi *carrier* 90%. Sedangkan yang terinfeksi pada umur dewasa risiko menjadi *carrier* 5-10%. Imunisasi Hepatitis B (HB-0) harus diberikan pada bayi berumur 0 - 7 hari karena :

- a. Sebagian ibu hamil merupakan *carrier* Hepatitis B
- b. Hampir separuh bayi dapat tertular Hepatitis B pada saat lahir dari ibu pembawa virus.
- c. Penularan pada saat lahir hampir seluruhnya berlanjut menjadi Hepatitis menahun, yang kemudian dapat berlanjut menjadi sirosis hati dan kanker hati primer.

- d. Imunisasi Hepatitis B sedini mungkin akan melindungi sekitar 75% bayi dari penularan Hepatitis B.

2.4.5 Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Menurut Marmi (2016) Inisiasi Menyusu Dini (IMD) merupakan program menyusu dan bukan menyusui ini, merupakan gambaran bahwa IMD bukan program ibu menyusui bayi tetapi bayi yang harus aktif menemukan sendiri puting susu ibu

Langkah Inisiasi Menyusu Dini (IMD) menurut Marmi (2016) :

2.4.5.1 Program ini dilakukan dengan cara langsung meletakkan bayi yang baru lahir di dada ibunya dan biarkan bayi ini merayap untuk menemukan puting susu ibu untuk menyusu. IMD harus dilakukan langsung setelah lahir, tanpa boleh ditunda dengan kegiatan menimbang atau mengukur bayi. Bayi juga tidak boleh dibersihkan, hanya dikeringkan kecuali tangannya. Proses ini harus berlangsung *skin to skin* antara bayi dan ibu.

2.4.5.2 Tahapannya adalah setelah bayi diletakkan, dia akan menyesuaikan diri dengan lingkungan barunya, maka kemungkinan saat pertama kali diletakkan di dada ibu, bayi belum bereaksi. Kemudian berdasarkan bau yang dicium dari tangannya, ini membantu dia menemukan puting susu ibu. Dia akan merangkak naik dengan menekan kakinya pada perut ibu. Bayi akan menjilati kulit ibunya yang mengandung bakteri baik sehingga kekebalan tubuh bayi bertambah. Tidak boleh memberikan bantuan apapun pada bayi tapi biarkan bayi menyusu sendiri. Biasanya bayi dapat menemukan puting susu ibu dalam jangka waktu 1 jam pertama.

2.4.5.3 Menunda semua prosedur lainnya yang harus dilakukan kepada BBL hingga IMD selesai dilakukan. Prosedur

tersebut misalnya : menimbang, pemberian *antibiotic* salep mata, vitamin K1, imunisasi dan lain-lain.

2.4.6 *Bounding Attachment*

Menurut Marmi (2016) secara harfiah kata *bounding* diartikan sebagai ikatan antara ibu dan bayi dalam masa awal neonatus dan *attachment* adalah sentuhan. *Attachment* adalah proses penggabungan berdasarkan cinta dan penerimaan yang tulus dari orang tua terhadap anaknya dan memberikan dukungan dalam asuhan perawatannya. *Bounding* adalah masa sensitif pada menit pertama dan beberapa jam setelah kelahiran dimana kontak ibu dan ayah ini akan menentukan tumbuh kembang menjadi optimal.

2.4.7 *Ballard score*

Sistem penilaian ini dikembangkan oleh Dr. Jeanne L Ballard, MD untuk menentukan usia gestasi bayi baru lahir melalui penilaian fisik. Penilaian neuromuskular meliputi postur, *square window*, *arm recoil*, sudut popliteal, *scarfsign* dan *heel to ear maneuver*. Penilaian fisik yang diamati adalah kulit, *lanugo*, permukaan plantar, payudara, mata/telinga, dan genitalia.

2.4.7.1 Kulit

Pematangan kulit janin melibatkan pengembangan struktur intrinsiknya bersamaan dengan hilangnya secara bertahap dari lapisan pelindung, yaitu vernix caseosa. Oleh karena itu kulit menebal, mengering dan menjadi keriput dan / atau mengelupas dan dapat timbul ruam selama pematangan janin. Fenomena ini bisa terjadi dengan kecepatan berbeda-beda pada masing-masing janin tergantung pada kondisi ibu dan lingkungan intrauterin.

Sebelum perkembangan lapisan epidermis dengan stratum corneumnya, kulit agak transparan dan lengket ke jari pemeriksa. Pada usia perkembangan selanjutnya kulit menjadi lebih halus, menebal dan menghasilkan pelumas,

yaitu vernix, yang menghilang menjelang akhir kehamilan. pada keadaan matur dan pos matur, janin dapat mengeluarkan mekonium dalam cairan ketuban. Hal ini dapat mempercepat proses pengeringan kulit, menyebabkan mengelupas, pecah-pecah, dehidrasi, seperti sebuah perkamen.

2.4.7.2 Lanugo

Lanugo adalah rambut halus yang menutupi tubuh fetus. Pada *extreme prematurity* kulit janin sedikit sekali terdapat lanugo. Lanugo mulai tumbuh pada usia gestasi 24 hingga 25 minggu dan biasanya sangat banyak, terutama di bahu dan punggung atas ketika memasuki minggu ke 28. Lanugo mulai menipis dimulai dari punggung bagian bawah. Daerah yang tidak ditutupi lanugo meluas sejalan dengan maturitasnya dan biasanya yang paling luas terdapat di daerah lumbosakral. Pada punggung bayi matur biasanya sudah tidak ditutupi lanugo. Variasi jumlah dan lokasi lanugo pada masing-masing usia gestasi tergantung pada genetik, kebangsaan, keadaan hormonal, metabolik, serta pengaruh gizi. Sebagai contoh bayi dari ibu dengan diabetes mempunyai lanugo yang sangat banyak. Pada melakukan skoring pemeriksa hendaknya menilai pada daerah yang mewakili jumlah relatif lanugo bayi yakni pada daerah atas dan bawah dari punggung bayi.

2.4.7.3 Permukaan Plantar

Garis telapak kaki pertama kali muncul pada bagian anterior ini kemungkinan berkaitan dengan posisi bayi ketika di dalam kandungan. Bayi dari ras selain kulit putih mempunyai sedikit garis telapak kaki lebih sedikit saat lahir. Di sisi lain pada bayi kulit hitam dilaporkan terdapat percepatan maturitas neuromuskular sehingga timbulnya

garis pada telapak kaki tidak mengalami penurunan. Namun demikian penilaian dengan menggunakan skor *Ballard* tidak didasarkan atas ras atau etnis tertentu.

Bayi *very premature* dan *extremely immature* tidak mempunyai garis pada telapak kaki. Untuk membantu menilai maturitas fisik bayi tersebut berdasarkan permukaan plantar maka dipakai ukuran panjang dari ujung jari hingga tumit. Untuk jarak kurang dari 40 mm diberikan skor -2, untuk jarak antara 40 hingga 50 mm diberikan skor -1. Hasil pemeriksaan disesuaikan dengan skor di tabel.

2.4.7.4 Payudara

Areola mammae terdiri atas jaringan mammae yang tumbuh akibat stimulasi esterogen ibu dan jaringan lemak yang tergantung dari nutrisi yang diterima janin. Pemeriksa menilai ukuran areola dan menilai ada atau tidaknya bintik-bintik akibat pertumbuhan papila *Montgomery*. Kemudian dilakukan palpasi jaringan mammae di bawah areola dengan ibu jari dan telunjuk untuk mengukur diameternya dalam milimeter.

2.4.7.5 Mata/Telinga

Daun telinga pada fetus mengalami penambahan kartilago seiring perkembangannya menuju matur. Pemeriksaan yang dilakukan terdiri atas palpasi ketebalan kartilago kemudian pemeriksa melipat daun telinga ke arah wajah kemudian lepaskan dan pemeriksa mengamati kecepatan kembalinya daun telinga ketika dilepaskan ke posisi semula. Pada bayi prematur daun telinga biasanya akan tetap terlipat ketika dilepaskan. Pemeriksaan mata pada intinya menilai kematangan berdasarkan perkembangan palpebra. Pemeriksa berusaha membuka dan memisahkan palpebra

superior dan inferior dengan menggunakan jari telunjuk dan ibu jari. Pada bayi *extremely premature* palpebra akan menempel erat satu sama lain. Dengan bertambahnya maturitas palpebra kemudian bisa dipisahkan walaupun hanya satu sisi dan meninggalkan sisi lainnya tetap padaposisinya.

Hasil pemeriksaan pemeriksa kemudian disesuaikan dengan skor dalam tabel. Perlu diingat bahwa banyak terdapat variasi kematangan palpebra pada individu dengan usia gestasi yang sama. Hal ini dikarenakan terdapat faktor seperti stres intrauterin dan faktor humoral yang mempengaruhi perkembangan kematangan palpebra.

2.4.7.6 Genitalia (Pria)

Testis pada fetus mulai turun dari cavum peritoneum ke dalam scrotum kurang lebih pada minggu ke 30 gestasi. Testis kiri turun mendahului testis kanan yakni pada sekitar minggu ke 32. Kedua testis biasanya sudah dapat diraba di canalis inguinalis bagian atas atau bawah pada minggu ke 33 hingga 34 kehamilan. Bersamaan dengan itu, kulit skrotum menjadi lebih tebal dan membentuk rugae.

Testis dikatakan telah turun secara penuh apabila terdapat di dalam zona berugae. Pada neonatus *extremely premature* scrotum datar, lembut, dan kadang belum bisa dibedakan jenis kelaminnya. Berbeda halnya pada neonatus matur hingga posmatur, scrotum biasanya seperti pendulum dan dapat menyentuh kasur ketika berbaring. Pada *cryptorchidismus* scrotum pada sisi yang terkena kosong, hipoplastik, dengan rugae yang lebih sedikit jika dibandingkan sisi yang sehat atau sesuai dengan usia kehamilan yang sama.

2.4.7.7 Genital (wanita)

Untuk memeriksa genitalia neonatus perempuan maka neonatus harus diposisikan telentang dengan pinggul abduksi kurang lebih 45° dari garis horisontal. Abduksi yang berlebihan dapat menyebabkan labia minora dan klitoris tampak lebih menonjol sedangkan aduksi menyebabkankeduanya tertutupi oleh labia majora.

Pada neonatus *extremely premature* labia datar dan klitoris sangat menonjol dan menyerupai penis. Sejalan dengan berkembangnya maturitas fisik, klitoris menjadi tidak begitu menonjol dan labia minora menjadi lebih menonjol. Mendekati usia kehamilan matur labia minora dan klitoris menyusut dan cenderung tertutupi oleh labia majora yang membesar. Labia majora tersusun atas lemak dan ketebalannya bergantung pada nutrisi intrauterin. Nutrisi yang berlebihan dapat menyebabkan labia majora menjadi besar pada awal gestasi. Sebaliknya nutrisi yang kurang menyebabkan labia majora cenderung kecil meskipun pada usia kehamilan matur atau posmatur dan labia minora serta klitoris cenderung lebih menonjol.

Tabel 2.6 Ballard Score)

	- 2	- 1	0	1	2	3	4	5
Kulit		Lengket, rapuh, transparan	Merah seperti gelatin, tembus pandang	Licin, merah muda, vena membayang	Pengelupasan &/atau ruam superfisial, beberapa vena	Pecah2, daerah pucat, jarang vena	Perkamen, pecah-pecah dalam, tidak terlihat vena	Seperti kulit, pecah-pecah, berkeriput
Lanugo		Tidak ada	Jarang sekali	Banyak sekali	menipis	(+)daerah tanpa rambut	Sebagian besar tanpa rambut	
Garis telapak kaki	Tumit – ibu jari kaki < 40 mm	Tumit – ibu jari kaki 40 –50 mm	> 50 mm, tidak ada lipatan	Garis-garis merah tipis	Garis melintang hanya pd bag. anterior	Garis lipatan sampai 2/3 anterior	Garis lipatan pada seluruh telapak	
Payudara		Tidak dikenali	Susah dikenali	Areola datar (-) menonjol	Areola berbintil2, Penonjolan 1-2 mm	Areola terangkat, Penonjolan 3-4 mm	Areola penuh, Penonjolan 5- 10 mm	
Mata / telinga	Kelopak menyatu erat	Kelopak menyatu longgar	Kelopak terbuka, pinna datar, tetap terlipat	Pinna sedikit bergelombang, rekoil lambat	Pinna bergelombang baik, lembek tapi siap rekoil	Keras & berbentuk segera rekoil	Kartilago tebal, daun telinga kaku	
Genitalia pria		Skrotum datar & halus	Skrotum kosong, rugae samar	Testis di kanal bagian atas, rugae jarang	Testis menuju ke bawah, sedikit rugae	Testis sudah turun, rugae jelas	Testis tergnatung, rugae dalam	
Genitalia wanita		Kliitoris menonjol, labia datar	Kliitoris menonjol, labia minora kecil	Kliitoris menonjol, minora membesar	Labia mayora & minora menonjol	Labia mayora besar, labia minora kecil	Labia mayora menutupi kliitoris & labia minora	

Skor	Minggu
-10	20
-5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

2.4.8 Terapi sinar matahari pada bayi

Upaya yang dapat dilakukan untuk pencegahan *icterus neonatorum* adalah dengan pemberian terapi sinar matahari pagi (Muslihatun, 2010). Terapi ini dilakukan dengan menjemur bayi dibawah sinar matahari pagi antara pukul 7 sampai pukul 9 dengan durasi selama 30 menit. Terapi sinar matahari pagi merupakan terapi tambahan yang dianjurkan setelah bayi dipulangkan dari fasilitas kesehatan.

Sinar matahari terdiri dari berbagai sinar, yaitu sinar inframerah, merah, jingga, kuning, hijau, biru, nila, ungu, dan ultraungu atau ultraviolet. Energi warna yang berada di atmosfer bumi pada saat itu sangat berkaitan dengan kondisi tubuh manusia secara fisik dan psikologis. Sinar matahari pagi mengandung sinar biru dan hijau. Salah satu manfaat sinar biru untuk bayi adalah mengendalikan kadar bilirubin serum agar tidak mencapai nilai yang dapat menimbulkan kernikterus, namun sinar biru tidak bagus untuk kesehatan mata. Sedangkan manfaat warna hijau yang terkandung dalam sinar matahari pagi diantaranya yaitu untuk menumbuhkan

dan memperkuat otot, membersihkan darah, dan membantu membuang benda-benda asing dari sistem tubuh. Bisa juga merangsang susunan saraf otak, mengatasi susah buang air (Puspitosari, 2013). Terapi sinar matahari pagi berfungsi untuk mengantisipasi terjadinya penumpukan *bilirubin* dalam darah, sehingga sinar matahari pagi direkomendasi sebagai salah satu alternatif untuk pencegahan *icterus neonatorum* (Nursanti, 2012).

2.4.9 Asuhan bayi baru lahir

2.4.9.1 Pengertian

Asuhan segera pada bayi baru lahir normal adalah asuhan yang diberikan pada bayi pada jam pertama setelah kelahiran, dilanjutkan sampai 24 jam setelah kelahiran (Maternity *et al.*, 2016).

2.4.9.2 Tujuan

Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir bertujuan untuk memberikan asuhan yang adekuat dan terstandar pada bayi baru lahir dengan memperhatikan riwayat bayi selama kehamilan, dalam persalinan dan keadaan bayi segera setelah lahir (Maternity *et al.*, 2016).

2.4.9.3 Standar

a. Standar asuhan bayi baru lahir

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

1) Standar 13: Perawatan bayi baru lahir

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

2) Standar 24 : Penanganan asfiksia *neonatorum*

Bidan mampu mengenali dengan tepat bayi baru lahir dengan asfiksia, serta melakukan resusitasi secepatnya, mengusahakan bantuan medis yang diperlukan dan memberikan perawatan lanjutan.

b. Standar kunjungan neonatus

Berikut adalah jadwal pelaksanaan Kunjungan Neonatus (KN) menurut Andina Vita Sutanto (2018) :

Tabel 2.7 Jadwal kunjungan neonatus.

Kunjungan Neonatus (KN)
KN 1 (6 - 48 jam)
KN 2 (3 hari - 7 hari)
KN 3 (8 hari - 28 hari)

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

- 1) Kunjungan pertama (KN 1) saat bayi usia 1-3 hari, asuhan yang diberikan:
 - a) Melanjutkan pengamatan terhadap pernafasan, warna kulit, tingkat aktifitas, suhu tubuh dan perawatan untuk setiap penyulit yang muncul.
 - b) Melakukan pemeriksaan fisik yang lengkap, rujuk ke dokter apabila tampak tanda bahaya dan penyulit.
 - c) Memandikan bayi jika bayi sudah cukup hangat ($>36,6^{\circ}\text{C}$) dan melakukan perawatan tali pusat.
 - d) Mengajarkan cara menyusui dan merawat bayi.

- 2) Kunjungan kedua (KN 2) saat bayi usia 4-7 hari, asuhan yang diberikan:
 - a) Menanyakan keseluruhan keadaan bayi, masalah-masalah yang dialami terutama dalam proses menyusui.
 - b) Mengamati keadaan suasana hati ibu dan cara berinteraksi dengan bayinya.
 - c) Melakukan pemeriksaan fisik.
- 3) Kunjungan ketiga (KN 3) saat bayi usia 8-28 hari, asuhan yang diberikan:
 - a) Menanyakan keseluruhan keadaan kesehatan bayi.
 - b) Memberitahu ibu tentang ASI eksklusif.
 - c) Memberitahu ibu cara menyusui yang benar.

2.5 Masa Nifas

2.5.1 Pengertian masa nifas

Nifas merupakan sebuah fase setelah ibu melahirkan dengan rentang waktu kira-kira selama 6 minggu. Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah plasenta keluar sampai alat-alat kandungan kembali normal seperti sebelum hamil (Purwanti, 2011). Masa nifas atau *puerperium* adalah dimulai sejak 1 jam lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu, periode pascapartum (*puerperium*) ialah masa 6 minggu setelah bayi lahir sampai organ-organ reproduksi kembali ke keadaan sebelum hamil (Widia, 2015). Jadi masa nifas adalah tahap yang dilalui ibu setelah proses persalinan dimana organ reproduksi kembali normal seperti sebelum hamil secara bertahap.

2.5.2 Tahapan masa nifas

Tahapan dalam masa nifas menurut Anita (2014) :

2.5.2.1 *Puerperium dini (immediate puerperium)*

0-24 jam postpartum. Masa kepulihan, yaitu masa ketika ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan

2.5.2.2 *Puerperium intermedial (early puerperium)*

1-7 hari post partum. Masa kepulihan menyeluruh organ genetalia. Waktu yang dibutuhkan sekitar 6-8 minggu

2.5.2.3 *Remote puerperium (later puerperium)*

1-6 minggu *postpartum*. Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau pada saat persalinan mengalami komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna ini bisa berminggu-minggu, bulanan atau tahunan tergantung pada kondisi kesehatan dan gangguan kesehatan lainnya

2.5.3 Adaptasi psikologis

2.5.3.1 *Fase taking in* (Fase ketergantungan)

Fase taking in yaitu periode ketergantungan yang berlangsung sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu terfokus terhadap dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami antara lain mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur dan kelelahan. Hal ini perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat yang cukup, komunikasi yang baik dan nutrisi (Mardiah, 2013).

2.5.3.2 *Fase taking hold* (Fase independen).

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lenih sensitive sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi dengan baik dukungan dan pemberian penyuluhan atau pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya (Dewi, 2013).

2.5.3.3 *Letting go* (Fase interdependen)

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya. Dukungan suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi. Kebutuhan akan istirahat masih diperlukan ibu untuk menjaga kondisi fisiknya (Nugroho, 2014).

2.5.4 Perubahan fisiologis masa nifas

2.5.4.1 Perubahan sistem reproduksi

a. Uterus

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses yang menyebabkan uterus kembali pada posisi semula seperti sebelum hamil dengan bobot hanya 60 gram. Involusi uteri dapat juga dikatakan sebagai proses kembalinya uterus pada keadaan semula atau keadaan sebelum hamil (Nurjanah, 2013). Setelah plasenta lahir uterus merupakan alat yang keras karena kontraksi dan retraksi otot-ototnya, sehingga dapat menutup pembuluh darah besar yang bermuara pada bekas implantasi plasenta (Sutanto, 2018).

Tabel 2.8 Tinggi Fundus Uteri dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi

Involusi	TFU	Berat Uterus
Bayi Lahir	Setinggi pusat,	1000 gram
Plasenta lahir	2 jari dibawah pusat	750 gram
1 Minggu	Pertengahan pusat simfisis	500 gram
2 Minggu	Teraba diatas simfisis	350 gram
6 Minggu	Fundus uteri mengecil (tak teraba)	50 gram

Purwanti (2012)

b. Lochea

Pengeluaran lochea ini biasanya berakhir dalam waktu 3-6 minggu. Lochea adalah ekresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mempunyai bau amis (anyir), meskipun tidak tajam lalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. (nurjanah, 2013).

Adapun macam-macam lochea menurut nurjanah (2013) yaitu :

1) Lochea rubra (Cruenta)

Berwarna merah tua berisi darah dari perobekan/luka pada plasenta dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua dan korion, verniks kaseosa, lanugo, sisa darah dan mekonium, selama 3 hari post partum.

2) Lochea sanguinolenta

Berwarna kecoklatan berisi darah dan lendir, hari 4-7 post partum.

3) Lochea serosa

Berwarna kuning, berisi cairan lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta. Pada hari ke 7-14 postpartum.

4) Lochea alba

Cairan putih berisi leukosit, berisi selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati setelah 2 minggu sampai 6 minggu postpartum

5) Lochea purulenta

Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.

6) Lochea statis

Lochea tidak lancar keluarnya atau tertahan.

c. Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. Perubahan-perubahan yang terdapat pada serviks postpartum adalah bentuk serviks yang akan membuka seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Beberapa hari setelah persalinan, ostium externum dapat dilalui oleh 2 jari, pinggir-pinggirnya tidak rata tetapi retak-retak karena robekan dalam persalinan. Pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui oleh 1 jari saja dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas canalis cervikalis. Pada serviks terbentuk sel-sel otot baru yang mengakibatkan serviks memanjang seperti celah. Karena hyperpalpasi ini dan karena retraksi dari serviks, robekan serviks menjadi

sembuh, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup. Walaulun begitu, setelah involusi selesai, ostium externum tidak serupa dengan keadaan sebelum hamil, pada umumnya ostium externum lebih besar dan tetap ada retak-retak dan robekan-robekan pada pinggirnya (nurjanah, 2013).

d. Vulva dan vagina

Vulva dan vagiba mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ jbu tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagiba secara berasngsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama. Meskipun demikiab, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vaguba hingga tingkat tertenty. Hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian (nurjana, 2013).

e. Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada postnatal hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan (nurjanah, 2013)

f. Payudara

Menurut nurjanah (2013) perubahan pada payudara dapat meliputi :

- 1) Penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormon prolaktin setelah persalinan.
- 2) Kolostrum sudah ada saat persalinan, produksi ASI terjadi pada hari ke-2 atau hari ke-3 setelah persalinan.
- 3) Payudara menjadi lebih besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi.

2.5.4.2 Perubahan sitem pencernaan

Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari. Sering kali untuk pemulihan nafsu makan, diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu yang berangsur-angsur untuk kembali normal. (nurjanah, 2013).

2.5.4.3 Perubahan sistem perkemihan

Pelvis, ginjal dan ureter yang meregang dan berdilatasi selama kehamilan kembali normal pada akhir minggu keempat setelah melahirkan (sutanto, 2018). Pada masa hamil, perubahan hormonal yaoyu kadar steroud tinggi yang berpera meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pasca melahirkan kadar steroud menurun sehingga menyebabkan penurunan gunsu ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urine dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirman (nurjanah, 2013).

2.5.4.4 Perubahan sistem *musculoskeletal*

Ligamen, fasia dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi mengerut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi, kemudian hipermobilitas sendi dan perubahan pada pusat gravitasi ibu yang disebabkan pembesaran uterus. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusannya serat-serat elastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu. Pemulihan dibantu dengan latihan (Nurjanah, 2013).

2.5.4.5 Perubahan sistem endokrin

a. Hormon plasenta

Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. Penurunan hormon human placental lactogen (HPL), estrogen dan progesteron serta plasental enzyme insulinase balik efek diabetogenik kehamilan, sehingga kadar gula darah menurun secara bermakna pada masa nifas (Sutanto, 2018).

b. Hormon pituitary

Hormon pituitary antara lain hormon prolaktin, FSH dan LH. Hormon prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. Hormon prolaktin berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu (Nurjanah, 2013).

c. Hormon oksitosin

Pada wanita yang memilih menyusui bayinya, isapan sang bayi merangsang keluarnya oksitosin lagi dan ini

membantu uterus kembali ke bentuk normal serta pengeluaran air susu (sutanto, 2018).

2.5.4.6 Perubahan tanda-tanda vital

a. Suhu

Dalam 24 jam postpartum suhu akan naik sekitar 37,5-38 yang merupakan pengaruh dari proses persalinan dimana ibu kehilangan banyak cairan dan kelelahan. Hari ke-3 suhu akan naik lagi karena proses pembentukan ASI (sutanto, 2018).

b. Nadi

Setelah persalinan salinan denyut nadi menjadi lebih cepat (sutanto, 2018).

c. Pernapasan

Umumnya, respirasi cenderung lambat atau normal karena ibu dalam kondisi pemulihan (sutanto, 2018).

d. Tekanan darah

Tekanan darah relatif rendah karena ada proses kehilangan darah karena persalinan. Tekanan darah yang tinggi mengindikasikan adanya pre eklamsi post partum (sutanto, 2018).

2.5.4.7 Perubahan sistem kardiovaskuler

Selama kehamilan, volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat, yang diperlukan oleh plasenta dan pembuluh darah uteri. Setelah persalinan, *shunt* akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relatif kan bertambah. Keadaan ini akan menyebabkan beban pada jantung dan akan menimbulkan *decomyensatio cordis* pada pasien dengan *vitum cardio*. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan tumbuhnya haemokosnse-trasi sehingga volume darah kembali seperti sedia kala.

Umumnya, ini terjadi pada 3-5 hari *post partum* (Purwanti,2012).

2.5.4.8 Perubahan sistem hematologi

Leukositosis yang meningkat dengan jumlah sel darah putih selama proses persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari *post partum*. Jumlah sel darah tersebut masih dapat naik lagi tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan yang lama. Selama kelahiran dan *post partum*, terjadi kehilangan darah sekitar 200-500 ml. penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan Hmt dan Hb pada hari ke-3 sampai hari ke-7 *post partum*, yang akan kembali normal dalam 4-5 minggu *post partum* (Purwanti,2012).

2.5.5 Kebutuhan dasar masa nifas

Kebutuhan dasar ibu nifas menurut sutanto (2018)

2.5.5.1 Nutrisi dan cairan

Kebutuhan nutrisi dan cairan yang diperlukan bagi ibu nifas tidak lepas dari pedoman nutrisi yang berfokus pada penyembuhan fisik dan stabilitas setelah kelahiran serta persiapan laktasi. Gizi yang terpenuhi bagi ibu menyusui akan sangat berpengaruh pada produksi air susu yang sangat dibutuhkan untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi.

2.5.5.2 Ambulasi dan mobilisasi dini

Ambulasi dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing ibu bersalin keluar dari tempat tidur dan membimbing secepat mungkin untuk berjalan. Ambulasi dini dilakukan secara berangsur-angsur. Pada persalinan normal, sebaiknya ambulasi dikerjakan setelah 2 jam (ibu boleh miring ke kiri atau ke kanan untuk mencegah adanya trombositis).

2.5.5.3 Eliminasi

Kesulitan BAB bagi ibu bersalin disebabkan oleh trauma usus bawah akibat persalinan sehingga untuk sementara usus tidak berfungsi dengan baik. Faktor psikologis juga turut memengaruhi. Defekasi atau BAB normalnya harus terjadi dalam 3 hari post partum. Biasanya apabila ibu bersalin tidak BAB selama 2 hari setelah persalinan, akan ditolong dengan pemberian spuit gliserin atau obat-obatan

2.5.5.4 Kebersihan diri

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu.

2.5.5.5 Seksual

Dinding vagina akan kembali pada keadaan sebelum hamil dalam waktu 6-8 minggu. Pada saat itu, secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah telah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri.

Hubungan seksual dapat dilakukan dengan aman ketika luka episiotomi telah sembuh dan lochea telah berhenti dan sebaiknya dapat ditunda hingga 40 hari setelah persalinan. Pada saat itu diharapkan organ-organ tubuh telah pulih. Ibu mungkin mengalami ovulasi sehingga memungkinkan terjadinya kehamilan sebelum haid yang pertama timbul setelah persalinan. Oleh karena itu, pasangan perlu mencari metode keluarga berencana yang paling cocok dengan kondisi yang dialami

2.5.5.6 Keluarga berencana

Kontrasepsi berasal dari kata *kontra* berarti mencegah atau melawan dan *konsepsi* yang berarti pertemuan antara sel telur yang matang dan sel sperma yang mengakibatkan kehamilan. Tujuan dari kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah

terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dan sel sperma tersebut. Kontrasepsi yang cocok untuk ibu pada masa nifas antara lain Metode Amenorhea Laktasi (MAL), pil progestin (mini pil), suntik progestin, kontrasepsi implant dan alat kontrasepsi dalam rahim (Dewi, 2013).

2.5.5.7 Latihan senam nifas

Senam nifas adalah senam yang dilakukan ibu post partum setelah keadaan tubuhnya pulih kembali. Senam nifas ini bertujuan untuk mempercepat penyembuhan, mencegah timbulnya komplikasi serta memulihkan dna menguatkan otot-otot punggung, otot dasar panggul dan otot perut sekitar rahim.

2.5.6 Tanda bahaya masa nifas

Tanda-tanda bahaya masa nifas menurut Nurjanah (2013) adalah sebagai berikut :

2.5.6.1 Demam tinggi hingga melebihi 38°C

2.5.6.2 Perdarahan vagina yang luar biasa atau tiba-tiba bertambah banyak (lebih dari perdarahan haid biasa atau bila memerlukan penggantian pembalut 2 kali dalam setengah jam), disertai gumpalan darah yang besar-besar dan berbau busuk.

2.5.6.3 Nyeri perut hebat atau rasa sakit di bagian bawah abdomen atau punggung serta ulu hati.

2.5.6.4 Sakit kepala parah atau terus-menerus dan pandangan kabur atau masalah pada penglihatan.

2.5.6.5 Pembengkakan pada wajah, jari-jari atau tangan

2.5.6.6 Rasa sakit, merah atau bengkak di bagian betis atau kaki

2.5.6.7 Payudara membengkak, kemerahan, lunak disertai demam

2.5.6.8 Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama

2.5.6.9 Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengasuh bayinya atau diri-sendiri

2.5.7 Asuhan masa nifas

2.5.7.1 Pengertian

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

2.5.7.2 Tujuan

Tujuan asuhan masa nifas menurut Anita (2014)

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologi
- b. Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah secara dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi baik pada ibu maupun bayinya
- c. Memberikan pendidikan kesehatan pada ibu yang berkaitan dengan perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi pada bayi dan perawatan bayi sehat
- d. Memberikan pelayanan KB
- e. Memberikan kesehatan emosional pada ibu

2.5.7.3 Standar

a. Standar asuhan masa nifas

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

- 1) Standar 14: penanganan pada dua jam pertama setelah persalinan

Bidan melakukan pemantauan ibu dan bayi terhadap terjadinya komplikasi dalam dua jam setelah persalinan, serta melakukan tindakan yang

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

2) Standar 15: pelayanan bagi ibu dan bayi pada masa nifas

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

b. Standar kunjungan

Jadwal pelaksanaan Kunjungan Nifas (KF) menurut Sutanto (2018).

Table 2.9 Jadwal kunjungan nifas 1

Kunjungan Nifas (KF)
KF 1 (6 jam - 48 jam)
KF 2 (4 hari – 28 hari)
KF 3 (29 hari – 42 hari)

Kunjungan Asuhan Masa Nifas menurut Marmi (2017) :

Tabel 2.10 Jadwal kunjungan nifas 2

Kunjungan	Waktu	Tujuan	Penatalaksanaan
1	6-8 jam setelah persalinan	a. Mencegah perdarahan masa nifas karena <i>atonia uteri</i>. b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan: rujuk bila perdarahan berlanjut. c. Membrikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas atau <i>atonia uteri</i>. d. Pemberian ASI awal. e. Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir. f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah <i>hipotermia</i>. Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.	a. Memantau tekanan darah, nadi, suhi, tinggi fundus uteri, kandung kemih dan perdarahan b. Mengajarkan ibu dan keluarganya bagaimana menilai tonus otot dan perdarahan uterus dan bagaimana melakukan pemijatan jika uterus lembek dengan cara memijat atau memutar perut selama 15 detik c. Menganjurkan ibu untuk segera memberikan ASI pada bayinya d. Menjaga kehangatan pada bayi dengan cara selimuti bayi e. Menganjurkan ibu untuk segera memberikan ASI pada bayinya f. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini g. Menganjurkan

			ibu untuk menempatkan bayinya di tempat tidur yang sama
2	6 hari setelah persalinan	a. Memastikan <i>involution</i> uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau. b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal. c. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat. d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda <i>postpartum</i>. e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.	a. Memantau tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus uteri, kandung kemih dan perdarahan pervaginam b. Menganjurkan ibu untuk makan-makanan yang mengandung protein banyak cairan, sayuran dan buah-buahan serta minum sedikitnya 3 liter air setiap hari c. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya setiap 2 jam. Siang malam dengan lama menyusui 10-15 menit di setiap payudara d. Menganjurkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan e. Menganjurkan ibu untuk menjaga payudara tetap bersih dan

			kering, terutama puting susu f. Menganjurkan ibu untuk memakai BH yang menyokong payudara
3	2 minggu setelah persalinan	Asuhan pada 2 minggu <i>post partum</i> sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari <i>post partum</i> .	a. Sama seperti di atas (6 hari setelah persalinan)
4	6 minggu setelah persalinan	a. Menyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami. b. Memberikan konseling untuk KB secara dini.	a. Memeriksa tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus dan pengeluaran pervaginam b. Memberitahu ibu bahwa aman untuk memulai hubungan suami istri kapan saja ibu siap c. Menganjurkan ibu dan suami untuk memakai alat kontrasepsi dan menjelaskan kelebihan, kekurangan dan efek sampingnya

2.6 Keluarga Berencana

2.6.1 Pengertian keluarga berencana

Keluarga berencana ialah suatu usaha yang mengatur banyaknya jumlah kelahiran sedemikian rupa sehingga bagi ibu maupun bayinya dan bagi ayah serta keluarganya atau masyarakat yang bersangkutan tidak akan menimbulkan kerugian sebagai akibat langsung dari kelahiran tersebut. Sedangkan dalam pengertian sempitnya keluarga berencana dalam kehidupan sehari-hari berkisar pada pencegahan konsepsi atau pencegahan terjadinya pembuahan mencegah pertemuan antara sel mani (*spermatozoa*) dari pria dan sel telur (*ovum*) dari wanita sekitar persetubuhan (Irianto, 2014).

2.6.2 Macam-macam metode kontrasepsi

Macam-macam metode kontrasepsi menurut Setiyaningrum (2016)

2.6.2.1 Metode sederhana

Terdiri dari 2 macam yaitu dengan alat seperti kondom, diafragma, spermisida, *servical cap*, dan tanpa alat seperti metode alami MAL, *coitus interruptus*, metode kalender.

2.6.2.2 Metode modern

Terdiri atas kontrasepsi hormonal, seperti pil KB, KB suntik, implant, AKDR, kontrasepsi mantap seperti MOW dan MOP.

2.6.3 Asuhan Keluarga Berencana (KB)

2.6.3.1 Pengertian

Asuhan kebidanan pada keluarga berencana adalah asuhan yang diberikan oleh seorang bidan kepada ibu yang ingin mendapatkan pelayanan KB. Pelayanan yang diberikan oleh bidan adalah mulai dari informasi tentang macam-macam KB, efek samping, kerugian, kekurangan, indikasi dan kontraindikasi penggunaan KB serta bidan memberikan kewenangan kepada pasien untuk bisa memilih KB apa

yang ingin digunakan tanpa paksaan dari bidan sebagai pemberi pelayanan (Dewi, 2013).

2.6.3.2 Tujuan

Tujuan umum yaitu meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan NKKBS (*Normal Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera*) yang menjadi dasar terwujudnya masyarakat yang sejahtera dengan mengendalikan kelahiran sekaligus menjamin terkendalinya pertumbuhan penduduk. Sedangkan tujuan khususnya yaitu meningkatkan jumlah penduduk untuk menggunakan alat kontrasepsi, menurunkan jumlah angka kelahiran bayi dan meningkatnya kesehatan keluarga berencana dengan cara penjarangan kelahiran (Irianto, 2014).

2.6.3.3 Konseling awal

Adapun jenis-jenis kontrasepsi yang dapat digunakan oleh ibu menyusui karena tidak mengganggu produksi ASI seperti :

a. Pil progestin (Minipil)

Sangat efektif (98,5 %) pada penggunaan minipil jangan sampai terlupa 1-2 tablet atau jangan sampai terjadi gangguan *gastrointestinal* (muntah, diare) karena akibat kemungkinan terjadi kehamilan sangat besar. Minipil cocok untuk perempuan yang sedang menyusui karena sangat efektif digunakan pada masa laktasi dan tidak menurunkan produksi ASI. Efek samping pertama adalah perdarahan bercak atau perdarahan tidak teratur.

b. Suntikan progesterone

Memiliki efektivitas yang tinggi dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan pertahun, asal penyuntikannya

dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan. Suntikan diberikan setiap 3 bulan dengan cara di suntik into muscular. Dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi dan cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI.

Keuntungan kontrasepsi :

- 1) Sangat efektif, pencegah kehamilan jangka panjang
- 2) Tidak mengganggu hubungan suami istri
- 3) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah
- 4) Tidak mempengaruhi ASI, sedikit efek samping, dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun sampai perimenopause.

Keterbatasan kontrasepsi :

- 1) Sering ditemukan gangguan haid seperti siklus haid memendek atau memanjang, perdarahan yang banyak atau sedikit, perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak dan bahkan tidak haid sama sekali.
- 2) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering.
- 3) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual
- 4) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian
- 5) Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang, menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, sakit kepala dan jerawat.

c. Implant

Sangat efektif, kegagalan 0,2 -1 kehamilan per 100 perempuan. Kontrasepsi implant biasa juga disebut Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK). Aman dipakai pada masa laktasi

d. IUD (*Intra Uterine Device*)

Kontrasepsi IUD biasa juga disebut Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR). Bagi ibu yang menyusui, AKDR tidak akan mempengaruhi isi, kelancaran ataupun kadar ais susu ibu (ASI).

e. Sterilisasi atau kontrasepsi mantap

MOW (Metode Operasi Wanita) atau tubektomi adalah tindakan pengikatan dan pemotongan saluran telur agar sel telur tidak dapat dibuahi oleh sperma. Sangat efektif, 0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan. Tidak mempengaruhi poses menyusui (*breastfeeding*).