

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Asuhan Kehamilan

2.1.1 Pengertian

Kehamilan merupakan suatu proses fisiologis yang hampir selalu terjadi pada setiap wanita. Kehamilan terjadi setelah bertemunya sperma dan ovum, tumbuh dan berkembang didalam uterus selama 259 hari atau 37 minggu atau sampai 42 minggu (Nugroho dan Utama, 2014).

Antenatal Care adalah pelayanan yang diberikan pada ibu hamil untuk memonitor, mendukung kesehatan ibu dan mendeteksi ibu apakah ibu hamil normal atau bermasalah (Rukiyah *et al*, 2013).

Dalam Q.S Al Mu'minun ayat (12 – 14) menjelaskan tentang proses penciptaan manusia selama kehamilan, yang berbunyi :

وَلَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ مِنْ سُلَالَةٍ مِنْ طِينٍ (١٢) ثُمَّ جَعَلْنَاهُ نُطْفَةً فِي قَرَارٍ مَكِينٍ (١٣) ثُمَّ خَلَقْنَا
النُّطْفَةَ عَلَقَةً فَخَلَقْنَا الْعَلَقَةَ مُضْغَةً فَخَلَقْنَا الْمُضْغَةَ عِظَامًا فَكَسَوْنَا الْعِظَامَ لَحْمًا ثُمَّ أَنشَأْنَاهُ
خَلْقًا آخَرَ فَتَبَارَكَ اللَّهُ أَحْسَنُ الْخَالِقِينَ (١٤)

Artinya :

“Dan sungguh, Kami telah menciptakan manusia dari saripati (berasal) dari tanah. Kemudian Kami menjadikannya air mani (yang disimpan) dalam tempat yang kukuh (rahim). Kemudian, air mani itu Kami jadikan sesuatu yang melekat, lalu sesuatu yang melekat itu Kami jadikan segumpal daging, dan segumpal daging itu Kami jadikan tulang belulang, lalu tulang belulang itu Kami bungkus dengan daging. Kemudian, Kami menjadikannya makhluk yang (berbentuk) lain. Mahasuci Allah, Pencipta yang paling baik”. (Q.S. al-Mukminun [23]: 12–14)

2.1.2 Tujuan

Rukiyah, *et al* (2013) menjelaskan tujuan asuhan kehamilan adalah sebagai berikut :

- 2.1.2.1 Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
 - 2.1.2.2 Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, maternal dan sosial ibu dan bayi.
 - 2.1.2.3 Mengenali secara dini ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
 - 2.1.2.4 Mempersiapkan persalinan yang cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu dan bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
 - 2.1.2.5 Mempersiapkan ibu agar nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
 - 2.1.2.6 Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dapat menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.
- 2.1.3 Standar Asuhan Kehamilan
- 2.1.3.1 Standar pelayanan antenatal

Kemenkes RI (2016) memuat standar dalam pelayanan antenatal terdapat enam standar seperti berikut ini :

 - a. Standar 3 : Identifikasi ibu hamil

Melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk penyuluhan dan memotivasi untuk pemeriksaan dini dan teratur.
 - b. Standar 4 : Pemeriksaan dan pemantauan antenatal

Sedikitnya 4 kali pelayanan kehamilan. Pemeriksaan meliputi: anamnesis dan pemantauan ibu serta janin, mengenali kehamilan resiko tinggi nasehat dan penyuluhan, mencatat data yang tepat setiap kunjungan, tindakan tepat untuk merujuk.
 - c. Standar 5 : Palpasi abdominal

Bidan melakukan pemeriksaan abdominal secara seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan

usia kehamilan, serta bila usia kehamilan bertambah memeriksa posisi, bagian terendah janin, dan masuknya kepala janin kedalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.

d. Standar 6 : Pengelolaan anemia pada kehamilan

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

e. Standar 7 : Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan

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

f. Standar 8 : Persiapan persalinan

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

2.1.3.2 Standar pelayanan kehamilan

Maternity, *et al* (2014) menyatakan standar minimal pelayanan pada ibu hamil ada “14T” yaitu:

- a. Mengukur tinggi badan dan menimbang berat badan
- b. Mengukur tekanan darah
- c. Mengukur tinggi fundus
- d. Melakukan pemberian imunisasi Tetanus Toksoid (TT)
- e. Melakukan pemberian tablet zat besi (minimal 90 biji selama kehamilan)
- f. Melakukan Tes terhadap penyakit menular seksual/*Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL)
- g. Melakukan temu wicara/ konseling
- h. Memeriksa Haemoglobin (HB)

- i. Memeriksa tes *urine* protein
- j. Melakukan tes reduksi *urine*
- k. Merawat payudara (tekan pijat payudara)
- l. Memelihara tingkat kebugaran (senam hamil)
- m. Memberikan terapi yodium kapsul (khusus daerah endemis gondok)
- n. Memberikan terapi obat malaria

2.1.3.3 Standar minimal kunjungan kehamilan

Widiarti dan Yudha (2013) mengatakan kunjungan antenatal yang diberikan paling sedikit 4 kali selama masa kehamilan yaitu :

- a. Satu kali pada trimester I (usia kehamilan 0-13 minggu)
- b. Satu kali pada trimester II (usia kehamilan 14-27 minggu)
- c. Dua kali pada trimester III (usia kehamilan 28-40 minggu)

2.1.3.4 Kunjungan ulang

Kunjungan ulang adalah kunjungan yang dilakukan setelah kunjungan antenatal pertama sampai memasuki persalinan dengan mendeteksi secara dini komplikasi, mempersiapkan perencanaan persalinan dan kegawat daruratan. Kunjungan ulang dijadwalkan setiap 4 minggu sampai usia kehamilan 28 minggu, setiap 2 minggu sampai usia kehamilan 36 minggu, setiap minggu sampai masa persalinan. Akan tetapi jadwal kunjungan ini minimal 4 kali (Hani *et al*, 2014).

2.1.3.5 Pemeriksaan fisik

Mufdlilah (2009) mengatakan pemeriksaan fisik yang dilakukan selama kehamilan yaitu secara head to toe, dan pemeriksaannya terbagi menjadi pemeriksaan umum dan pemeriksaan khusus

a. Pemeriksaan umum

Pemeriksaan umum pada ibu hamil bertujuan untuk menilai keadaan ibu, gizi, tingkat kesadaran dan kelainan bentuk badan. Beberapa macam tindakan pemeriksaan umum, yaitu berat badan, tinggi badan, tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu dan respirasi) (Mufdlilah, 2009).

b. Pemeriksaan khusus

Menurut Mufdlilah (2009) pemeriksaan khusus pada ibu hamil terbagi menjadi 4 yaitu :

1) Inspeksi

Pengkajian ini sesuai apa yang dilihat, misalnya pada muka, terlihat pucat, *oedema* atau *chloasmagruvidarum*.

2) Palpasi

Palpasi janin meliputi :

a) Leopod I

Lengkungkan jari-jari kedua tangan mengelilingi puncak fundus untuk menentukan bagian teratas janin dan tentukan apakah bokong atau kepala.

b) Leopod II

Tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi uterus, tentukan bagian terkecil janin dan punggung bayi.

c) Leopod III

Dengan ibu jari dan jari tengah satu tangan, beri tekanan lembut, tetapi dalam pada abdomen ibu, di atas simfisis pubis dan pegang bagian presentasi apakah kepala atau bokong.

d) Leopod IV

Tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi

uterus bagian bawah, beri tekanan yang dalam dan gerakkan ujung-ujung jari kearah pintu atas panggul dan tentukan apakah bagian presentasi sudah masuk pintu atas panggul.

3) Auskultasi

Alat yang digunakan adalah stetoskop monokuler yang dapat mendengar denyut jantung janin pada usia kehamilan 18-20 minggu keatas. Denyut jantung janin normal berkisar pada 120-160 kali permenit

4) Pemeriksaan laboratorium

a) Urinalis

b) Pemeriksaan darah

2.1.4 Kebutuhan fisik ibu hamil trimester III

Kebutuhan fisik yang diperlukan ibu hamil pada trimester 3 adalah sebagai berikut :

2.1.4.1 Nutrisi

Saat hamil seorang ibu memerlukan gizi seimbang lebih banyak dari pada sebelum hamil. Asupan gizi tersebut meliputi sumber kalori (karbohidrat dan lemak), protein, asam folat, vit B 12, zat besi, zink, kalsium, dan cairan. Selama kehamilan ibu tidak perlu berpantang makanan namun batasi asupan gula, garam dan lemak (Yuliani *et al*, 2017).

2.1.4.2 Oksigen

Pada masa kehamilan kebutuhan oksigen meningkat sampai 20% dari kondisi sebelum hamil untuk memenuhi kebutuhan pertumbuhan jaringan ibu dan janin (Yuliani *et al*, 2017).

2.1.4.3 Personal hygiene

Kebersihan alat genitalia serta kebersihan diri terutama pada bagian lipatan ditubuh seperti lipatan kulit, ketiak, dan

payudara. Perawatan gigi juga harus dilakukan karena gigi yang bersih menjamin pencernaan yang sempurna (Astuti *et al*, 2017).

2.1.4.4 Perawatan payudara

Yuliani *et al*, (2017) mengatakan perawatan payudara pada masa kehamilan meliputi:

- a. Membersihkan payudara dan puting setiap hari dengan air hangat dan handuk yang lembut dan bersih
- b. Pakai bra yang menyokong
- c. Pada bulan ke 9 mulai persiapan untuk menyusui

2.1.4.5 Pakaian

Ibu hamil dianjurkan menggunakan pakaian yang nyaman dan tidak ketat (longgar) agar tidak mengganggu tumbuh kembang janin, serta pakaian yang menyerap keringat (Yuliani *et al*, 2017).

2.1.4.6 Eliminasi

Keluhan yang sering dialami berkaitan dengan BAB adalah konstipasi dan hemoroid, selama hamil dapat dicegah dengan rutin BAB setiap hari, mengkonsumsi cairan dalam jumlah memadai, dan olahraga setiap hari (Yuliani *et al*, 2017).

2.1.4.7 Hubungan seksual

Astuti *et al* (2017) mengatakan hubungan seksual selama hamil tidak dilarang, tetapi disarankan dihentikan bila:

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

2.1.4.8 Mobilisasi

Aktivitas hindari yang berat dan melelahkan atau dapat mengganggu kehamilan. Persiapan persalinan seperti fisik, mental, materi, dan mempersiapkan payudara untuk laktasi (Maternity *et al.*, 2014).

2.1.4.9 Istirahat dan tidur

Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur secara teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin (Astuti *et al.*, 2017).

2.1.4.10 Imunisasi

Imunisasi yang biasa diberikan pada ibu hamil adalah imunisasi tetanus toxoid untuk mencegah terjadinya tetanus neonatus (Yuliani *et al.*, 2017).

2.1.4.11 Persiapan laktasi

Payudara perlu dipersiapkan sejak sebelum bayi lahir sehingga dapat segera berfungsi dengan baik pada saat diperlukan. Pengurutan payudara untuk mengeluarkan sekresi dan membuka duktus sinus laktiferus, sebaiknya dilakukan secara hati-hati dan benar, karena pengurutan keliru bisa dapat menimbulkan kontraksi pada rahim, sehingga terjadi kondisi seperti pada uji kesejahteraan janin menggunakan uterotonika (Yuliani *et al.*, 2017).

2.1.5 Kebutuhan pada ibu hamil

2.1.5.1 Kebutuhan zat besi selama kehamilan

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 diabsropsi, jika dikonsumsi selama 90 hari maka total zat besi yang diabsropsi 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 sarna 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 usia kehamilannya, pada trimester I naik dari 0,8 mg/hari, menjadi 6,3 mg/hari

pada trimester III. Kebutuhan akan zat besi sangat menyolok 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 sangat sedikit 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 0,8 mg/hari) ditambah kebutuhan sel darah merah 300 mg dan conceptus 115 mg.
- 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 diabsorpsi maka preparat besi untuk pemberian oral tersedia dalam berbagai bentuk berbagai garam fero seperti fero sulfat, fero glukonat, dan fero fumarat. Ketiga preparat ini umumnya efektif dan tidak mahal. Di Indonesia, pil besi yang umum

digunakan dalam suplementasi zat besi adalah ferrous sulfat, senyawa ini tergolong murah dan dapat diabsorpsi sampai 20%.

Memberikan preparat besi yaitu *fero sulfat*, *fero glukonat* atau *Nafero bisirat*. 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.

Prevalensi anemia defisiensi besi pada 39 minggu kehamilan secara signifikan lebih tinggi pada kelompok 20 mg (10%) dibanding kelompok 40 mg (4,5%), kelompok 60 mg (0%), dan kelompok 80 mg (1,5%) ($p = 0,02$). Pada 32 minggu kehamilan, berarti Hb pada kelompok 20 mg lebih rendah dibanding kelompok 80 mg ($p = 0,06$). Tidak ada perbedaan yang signifikan dalam status besi (ferritin, sTfR, dan Hb) antara kelompok 40, 60, dan 80 mg. Postpartum, kelompok 20 mg memiliki ferritin serum rata-rata secara signifikan lebih rendah dibanding kelompok 40, 60 dan 80 mg ($p < 0,01$).

2.1.5.2 Kebutuhan asam folat selama kehamilan

Pemberian asam folat secara oral sebanyak 1-5 mg per hari. Ibu hamil sebaiknya mendapat sedikitnya 400 µg folat per

hari (Fadlun, 2011)

2.1.5.3 Kebutuhan nutrisi pada ibu hamil

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 Jumlah penambahan gizi ibu hamil

| | | |
|--|---------------|--|
| 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 takaran gizi pada makanan

| 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 mangkuk (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 Porsi makan dalam sehari

| 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 |

- 2.1.6 Hubungan mobilisasi dengan kepala bayi masuk ke panggul
- Penelitian Sriyani (2015) menyebutkan posisi jongkok adalah posisi yang paling alami dan dengan posisi jongkok maka sepenuhnya membuka jalan lahir, memaksimalkan kekuatan otot perut, sehingga kepala bayi cepat turun.
- Posisi jongkok juga ada gaya gravitasi yang memungkinkan tulang panggul terbuka dan bayi turun melewati jalan lahir, sehingga ada pengaruhnya antara posisi jongkok dengan kepala bayi masuk ke panggul
- 2.1.7 Fisiologis pada kehamilan trimester III
- Lockhart dan Saputra (2014a) mengatakan pada saat trimester III ibu akan sering merasakan kontraksi *Braxton Hicks* yaitu rasa kencang pada rahim namun tidak disertai rasa nyeri, kemudian uterus akan membesar dan dapat menggeser struktur *pelvis* dan *intestinal* sehingga terjadi gangguan pencernaan, penonjolan *umbilicus*, sesak nafas serta *insomnia*. Pusat gravitasi tubuh ibu hamil akan berubah, sehingga ibu sering mengalami pegal pada punggung akibat berjalan dengan postur tubuh yang miring ke belakang untuk mengimbangi berat beban di bagian depan tubuhnya.
- 2.1.8 Perubahan psikologis pada kehamilan trimester III
- Sulistyawati (2012) menjelaskan perubahan psikologis yang ibu alami pada trimester III seperti :
- 2.1.8.1 Rasa tidak nyaman, merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik

- 2.1.8.2 Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu
 - 2.1.8.3 Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan dan khawatir akan keselamatannya
 - 2.1.8.4 Khawatir bayi dilahirkan dalam keadaan tidak normal; (1) merasa sedih akan berpisah dari bayinya; (2) merasa kehilangan perhatian
 - 2.1.8.5 Perasaan mudah terluka
 - 2.1.8.6 *Libido* menurun.
- 2.1.9 Ketidaknyamanan yang terjadi pada kehamilan trimester III dan cara mengatasinya
- Sulistyawati (2012) menyebutkan ketidaknyamanan yang sering terjadi pada ibu hamil dan cara megatasinya,antara lain :
- 2.1.9.1 Sering buang air kecil
 - a. Kosongkan kandung kemih saat ada dorongan untuk berkemih.
 - b. Perbanyak minum pada siang hari.
 - c. Batasi minum kopi, teh, soda dan kafein.
 - 2.1.9.2 Keputihan
 - a. Tingkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari
 - b. Memakai pakaian dalam dari bahan katun dan mudah menyerap.
 - c. Hindari pemakaian *pantyliner* dari bahan nilon
 - 2.1.9.3 Sembelit
 - a. Minum air dingin atau hangat saat perut kosong
 - b. Istirahat cukup
 - c. Senam hamil
 - d. Membiasakan buang air besar secara teratur
 - 2.1.9.4 Perut kembung
 - a. Hindari makan yang mengandung gas
 - b. Mengunyah makanan secara sempurna

- c. Lakukan senam secara teratur

2.1.9.5 Pusing

- a. Bangun secara perlahan dari posisi istirahat
- b. Hindari berdiri terlalu lama
- c. Hindari berbaring dalam posisi terlentang

2.1.9.6 Sakit punggung atas dan bawah

- a. Gunakan posisi yang baik
- b. Gunakan BH yang menopang dan ukuran yang tepat
- c. Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung

2.1.9.7 Varises pada kaki

- a. Tinggikan kaki sewaktu berbaring
- b. Hindari berdiri atau duduk terlalu lama
- c. Jaga agar kaki jangan saling bersilang

2.1.10 Teori sakit pinggang

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).

2.1.11 Tanda bahaya pada kehamilan trimester III

Walyani (2015) mengatakan tanda bahaya pada kehamilan trimester III seperti :

2.1.11.1 Penglihatan kabur

Penyebab dari kaburnya pandangan ibu hamil adalah pengaruh *hormonal*. Biasanya disertai dengan sakit kepala yang berlebihan dan menjadi salah satu tanda *preeklamsia*.

2.1.11.2 Bengkak pada wajah, kaki dan tangan

Penyebabnya karena penumpukan cairan yang berlebihan dalam jaringan tubuh. Jika bengkak terjadi pada muka dan tangan, maka hal itu akan menjadi masalah serius. Hal itu bisa disebabkan adanya pertanda anemia, gagal jantung, dan *preeklamsia* serta gangguan fungsi ginjal. Bengkak pada ibuhamil umumnya wajar terjadi pada kaki dan hilang jika setelah beristirahat.

2.1.11.3 Gerakan janin tidak terasa

Bayi akan bergerak sekitar 10 gerakan dalam 12 jam. Gerakan bayi berkurang atau tidak terasa bisa terjadi karena kematian janin atau kontraksi berlebihan pada uterus ibu serta masuknya kepala kedalam panggul pada kehamilan aterm. Untuk memastikan janin bergerak atau tidak anjurkan ibu untuk berbaring, karena gerakan janin akan lebih terasa saat ibu dengan posisi berbaring.

2.1.11.4 Keluar cairan pervaginam

Keluarnya air selama kehamilan merupakan hal patologis. Karena penyebab terbesar persalinan prematur adalah ketuban pecah dini. Jika cairan ketuban keluar pada kehamilan aterm, maka *terminasi* kehamilan harus dilakukan.

2.2 Anemia dalam Kehamilan

2.2.1 Pengertian

Anemia adalah kondisi dimana berkurangnya sel darah merah menurun atau menurunnya hemoglobin, sehingga kapasitas daya angkut oksigen untuk kebutuhan organ – organ vital pada ibu dan janin menjadi berkurang (Tarwoto dan Wasnidar, 2013).

Anemia sering terjadi pada ibu hamil, jenis anemia yang sering terjadi akibat defisiensi besi. Anemia defisiensi adalah anemia karena disebabkan kekurangan asupan zat besi dalam gizi atau akibat perdarahan (Tarwoto dan Wasnidar, 2013).

2.2.2 Penyebab anemia defisiensi zat besi

Tarwoto dan Wasnidar (2013) menyebutkan penyebab anemia defisiensi zat besi yaitu :

2.2.2.1 Asupan yang tidak adekuat

Banyak faktor yang menyebabkan asupan yang tidak adekuat misalnya :

- a. Asupan makanan yang mengandung zat besi kurang
- b. Kurangnya pengetahuan tentang makanan yang mengandung zat besi serta cara pengolahan makanan yang benar
- c. Adanya penyakit tertentu seperti gastritis, penyakit pada usus halus sehingga mengganggu penyerapan zat besi
- d. Tidak mengkonsumsi tablet tambah darah
- e. Kebiasaan mengkonsumsi kopi dan teh secara bersamaan pada waktu makan

2.2.2.2 Peningkatan kebutuhan

Ibu hamil memerlukan zat besi yang lebih tinggi sekitar 200-300 % dari kebutuhan wanita tidak hamil. Hal ini untuk memenuhi kebutuhan pertumbuhan janin dan pembentukan darah ibu, sehingga jika peningkatan kebutuhan tidak diimbangi dengan intake yang tidak adekuat maka akan

terjadi ketidakseimbangan atau kurang zat besi.

2.2.3 Nilai ambang batas anemia

Tarwoto dan Wasnidar (2013) mengatakan nilai ambang batas yang digunakan untuk menentukan status anemia ibu hamil yaitu:

2.2.3.1 Normal : ≥ 11 g/dL

2.2.3.2 Anemia ringan : 9-10 g/dL

2.2.3.3 Anemia sedang : 7-8 gr/dL

2.2.3.4 Anemia berat : < 7 gr/dL

2.2.4 Tanda dan gejala

Proverawati (2011) mengatakan gejala awal anemia biasanya tidak ada atau tidak spesifik misalnya ; (kelelahan, kelemahan, pusing, dispnea ringan dengan tenaga). Gejala dan tanda lain mungkin termasuk pucat dan jika terjadi anemia berat maka akan mengalami takikardia atau hipotensi.

2.2.5 Akibat anemia zat besi pada ibu hamil

Kekurangan zat besi dapat menimbulkan gangguan atau hambatan pada pertumbuhan sel-sel tubuh termasuk sel-sel otak. Pada ibu hamil dapat mengakibatkan keguguran, lahir sebelum waktunya, berat badan lahir rendah, perdarahan sebelum dan selama persalinan (Tarwoto dan Wasnidar, 2013)

2.2.6 Penatalaksanaan

Tarwoto dan Wasnidar (2013) menyebutkan penatalaksanaan anemia pada ibu hamil seperti :

2.2.6.1 Pemberian nutrisi/ makanan yang banyak mengandung unsur zat besi diantaranya daging hewan, telur, ikan, sayuran hijau

2.2.6.2 Pemberian tablet zat besi selama kehamilan.

2.2.6.3 Pendidikan kesehatan yang meliputi pengetahuan anemia, pemilihan makanan tinggi zat besi, asupan zat besi.

2.2.7 Pemaksimalkan penyerapan zat besi

Penting untuk memerhatikan apa yang diminum bersamaan dengan

| | | |
|-----|------------------------------------|---|
| 19. | Letak lintang | 8 |
| 20. | Pendarahan dalam kehamilan ini | 8 |
| 21. | Preeclampsia berat/kejang – kejang | 8 |

Sumber : Kemenkes RI (2016)

2.3.3 Kelompok risiko tinggi

Kemenkes RI (2016) mengklasifikasikan kelompok risiko tinggi dibagi menjadi 3 seperti berikut :

2.3.3.1 Kehamilan risiko rendah (KRR) dengan jumlah skor 2, dapat ditolong oleh Bidan

2.3.3.2 Kehamilan risiko tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6 – 10, ditolong oleh Bidan atau Dokter

2.3.3.3 Kehamilan risiko sangat tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12 , harus ditolong oleh Dokter

2.3.4 *Grandemulti*

Manuaba, *et al* (2012) menyebutkan *grandemulti* adalah ibu yang pernah hamil atau melahirkan 4 kali atau lebih, karena ibu sering melahirkan maka kemungkinan akan banyak ditemui keadaan seperti :

2.3.4.1 Kesehatan terganggu: anemia, kurang gizi

2.3.4.2 Kekendoran pada dinding perut

2.3.4.3 Tampak ibu dengan perut menggantung

2.3.4.4 Kekendoran dinding rahim

Bahaya yang mungkin dapat terjadi adalah :

2.3.4.1 Kelainan letak, persalinan letak lintang

2.3.4.2 Robekan rahim pada kelainan letak lintang

2.3.4.3 Persalinan lama

2.3.4.4 Perdarahan pasca persalinan.

2.4 Asuhan Persalinan

2.4.1 Pengertian

Persalinan adalah rangkaian peristiwa keluarnya bayi yang sudah cukup bulan berada dalam rahim ibunya, dengan disusul oleh keluarnya plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Fitriana dan

Nurwiandani, 2018).

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin (Sari dan Rimandini, 2015).

Dalam Q.S Al-Fushilat ayat (47) yang berbunyi :

إِلَيْهِ يُرَدُّ عِلْمُ السَّاعَةِ وَمَا تَخْرُجُ مِنْ ثَمَرَاتٍ مِّنْ أَكْمَامِهَا وَمَا تَحْمِلُ مِنْ أُنثَىٰ وَلَا تَضَعُ إِلَّا
 بِعِلْمِهِ وَيَوْمَ يُنَادِيهِمْ أَيْنَ شُرَكَائِي قَالُوا أَدْنَاكَ مَا مِنَّا مِنْ شَهِيدٍ

Artinya :

Kepada-Nya-lah dikembalikan pengetahuan tentang hari Kiamat. Dan tidak ada buah-buahan keluar dari kelopakannya dan tidak seorang perempuanpun mengandung dan tidak (pula) melahirkan, melainkan dengan sepengetahuan-Nya. Pada hari Tuhan memanggil mereka: "Dimanakah sekutu-sekutu-Ku itu?", mereka menjawab: "Kami nyatakan kepada Engkau bahwa tidak ada seorangpun di antara kami yang memberi kesaksian (bahwa Engkau punya sekutu)".

2.4.2 Tujuan

Jannah (2015) menjelaskan tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memerhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi.

2.4.3 Standar pertolongan persalinan

Kemendes RI (2016) mengatakan ada empat standar dalam standar pertolongan persalinan seperti berikut ini :

2.4.3.1 Standar 9 : Asuhan persalinan kala I

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

2.4.3.2 Standar 10 : Persalinan kala II yang aman

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

2.4.3.3 Standar 11 : Penatalaksanaan aktif persalinan kala III

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

2.4.3.4 Standar 12 : Penanganan kala II dengan gawat janin melalui episiotomy

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

2.4.4 Penyebab mulainya persalinan

Fitriana dan Nurwiandani (2018) menyebutkan sebab-sebab mulainya persalinan adalah :

2.4.4.1 Penurunan kadar progesterone

Hormon estrogen dapat meninggikan kerentanan otot rahim, sedangkan hormon progesterone dapat menimbulkan relaksasi otot – otot rahim. Selama masa kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesterone dan estrogen didalam darah. Namun, pada akhir kehamilan kadar progesterone menurun sehingga timbul *his*. Hal inilah yang menandakan sebab – sebab mulainya persalinan.

2.4.4.2 Teori Oksitosin

Pada akhir usia kehamilan, kadar oksitosin bertambah sehingga menimbulkan kontraksi otot – otot rahim.

2.4.4.3 Ketegangan otot – otot

Seperti halnya dengan kandung kemih dan lambung, bila dindingnya teregang oleh karena isinya bertambah maka

terjadi kontraksi untuk mengeluarkan yang ada didalamnya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan atau bertambahnya ukuran perut semakin teregang pula otot – otot rahim dan akan menjadi semakin rentan

2.4.4.4 Pengaruh janin

Hypofise dan kelenjar – kelenjar supraneral janin rupa – rupanya juga memegang peranan karena *anencephalus* kehamilan sering lebih lama dari biasanya.

2.4.4.5 Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh deciduas, diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 atau E2 yang diberikan secara intravena dan extra amnial menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap usia kehamilan. Hal ini juga didukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi, baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu – ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan. Penyebab terjadinya proses persalinan masih tetap belum bisa dipastikan, besar kemungkinan semua faktor bekerja bersama sehingga pemicu persalinan menjadi multifaktor.

2.4.5 Tahapan persalinan

Fitriana dan Nurwiandani (2018) mengatakan tahapan – tahapan persalinan yaitu :

2.4.5.1 Kala I atau kala pembukaan

Tahap ini dimulai dari his persalinan yang pertama sampai pembukaan serviks menjadi lengkap. Durasi kala I biasanya berkisar dari 6 hingga 18 jam pada primipara dan dari 2 hingga 10 jam pada multipara (Lockhart dan Saputra, 2014d)

Berdasarkan kemajuan pembukaan maka kala I dibagi menjadi sebagai berikut :

a. Fase laten

Fase laten adalah fase pembukaan yang sangat lambat yaitu dari 0 sampai 3 cm yang membutuhkan waktu 8 jam.

Fase laten berlangsung sekitar 6 jam pada primipara dan 4^{1/2} jam pada multipara (Lockhart dan Saputra, 2014d)

b. Fase aktif

Fase aktif adalah fase pembukaan yang lebih cepat yang terbagi lagi menjadi berikut ini :

1) Fase akselerasi (fase percepatan), yaitu fase pembukaan 3 cm sampai 4 cm yang dicapai dalam 2 jam

2) Fase dilatasi maksimal, yaitu fase pembukaan 4 cm menjadi 9 cm yang dicapai dalam 2 jam

3) Fase decelerasi (kurangnya kecepatan), yaitu fase pembukaan 9 cm menjadi 10 cm selama 2 jam

2.4.5.2 Kala II

Pengeluaran tahap persalinan kala II ini dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi.

Lockhart dan Saputra (2014d) menyebutkan lamanya kala II biasanya berkisar dari 2 hingga 60 menit, dengan lama rata – rata 40 menit (20 kali berkonstraksi) untuk primipara dan 20 menit (10 kali kontraksi untuk multipara).

2.4.5.3 Kala III atau kala uri

Tahap persalinan kala III ini dimulai dari lahirnya bayi sampai dengan lahirnya plasenta.

Lockhart dan Saputra (2014d) menyebutkan durasi kala III berkisar dari 5 hingga 30 menit, kala III dapat dibagi menjadi 2 fase yaitu fase pemisahan/ pelepasan plasenta

dan fase ekspulsi plasenta.

2.4.5.4 Kala IV

Jannah (2015) menjelaskan pada kala IV atau dapat disebut dengan kala pengawasan dimulai dari telah lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama postpartum untuk mengamati keadaan ibu terutama pada perdarahan postpartum. Kala IV pada primigravida dan multigravida sama-sama berlangsung selama 2 jam adapun observasi yang dilakukan pada kala IV meliputi :

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

2.4.6 Asuhan persalinan normal 60 langkah

JNPK – KR (2012) menjabarkan penatalaksanaan 60 langkah APN, yaitu:

2.4.6.1 Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala Dua

- a. Ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran
- b. Ibu merasa ada tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina
- c. Perineum tampak menonjol
- d. Vulva dan sfingter ani membuka

2.4.6.2 Menyiapkan pertolongan persalinan

Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir

Untuk asfiksia:

- a. Tempat tidur datar dan keras

- b. 2 kain dan 1 handuk bersih dan kering
- c. Lampu sorot 6 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi

Untuk ibu:

- a. Gelarlah kain diatas perut ibu, tempat resusitasi dan ganjal bahu bayi
- b. Siapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set.

2.4.6.3 Kenakan Alat Pelindung Diri

2.4.6.4 Lepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

2.4.6.5 Pakai sarung tangan Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) untuk melakukan pemeriksaan dalam

2.4.6.6 Masukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT dan steril. Pastikan tidak terkontaminasi pada alat suntik).

2.4.6.7 Bersihkan vulva dan perineum, seka dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi air DTT.

- a. Jika *introitus vagina*, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan kebelakang.
- b. Buang kapas atau pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.
- c. Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (*dekontaminasi*, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5%).

2.4.6.8 Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap

Bila selaput ketuban dalam keadaan utuh atau belum pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan *amniotomi*.

- 2.4.6.9 Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan *klorin* 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
- 2.4.6.10 Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 kali/menit).
- a. Ambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
 - b. Dokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.
- 2.4.6.11 Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
- a. Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan sesuai temuan yang ada.
 - b. Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan member semangat pada ibu untuk meneran secara benar.
- 2.4.6.12 Pinta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu keposisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).
- 2.4.6.13 Lakukan bimbingan meneran pada saat ibu merasakan ada dorongan kuat untuk meneran, bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
- a. Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.

- b. Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
 - c. Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.
 - d. Anjurkan keluarga memberi semangat dan dukungan pada ibu.
 - e. Berikan cukup asupan cairan *per oral* (minum).
 - f. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
 - g. Segera rujuk jika bayi belum atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (*primigravida*) atau 60 menit (1 jam) meneran (*multigravida*).
- 2.4.6.14 Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- 2.4.6.15 Persiapan untuk melahirkan bayi
Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- 2.4.6.16 Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu.
- 2.4.6.17 Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- 2.4.6.18 Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 2.4.6.19 Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan sambil bernafas cepat dan dangkal.
- 2.4.6.20 Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi.

- a. Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
- b. Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat didua tempat dan potong diantara klem tersebut.

2.4.6.21 Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

2.4.6.22 Lahirnya bahu

Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

2.4.6.23 Lahirkan badan dan tungkai

Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

2.4.6.24 Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).

2.4.6.25 Lakukan penilaian selintas

- a. Apakah bayi menangis kuat dan bernapas tanpa kesulitan ?
- b. Apakah bayi bergerak dengan aktif ?
- c. Apakah bayi cukup bulan ?

Sambil menilai letakkan bayi diatas perut ibu dan selimuti bayi

- a. Jika bayi tidak menangis, tidak bernafas atau megap-megap lakukan langkah resusitasi (lanjut kelangkah resusitasi pada *asfiksia* BBL).
 - b. Jika bayi menangis kuat dan aktif, lakukan kelangkah selanjutnya.
- 2.4.6.26 Keringkan dan posisikan tubuh bayi di atas perut ibu
- a. Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya (tanpa membersihkan verniks) kecuali bagian tangan.
 - b. Ganti handuk basah dengan handuk kering.
 - c. Pastikan bayi dalam kondisi mantap di atas perut ibu.
- 2.4.6.27 Periksa kembali perut ibu untuk memastikan tak ada bayi lain dalam uterus (hamil tunggal).
- 2.4.6.28 Beritahukan pada ibu bahwa penulis akan menyuntikkan oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
- 2.4.6.29 Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit (*intramuskuler*) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
- 2.4.6.30 Setelah 2 menit sejak bayi lahir (cukup bulan), pegang tali pusat dengan satu tangan. Sekitar 5 cm dari pusar bayi, kemudian jari telunjuk dan jari tengah tangan lain menjepit tali pusat dan geser hingga 3 cm proksimal dari pusar bayi. Klem tali pusat pada titik tersebut kemudian tahan klem ini pada posisinya, gunakan jari telunjuk dan tengah tangan lain untuk mendorong isi tali pusat kearah ibu sekitar 5 cm dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama.
- 2.4.6.31 Pemoongan dan pengikatan tali pusat
- a. Dengan satu tangan, angkat tali pusat yang telah dijepit kemudian lakukan pengguntingan tali pusat (lindungi perut bayi) diantara 2 klem tersebut. Lakukan

pemotongan tali pusat dalam waktu 2 menit, karena pada waktu itu masih ada proses auto transfusi

- b. Ikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi kemudian lingkarkan kembali benang ke sisi berlawanan dan lakukan ikatan kedua menggunakan benang dengan simpul kan preseptor klinik.
- c. Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.

2.4.6.32 Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu-bayi. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel dengan baik di dinding dada perut ibu. Usahakan kepala bayi, berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara atau *areola mammae* ibu.

- a. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi dikepala bayi.
- b. Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
- c. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusui pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui disatu payudara.
- d. Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.

2.4.6.33 Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.

2.4.6.34 Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain meregangkan tali pusat.

2.4.6.35 Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang-atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk

mencegah inversion uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan peregangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas.

Jika uterus tidak berkontraksi, minta ibu, suami atau keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.

2.4.6.36 Mengeluarkan plasenta

Lakukan peregangan dan dorongan *dorso-kranial* hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penulis menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).

- a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.
- b. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat.
 - 1) Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM
 - 2) Lakukan katekisasi (*aseptik*) jika kandung kemih penuh
 - 3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
 - 4) Ulangi peregangan tali pusat 15 menit berikutnya
 - 5) Segera rujuk jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir
 - 6) Bila terjadi perdarahan, lakukan plasenta manual

2.4.6.37 Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta

dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian

gunakan jari-jari tangan atau klem DTT /steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.

2.4.6.38 Rangsangan taktil (*masase*) uterus

Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar secara lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).

2.4.6.39 Menilai perdarahan

Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau wadah khusus.

2.4.6.40 Evaluasi kemungkinan *laserasi vagina* dan *perineum*.

Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

2.4.6.41 Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

2.4.6.42 Celupkan tangan yang memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, lepaskan secara terbalik dan rendam sarung tangan dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

2.4.6.43 Pastikan uterus berkontraksi dengan baik serta kandung kemih kosong.

2.4.6.44 Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.

2.4.6.45 Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

2.4.6.46 Periksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama 2 jam pertama setelah persalinan.

a. Periksa temperature ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan.

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

2.4.6.47 Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit).

a. Jika bayi sulit bernafas, merintih atau *retraksi*, *diresusitasi* dan segera rujuk ke rumah sakit.

b. Jika bayi bernafas cepat atau sesak nafas, segera rujuk ke RS rujukan.

c. Jika kaki bayi teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut.

2.4.6.48 Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan *klorin* 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.

2.4.6.49 Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.

2.4.6.50 Bersihkan badan ibu menggunakan DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan nyaman.

2.4.6.51 Pastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.

2.4.6.52 Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan *klorin* 0,5%.

2.4.6.53 Celupkan tangan yang memakai sarung tangan kedalam larutan *klorin* 0,5%, lepaskan secara terbalik dan rendam sarung tangan dalam larutan *klorin* 0,5% selama 10 menit.

2.4.6.54 Cuci tangan dengan sabun dan air bersih dan mengalir, keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

2.4.6.55 Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan bayi.

2.4.6.56 Dalam satu jam pertama, berikan salep mata profilaksis infeksi, vitamin k 1 mg dipaha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pernafasan bayi (normal 40-60 kali/menit) dan suhu tubuh (normal 36,5-37,5⁰C).

2.4.6.57 Berikan suntikan imunisasi hepatitis b (setelah satu jam pemberian vitamin k1) dipaha kanan antero lateral.

a. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa di susukan.

b. Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusui di dalam satu jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusui.

2.4.6.58 Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

2.4.6.59 Cuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk yang kering dan bersih.

2.4.6.60 Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

2.4.7 Partograf

Menurut Prawirohardjo (2016), partograf adalah alat bantu yang digunakan selama persalinan. Tujuan utama penggunaan partograf adalah untuk:

2.4.7.1 Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan

2.4.7.2 Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal

Menurut Prawirohardjo (2016), partograf harus digunakan untuk :

2.4.7.1 Semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan sampai dengan kelahiran bayi, sebagai elemen penting asuhan persalinan

2.4.7.2 Semua tempat pelayanan persalinan (rumah, puskesmas,

klินิก bidan swasta, rumah sakit, dan lain – lain)

2.4.7.3 Semua penulis persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran (Spesialis Obstetri dan Ginekologi, Bidan, Dokter Umum, Residen dan Mahasiswa Kedokteran)

2.5 Asuhan BBL

2.5.1 Pengertian

Sondakh (2013) menjelaskan bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat lahir antara 2.500 – 4.000 gram. Asuhan kebidanan bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan kepada bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari dimana BBL masih memerlukan penyesuaian fisiologi berupa maturasi, adaptasi dan toleransi untuk dapat hidup dengan baik.

Dalam Al-qur'an Q.S An Nahl ayat (78) yang berbunyi :

وَاللَّهُ أَخْرَجَكُم مِّن بُطُونِ أُمَّهَاتِكُمْ لَا تَعْلَمُونَ شَيْئًا وَجَعَلَ لَكُمُ السَّمْعَ
وَالْأَبْصَارَ وَالْأَفْئِدَةَ لَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ

Artinya :

“Dan Allah mengeluarkan kamu dari perut ibumu dalam keadaan tidak mengetahui sesuatupun, dan Dia memberi kamu pendengaran, penglihatan dan hati, agar kamu bersyukur”

2.5.2 Standar asuhan bayi baru lahir

Kemenkes RI (2016) menyebutkan ada dua standar pelayanan bayi baru lahir seperti berikut ini :

2.5.2.1 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.

2.5.2.2 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.

2.5.3 Penanganan bayi baru lahir

Lockhart dan Saputra (2014c) menjelaskan penanganan pada bayi baru lahir adalah :

2.5.3.1 Menjaga bayi agar tetap hangat dengan cara menyelimuti bayi sesegera mungkin setelah lahir dan menunda memandikan bayi selama 6 jam atau sampai bayi stabil untuk mencegah hipotermi

2.5.3.2 Membersihkan saluran napas dengan cara menghisap lendir yang ada dimulut dan hidung

2.5.3.3 Mengeringkan tubuh bayi dengan menggunakan kain atau handuk yang kering

2.5.3.4 Memotong dan mengikat tali pusat

2.5.3.5 Melakukan inisiasi menyusui dini (IMD) yang dimulai sedini mungkin.

2.5.3.6 Memberikan identitas diri, segera setelah IMD bayi dapat tanda pengenal berupa gelang yang dikenakan pada bayi dan ibunya untuk menghindari tertukar bayi

2.5.3.7 Memberikan suntikan vitamin k1

Karena sistem pembekuan darah pada bayi baru lahir belum sempurna, semua bayi berisiko mengalami perdarahan. Untuk mencegah terjadinya perdarahan diberikan suntikan vitamin k1 (phytomenadione) sebanyak 1 mg dosis tunggal, intramuscular (IM) pada anterolateral paha kiri

2.5.3.8 Memberi salep mata antibiotik pada kedua mata

Salep mata antibiotik diberikan untuk mencegah terjadinya infeksi pada mata

2.5.3.9 Memberikan imunisasi hepatitis pertama (HB-0) diberikan 1 – 2 jam setelah pemberian vitamin k1 secara intramuskular untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi. Hepatitis B dapat diberikan pada bayi usia 0 – 7 hari. Noordiati (2018) menyebutkan 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 vertical (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

2.5.3.10 Melakukan pemeriksaan fisik atau pengkajian untuk mengetahui apakah terdapat kelainan yang perlu

mendapatkan tindakan segera serta kelainan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan dan kelahiran

2.5.4 Pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir

Noordiati (2018) menyebutkan 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 :

2.5.4.1 1) 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

2.5.4.2 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

2.5.4.3 Hitung denyut jantung dengan meletakkan stetoskop di dada kiri : frekuensi denyut jantung normal 120-160 kali per menit.

2.5.4.4 pengukuran suhu ketiak dengan thermometer: suhu normal adalah 36,5-37,5°C.

2.5.4.5 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

2.5.4.6 Lihat mata: tidak ada kotoran atau *secret*

2.5.4.7 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 pemeriksa.

- 2.5.4.8 Lihat dan raba perut: perut bayi datar, teraba lemas
- 2.5.4.9 Lihat tali pusat tidak ada perdarahan, pembengkakan, nanah, bau yang tidak enak pada tali pusat, atau kemerahan sekitar tali pusat
- 2.5.4.10 Lihat punggung dan raba tulang belakang: kulit terlihat utuh, tidak terdapat lubang dan benjolan pada tulang belakang.
- 2.5.4.11 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
- 2.5.4.12 Lihat lubang anus: terlihat lubang anus dan periksa apakah meconium sudah keluar, biasanya meconium keluar dalam 24 jam setelah lahir
- 2.5.4.13 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
- 2.5.4.14 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%
- 2.5.4.15 Mengukur panjang dan lingkar kepala bayi :panjang lahir normal 48-52 cm dan lingkar kepala normal 33-37 cm.
- 2.5.4.16 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

2.5.5 Ciri – ciri bayi baru lahir

Lockhart dan Saputra (2014c) menjelaskan ciri – ciri umum bayi lahir normal adalah sebagai berikut :

2.5.5.1 Berat badan 2500 – 4000 gram

2.5.5.2 Panjang badan 48 – 52 cm

2.5.5.3 Lingkar kepala 33 – 35 cm

2.5.5.4 Lingkar dada 30 – 38 cm

2.5.5.5 Masa kehamilan 37 – 42 minggu

2.5.5.6 Denyut jantung pada menit – menit pertama 180 kali/menit, kemudian turun menjadi 120 kali/menit

2.5.5.7 Respirasi pada menit – menit pertama cepat yaitu 80 kali/menit, kemudian turun menjadi 40 kali/menit

2.5.5.8 Kulit berwarna kemerahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan diliputi verniks kaseosa

2.5.5.9 Kuku agak panjang dan lemas

2.5.5.10 Genetalia

a. Perempuan : labia mayora sudah menutupi labia minora

b. Laki – laki : testis sudah turun

2.5.5.11 Refleks

a. Refleks rooting : refleks mencari puting susu

b. Refleks sucking : refleks menghisap

c. Refleks swallowing : Refleks menelan

d. Refleks moro : Refleks kaget, jadi jika bayi dikagetkan maka bayi seperti memeluk

e. Refleks grasping : Refleks menggenggam, jadi jika telapak tangan diletakkan suatu benda

maka bayi akan
menggenggam

2.5.5.12 Eliminasi : BAK dan BAB keluar dalam 24 jam pertama

2.5.5.13 Suhu : 36.5°C – 37.5°C

2.5.6 Ballard skor

Sistem penilaian ini dikembangkan oleh Dr. Jeanne L Ballard, MD untuk menentukan usia gestasi bayi baru lahir melalui penilaian fisik. Penilaian fisik yang diamati adalah kulit, *lanugo*, permukaan plantar, payudara, mata/telinga, dan genitalia.

2.5.6.1 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 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.

2.5.6.2 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.

2.5.6.3 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.

2.5.6.4 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.

2.5.6.5 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.

Bayi prematur didapatkan 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 pada posisinya.

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.

2.5.6.6 Genital (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.

2.5.6.7 Genitalia (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 menyebabkan keduanya 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 2.5 Ballard Skor

| | - 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 (-) penonjolan | 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, recoil lambat | Pinna bergelombang baik, lembek tapi siap recoil | Keras & berbentuk segera recoil | 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 | | Klitoris menonjol, labia datar | Klitoris menonjol, labia minora kecil | Klitoris menonjol, minora membesar | Labia mayora & minora menonjol | Labia mayora besar, labia minora kecil | Labia mayora menutupi klitoris & 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 |

2.5.7 Standar kunjungan neonatus (KN)

Lockhart dan Saputra (2014c) menjabarkan standar pelayanan kunjungan pada neonatus adalah sebagai berikut :

2.5.6.1 Kunjungan neonatal ke-1 (KN 1)

Dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir.

Tindakan yang perlu dilakukan bidan adalah :

- a. Jaga selalu kehangatan bayi.
- b. Perhatikan *intake* dan *output* bayi.
- c. Kaji apakah bayi menyusu dengan baik atau tidak.
- d. Komunikasikan kepada orang tua bayi bagaimana caranya merawat tali pusat.
- e. Dokumentasikan

2.5.6.2 Kunjungan neonatal ke-2 (KN 2)

Dilakukan pada hari ke 3 s/d 7 hari, tindakan yang dilakukan adalah :

- a. Timbang berat badan bayi. Bandingkan dengan berat badan saat ini dengan berat badan saat bayi lahir
- b. Jaga selalu kehangatan bayi
- c. Perhatikan *intake* dan *output* bayi
- d. Kaji apakah bayi menyusu dengan baik atau tidak
- e. Dokumentasikan

2.5.6.3 Kunjungan neonatal ke-3 (KN 3)

Dilakukan pada hari ke 8 – 28 hari, tindakan yang dilakukan adalah :

- a. Timbang berat badan bayi bandingkan dengan berat badan saat ini dengan berat badan saat bayi lahir
- b. Jaga selalu kehangatan bayi
- c. Perhatikan *intake* dan *output* bayi
- d. Kaji apakah bayi menyusu dengan baik atau tidak
- e. Dokumentasikan

2.5.8 Kebutuhan bayi baru lahir

2.5.8.1 Menyusui

Menyusui sesuai kehendak bayi atau kebutuhan bayi setiap 2-3 jam (paling sedikit setiap 4 jam), bergantian antara payudara kiri dan kanan. Seorang bayi yang menyusui sesuai dengan permintaannya bisa menyusui sebanyak 12-15 kali dalam 24 jam

Jamil, *et al* (2017) menyebutkan setiap bayi mempunyai takaran untuk menyusui 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.

2.5.8.2 BAB / BAK

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 bahkan bisa 7 hari sekali (Jamil, 2017). Menurut Molika (2015) bayi yang menyusui ASI usia 0-6 bulan frekuensi BAB normal sehari 1-7 kali atau bahkan

1-2 hari sekali.

2.5.9 Terapi sinar matahari

Jayanti (2018) menyebutkan upaya lain yang dapat dilakukan untuk pencegahan *icterus neonatorum* adalah dengan pemberian terapi sinar matahari pagi, 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. Pengaruh sinar matahari pagi terhadap *ikterus neonatorum* pertama kali dilaporkan oleh seorang perawat di salah satu rumah sakit di Inggris pada tahun 1956. Sinar matahari pagi mempunyai keefektifan 6,5 kali lebih baik dibandingkan dengan fototerapi dalam mendegradasi *bilirubin* dan tingkat keefektifannya masih lebih baik meskipun musim dingin.

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.

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*.

2.5.10 Tanda – tanda bahaya

Rochmah, *et al* (2012) menjelaskan tanda bahaya pada bayi baru lahir antara lain sebagai berikut :

- 2.5.10.1 gerakan tidak aktif (bergerak apabila mendapat rangsangan)
- 2.5.10.2 Tidak mau minum atau banyak muntah
- 2.5.10.3 Kejang
- 2.5.10.4 Mengantuk berlebihan, lemas, lunglai
- 2.5.10.5 Napas cepat (> 60 kali/menit)
- 2.5.10.6 Napas lambat (<30 kali/menit)
- 2.5.10.7 Tarikan dinding dada kedalam sangat kuat
- 2.5.10.8 Merintih
- 2.5.10.9 Menangis terus menerus
- 2.5.10.10 Demam (suhu aksila > 37,5°C)
- 2.5.10.11 Teraba dingin (suhu aksila > 36°C)
- 2.5.10.12 Teraba banyak nanah dimata
- 2.5.10.13 Pustar kemerahan, keluar cairan, berbau busuk, dan berdarah
- 2.5.10.14 Diare
- 2.5.10.15 Telapak tangan dan kaki terlihat kuning
- 2.5.10.16 Mekonium tidak keluar setelah 3 hari pertama kelahiran atau feses berwarna hijau, berlendir, atau bernanah
- 2.5.10.17 *Urine* tidak keluar dalam 24 jam pertama.

2.6 Asuhan Nifas

2.6.1 Pengertian

Fitri, 2017 dalam buku Sutanto (2018) menjelaskan masa nifas (*puerperium*) adalah masa dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali seperti semula sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau \pm 40 hari.

Q.S Al-Baqarah ayat (233) hendaknya ibu nifas menyusukan

anaknyanya sampai 2 tahun penuh, yang berbunyi :

وَالْوَالِدَاتُ يُرْضِعْنَ أَوْلَادَهُنَّ حَوْلَيْنَ كَامِلَيْنَ لِمَنْ أَرَادَ أَنْ يُدِيمَ
الرِّضَاعَةَ ۗ وَعَلَى الْمَوْلُودِ لَهُ رِزْقُهُنَّ وَكِسْوَتُهُنَّ بِالْمَعْرُوفِ ۗ لَا تُكَلِّفُ
نَفْسٌ إِلَّا وُسْعَهَا ۗ لَا تُضَارَّ وَالِدَةٌ بِوَلَدِهَا وَلَا مَوْلُودٌ لَهُ بِوَالِدِهِ ۗ وَعَلَى
الْوَارِثِ مِثْلُ ذَلِكَ ۗ فَإِنْ أَرَادَا فِصَالًا عَنْ تَرَاضٍ مِنْهُمَا وَتَشَاوُرٍ فَلَا
جُنَاحَ عَلَيْهِمَا ۗ وَإِنْ أَرَدْتُمْ أَنْ تَسُدُّوا رِضْعَهُمْ أَوْلَادَكُمْ فَلَا جُنَاحَ عَلَيْكُمْ إِذَا
سَدَّمْتُمْ مَا آتَيْتُم بِالْمَعْرُوفِ ۗ وَاتَّقُوا اللَّهَ وَاعْلَمُوا أَنَّ اللَّهَ بِمَا تَعْمَلُونَ
بَصِيرٌ

Artinya :

“Para ibu hendaklah menyusukan anak-anaknya selama dua tahun penuh, yaitu bagi yang ingin menyempurnakan penyusuan. Dan kewajiban ayah memberi makan dan pakaian kepada para ibu dengan cara ma'ruf. Seseorang tidak dibebani melainkan menurut kadar kesanggupannya. Janganlah seorang ibu menderita kesengsaraan karena anaknya dan seorang ayah karena anaknya, dan warispun berkewajiban demikian. Apabila keduanya ingin menyapih (sebelum dua tahun) dengan kerelaan keduanya dan permusyawaratan, maka tidak ada dosa atas keduanya. Dan jika kamu ingin anakmu disusukan oleh orang lain, maka tidak ada dosa bagimu apabila kamu memberikan pembayaran menurut yang patut. Bertakwalah kamu kepada Allah dan ketahuilah bahwa Allah Maha Melihat apa yang kamu kerjakan.”

2.6.2 Tujuan asuhan masa nifas

Tujuan asuhan masa nifas menurut Asih dan Risneni (2016) adalah sebagai berikut :

2.6.2.1 Memulihkan kesehatan pasien.

2.6.2.2 Mempertahankan kesehatan fisik dan psikologis.

2.6.2.3 Mencegah infeksi dan komplikasi.

2.6.2.4 Memperlancar pembentukan dan pemberian ASI.

2.6.2.5 Mengajarkan ibu untuk melaksanakan perawatan mandiri sampai masa nifas selesai dan memelihara bayi dengan

baik, sehingga bayi dapat mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang optimal.

- 2.6.2.6 Memberikan pendidikan kesehatan dan memastikan pemahaman serta kepentingan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehat pada ibu dan keluarganya melalui Komunikasi Informasi Edukasi (KIE).
- 2.6.2.7 Memberikan pelayanan keluarga berencana.

2.6.3 Standar asuhan masa nifas

Kemkes RI (2016) menyebutkan ada dua standar dalam pelayanan masa nifas seperti berikut ini :

2.6.3.1 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.

2.6.3.2 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, imunisasi dan KB.

2.6.4 Tahapan dalam masa nifas

Tahapan dalam masa nifas menurut Sutanto (2018) adalah sebagai

berikut :

2.6.4.1 Tahap nifas

Lockhart dan Saputra (2014b) mengemukakan pendapat bahwa tahapan nifas terbagi menjadi tiga yaitu:

a. *Puerperium Dini (immediate puerperium)*

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

b. *Puerperium Intermediet (early puerperium)*

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

c. *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 bisa berminggu-minggu, bulanan atau tahunan tergantung pada kondisi kesehatan dan gangguan kesehatan lainnya.

2.6.4.2 Keadaan keadaan yang dirasakan ibu bersalin

a. Rasa kram atau kejang di bagian bawah perut akibat kontraksi atau penciutan Rahim (Involusi)

Heryani (2012) menjabarkan perubahan normal pada uterus selama *postpartum* adalah sebagai berikut :

Tabel 2.6 *Involusi* uterus

| Involusi Uterus | Tinggi Fundus Uteri (TFU) | Berat Uterus | Diameter |
|--------------------|--------------------------------|--------------|----------|
| Plasenta lahir | Setinggi pusat | 1000 gram | 12.5 cm |
| 7 hari (1 minggu) | Pertengahan pusat dan simpisis | 500 gram | 7.5 cm |
| 14 hari (Minggu 2) | Tidak teraba | 350 gram | 5 cm |
| 6 minggu | Normal | 60 gram | 2.5 cm |

Sumber : Heryani (2012)

b. Keluarnya sisa – sisa darah dari vagina (*Lochea*)

Pengeluaran *lochea* dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya, seperti pada tabel berikut :

Tabel 2.7 Macam – macam *lochea*

| <i>Lochea</i> | Waktu | Warna | Ciri – ciri |
|---------------------|---|--------------------------------------|---|
| Rubra (Kruenta) | 1 – 3 hari | Merah kehitaman | Terdiri dari darah segar, jaringan sisa –sisa plasenta dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan sisa meconium. Lokhea rubra yang menetap pada awal periode postpartum menunjukkan adanya perdarahan sekunder yang mungkin disebabkan tinggalnya sisa atau selaput plasenta |
| Sanguinolenta | 4 – 7 hari | Merah kecoklatan dan berlendir | Sisa darah bercampur lendir |
| Serosa | 7 – 14 hari | Kuning kecoklatan | Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan atau laserasi plasenta. Lokhea serosa dan alba yang berlanjut bisa menandakan adanya endometritis, terutama jika disertai demam, rasa sakit atau nyeri tekan pada abdomen |
| Alba | > 14 hari dan berlangsung selama 2 – 6 minggu <i>postpartum</i> | Putih | Mengandung leukosit, sel desidua dan sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati |
| Lokhea purulenta | | | Terjadi infeksi keluar cairan seperti nanah berbau busuk |
| Lokheastasis | | | Lokhea tidak lancar keluaranya |

Sumber : Sutanto (2018)

- c. Payudara membesar karena terjadi pembentukan ASI
- d. Kesulitan Buang Air Kecil (BAK) dan Buang Air Besar (BAB)
- e. Gangguan otot
- f. Perlukaan jalan lahir (lecet atau jahitan)

2.6.5 Proses adaptasi psikologis

Sutanto (2018) menjelaskan berikut ini 3 tahap penyesuaian psikologi ibu dalam masa postpartum.

2.6.5.1 Fase taking in

Fase ini dimulai setelah melahirkan sampai hari ke-2. Ciri

– ciri fase ini adalah sebagai berikut :

- a. Perasaan ibu berfokus pada dirinya
- b. Ibu masih pasif dan tergantung dengan orang lain
- c. Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran perubahan tubuhnya
- d. Ibu akan mengulangi pengalaman – pengalaman waktu melahirkan
- e. Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi normal
- f. Nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi
- g. Kurangnya nafsu makan menandakan proses pengembalian kondisi tubuh tidak berlangsung normal
- h. Gangguan psikologis yang mungkin dirasakan ibu pada fase ini adalah sebagai berikut :
 - 1) Kecemasan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya, misalnya jenis kelamin tertentu, warna kulit, dan sebagainya
 - 2) Ketidaknyamanan sebagai akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu, misalnya rasa mules akibat dari kontraksi rahim, payudara bengkak, akibat luka jahitan, dan sebagainya
 - 3) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya
 - 4) Suami atau keluarga yang mengkritik ibu tentang cara merawat bayinya dan cenderung melihat saja tanpa membantu. Ibu akan merasa tidak nyaman karena sebenarnya hal tersebut bukan hanya tanggung jawab ibu saja, tetapi tanggung jawab bersama

2.6.5.2 Fase taking hold

Fase ini dimulai dari hari ke-3 sampai hari ke-10. Ciri – ciri

fase ini adalah sebagai berikut :

- a. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan merawat bayi, muncul perasaan sedih (*baby blues*)
- b. Ibu memperhatikan kemampuan menjadi orang tua dan meningkatkan tanggung jawab akan bayinya
- c. Ibu memfokuskan perhatian pada pengontrolan fungsi tubuh, BAK, BAB dan daya tahan tubuh
- d. Ibu berusaha untuk menguasai keterampilan merawat bayi seperti menggendong, menyusui, memandikan, dan mengganti popok
- e. Ibu cenderung terbuka menerima nasehat bidan dan kritikan pribadi
- f. Kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya
- g. Wanita pada masa ini sangat sensitif akan ketidakmampuannya, cepat tersinggung dan cenderung menganggap pemberitahuan bidan sebagai teguran. Dianjurkan untuk berhati – hati dalam berkomunikasi dengan wanita ini dan perlu memberi support

2.6.5.3 Fase letting go

Fase ini dimulai dari hari ke-10 sampai akhir masa nifas.

Ciri – ciri fase ini adalah sebagai berikut :

- a. Ibu merasa percaya diri untuk merawat diri dan bayinya. Setelah ibu pulang kerumah dan dipengaruhi oleh dukungan serta perhatian keluarga
- b. Ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi

2.6.6 Kunjungan pada masa nifas

Sutanto (2018) menyebutkan kunjungan yang dilakukan pada masa nifas ada 4 kali , yaitu sebagai berikut :

2.6.6.1 Kunjungan pertama yaitu 6 – 8 jam setelah persalinan

- a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
- b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, merujuk bila perdarahan berlanjut
- c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
- d. Pemberian ASI awal
- e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi
- f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi

2.6.6.2 Kunjungan kedua yaitu 6 hari setelah persalinan

- a. Memastikan involusi 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 menyusui dengan memperhatikan tanda – tanda penyakit
- d. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari – hari
- e. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari - hari

2.6.6.3 Kunjungan ketiga yaitu 2 minggu setelah persalinan

- a. Memastikan involusi 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 menyusui dengan memperhatikan tanda

– tanda penyakit

d. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari – hari

e. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari - hari

2.6.6.4 Kunjungan keempat yaitu 6 minggu setelah persalinan

a. Menanyakan ibu tentang penyulit – penyulit yang dialami

b. Memberikan konseling untuk KB secara dini

2.6.7 Tanda bahaya masa nifas

Sutanto (2018) menyebutkan tanda – tanda bahaya pada masa nifas yaitu sebagai berikut :

2.6.7.1 Adanya tanda – tanda infeksi *puerperalis*

2.6.7.2 Demam, muntah, rasa sakit waktu berkemih

2.6.7.3 Sembelit atau hemoroid

2.6.7.4 Sakit kepala, nyeri epigastrik, dan penglihatan kabur

2.6.7.5 Perdarahan pervagina yang luar biasa

2.6.7.6 Lokhea berbau busuk dan disertai dengan nyeri abdomen atau punggung

2.6.7.7 Puting susu lecet

2.6.7.8 Bendungan ASI

2.6.7.9 Edema, sakit, dan panas pada tungkai

2.6.7.10 Pembengkakan diwajah atau tangan

2.6.7.11 Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama

2.6.7.12 Merasa sedih atau tidak mampu mengasuh bayinya maupun diri sendiri

2.7 Asuhan Keluarga Berencana

2.7.1 Pengertian

Keluarga Berencana (KB) adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan keluarga kecil bahagia dan sejahtera (Setyorini, 2014).

Dalam Q.S An nisa ayat (9) yang berbunyi :

وَلْيَخُشِ الَّذِينَ لَوْ تَرَكَوْا مِنْ خَلْفِهِمْ ذُرِّيَّةً ضِعَافًا خَافُوا عَلَيْهِمْ فَلْيَتَّقُوا اللَّهَ وَلْيَقُولُوا قَوْلًا سَدِيدًا

Artinya :

“Dan hendaklah takut kepada Allah orang-orang yang seandainya meninggalkan dibelakang mereka anak-anak yang lemah, yang mereka khawatir terhadap (kesejahteraan) mereka. Oleh sebab itu hendaklah mereka bertakwa kepada Allah dan hendaklah mereka mengucapkan perkataan yang benar.”

2.7.2 Tujuan

Buku Kesehatan Ibu dan Anak (2016) menyebutkan tujuan dari keluarga berencana, diantaranya:

- 2.7.2.1 Mengatur jarak dan mencegah kehamilan agar tidak terlalu rapat (minimal 2 tahun setelah melahirkan).
- 2.7.2.2 Mencegah kehamilan yang tidak diinginkan.
- 2.7.2.3 Menjaga dan meningkatkan kesehatan ibu, bayi dan balita.
- 2.7.2.4 Ibu memiliki waktu dan perhatian yang cukup untuk dirinya sendiri, anak dan keluarga.

2.7.3 Metode keluarga berencana

Sulistyawati (2014) menjelaskan KB terbagi dalam beberapa metode, yaitu:

2.7.3.1 Metode sederhana

- a. Metode sederhana tanpa alat yaitu seperti kalender (pantang berkala), lendir serviks, *koitus interruptus* dan MAL.

- b. Metode sederhana menggunakan alat yaitu, seperti suhu basal dan kondom.

2.7.3.2 Metode modern

Metode moderen terbagi menjadi beberapa kontrasepsi yaitu:

- a. Pil

- 1) Pil Kombinasi (terdapat 2 hormon *progesteron* dan *estrogen*).
- 2) Mini Pil (pil *progestin*) yang dapat digunakan oleh ibu menyusui.

- b. Suntik

Kontrasepsi berupa cairan yang disuntikan kedalam tubuh wanita secara *periodik* dan mengandung *hormonal*, kemudian masuk kedalam pembuluh darah diserap sedikit demi sedikit oleh tubuh yang berguna untuk mencegah timbulnya kehamilan. Kontrasepsi hormonal jenis KB suntik ini di Indonesia semakin banyak dipakai karena kerjanya yang efektif, pemakaian yang praktis, harganya relatif murah dan aman (Marmi, 2016)

- c. Impant / AKBK

Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK) adalah alat kontrasepsi *hormonal* yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara 5 tahun.

- d. IUD / AKDR

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) adalah alat kontrasepsi yang berbentuk batang atau spiral yang dipasangkan pada rahim dapat bertahan selama 10 tahun sehingga dapat digunakan pada wanita yang ingin kontrasepsi dengan jangka waktu lama tanpa *hormon*.

2.7.3.3 Metode operasi

a. Tubektomi

Tubektomi adalah alat kontrasepsi yang digunakan pada wanita yang tidak ingin hamil lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukannya, alat kontrasepsi ini sangat efektif.

b. Vasektomi

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk laki-laki yang tidak ingin mempunyai anak lagi keterbatasannya ialah bersifat permanen.

2.7.4 Kontrasepsi suntik 3 bulan

2.7.4.1 Pengertian

suntik KB 3 bulan adalah suatu *sintesis progestin* yang mempunyai efek *progestin* asli dari tubuh wanita dan merupakan *suspense* steril *medroxy progesteron asetat* dalam air, yang mengandung *progesterone asetat* 15 mg. Telah digunakan selama kurang lebih 20 tahun (Marmi, 2016).

2.7.4.2 Jenis

Menurut Affandi, *et al* (2011) terdapat 2 jenis suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu :

- a. Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depo Provera), mengandung 150 mg DMPA yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuskuler (di daerah bokong)
- b. Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat) yang mengandung 200 mg Noretindron Enantat yang diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intramuskuler.

2.7.4.3 Cara Kerja

Menurut Affandi, *et al* (2011) dari suntikan progestin adalah sebagai berikut :

- a. Mencegah ovulasi
- b. Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
- c. Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan *atrofi*
- d. Menghambat transportasi gamet oleh tuba

2.7.4.4 Efektivitas

Affandi, *et al* (2011) memaparkan suntikan progestin memiliki efektivitas yang tinggi dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan-tahun, asal penyuntikan dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan.

2.7.4.5 Keuntungan

Affandi, *et al* (2011) memaparkan keuntungan dari suntikan progestin, sebagai berikut :

- a. Sangat Efektif
- b. Pencegahan kehamilan jangka panjang
- c. Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- d. Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah.
- e. Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI.
- f. Sedikit efek samping.
- g. Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
- h. Dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai perimenopause.
- i. Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.
- j. Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.
- k. Mencegah beberapa penyakit radang panggul.
- l. Menurunkan krisis anemia bulan sabit (*sickle cell*)

2.7.4.6 Kerugian

Kerugian KB suntik progestin menurut Marmi (2016),

yaitu:

- a. Sering ditemukan gangguan haid
- b. Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk suntikan)
- c. Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya
- d. Permasalahan kenaikan berat badan merupakan efek samping tersering
- e. Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B maupun HIV
- f. Terlambatnya kesuburan setelah penghentian pemakaian
- g. Terjadinya perubahan lipid serum pada penggunaan jangka panjang
- h. Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, sakit kepala, nervositas dan jerawat

2.7.4.7 Indikasi

Marmi (2016) memaparkan indikasi dari KB suntik progestin yaitu:

- a. Usia reproduksi
- b. Setelah melahirkan
- c. Menghendaki kontrasepsi jangka panjang
- d. Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai
- e. Setelah abortus atau keguguran
- f. Telah banyak anak tapi belum menghendaki tubektomi
- g. Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi
- h. Tidak dapat menggunakan kontrasepsi yang mengandung hormon estrogen
- i. Anemia defisiensi besi
- j. Tekanan darah <180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah atau anemia bulan sabit

- k. Menggunakan obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiurat) atau obat tuberkulosis (rifampisin)
- l. Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi

2.7.4.8 Kontraindikasi

Kontraindikasi dari KB suntik progestin menurut Marmi (2016), yaitu:

- a. Hamil atau diduga hamil
- b. Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- c. Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorea
- d. Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara dan diabetes dengan komplikasi.

2.7.4.9 Efek samping

Setyorini (2014) memaparkan efek samping dari alat kontrasepsi suntik progestin adalah :

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

2.7.4.10 Waktu penggunaan

Marmi (2016) menyebutkan waktu yang boleh menggunakan kontrasepsi yaitu:

- a. Setiap saat selama siklus haid selama akseptor tidak hamil
- b. Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid
- c. Pada ibu yang tidak haid, injeksi pertama dapat diberikan setiap saat, asalkan ibu tidak hamil. Selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual
- d. Ibu yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan. Bila ibu tidak hamil, suntikan pertama dapat segera diberikan atau tidak perlu menunggu sampai haid berikutnya datang
- e. Bila ibu sedang menggunakan kontrasepsi suntikan jenis lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan yang lain lagi, kontrasepsi suntikan yang akan diberikan mulai pada saat jadwal kontrasepsi suntikan yang sebelumnya
- f. Kapan suntikan KB dapat diberikan
 - 1) Pasca persalinan
Segera ketika masih dirumah sakit dan jadwal suntikan berikutnya.
 - 2) Pasca abortus
Segera setelah perawatan dan jadwal waktu suntikan dipertimbangkan
 - 3) Interval
Segera setelah perawatan, jadwal diperhitungkan