

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Asuhan Kebidanan Komprehensif

Asuhan kebidanan komprehensif adalah suatu pemeriksaan yang dilakukan secara lengkap dengan adanya pemeriksaan sederhana dan konseling asuhan kebidanan yang mencakup pemeriksaan berkesinambungan diantaranya asuhan kebidanan kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, dan masa nifas (Varney.2006).

Asuhan komprehensif adalah asuhan yang diberikan oleh bidan dari mulai masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas dan penggunaan KB yang bertujuan untuk memberikan pelayanan berkualitas untuk mencegah terjadinya kematian ibu dan anak. Peran bidan dalam asuhan komprehensif adalah mendampingi wanita selama masa siklus hidup dimulai dari memberikan pelayanan *antenatal care* yang berkualitas untuk mendeteksi dini adanya komplikasi pada ibu hamil, memberikan pelayanan asuhan persalinan normal yang aman yang berfungsi untuk mencegah terjadinya kematian ibu, memberikan perawatan BBL untuk mencegah terjadinya kematian bayi maupun komplikasi yang terjadi pada bayi, memberikan asuhan masa nifas untuk mencegah terjadinya perdarahan setelah persalinan, memberikan konseling tentang keluarga berencana dan pelayanan untuk menggunakan alat kontrasepsi untuk meningkatkan keluarga yang sejahtera (Kepmenkes)(2007).

2.2 Asuhan Kehamilan

2.2.1 Pengertian Asuhan Kebidanan Fisiologis

Setiap kehamilan merupakan proses alamiah, bila tidak dikelola dengan baik akan memberikan komplikasi pada ibu dan janin dalam keadaan sehat dan aman (Nugroho.*et al.*, 2014).

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari pertama haid terakhir (Prawihardjo, 2008).

Kehamilan didefinikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari *spermatozoa* dan *ovum* dan dilanjutkan dengan *nidasi* atau *implanasi*. Bila dihidung dari fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu (Prawihardjo, 2014).

2.2.2 Tujuan Asuhan Kehamilan Fisiologis

Menurut Astuti *et al.* (2017) Tujuan dari Antenatal Care, yaitu :

- 2.2.2.1 Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan, serta kesejahteraan ibu dan janin.
- 2.2.2.2 Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, serta sosial ibu dan bayi.
- 2.2.2.3 Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- 2.2.2.4 Mendukung dan mendorong penyesuaian psikologis dalam kehamilan, melahirkan, menyusui, dan berkembang secara normal.
- 2.2.2.5 Menurunkan angka kesakitan, serta kematian ibu dan perinatal.
- 2.2.2.6 Mengenali secara dini adanya ketidak normalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama masa kehamilan, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan, dan pembedahan, serta menangani atau merujuk sesuai kebutuhan.

- 2.2.2.7 Meningkatkan kesadaran sosial serta aspek psikologis tentang melahirkan bayi dan pengaruhnya pada keluarga.
 - 2.2.2.8 Memantau semua ibu hamil mengenai tanda komplikasi *obstetri* secara individu dan melakukan pemeriksaan diagnostik jika diperlukan sesuai indikasi.
 - 2.2.2.9 Menyakini bahwa ibu yang mengalami tanda bahaya dapat kembali normal setelah mendapatkan penanganan dan tidak selalu dianggap atau diperlakukan sebagai kehamilan yang berisiko.
 - 2.2.2.10 Membangun hubungan saling percaya antara ibu dengan pemberi asuhan.
 - 2.2.2.11 Menyediakan informasi sehingga ibu dapat membuat keputusan berdasarkan informasi tersebut. Melibatkan suami atau anggota keluarga dalam pengalaman kehamilan yang relevan, dan mendorong peran keluarga untuk memberikan dukungan yang dibutuhkan ibu.
- 2.2.3 Standar Asuhan Kehamilan
- Menurut Rismalinda (2015) terdapat 8 standar dalam pelayanan *antenatal* seperti sebagai berikut:
- 2.2.3.1 Standar 1 : Metode Asuhan
Asuhan kebidanan dilakukan dengan metode manajemen, kebidanan dengan langkah : pengumpulan data dan analisis data, penentuan diagnosa perencanaan evaluasi dan dokumentasi.
 - 2.2.3.2 Standar 2 : Pengkajian
Pengumpulan data tentang status kesehatan klien dilakukan secara sistematis berkesinambungan. Data yang diperoleh dicatat dan dianalisis.
 - 2.2.3.3 Standar 3 : Identifikasi Ibu Hamil
Bidan melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan

dan memotivasi ibu, suami dan anggota keluarganya agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini dan teratur.

2.2.3.4 Standar 4 : Pemeriksaan Dan Pemantauan Antenatal

Bidan memberikan sedikitnya 4x pelayanan *antenatal*. Pemeriksaan meliputi anamnesis dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah pembengkakan berlangsung normal. Bidan juga harus mengenal kehamilan risti/ kelainan, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS (Penyakit Menular Seksual). Memberikan pelayanan imunisasi, nasehat dan penyuluhan kesehatan serta tugas berkait lainnya yang diberikan oleh puskesmas, mereka harus mencatat data yang tepat pada setiap kunjungan. Bila ditemukan kelainan, mereka harus mampu mengambil tindakan yang diperlukan dan merujuknya untuk tindakan selanjutnya.

2.2.3.5 Standar 5 : Palpasi *Abdomenal*

Bidan melakukan pemeriksaan *abdomenal* secara seksama dan melakukan *abdominal* secara seksama dan melakukan *palpasi* untuk memeriksa posisi, bagian terendah janin ke dalam rongga panggul, untuk mencari kelainan, serta melakukan rujukan tepat waktu.

2.2.3.6 Standar 6 : pengelolaan anemia pada kehamilan

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

2.2.3.7 Standar 7 : pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali randa serta gejala *preeklamsi* lainnya, serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya.

2.2.3.8 Standar 8 : pemeriksaan persalinan

Bidan memberikan saran yang tepat pada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester ketiga, untuk memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik, disamping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila tiba-tiba terjadi keadaan gawat darurat, bidan hendaknya melakukan kunjungan rumah untuk hal ini.

2.2.4 Kunjungan ANC

Tabel 2.1 Kunjungan minimal 4x selama kehamilan

Kunjungan	Waktu	Alasan
Trimester I	Sebelum 14 minggu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendeteksi masalah yang dapat ditangani sebelum membahayakan jiwa 2. Mencegah masalah misalnya : <i>tetanus neonatal</i>, anemia, kebiasaan tradisional yang berbahaya. 3. Membangun hubungan saling percaya. 4. Memulai persiapan kelahiran dan kesiapan menghadapi komplikasi. 5. Mendorong perilaku sehat (nutrisi, kebersihan, olahraga, istirahat, seks, dan sebagainya).
Trimester II	14 – 28 minggu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sama dengan trimester I ditambah kewaspadaan khusus terhadap hipertensi kehamilan (deteksi gejala <i>preeklamsia</i>, pantau TD, evaluasi edem, <i>proteinuria</i>)
Trimester III	28 – 36 minggu Setelah 36 minggu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sama, ditambah : deteksi kehamilan ganda 2. Deteksi letak atau kondisi yang memerlukan persalinan di RS.

Rismalinda (2015)

2.2.5 Pelayanan ANC

Menurut Kusmiyati (2010), kebijakan program pelayanan asuhan antenatal harus sesuai standar yaitu “14 T” meliputi :

2.2.5.1 Tinggi badan dan timbang berat badan

2.2.5.2 Tekanan darah

2.2.5.3 Tinggi fundus uteri (TFU)

2.2.5.4 Pemberian tablet besi minimal 90 tablet selama kehamilan

2.2.5.5 *Tetanus Toxoid* (TT)

- 2.2.5.6 Tes atau pemeriksaan *hemoglobin* (HB)
- 2.2.5.7 Pemeriksaan *Veneral Diseases Research Laboratory* (VDRL)
- 2.2.5.8 Perawatan payudara (tekan pijat payudara)
- 2.2.5.9 Pemeliharaan tingkat kebugaran (senam hamil)
- 2.2.5.10 Temu wicara atau konseling
- 2.2.5.11 Tes atau pemeriksaan *protein urine*
- 2.2.5.12 Tes atau pemeriksaan *urine reduksi*
- 2.2.5.13 Terapi iodium kapsul (khusus daerah endemik gondok)
- 2.2.5.14 Pemberian terapi anti malaria untuk daerah endemismalaria

2.2.6 Kebutuhan Fisik Ibu Hamil Trimester III

Menurut Nugroho, *et al.* (2014), kebutuhan fisik ibu hamil yaitu :

2.2.6.1. Nutrisi

a. Kebutuhan gizi ibu hamil dengan bb normal

Kebutuhan energi pada ibu hamil TM 1 memerlukan tambahan 100 kkal/hari (menjadi 2000 kkal/hari). Pada trimester II dan III tambahan energi yang dibutuhkan meningkat menjadi 300 kkal/hari. Idealnya kenaikan BB sekitar 500 gr/minggu.

b. Kebutuhan gizi ibu hamil gemuk

Ibu hamil yang terlalu gemuk tak boleh mengkonsumsi makanan dalam jumlah sekaligus banyak. Pertambahan energi untuk ibu hamil gemuk tidak boleh lebih dari 300 kkal/hari. Sementara penambahan berat badan tidak boleh lebih dari 3 kg/bulan atau 1kg/minggu. Makanan yang harus dikurangi adalah yang rasanya manis, guring dan mengandung banyak lemak, seperti daging sapi, daging ayam dengan kulit, makanan berminyak dan sejenisnya. Daging boleh dikonsumsi 100 gr atau 1 potong besar/hari. Makanan yang kaya serat lainnya disarankan banyak dikonsumsi.

c. Kebutuhan gizi ibu hamil kurus

Pengaturan makanan bagi ibu hamil kurus lebih sederhana. Yang harus diperhatikan adalah jumlah cairan yang terkandung dalam makanan. Air, baik air minum, jus atau makanan yang mengandung kadar air tinggi, selain mudah mengenyangkan juga memancing timbulnya rasa mual. Supaya kebutuhan ibu yang terlalu kurus terpenuhi, disarankan mengkonsumsi makanan dengan sedikit kuah. Setelah makan, beri jeda $\frac{1}{2}$ sehingga 1 jam sebelum minum. Mengenai jenis dan jumlah makanan tidak ada pantangannya.

d. Makanan yang aman dikonsumsi

- 1) Hindari makan daging atau ayam mentah dan setengah matang, cuci perlengkapan masak dan tangan sebersih mungkin setelah mengolah bahan tersebut.
- 2) Hindari ikan mentah seperti sushi
- 3) Hindari telur mentah dan makanan yang mengandung telur seperti mayones, salmonela sering dijumpai pada telur, dan produk hasil ternak.
- 4) Masak makanan siap saji.

2.2.6.2. Personal hygiene

Kebersihan diri selama kehamilan penting untuk dijaga oleh seorang ibu hamil. Personal hygiene yang buruk dapat berdampak terhadap kesehatan ibu dan janin.

- a. Sebaiknya ibu hamil mandi, gosok gigi dan ganti pakaian minimal 2 kali sehari.
- b. Menjaga kebersihan alat genital dan pakaian dalam
- c. Menjaga kebersihan payudara

2.2.6.3. Pakaian

Pakaian yang baik bagi wanita hamil adalah :

- a. Longgar, nyaman, dan mudah dikenakan
- b. Gunakan bra atau BH dengan ukuran sesuai ukuran payudara dan mampu menyangga seluruh payudara
- c. Tidak memakai sepatu tumit tinggi. Sepatu berhak rendah baik untuk punggung dan postur tubuh dan dapat mengurangi tekanan pada kaki.

2.2.6.4. Eliminasi

Ibu hamil sering buang air kecil terutama pada trimester I dan III kehamilan. Kebutuhan ibu hamil akan rasa nyaman terhadap masalah eliminasi juga perlu mendapatkan perhatian.

- a. Ibu hamil akan sering ke kamar mandi terutama saat malam sehingga mengganggu tidur, sebaiknya intake cairan sebelum tidur dikurangi
- b. Gunakan pembalut untuk mencegah pakain dalam yang basah dan lembab sehingga memudahkan masuk kuman
- c. Setiap habis BAB dan BAK, cebok dengan baik.

2.2.6.5. Seksual

Ada beberapa tips untuk wanita hamil yang ingin berhubungan seksual dengan suaminya :

- a. Pilih posisi yang nyaman dan tidak menyebabkan nyeri bagi wanita hamil
- b. Sebaiknya gunakan kondom, karena prostagladin yang terdapat dalam semen bisa menyebabkan kontraksi
- c. Lakukanlah dalam frekuensi yang wajar, kurang lebih 2-3 kali seminggu.

2.2.6.6. Mobilisasi, bodi mekanik

Pertumbuhan rahim yang membesar akan menyebabkan peregangan ligamen-ligamen atau otot-otot sehingga

pergerakan ibu hamil menjadi terbatas dan kadangkala menimbulkan rasa nyeri. Mobilisasi dan bodi mekanik untuk ibu hamil harus memperhatikan cara yang benar antara lain :

- a. Melakukan latihan atau senam hamil agar otot-otot tidak kaku
- b. Jangan melakukan gerakn tiba-tiba atau spontan
- c. Jangan mengangkat secara langsung benda-benda yang cukup berat, jongkoklah terlebih dahulu baru kemudian mengangkat benda
- d. Apabila bangun tidur, miring dulu baru kemudian bangkit dari tempat tidur

2.2.6.7. Senam hamil

Senam hamil adalah terapi latihan gerak untuk mempersiapkan ibu hamil secara fisik atau mental, pada persalinan cepat, aman dan spontan.

Keuntungan

- a. Melenturkan otot
- b. Memberikan kesegaran
- c. Meningkatkan *self exteem* dan *self image*
- d. Sarana berbagai infromasi

Waktu yang tepat melakukan senam hamil

- a. Kandungan mencapai 6 bulan ke atas, lalukan senam hamil, kecuali ada kelainan tertentu pada kehamilan
- b. Perempuan yang mengikuti senam hamil diharapkan dapat menjalani persalinan dengan lancar.
- c. Sebelum memulai senam hamil, lakukan dulu gerakan pemanasan.

2.2.6.8. Istirahat atau tidur

Ibu hamil sebaiknya memiliki jam istirahat/tidur yang cukup. Kurang istirahat atau tidur, ibu hamil akan terlihat pucat, lesu

dan kurang gairah. Usakan tidur malam kurang lebih 8 jam dan tidur siang kurang lebih 1 jam.

2.2.6.9. Imunisasi

Selama kehamilan, bila ibu berstatus T0, hendaknya mendapatkan minimal 2 dosis (TT1 dan TT2 dengan interval 2 minggu, dan bila memungkinkan untuk mendapatkan TT3 sesudah 6 bulan berikutnya). Ibu hamil dengan status T1 diharapkan mendapatkan TT2 dan bila kemungkinan juga diberikan TT3, dengan interval 6 bulan(bukan 4 minggu/satu bulan). Bagi bumil (ibu hamil) dengan status T2, bisa diberikan satu kali suntikan bila interval suntikan sebelumnya lebih dari 6 bulan. Bila statusnya T3 suntikan selama hamil cukup sekali dengan jarak minimal 1 tahun dari suntikan sebelumnya. Ibu hamil dengan status T4-pun dapat diberikan sekali suntikan TT5 bila suntikan terakhir telah lebih dari setahun bagi ibu hamil dengan status T5, tidak perlu disuntik TT lagi karena telah mendapatkan kekebalan seumur hidup (25 tahun) (Asrinah,*et al.*,2010).

Tabel 2.2 Imunisasi TT

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

(Rismalinda.2015).

2.2.6.10. Persiapan laktasi

Menurut Nugroho *et al.* (2014) Bidan mempunyai peranan penting dalam penatalaksanaan pemberian ASI.

Dukungan bidan dalam pemberian ASI

- a. Biarkan bayi bersama ibunya sesudah dilahirkan selama beberapa jam pertama

- b. Ajarkan cara merawat payudara yang sehat pada ibu untuk mencegah masalah umum yang timbul
- c. Bantulah ibu pada waktu pertama kali memberi ASI
- d. Bayi harus ditempatkan dekat ibunya pada kamar yang sama (*rooming-in*)
- e. Memberikan Asi pada bayi sesering mungkin, BBL minum ASI setiap 2-3 jam atau 10-12 x/24 jam
- f. Hanya berikan kolostrum dan ASI saja
- g. Hindari susu botol dan kempengan/dot

2.2.7 Kebutuhan Psikologis Ibu Hamil Trimester III

Menurut Nugroho *et al.* (2014) yaitu :

2.2.11.1 Supprot keluarga

a. Trimester III

Trimester III seringkali disebut periode menunggu dan waspada, sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ini dan banyak ibu yang merasa dirinya jelek dan aneh. Disamping itu ibu mulai merasa sedih karena akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil. Keluarga dan suami dapat memberikan dukungan dengan memberikan keterangan tentang persalinan yang akan ibu lalui dan itu hanya masalah waktu saja. Tetap memberikan perhatian dan semangat pada ibu selama menunggu persalinan.

2.2.11.2 Suport dari tenaga kesehatan

a. Memperlajari keadaan lingkungan ibu hamil

Untuk bidan harus melakukan pengkajian termasuk keadaan lingkungan (latar belakang) sehingga mempermudah dalam melakukan asuhan kebidanan.

b. Informasi dan pendidikan kesehatan

Mengurangi pengaruh negatif seperti kecemasan dan ketakutan yang ditimbulkan oleh cerita-cerita yang menakutkan tentang persalinan, memberikan dukungan mental dan penjelasan tentang kebahagiaan akan mempunyai anak yang diinginkan dan dinantikan serta menganjurkan latihan fisik seperti senam hamil untuk memperkuat otot-otot dasar panggul, dan melatih pernafasan.

c. Adaptasi pada lingkungan tempat bersalin

Memperkenalkan ruang bersalin, alat-alat kebidanan dan tenaga kesehatan.

2.2.8 Ketidaknyamanan dan cara mengatasi pada saat hamil

Table 2.3 beberapa ketidaknyamanan dan cara mengatasinya

No	Ketidaknyamanan	Cara mengatasi
1	Sering buang air kecil. Trimester I dan III.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan mengenai sebab terjadinya 2. Kosongkan saat ada dorongan untuk kencing 3. Perbanyak minum saat siang hari 4. Jangan kurangi minum untuk mencegah <i>nokturia</i>, kecuali jika <i>nokturia</i> sangat mengganggu tidur di malam hari 5. Batasi minum kopi, teh, dan soda 6. Jelaskan tentang bahaya infeksi saluran kemih dengan menjaga posisi tidur yaitu berbaring miring ke kiri dan kaki ditinggikan untuk mencegah <i>diuresis</i>.
2	<i>Striae gravidarum</i> . Tampak jelas pada bulan ke 6-7	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan <i>emolien topical</i> atau anti pruritik jika ada indikasinya. 2. Gunakan baju longgar yang dapat menopang payudara dan <i>abdomen</i>
3	<i>Hemoroid</i> . Timbul trimester II dan III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari konstipasi 2. Makan makanan yang berserat dan banyak minum 3. Gunakan kompres es atau air hangat 4. Secara perlahan masukkan kembali anus setiap selesai BAB
4	Keputihan. Terjadi di trimester I,II, atau III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari. 2. Memakai pakaian dalam dari bahan katun yang mudah menyerab 3. Tingkatkan daya tahan tubuh 4. Dengan makan buah dan sayur

5	Keringat bertambah secara perlahan akan meningkat sampai akhir kehamilan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pakailan pakaian yang tipis dan longgar 2. Tingkatkan asupan cairan Mandi secara teratur
6	Sembelit. Trimester II dan III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkatkan diet asupan cairan 2. Konsumsi buah prem atau jus prem 3. Minum cairan dingin atau hangat terutama saat perut kosong 4. Istirahat yang cukup 5. Senam hamil 6. Membiasakan buang air besar secara teratur 7. Buang air besar segera setelah ada dorongan.
7	Napas sesak. Trimester II dan III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab fisiologis 2. Dorongan agar secara sengaja mengatur laju dan dalamnya pernapasan pada kecepatan normal yang terjadi 3. Merentangkan tangan di atas kepala serta menarik napas panjang Mendorong postur tubuh yang baik, melakukan pernapasan <i>interkostal</i>
8	Nyeri <i>ligamentum rotundum</i> . Trimester II dan III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan penjelasan mengenai penyebab nyeri 2. Tekuk lutut ke arah abdomen 3. Mandi air hangat 4. Gunakan bantal pemanas pada area yang terasa sakit hanya jika tidak terdapat kontra indikasi. Gunakan sebuah bantal untuk menopang uterus dan bantal lainnya letakkan diantara lutut sewaktu dalam posisi berbaring miring
9	Perut kembung. Trimester II dan III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari makanan yang mengandung gas 2. Mengunyah makanan secara sempurna 3. Lakukan senam secara teratur Pertahankan kebiasaan buang air besar secara teratur
10	Pusing atau <i>sincope</i> Trimester II dan III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bangun secara perlahan dari posisi istirahat 2. Hindari berdiri terlalu lama dalam lingkungan yang hangat dan sesak Hindari berbaring dalam posisi telentang
11	Sakit punggung atas dan bawah. Trimester II dan III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan posisi tubuh yang baik 2. Gunakan bra yang menopang dengan ukuran tepat 3. Gunakan kasur yang keras 4. Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung
12	Varises pada kaki. Trimester II dan III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tinggikan kaki sewaktu berbaring 2. Jaga agar kaki tidak bersilangan 3. Hindari berdiri atau duduk terlalu lama

		4. Senam atau melancarkan peredaran darah
		5. Hindari pakaian atau korset yang ketat

Asrinah *et al.* (2010)

2.2.9 Tanda Bahaya Dini Komplikasi Ibu dan Janin

Macam-macam tanda bahaya kehamilan

Menurut Nugroho *et al.* (2014) enam tanda bahaya kehamilan selama periode *antenatal* menurut Pusdiknakes :

- 2.2.9.1 Perdarahan *pervaginam*
- 2.2.9.2 Sakit kepala yang berat hebat
- 2.2.9.3 Masalah penglihatan
- 2.2.9.4 Bengkak pada muka atau tangan
- 2.2.9.5 Nyeri *abdomen* yang hebat
- 2.2.9.6 Bayi kurang bergerak seperti biasa

2.2.10 Pemeriksaan Kehamilan

Menurut Nugroho *et al.* (2014). Pemeriksaan kehamilan berupa :

2.2.10.1 Penilaian klinik

a. Riwayat kehamilan ini

- 1) Usia ibu hamil
- 2) HPHT atau siklus haid
- 3) Perdarahan *pervaginam*
- 4) Keputihan
- 5) Mual dan muntah
- 6) Masalah atau kelaianan pada kehamilan sekarang
- 7) Pemakaian obat-obatan termasuk jamu-jamuan

b. *Riwayat obstetric* lalu

- 1) Jumlah kehamilan
- 2) Jumlah persalinan
- 3) Jumlah persalinan cukup bulan
- 4) Jumlah persalinan *premature*
- 5) Jumlah anak yang hidup
- 6) Jumlah keguguran

- 7) Jumlah oborsi
- 8) Perdarahan pada kehamilan, persalinan dan nifas terdahulu
- 9) Adanya hipertensi dalam kehamilan pada kehamilan terdahulu
- 10) Berat bayi < 2500 gr atau berat bayi >4000 gr
- 11) Adanya masalah-masalah selama kehamilan, persalinan, nifas terdahulu

c. Riwayat penyakit

- 1) Jantung
- 2) Hipertensi
- 3) DM
- 4) TBC
- 5) Pernah operasi
- 6) Alergi obat atau makanan
- 7) Ginjal
- 8) Asma
- 9) *Epilepsy*
- 10) Penyakit hati

d. Riwayat sosial ekonomi

- 1) Status perkawinan
- 2) Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan
- 3) Jumlah keluarga di rumah yang membantu
- 4) Siapa pembuat keputusan dalam keluarga
- 5) Kebiasaan makan dan minum
- 6) Kebiasaan merokok, menggunakan obat-obat dan alcohol
- 7) Kehidupan seksual
- 8) Pekerjaan dan aktivitas sehari-hari
- 9) Pilihan tempat untuk melahirkan
- 10) Pendidikan

11) Penghasilan

2.2.10.2 Pemeriksaan Fisik ANC pertama

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada ANC pertama

a. Pemeriksaan fisik umum

- 1) Tanda-tanda vital ibu (tekanan darah, nadi, suhu, respirasi)
- 2) BB/TB
- 3) Muka (*odema*, pucat)
- 4) Mulut dan gigi (kebersihan, *karies*, *tonsil*)
- 5) *Tiroid* atau gondok
- 6) Tulang belakang atau punggung
- 7) Payudara (puting susu, tumor, pembesaran)
- 8) *Abdomen* (bekas operasi)
- 9) Ekstremitas (*odema*, varises, refleks patella)
- 10) Kulit (kebersihan/penyakit kulit)

b. Pemeriksaan luar

- 1) Pemeriksaan panggul (hanya pada kunjungan pertama)
- 2) Mengukur TFU
- 3) Palpasi untuk menentukan letak janin (atau lebih 28 minggu)
- 4) Auskultasi DJJ
- 5) Gerakan janin

c. Pemeriksaan dalam

- 1) Pemeriksaan *vulva*
 - a) Varises
 - b) Kondiloma
 - c) *Edema*
 - d) Hemoroid
 - e) *Perineum*

d. Pemeriksaan laboratorium

- 1) Darah
 - a) HB
 - b) Golongan darah
 - c) PP test
- 2) Urin
 - a) Warna, bau, kejernihan
 - b) *Protein*
 - c) *Glukosa*

2.3 Hipertensi Dalam Kehamilan

2.3.1 Pengertian hipertensi dalam kehamilan

Penyakit hipertensi dalam kehamilan merupakan kelainan vaskuler yang terjadi sebelum kehamilan atau timbul dalam kehamilan atau pada masa nifas (Sastrawinata *et.al.*, 2005).

2.3.2 Klasifikasi

Menurut Manuaba (2007) termologi “hipertensi dalam kehamilan” mempunyai jangkuan lebih luas, meliputi 5 bentuk komplikasi kehamilan sebagai berikut

2.3.2.1 Hipertensi *gastisional* (*transien hipertensi trasien*)

2.3.2.2 *Preeklampsi*

2.3.2.3 *Eklampsia*

2.3.2.4 *Preeklampsia superimpose pada hipertensi menahun*

2.3.2.5 Hipertensi menahun

2.3.3 Gangguan Hipertensi dalam kehamilan

Tabel 2.4 Gangguan hipertensi pada kehamilan

Gambaran klinik	Hipertensi menahun	Gastisional hipertensi	Preeklampsia
Waktu kejadian hipertensi	Kurang 20 mg kehamilan	Trimester ketiga	Diatas 20 mg kehamilan
Derajat hipertensi	Sedang sampai berat	Sedang	Sedang sampai berat
<i>Proteinuria</i>	Tidak ada	Tidak ada	Umumnya tidak dijumpai
<i>Serum asam urater</i> (>5,5 mg/dl)	Jarang	Tidak ada	Ada pada semua kasus
Hemakonsentrasi	Tidak dijumpai	Tidak dijumpai	Ada pada kasus berat

<i>Trombositopenia</i>	Tidak dijumpai	Tidak dijumpai	Ada pada kasus berat
Gangguan <i>liver</i>	Tidak dijumpai	Tidak dijumpai	Selalu ada pada kasus berat

(Manuaba, 2007).

2.3.4 Sebab terjadinya hipertensi dalam kehamilan

Menurut Manuaba (2007) beberapa landasan teori yang dikemukakan sebagai berikut.

2.3.4.1 Teori genetik

Berdasarkan teori ini, komplikasi hipertensi pada kehamilan dapat diturunkan pada anak perempuannya sehingga sering terjadi hipertensi sebagai komplikasi kehamilannya, saat heriditernya adalah resesif sehingga tidak atau jarang terjadi pada menantunya.

2.3.4.2 Teori immunologis

Hasil konsepsi merupakan allegraf atau benda asing tidak murni karena sebagaian genetiknya bersal dari sel maternal, sehingga sebagian besar kehamilan berhasil dengan baik sampai aterm dan mencapai *well health mother dan well born baby*. Unsur benda asing hanya bersal dari pihak suami sehingga terdapat beberapa kemungkinan terhadap hasil konsepsi :

a. Terjadinya adaptasi sempurna

- 1) Janin bukan benda asing murni sehingga dapat diterima dalam bnetuk kehamilan sempurna
- 2) Uterus tidak dipegaruhi oleh sistem imunilogi umum sehingga bersifat autonom dalam pengaturan immun logisnya
- 3) Terjadi modifikasi respons imunologi loka uterus sehingga janin dapat tumbuh kembang dengan sempurna

- b. Terjadinya penolakan total terhadap konsepsi
 - 1) Terjadi *abortus* berulang/habitualis dengan sebab yang sulit diterangkan dengan baik
 - 2) Mungkin perlu pertimbangan terdapat “*antifasfolifid*” sebagai bentuk penolakan hasil konsepsi tersebut.
- c. Proses pembentukan dan invasi sel trofoblas
 - 1) *Sel trofoblas bermigrasi* menuju arteria spiralis dalam bentuk sel interstitialis dan sel endothelial sampai terjadi pembentukan plasenta lengkap
 - 2) Sekitar 100-150, arteria spiralis mengalami invasi sel trofoblas sehingga terjadi beberapa perubahan sebagai berikut.
 - a) *Resisten arteri spiralis* menurun
 - b) *Lumen* pembuluh darahnya menjadi lebih lebat
 - c) Tahanan pembuluh darah semakin rendah sehingga aliran darah menuju plasenta bad semakin besar seiring dengan pertumbuhan kembangnya janin dalam uterus
 - d) Aliran darah yang dapat dari dasar desidua menjadi besar dengan tekanan tinggi sehingga dapat membasahi semua permukaan maternal plasenta
 - e) Sistem retroplasental sirkulasi sangat menggunakan pertukaran dan fungsi plasenta seluruhnya

- 3) Pada kasus hipertensi dalam kehamilan terdapat kegagalan invasi *migrasi sel trofoblas* masuk ke dalam arteri miometrium. Seharusnya, migrasi invasi sel masuk jauh dari *arteria miometrium* sehingga terjadi:
- a) Dinding pembuluh darahnya diganti oleh *trofoblas* sehingga lumennya semakin lebar
 - b) Sel otot pembuluh darah akan diganti oleh trofoblas sehingga sangat sedikit pembuluh darah yang akan dipengaruhi oleh hormon yang mengendalikan *vasokonstriksi vasodilatasi arterior* otot uterus.
 - c) Sel trofoblas yang masuk sampai jauh pada arterioli otot uterus akan menyebabkan pembuluh darah terbuka dengan lumen yang relatif lebar
 - d) Dampak lebarnya dan tetap terbukanya pembuluh darah akan dapat menjamin sirkulasi retroplasenter tetap terpelihara
 - e) Perlu diketahui bahwa volume retroplasenter menjelang aterm sekitar 250 cc, sedangkan peredaran darahnya berlangsung 600cc/menit

- f) Karena kegagalan invasi-migrasi sel trofoblas masuk jauh ke dalam pembuluh darah arterioli yang berada dalam miometrium. Hal ini dapat menyebabkan arteriologi tidak dipengaruhi oleh sistem hormon plasenta untuk dapat mendukung tumbuh kembang janin dalam rahim kemungkinan terjadi :
- 1) Kegagalan hanya dalam nutrisi yang menimbulkan *intra uterine growth retardation* (IUGR)
 - 2) Bila terjadi *iskemia regio uteroplaster*, dapat menimbulkan hipertensi dalam kehamilan. Besar ringannya komplikasi IUGR dan Hipertensi dalam kehamilan tergantung pada jumlah dan kualitas lumen arteriolo dalam miometrium yang gagal mengalami proses invasi oleh sel trofoblas.

2.3.5 Gastisional (Hipertensi Sementara)

Hipertensi gastisional ditegakkan pada wanita yang tekanan darahnya mencapai 140/90 mmHg atau lebih untuk pertama kalinya selama kehamilan, tetapi belum mengalami proteinurina. Hipertensi gastisional disebut hipertensi sementara jika tidak terjadi *preeklamsi* dan tekanan darah kembali normal dalam 12 minggu pascapartum. Menurut Leveno *et al* (2009) klasifikasi gangguan hipertensi yang menjadi penyulit kehamilan seperti :

- 2.2.14.1 TD \geq 140/90 mm Hg untuk pertama kali selama kehamilan
- 2.2.14.2 Tidak ada proteinuria
- 2.2.14.3 TD kembali normal <12 minggu pascapartum
- 2.2.14.4 Diagnosis akhir ditegakkan hanya setelah melahirkan.

2.3.6 Penatalaksanaan selama kehamilan

Tujuan penanganan pada wanita yang kehamilannya berpenyakit hipertensi kronis adalah memperkecil atau mencegah semua gangguan hasil akhir ibu atau perinatal. Secara umum, penatalaksanaan ditunjukkan untuk mencegah hipertensi sedang atau berat serta mencegah timbulnya preeklampsia. Modifikasi perilaku yang dianjurkan adalah konsultasi gizi dan pengurangan merokok, alkohol, kokain, atau penyalahgunaan zat lainnya. Dengan filosofi yang memulai pengobatan antihipertensi pada wanita dengan tekanan distolik 100 mm Hg atau lebih (Leveno *et al* 2009).

2.4 Asuhan Persalinan

2.4.1 Pengertian persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan/kekuatan sendiri (Lailiyana *et al.*, 2012).

2.4.2 Pengertian asuhan persalinan

Asuhan persalinan normal merupakan asuhan yang bersih dan amanselama persalinan dan setelah bayi lahir,serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pascapersalinan, *hipotermia*, dan *asfiksia* bayi baru lahir (Rohani, 2011).

2.4.3 Tujuan asuhan persalinan normal

Menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui upaya yang terintegrasi dan lengkap tetapi dengan intervensi seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan (optimal) (JNPK-KR)(2014).

2.4.4 Lima benang merah dalam asuhan persalinan dan kelahiran bayi

2.4.4.1. Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang

diperlukan oleh pasien. Keputusan itu harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan.

Tujuh langkah dalam membuat keputusan klinik (JNPK-KR.2014).

a. Pengumpulan data

Pengumpulan data dapat dilakukan dengan cara :

- 1) Anamnesis dan observasi langsung: berbicara dengan ibu, mengajukan pertanyaan-pertanyaan mengenai kondisi dan mencatat riwayat kesehatan ibu terkait dengan keluhan sakit, rasa tidak nyaman, lemah, limbung, gangguan kesadaran, sesak ataupun rasa nyaman.
- 2) Pemeriksaan fisik : inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi.
- 3) Pemeriksaan penunjang: pemeriksaan laboratorium, USG, rontgen, dsb.
- 4) Catatan medik.

b. Interpretasi data untuk mendukung diagnosis atau identifikasi masalah

Membuat diagnosa dan identifikasi masalah, diperlukan

- 1) Data yang lengkap dan akurat
- 2) Kemampuan untuk menginterpretasi/analisis data
- 3) Pengetahuan esensia, intuisi dan pengalaman yang relevan dengan masalah yang ada atau dihadapi

c. Menetapkan diagnosis kerja atau merumuskan masalah

d. Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk menghadapi masalah

e. Menyusun rencana asuhan atau intervensi

f. Melaksanakan asuhan

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pilihan

- 1) Bukti-bukti ilmiah
- 2) Rasa percaya ibu terhadap penolong persalinan
- 3) Pengalaman saudara atau kerabat untuk kasus yang serupa
- 4) Tempat dan kelengkapan fasilitas kesehatan
- 5) Biaya yang diperlukan
- 6) Akses ketempat rujukan
- 7) Luaran dari sistem dan sumber daya yang ada

g. Memantau dan mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi.

2.4.4.2. Asuhan sayang ibu

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang efektif, aman, nyaman, dan dapat diterima oleh ibu bersalin maupun keluarganya. Prinsip umum asuhan sayang ibu yang harus diikuti bidan adalah:

- a. Merawat ibu dengan penuh hormat
- b. Mendengarkan dengan penuh perhatian apa yang dikatakan ibu, hormati pengetahuan dan pemahaman mengenai tubuhnya. Ingat bahwa mendengar sama pentingnya dengan memberikan nasehat
- c. Menghargai hak-hak ibu dan memberikan asuhan yang bermutu serta sopan
- d. Memberikan asuhan dengan memerhatikan privasi
- e. Selalu menjelaskan apa yang akan dikerjakan sebelum bidan melakukannya serta meminta izin terlebih dahulu
- f. Selalu mendiskusikan rencana dan pilihan yang sesuai dan tersedia bersama ibu
- g. Mengizinkan ibu untuk memilih siapa yang akan menemaninya selama persalinan dan kelahiran

- h. Menghindari penggunaan tindakan medis yang tidak perlu (*episiotomi*, pencukuran, dan *enema*).
- i. Memfasilitasi *bounding attachment*.

2.4.4.3. Pencegahan infeksi

Dalam memberikan asuhan yang bermutu tinggi, bidan harus melindungi pasien, diri sendiri, dan rekan kerjanya dari infeksi. Cara praktis, efektif, dan ekonomis dalam melakukan pencegahan infeksi meliputi mencuci tangan, menggunakan sarung tangan, menggunakan pelindung, serta pengelolaan dan pembuangan sampah yang aman harus betul-betul diikuti oleh bidan selama penatalaksanaan asuhan kebidanan (Lailiyana *et al.*, .2012).

2.4.4.4. Pencatatan (dokumentasi)

Aspek-aspek penting dalam pencatatan termasuk

- a. Tanggal dan waktu asuhan tersebut diberikan
- b. Identifikasi penolong persalinan
- c. Paraf atau tanda tangan (dari penolong persalinan) pada semua catatan.
- d. Mencakup informasi yang berkaitan secara secara tepat, dicatat dengan jelas, dan dapat dibaca
- e. Suatu sistem untuk memelihara catatan pasien sehingga selalu siap tersedia
- f. Kerahasiaan dokumen-dokumen medis (JNPK-KR)(2014).

2.4.4.5. Rujukan

Rujukan pada institusi yang tepat dan tepat waktu, untuk mendapat asuhan yang dibutuhkan akan menyelamatkan nyawa ibu. Walaupun kebanyakan ibu akan mengalami persalinan normal, namun sekitar 5-10 % akan mengalami komplikasi. Sangat penting bagi bidan untuk mengenali masalah dan menentukan penanganan masalah tersebut serta

merujuk ibu untuk mendapatkan pertolongan tepat waktu. Ketika membuat rujukan bidan harus ingat siapa, kapan, ke mana, dan bagaimana merujuk agar ibu dan bayi tetap selamat (Lailiyana *et al.*, .2012).

Singkatan BAKSOKU dapat digunakan untuk meningkatkan hal-hal penting dalam persiapan rujukan untuk ibu dan bayi.

a. Bidan

Pastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk menatalaksana gawatdarurat *obstetri* dan bayi baru lahir untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

b. Alat

Bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan masa nifas dan bayi baru lahir (tabung, suntik, selang IV, alat *resusitasi* dll) bersama ibu ke tempat rujukan.

c. Keluarga

Beritahu ibu dan keluarga kondisi terakhir ibu dan bayi, mengapa ibu dan bayi perlu dirujuk jelaskan pada mereka alasan dan tujuan merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut. Suami atau keluarga yang lain harus menemani ibu dan bayi baru lahir sehingga ke fasilitas rujukan.

d. Surat

Berikan surat rujukan.

e. Obat

Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan.

f. Kendaraan

Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman.

g. Uang

Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan bayi lahir tinggal di fasilitas rujukan (JNPK-KR)(2014).

2.4.5 Tanda-tanda persalinan

Tanda persalinan meliputi terjadi *lightening*, his permulaan, terjadi his persalinan, pengeluaran lendir dan darah, dan pengeluaran cairan ketuban (Lailiyana, *et al.*, 2012).

Menurut Lailiyana *et al.* (2012) Tanda-tanda persalinan

2.4.5.1 *Lightening*

Masuknya kepala bayi ke pintu atas panggul dirasakan ibu hamil sebagai terasa ringan di bagian atas, rasa sesaknya berkurang, dibagian bawah terasa sesak, terjadi kesulitan saat berjalan dan sering miksi.

Gambaran *lightening* pada *primigavida* menunjukkan hubungan antara *power*, *pasaage* dan *passenger*. pada *multipara* gambarannya tidak jelas, karena kepala janin baru masuk pintu atas panggul menjelang persalinan.

2.4.5.2 His permulaan

Pada saat hamil muda sering terjadi kontraksi *broxton hicks*. Kontraksi ini dapat dianggap sebagai keluhan, karena dirasakan sakit dan mengganggu. Kontraksi ini terjadi karena perubahan keseimbangan *estrogen*, *progesteron*, dan memberikan kesempatan rangsangan *oksitosin*. Seiring usia kehamilan, pengeluaran *estrogen* dan *progesteron* makin berkurang sehingga *oksitosin* dapat memicu kontraksi yang lebih sering, sebagai his palsu.

2.4.5.3 His persalinan

Sifat his persalinan meliputi :

- a. Pinggang terasa sakit menjalar ke depan
- b. Sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar
- c. Mempunyai pengaruh terhadap perubahan servis
- d. Makin beraktivitas, kekuatan makin bertambah

2.4.5.4 Pengeluaran lendir dan darah

Terjadinya his persalinan mengakibatkan perubahan pada *servik* yang menyebabkan pendataran dan pembukaan, pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas, dan terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

2.4.5.5 Pengeluaran cairan ketuban

Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam 24 jam

2.4.6 Tanda bahaya persalinan

Tanda bahaya persalinan menurut Kemenkes RI (2016) ada beberapa waktu bahaya yang bisa terjadi pada ibu bersalin yaitu :

- 2.4.6.1 Perdarahan lewat jalan lahir
- 2.4.6.2 Ibu mengalami kejang
- 2.4.6.3 Ibu tidak kuat mengedan
- 2.4.6.4 Ibu gelisah atau mengalami kesakitan yang hebat
- 2.4.6.5 Pecah ketuban berbau dan keruh

2.4.7 Partograf

Partograf adalah suatu grafik yang menggambarkan kemajuan persalinan kala I fase aktif dengan merekam kemajuan pembukaan

serviks, penurunan bagian terendah janin, keadaan his, kondisi ibu dan janin.

Tujuan utama penggunaan :

2.4.7.1 Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinana dengan menilai pembukaan serviks pemeriksaan dalam (Lailiyana *et al.*, 2012).

2.4.7.2 Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal dan dengan demikian dapat melakukan deteksi dini kemungkinan terjadinya partus lama (Lailiyana *et al.*, 2012).

2.4.7.3 Informasi tentang ibu

Lengkapi bagian awal (atas) *partograf* secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan waktu kedatangan (tertulis sebagai : jam atau pukul pada *partograf*) dan perhatikan kemungkinan ibu datang pada *fase laten*. Catat waktu pecahnya selaput ketuban (JNPK-KR)(2014).

2.4.7.4 Kondisi janin

a. Denyut jantung janin

Bidan menilai frekuensi denyut jantung janin (DJJ) menggunakan stetoskop atau doppler, di dengar setelah fase terkuat his lewat, di hitung selama 1 menit setiap 30 menit (Lailiyana *et al.*, 2012).

b. Menurut JNPK-KR (2014) warna dan adanya air ketuban

1) U : selaput ketuban masih utuh (belum pecah).

2) J : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

3) M : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium

4) D : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah

- 5) K : selaput ketuban sudah pecah tapi air ketuban tidak mengalir lagi”kering”.

c. Penyusupan

Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam nilai penyusupan antar tulang (*molase*) kepala janin. Menurut lailiyani *et al.*, (2012) gunakan lambang-lambang berikut

- 1) 0 : tulang-tulang kepala terpisah dan sutura mudah diraba (tidak moulase)
- 2) 1 : tulang-tulang kepala saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan.
- 3) 2 : tulang-tulang kepala saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan
- 4) 3 : tulang-tulang kepala saling tumpang tindih berat, tidak dapat dipisahkan.

2.4.7.5 Menurut JNPK- KR (2014) kondisi ibu

a. Nadi, tekanan darah dan suhu tubuh

- 1) Nilai dan catat nadi ibu setiap 30 menit selama *fase aktif*, persalinan (lebih sering jika diduga adanya penyulit) beritanda titik (●) pada kolom waktu sesuai
- 2) Nilai dan catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama *fase aktif* persalinan lebih sering jika diduga adanya penyulit. Beri tandapanah pada partograf pada kolom waktu yang sesuai: ↑
- 3) Nilai dan catat temperatur tubuh ibu lebih (sering jika terjadi peningkatan mendadak atau diduga ada infeksi) setiap 2 jam dan catat temperatur tubuh pada kotak yang sesuai.

b. Volume urin, protein dan aseton

Ukur dan catat jumlah produksi urin ibu sedikitnya setiap 2 jam (setiap kali ibu berkemih) jika memungkinkan, setiap kali ibu berkemih, lakukan pemeriksaan *aseton* dan *proteinuria*.

2.4.7.6 Menurut Lailiyana *et al.* (2012) Kemajuan persalinan

a. Pembukaan *serviks*

Bidan menilai pembukaan *serviks* dengan melakukan pemeriksaan dalam. Pengecekan dalam dilakukan 4 jam sekali (indikasi waktu). Pemeriksaan dalam dibawah 4 jam dilakukan atas indikasi. Bidan harus memeriksa adanya tanda dan gejala kala II, ketuban pecah sendiri, atau gawat janin. Penulisan pembukaan *serviks* dipartograf dengan tanda (x).

b. Penurunan bagian terbawah janin

Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam (setiap 4 jam), atau lebih sering (ditemukan tanda-tanda penyulit). Cantumkan hasil pemeriksaan penurunan kepala (perlimaan) yang menunjukkan seberapa jauh bagian terbawah janin telah masuki rongga panggul. Pada persalinan normal, kemajuan pembukaan *serviks* selalu diikuti dengan turunnya bagian terbawah janin. Tuliskan "penurunan kepala" dan garis tidak terputus dari 0-5, tertara disisi yang sama dengan angka pembukaan *serviks*. Berikan tanda "O" yang ditulis pada garis waktu sesuai (JNPK-KR)(2014).

c. Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan *serviks* 4 cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan adalah 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus

dimulai dari garis waspada jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada maka harus dipertimbangkan adanya penyulit. Jika pembukaan serviks telah melampaui dan berada di sebelah kanan garis bertindak maka hal ini menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan. Sebaiknya, ibu harus sudah berada ditempat rujukan sebelum garis bertindak terlampaui (JNPK-KR)(2014).

d. Jam dan waktu

Dibawah bagian partograf (pembukaan serviks dan penurunan) tertara kotak-kotak yang diberi angka 1-12 setiap kotak menyatakan satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan (JNPK-KR)(2014).

e. Kontaksi uterus

Menurut JNPK-KR (2014) di bawah lajur waktu partograf terdapat lima kotak dengan penulisan “kontraksi per 10 menit sebelah luar kolom paling kiri.setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi per 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik. Nyatakan lamanya kontraksi dengan :

- 1) Beri titik-titik di kotak yang sesuai untuk meyakinkan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik
- 2) Beri garis-garis di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik
- 3) Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik.

f. Obat-obatan dan cairan yang diberikan (JNPK-KR)(2014).

2.4.8 Asuhan persalinan fisiologis

Menurut JNPK-KR (2012) 60 langkah tahapan asuhan persalinan yaitu :

2.4.8.1 Mendengar dan melihat tanda gejala kala dua persalinan

- a. Ibu merasa ada dorongan yang kuat dan meneran
- b. Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada *rektum* dan *vagina*
- c. *Perineum* tampak menonjol
- d. *Vagina* dan *sfincter ani* membuka

2.4.8.2 Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinana dan menatalaksana komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir.

- a. Untuk asuhan bayi baru lahir yaitu :
 - 1) Tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat
 - 2) 3 handuk atau kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi)
 - 3) Alat penghisap lendir
 - 4) Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi
- b. Untuk ibu
 - 1) Mengelar kain di perut bawah ibu
 - 2) Menyiapkan oksitosin 10 unit
 - 3) Alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set.

2.4.8.3 Pakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan

2.4.8.4 Melepaskan dan menyimpan semua perhisasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering

2.4.8.5 Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam

- 2.4.8.6 Memasukkan *oksitosin* ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau stereril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)
- 2.4.8.7 Membersihkan *vulva* dan *perineum*, menyekanya dengan hati-hati dari anterior (depan) ke posterior (belakang) menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT
- Jika *introitus vagina, perineum* atau *anus* terkontaminasi *tinja*, bersihkan seksama dari depan ke belakang
 - Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia
 - Jika terkontaminasi lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut dalam larutan klorin 0,5 %
- 2.4.8.8 Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap
- 2.4.8.9 Dekontaminasi sarung tangan (celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan dalam larutan klorin 0,5 % lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendam dalam klorin 0,5 % selama 10 menit). Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan
- 2.4.8.10 Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus mereda (relaksasi) untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal (120-160 x/menit)
- Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
 - Mendokumentasikan hasil-hasil periksa dalam DJJ, semua temuan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan ke dalam partograf

2.4.8.11 Memberitahukan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik kemudian bantu ibu menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

- a. Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin dan dokumentasikan semua temuan yang ada
- b. Jelaskan kepada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar

2.4.8.12 Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman)

2.4.8.13 Laksanakan bimbingan meneran saat ibu merasa ada dorongan kuat atau timbul kontraksi yang kuat

- a. Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif
- b. Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai
- c. Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring telentang dalam waktu lama)
- d. Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi
- e. Anjurkan keluarga untuk memberi dukungan dan semangat ibu
- f. Berikan cukup asuhan cairan per-oral (minum)
- g. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai
- h. Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran ≥ 60 menit (1jam) pada multigravida

- 2.4.8.14 Anjurkan ibu untuk berjalan, jongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit
- 2.4.8.15 Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
- 2.4.8.16 Letakkan kain bersih 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu
- 2.4.8.17 Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan
- 2.4.8.18 Pakai sarung tangan DTT/ steril pada kedua tangan
- 2.4.8.19 Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran secara efektif atau bernafas cepat dan dangkal
- 2.4.8.20 Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi), segera lanjutkan proses kelahiran bayi. Perhatikan :
- a. Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi
 - b. Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat di antara 2 klem tersebut
- 2.4.8.21 Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan
- 2.4.8.22 Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparetal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang

- 2.4.8.23 Setelah kedua bahu lahir, geser tangan untuk menompang kepala dan bahu. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas
- 2.4.8.24 Setelah tubuh dan lengan lahir, penulusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kedua kaki dan pegang kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk
- 2.4.8.25 Lakukan penilaian (selintas)
- Apakah bayi cukup bulan
 - Apakah bayi menangis kuat dan bernafas tanpa kesulitan
 - Apakah bayi bergerak dengan aktif
- Bila salah satu jawaban “TIDAK” lanjutkan ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfeksia.
- 2.4.8.26 Keringkan tubuh bayi
- Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/ kain yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu.
- 2.4.8.27 Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi barulahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gamelli)
- 2.4.8.28 Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik
- 2.4.8.29 Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit (IM) di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum penyuntikan)
- 2.4.8.30 Setelah 2 menit sejak bayi lahir, pegang tali pusat dengan 1 tangan pada sekitar 5 cm dari pusat bayi, kemudian jari

telunjuk dan jari tengah tangan lain menjepit tali pusat dan geser 3 cm proksimal dari pusat bayi. Klem tali pusat pada titik tersebut kemudian tahan klem ini pada posisinya, gunakan jari telunjuk dan tangan tengah lain untuk mendorong isi tali pusat ke arah ibu (sekitar 5 cm) dan klem tali pusat sekitar 2 cm distal dari klem pertama

2.4.8.31 Pemotongan dan pengikatan tali pusat

2.4.8.32 Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu dan bayi

- a. Selimuti ibu dan bayi, pasang topi bayi
- b. Biarkan melakukan kontak kulit ke kulit paling sedikit 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu

2.4.8.33 Pindahkan klem tali pusat hingga berjarah 5-10 cm dari *vulva*

2.4.8.34 Letakkan satu tangan di atas kain pada perut bawah ibu (di atas *simpisis*) untuk mendeteksi kontraksi dan tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat

2.4.8.35 Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke belakang atas (*dorso kranial*) secara hati-hati (untuk mencegah *inversio uteri*). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat tunggu hingga uterus berkontraksi. Jika uterus tidak segera berkontraksi minta ibu, suami atau keluarga melakukan stimulasi puting susu.

2.4.8.36 Bila pada penekanan bagian bawah dinding depan uterus ke arah *dorsol* ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah *distal* maka lanjutkan dorongan ke arah kranial sehingga *plasenta* dapat dilahirkan

- a. Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya ditegangkan sesuai dengan sumbu jalan lahir (ke arah bawah – sejajar lantai – atas)

- b. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta
- c. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat :
 - 1) Beri dosis ulang *oksitosin* 10 unit IM
 - 2) Lakukan kateterisasi (*teknik aseptik*) jika kandung kemih penuh
 - 3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
 - 4) Ulangi tekanan dorso kranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya
 - 5) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau terjadi perdarahan, lakukan plasenta manual

2.4.8.37 Saat plasenta muncul di *introitus vagina*, lahirkan *plasenta* dengan kedua tangan. Pegang dan putar *plasenta* hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta dalam wadah yang sudah disediakan

- a. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem ovum DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal

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

- a. Lakukan tindakan (KBI, *kompresi aorta abdominalis*, *tampon kondom kateter*) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil

2.4.8.39 Periksa kedua sisi plasenta (*maternal-fetal*), pastikan plasenta lahir lengkap, masukkan plasenta pada kantung plastik/tempat khusus

- 2.4.8.40 Evaluasi kemungkinan leseraso pada vagina dan perineum.
Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi dan menimbulkan perdarahan. (bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif lakukan penjahitan)
- 2.4.8.41 Pastikan uterus berkontraksi dengan baik serta kandung kemih 1 kosong
- 2.4.8.42 Celupkan tangan yangmasih memakai sarung tangan ke dalam 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. Cucitangan dengan sabun dan air mengalir, keringkan tangan. Memakai sarung tangan DTT atau steril
- 2.4.8.43 Pastikan uterus berkontraksi dengan baik serta kandungan kemih kosong
- 2.4.8.44 Ajarkan ibu atau keluarga cara *masase uterus* dan menilai kontraksi
- 2.4.8.45 Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
- 2.4.8.46 Periksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik
- 2.4.8.47 Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit)
- a. Jika bayi sulit bernafas, merintih, retraksi lakukan resusitasi dan rujuk ke rumah sakit
 - b. Jika bayi bernafas terlalu cepat atau sesak nafas, segera rujuk ke RS rujukan
 - c. Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkanbayi dalam satu selimut
- 2.4.8.48 Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Kemudian cuci dan bilas

- 2.4.8.49 Buang bahan-bahan yang berkontaminasi ke tempat sampah sesuai
- 2.4.8.50 Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh ibu dengan air. Bersihkan cairan *ketuban*, lendir paparan darah di ranjang atau sekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
- 2.4.8.51 Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberikan ibu makanan dan minuman yang diinginkan
- 2.4.8.52 Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
- 2.4.8.53 Mencelupkan dan lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin. 0,5% selama 10 menit
- 2.4.8.54 Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir keringkan
- 2.4.8.55 Pakai sarung tangan bersih atau DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi
- 2.4.8.56 Dalam 1 jam pertama beri sale atau tetes mata *profilaksis*, Vit K 1 mg Im di paha kiri bawah *lateral*, lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pernafasan bayi (normal 40-60 x/menit) dan temperatur tubuh (normal 36,5-37,5°C) setiap 15 menit
- 2.4.8.57 Setelah 1jam pemberian vitamin K, berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan bawah *lateral*, letakkan bayi di dekat jangkauan ibu agar bayi dapat sewaktu-waktu disusukan
- 2.4.8.58 Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
- 2.4.8.59 Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir, keringkan
- 2.4.8.60 Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

2.5 Asuhan Bayi Baru Lahir

2.5.1 Pengertian asuhan bayi baru lahir

Bayi baru lahir merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan-kehidupan inrauterin ke kehidupan ekstrauterin (Dewi.2011)

2.5.2 Tujuan asuhan bayi baru lahir

Tujuan asuhan bayi baru lahir menurut Vivian (2010) yaitu :

2.3.6.1 Mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi

2.3.6.2 Menghindari resiko terbesar kematian BBL, terjadi pada 24 jam pertama kehidupan

2.5.3 Ciri-ciri bayi baru lahir normal

Menurut Saputra (2014) ciri-ciri umum bayi baru lahir normal adalah sebagai berikut

2.4.3.1 Berat badan : 2500 – 4000 gram

2.4.3.2 Panjang badan : 48 – 52 cm

2.4.3.3 Lingkar kepala : 33 – 35 cm

2.4.3.4 Lingkar dada : 30 – 38 cm

2.4.3.5 Masa kehamilan :37 – 42 minggu

2.4.3.6 Denyut jantung : pada menit-menit pertama 180 x/ menit, kemudian menjadi 120 kali/menit

2.4.3.7 Respirasi : pada menit pertama cepat yaitu : 80 x/ menit, kemudian turun menjadi 40x/ menit

2.4.3.8 Kulit : berwarna kemerahan dan licin kerana jaringan *subkutan* cukup terbentuk dan diliputi *vernix caseosa*

2.4.3.9 Kuku : agak panjang dan lemas

2.4.3.10 *Genetalia*

a. Perempuan : *labia major* sudah menutupi *labia minor*

b. Laki-laki : *testis* sudah turun

2.4.3.11 Refleks menghisap, menelan, menggenggam sudah baik

2.4.3.12 Eliminasi baik urin dan mekonium keluar dalam 24 jam pertama

2.4.3.13 Suhu : 36.5-37°C.

2.5.4 Pemeriksaan fisik bayi

Menurut Saputra (2014) prosedur pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir antara lain adalah sebagai berikut

2.4.4.1 Menginformasikan prosedur dan meminta persetujuan orangtua

2.4.4.2 Mencuci tangan dan mengeringkannya; jika perlu, gunakan sarung tangan

2.4.4.3 Memastikan penerangan cukup dan hangat untuk bayi

2.4.4.4 Memeriksa secara sistematis *head to toe* (dari kepala hingga jari kaki)

2.4.4.5 Mengidentifikasi warna kulit dan aktivitas bayi

2.4.4.6 Mencatat *miksi* dan *mekonium* bayi

2.4.4.7 Mengukur lingkar kepala (LK), lingkar dada (LD), lingkar perut (LP), lingkar lengan atas (LILA), dan panjang badan (PB), serta menimbang berat badan bayi (BB)

2.4.4.8 Mendiskusikan hasil pemeriksaan kepada orang tua

2.4.4.9 Mendokumentasikan hasil pemeriksaan.

2.5.5 Refleks fisiologis bayi

Tabel 2.5 Refleks pada bayi

Reflek	Cara menimbulkan refleks	Karakteristik respons	Keterangan
<i>Rootin</i> (mencari puting susu)	Sentuh pipi bayi dan ujung mulutnya	Bayi menolehkan kepala ke arah stimulus dan membuka mulutnya	Bayi yang prematur dan mengalami kelainan neurologik tidak memberikan respons. Respons ini sulit ditimbulkan pada bayi sudah

			kenyang. Respons ini menghilang pada usia 3-4 bulan
<i>Sucking</i> (menghisap)	Sentuh langit-langit mulut bayi	Bayi langsung memulai gerakan mengisap	Sebagian besar bayi baru lahir memerlukan waktu beberapa minggu untuk dapat mengisap dengan baik. Refleksi ini menghilang pada usia sekitar 12 bulan
<i>Palmar grasp</i> (menggenggam)	Letakkan jari di telapak tangan bayi	Bayi menggenggam jari dan mencoba untuk menariknya	Bayi 12 bulan dapat menopang keseluruhan berat badan jika diangkat perlahan-lahan. Jika respons lemah atau tidak ada, dapat mengindikasikan kelainan neurologik. Refleksi ini melemah pada usia 1 tahun.
<i>Tonic neck</i> (tonus leher asimetris)	Posisikan bayi dalam keadaan telentang, kemudian miringkan kepala ke salah satu sisi, misalnya kiri.	Bayi akan menghadap ke sisi kiri, lengan dan kaki pada sisi itu akan ekstensi; lengan dan kaki kanan akan berada dalam keadaan fleksi (tampak seperti pose permainan anggar)	Respons pada kaki lebih konsisten. Respons hilang sepenuhnya pada usia 3-4 bulan; respons tidak dapat terlihat hingga usia 3-4 tahun. Jika respons menetap hingga usia 6 minggu, kemungkinan terdapat palsy serebral.
<i>Moro</i>	Posisikan bayi dalam keadaan telentang, kemudian buat hentakan tiba-tiba pada permukaan tempat bayi telentang untuk mengejutkannya.	Abduksi dan ekstensi simetris pada lengan dapat terlihat; jari-jari megar, ibu jari dengan jari telunjuk membentuk huruf C; sedikit tremor mungkin ditemukan; lengan kemudian	Respons ini terlihat sejak lahir; respons sepenuhnya dapat terlihat hingga usia 8 minggu; hentakan tubuh hanya terlihat antara 8 dan 18 minggu. Respons ini menghilang pada usia 6 bulan jika kematangan

		abduksi dengan sedikit fleksi dan telapak tangan mengempal. Kaki dapat menunjukkan pola respons yang serupa.	neurologik tidak tertunda. Respons asimetris mungkin menunjukkan cedera pada pleksus brakial, klavikula atau humerus. Respons persosten setelah 6 bulan mengindikasikan kemungkinan kerusakan pada otak
<i>Stepping/walking</i> (melangkah/berjalan)	Topang bayi dan posisikan dalam keadaan berdiri atas permukaan apapun, telapak kaki ditapakkan pada permukaan tersebut.	Kaki bayi akan menjejek-jejek seperti berjalan dan tubuh condong ke depan	Refleks ini menghilang pada usia 3-4 bulan. Tidak adanya refleks menunjukkan kelainan pada motorik kasar
<i>Babinski</i>	Gores permukaan telapak kaki bayi mulai dari tumit kemudian ke atas epanjang sisi lateral telapak kaki dan menyilang ke media.	Ibu jari dorsifleksi. Sedangkan keempat jari lainnya abduksi ke lateral. Dala arti jari-jari kaki meregang	Jika tidak ada respons, bayi memerlukan pemeriksaan neurologik. Jika menetap lebih dari 12-18 bulan, kemungkinan bayi mengalami kelainan saraf otak. Refleks ini menghilang setelah usia 1 tahun
<i>Swallowing</i> (menelan)	Beri bayi minum	Bayi menelan. Gerakan ini biasanya menyertai refleks menghisap dan membuat bayi dapat minum tanpa tersedak, batuk, atau muntah	Respons yang lemah atau tidak adanya respons dapat menunjukkan prematuritas atau defek neurologik. Menghisap dan menelan seringkali tidak terkoordinasi pada bayi prematur.

(Saputra.2014).

2.5.6 Asuhan pada bayi baru lahir

Menurut Saputra (2014) Penanganan bayi baru lahir mencakup :

2.5.6.1 Menjaga bayi agar tetap hangat

Dengan menyelimuti bayi sesegera mungkin sesudah lahir, lalu, tunda memandikan bayi selama setidaknya 6 jam atau sampai bayi stabil untuk mencegah hipotermia.

2.5.6.2 Membersihkan saluran napas Jalan

Jalan napas segera dibersihkan dengan cara berikut :

- a. Penolong mencuci tangan dan memakai sarung tangan steril
- b. Bayi diletakkan pada posisi telentang ditempat yang tidak terlalu empuk dan hangat. Badan bayi dalam keadaan terbungkus
- c. Posisi kepala bayi diatur lurus sedikit tengadah ke belakang
- d. Pangkal pengisap lendir dibungkus dengan kain kassa steril kemudian dimasukkan ke dalam mulut bayi
- e. Tangan kanan penolong membuka mulut bayi, kemudian jari telunjuk tangan kiri dimasukkan ke dalam mulut bayi sampai epiglotis (untuk menahan lidah bayi). Setelah itu, jari tangan kanan memasukkan pipa
- f. Dengan posisi sejajar dengan jari telunjuk tangan kiri, lendir di isap sebanyak-banyaknya dengan arah memutar
- g. Selang dimasukkan berulang-ulang ke hidung dan mulut untuk dapat menghisap lendir sebanyak-banyaknya
- h. Lendir ditampung di atas bengkok dan ujung pipa dibersihkan dengan kasin kassa
- i. Pengisapan dilakukan sampai bayi menangis dan lendirnya bersih. Setelah itu, telinga dan bagian sekitarnya juga bersihkan

2.5.6.3 Meringkan tubuh bayi

Tubuh bayi dikeringkan dari cairan ketuban dengan menggunakan kain atau handuk yang kering, bersih, dan halus. Meringkan tubuh bayi juga merupakan tindakan stimulasi. Untuk bayi yang sehat, hal ini biasanya cukup untuk merangsang terjadinya pernapasan

2.5.6.4 Memotong dan mengikat tali pusat

Ketika memotong dan mengikat tali pusat, teknik aseptik dan antiseptik harus diperhatikan. Tindakan ini sekaligus dilakukan untuk menilai skor APGAR menit kelima. Cara pemotongan dan pengikatan tali pusat sebagai berikut

- a. Klem, potong, dan ikat tali pusat dua menit pasca bayi lahir
- b. Lakukan penjepitan ke-1 tali pusat dengan klem logam DTT 3 cm dari dinding perut (pangkal pusat) bayi. Dari titik jepitan, tekan tali pusat dengan dua jari kemudian dorong isi tali pusat ke arah ibu (agar darah tidak terpancar pada saat dilakukan pemotongan tali pusat). Lakukan penjepitan dengan jarak 2 cm dari tempat jepitan ke-1 ke arah ibu
- c. Pegang tali pusat di antara klem di antara kedua klem yang lain memotong tali pusat dengan menggunakan gunting DTT atau steril
- d. Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi, kemudian lingkarkan kembali benang tersebut dan ikat dengan simpul kunci pada sisi lainnya
- e. Lepaskan klem penjepit tali pusat dan masukkan ke dalam larutan klorin 0,5%
- f. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk upaya inisiasi menyusui dini

2.5.6.5 Melakukan inisiasi menyusui dini (IMD)

Langkah inisiasi menyusui dini pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut

- a. Lakukan kontak kulit ibu dengan kulit bayi selama paling sedikit satu jam
 - 1) Setelah tali pusat dipotong dan diikat, letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada ibu. Kepala bayi harus berada di antara payudara ibu, tetapi lebih rendah dari puting
 - 2) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi
 - 3) Lakukan kontak kulit bayi ke kulit ibu di dada ibu paling sedikit satu jam. Mintalah ibu untuk memeluk dan membelai bayinya. Jika perlu, letakkan bantal di bawah kepala ibu untuk mempermudah kontak visual antara ibu dan bayi. Hindari membersihkan payudara ibu
 - 4) Selama kontak kulit bayi ibu tersebut, lakukan manajemen aktif kala 3 persalinan
- b. Biarkan bayi mencari menemukan puting ibu dan mulai menyusui
 - 1) Biarkan bayi mencari, menemukan puting dan mulai menyusui
 - 2) Anjurkan ibu dan orang lain untuk tidak menginterupsi menyusui, misalnya memindahkan bayi dari satu payudara ke payudara lain
 - 3) Tunda semua asuhan bayi baru lahir normal lainnya hingga bayi selesai menyusui setidaknya 1 jam atau lebih jika bayi baru menemukan puting setelah 1 jam

- 4) Jika bayi harus dipindahkan dari kamar bersalin sebelum 1 jam, usahakan ibu dan bayi dipindahkan bersama-sama dengan mempertahankan kontak kulit ibu dan bayi
- 5) Jika bayi belum menemukan puting ibu dalam waktu 1 jam posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibudan biarkankontak kulit dengan kulit selama 30-60 menit berikutnya

2.5.6.6 Memberikan identitas diri

Segera setelah IMD, bayi baru lahir di asilitas kesehatan segera mendapatkan tanda pengenal berupa gelang yang dikenakan pada bayi dan ibunya untuk menghindari tersebut tertukarnya bayi. Gelang pengenal tersebut beiris identitas nama ibu dan ayah, tanggal, jam, jam lahir, dan jenis kelamin. Apabila fasilias memungkinkan, dilakukan juga pembuatan cap telapak kaki bayi pada rekam medis kelahiran.

2.5.6.7 Memberikan suntikan vitamin K1

Untuk mencegah terjadinya perdarajam, pada semua bayi baru lahir, terutama bayi berat lahir rendah, diberikan suntukan vitamin K1(Phytomenadione) sebanyak 1 mgdosis tunggal, intramuskular pada anterolateral paha kiri.

2.5.6.8 Memberi salep mata antibiotik pada kedua mata

Salep mata antibiotik diberikan untuk mencegah terjadinya infeksi pada mata. Salep ini sebaiknya diberikan 1 jam setelah lahir

2.5.6.9 Menurut Pediarti (2017) Memberikan imunisasi

a. Imunisasi Hepatitis B (HB0)

Imunisasi hepatitis B pertama (HB-0) diberikan dalam waktu 12 jam setelah lahir dan didahului pemberian suntukan vitamin K₁, minimal 30 menit sebelumnya.

Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi

b. Imunisasi BCG

Pemberian imunisasi BCG di berikan sebelum usia 3 bulan. Apabila diberikan pada usia 3 bulan atau lebih, perlu dilakukan uji coba tuberkulin terlebih dahulu.

2.5.6.10 Melakukan pemeriksaan fisik

Prosedur pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir antara lain adalah sebagai berikut

- a. Menginformasikan prosedur dan meminta persetujuan orang tua
- b. Mencuci tangan dan mengeringkannya; jika perlu, gunakan sarung tangan
- c. Memastikan penerangan cukup dan hangat untuk bayi
- d. Memeriksa secara sistematis head to toe (dari kepala hingga jari kaki)
- e. Mengidentifikasi wara kulit dan aktivitas bayi
- f. Mencatat miksi dan mekonium bayi
- g. Mengukur lingkar perut (LP), lingkar kepala (LK), lingkar dada (LD), lingkar lengan atas (LILA), dan panjang badan (PB), serta menimbang berat badan (BB) bayi
- h. Mendiskusikan hasil pemeriksaan kepada orang tua
- i. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan

2.5.6.11 APGAR SCORE

Apgar score merupakan alat untuk mengkaji kondisi bayi sesaat setelah lahir menjadi 5 variabel (pernafasan, frekuensi jantung, warna, tonus otot, dan iritabilitas refleks). Dilakukan pada 1 menit kelahiran yaitu untuk memberi kesempatan bayi untuk memulai perubahan :

- a. Menit ke 5
- b. Menit ke 10 (Puspita.2014).

Tabel 2.6 APGAR SCORE

Parameter	0	1	2
A Appearence (warna kulit)	Pucat	Badan merah muda, eksremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan-merahan
P Pulse (denyut jantung)	Tidak ada	Kurang dari 100	Lebih dari 100
G <i>Grimace</i> (reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakan mikik (<i>grimace</i>)	Batuk/bersin
A Activity (<i>Muscle tone</i>) tonus otot	Lumpuh	Sedikit fleksi pada ekstremitas	Gerakan aktif
R <i>Respiration</i> (<i>respiratory effort</i>) usaha bernafas	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Tangisan yang baik

Saputra (2014).

2.6 Bayi Baru Lahir Dengan BBLR

2.6.1 Definisi

Bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) adalah bila berat badannya kurang dari 2500 gram. Sebelum tahun 1961, berdasarkan berat badan saja, dianggap bayi prematur atau berdasarkan umur kehamilan, yaitu kurang dari 37 minggu. Ternyata tidak semua bayi dengan berat badan lahir rendah, bermasalah sebagai prematur, tetapi terdapat beberapa kriteria sebagai berikut

2.6.1.1 Berat badan lahir rendah, sesuai dengan umur kehamilan, menurut perhitungan hari pertama haid terakhir

2.6.1.2 Bayi dengan ukuran kecil masa kehamilan (KMK), artinya bayi yang berat badannya kurang dari persentil ke – 10 dari berat sesungguhnya yang harus dicapai, menurut umur kehamilannya.

2.6.1.3 Atau berat badan lahir rendah ini disebabkan oleh kombinasi ke-2nya artinya :

- a. Umur kehamilannya belum waktunya untuk lahir
- b. Tumbuh kembang intrauteri, mengalami gangguan sehingga terjadi kecil untuk masa kehamilannya.

2.6.1.4 Tumbuh kembang janin *intrauteri*

Dalam pembahasan tentang hipertensi dalam kehamilan telah dikemukakan bahwa pada trimester kedua terdapat kelanjutan *migrasi intensitial* dan *endotelium trophoblas* masuk jauh ke dalam *arterioli miometrium* sehingga aliran menjadi tanpa hambatan menuju *retroplasenter* sirkulasi dengan tetap . aliran darah yang terjamin sangat penting artinya untuk tumbuh kembangjanindengan baik dalam uterus. Dikemukakan bahwa jumlah *arteria-artelioli* yang *didestruksi* oleh sel *trophoblas* sekitar 100-150 pada daerah seluas *plasenta* sehingga cukup menjamin aliran darah tanpa gangguan dari lumen dan *arteri spiralis* terbuka.

Gangguan terhadap jalannya *destruksi* sel *trophoblas* kedalam *arteri spiralis* dan *arteriolinya* dapat menimbulkan keadaan, yang bersumber dari gangguan aliran darah dalam bentuk “*iskemia retroplasenter*”. Dengan demikian dapat terjadi bentuk :

- a. Hipertensi dalam kehamilan terjadi apabila ganggaun iskemianya besar.
- b. Gangguan tumbuh-kembang terjadi apabila iskemia tidak terlalu besar, tetapi aliran darah dengan nutrisinya merupakan masalah pokok.

2.7 Asuhan nifas fiologis

2.7.1 Pengertian asuhan nifas

Masa nifas (*puerperium* dimaknai sebagai periode pemulihan segera setelah lahirnya bayi dan plasenta serta mencerminkan keadaan fisiologis ibu, terutama sistem reproduksi kembali mendekati keadaan sebelum hamil (Lockhart *et al.*, 2014).

2.7.2 Tujuan asuhan nifas

Menurut Lockhart *et al.*, (2014) tujuan asuhan masa nifas adalah

- 2.7.2.1 Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologi
- 2.7.2.2 Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah secara dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi baik pada ibumauapun bayinya
- 2.7.2.3 Memberikan pendidikan kesehatan pada ibu yang berkaitan dengan perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi pada bayim dan perawatan bayi sehat
- 2.7.2.4 Memberikan pelayanan KB
- 2.7.2.5 Memberikan kesehatan emosional pada ibu

2.7.3 Perubahan pada masa nifas

Menurut Marlindiani, *et al*, (2015) selama masa nifas, alat-alat reproduksi internal maupuneksternal berangsur-angsur kembali ke keadaan sebelum hamil. Perubahan-perubahan yang terjadi antara lain sebagai berikut :

2.7.3.1 Uterus

Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama masa nifas terlihat sebagai berikut :

Tabel 2.7 ukuran uterus pada masa nifas

Involusi Uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari (minggu 1)	Pertengahan pusat dan simfisis	500gram	7,5 cm
14 hari (2 minggu)	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

2.7.3.2 *Lokiagenitalia* eksterna, vagina dan *perineum*

Pengeluaran lokia dimaknai sebagai peluruhan jaringan desidua yang menyebabkan keluarnya sekret vagina dalam jumlah bervariasi. Pengeluaran lokia dapat dibagi menjadi

a. *Lokia Rubra*

Timbul pada hari ke 1-2 postpartum berisi darah segar bercampur sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, sisa mekonium, sisa ketuban dan sisa darah

b. *Lokia Sanguinolenta*

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

c. *Lokia Serosa*

Lokia serosa merupakan cairan berwarna agak kuning berisi leukosit dan robekan laserasi plasenta, timbul setelah satu minggu postpartum

d. *Lokia Alba*

Timbul setelah dua minggu postpartum dan hanya merupakan cairan putih

Selama proses persalinan, vulva dan vagina mengalami penekanan serta pergangan. Beberapa setelah hari persalinan, kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur. Ruge dalam vagina secara berangsur-angsur mulai tampak pada minggu ketiga

2.7.3.3 Sistem pencernaan

Berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain sebagai berikut

- a. Nafsu makan
- b. Motilitas
- c. Pengosongan usus

Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali secara teratur, antara lain sebagai berikut.

- a. Pengaturan diet/menu makan yang mengandung serat tinggi
- b. Pemberian cairan yang cukup, minimal delapan gelas perhari
- c. Pengetahuan tentang pola eliminasi pasca melahirkan
- d. Pengetahuan tentang perawatan luka jalan lahir
- e. Melakukan mobilisasi

2.7.3.4 Sistem perkemihan

Saluran kemih kembali normal dalam waktu dua sampai delapan minggu. Besarnya tekanan kepala yang menekan pada persalinan. Kandungan kemih pada masa nifas sangat kurang sensitif dan kapasitas menambah, sehingga kandung kemih penuh atau sesudah buang air kecil masih tertinggal urine residual (normal \pm 15 cc).

2.7.4 Kebutuhan dasar ibu nifas

2.7.4.1 Gizi

Berikut zat-zat yang dibutuhkan dalam diet ibu pasca persalinan

- a. Mengonsumsi tambahan kalori sesuai kebutuhan. Jika masih menyusui tambahan kalori tiap hari sebanyak 500-700 kalori.
- b. Penuhi diet berimbang, terdiri atas protein, kalsium, mineral, vitamin sayuran hijau dan buah
- c. Kebutuhan cairan setidaknya tiga liter perhari yang dapat diperoleh dari air putih, sari buah, susu atau sup
- d. Untuk mencegah anemia konsumsi tablet zat besi selama masa nifas kepada bayi melalui ASI (Marliandiani *et al.*, 2015).

2.7.4.2 Ambulasi dini

Menurut Marliandiani *et al.*, (2015) langkah –langkah mobilisasi dini yang dapat dilakukan ibu untuk turun dari tempat tidur adakah sebagai berikut

- a. Awali dengan mengatur napas, miring kiri, miring kanan, dan duduk
- b. Duduk dengan tubuh ditangan dengan tangan, geserkan kaki ke sisi ranjang dan biarkna kaki menggantung sebentar
- c. Dengan bantuan orang lain, perlahan-lahan ibu beridir dan masih berpegangan pada tempat tidur

2.7.4.3 Jika terasa pening, duduklah kembali stabilkan diri beberapa menit sebelum melangkah Eliminasi. Dalam 24 jam pertama, pasien sudah dapat buang air besar karena semakin lama feses tertahan dalam usus maka akan semakin sulit baginya untuk buang besar secara lancar. Dalam enam jam pertama postpartum, pasien sudah harus dapat buang air kecil. Semakin lama urine tertahan dalam kandungan kemih maka dapat mengakibatkan kesulitan pada organ perkemihan (Marliandiani *et al.*, 2015).

2.7.4.4 Kebersihan diri

Menjaga kebersihan diri selama masa nifas merupakan upaya untuk memelihara kebersihan tubuh mulai dari pakaian, kebersihan diri ujung rambut sampai kaki. Terutama pada daerah genetalia perlu mendapatkan perhatian yang lebih karena terdapat pengeluaran cairan atau darah lokia (Marliandiani *et al.*, 2015).

2.7.4.5 Istirahat

Ibu nifas sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya (Marliandiani *et al.*, 2015).

2.7.4.6 Seksual

Masa nifas yang berlangsung selama enam minggu merupakan masa pembersihan rahim. Setelah enam minggu diperkirakan pengeluaran lochia telah bersih, semua luka akibat persalinan, termasuk luka episioomi biasanya telah sembuh dengan baik, sehingga ibu dapat memulai kembali hubungan seksual (Marliandiani *et al.*, 2015).

2.7.4.7 Latihan/senam nifas

Senam nifas adalah senam yang dilakukan ibu pascamelahirkan, sebaiknya dilakukan dalam 24 jam setelah persalinan. Setelah ibu cukup beristirahat dan dilakukan secara bertahap, sistematis, dan kontinu (Marliandiani *et al.*, 2015).

2.7.5 Tanda bahaya masa nifas

Perdarahan *pervaginam*, infeksi pada masa nifas, sakit kepala, nyeri di daerah perut atas samping, penglihatan kabur, pembengkakan di wajah atau ekstremitas, demam, muntah, rasa sakit waktu berkemih, payudara berubah menjadi merah panas dan sakit, kehilangan nafsu makan untuk jangka waktu yang lama, rasa sakit merah dan pembengkakan kaki, merasa sedih atau tidak mampu untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Marliandiani *et al.*, 2015).

2.7.6 Standar asuhan nifas

Menurut Lockhart *et al.*, (2014) paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah yang terjadi. Kunjungan dalam masa nifas antara lain:

2.7.6.1 Kunjungan ke-1 (6-8 jam setelah persalinan)

Tujuannya :

- a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri

- b. Mendeteksi dan memberitahukan pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
- c. Pemberian ASI awal, 1 jam setelah inisiasi menyusu dini
- d. Memberikan supervisi kepada ibu bagaimana teknik melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
- e. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia. Jika ada petugas kesehatan yang menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama atau sampai bayi dan ibu dalam keadaan stabil.

2.7.6.2 Kunjungan ke-2 (6 hari setelah persalinan)

Tujuannya :

- a. Memastikan involusi uterus berjalan normal; uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau
- b. Mengevaluasi adanya tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal
- c. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, minuman, dan istirahat
- d. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, misalnya merawat tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.

2.7.6.3 Kunjungan ke 3 (2 minggu setelah persalinan)

Tujuannya :

- a. Memastikan involusi uterus berjalan normal; uterus berkontraksi, fundus di bawah *umbilikus*, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau
- b. Mengevaluasi adanya tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal

- c. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, minuman, dan istirahat
- d. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, misalnya merawat tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.

2.7.6.4 Kunjungan ke 4 (6 minggu setelah persalinan)

Tujuannya :

- a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit yang ia alami atau yang dialami oleh bayinya
- b. Memberikan konseling tentang menggunakan KB secara dini.

2.8 Asuhan Akseptor Keluarga Berencana

2.8.1 Pengertian Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

Keluarga berencana adalah proses yang di sadari oleh pasangan untuk memutuskan jarak dan jumlah antara anak serta waktu kelahiran

2.8.2 Tujuan Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

Tujuan spesifik keluarga berencana meliputi :

- 2.8.2.1 Menghindari kehamilan yang tidak diharapkan melalui kontrasepsi
- 2.8.2.2 Mengatur jarak kehamilan
- 2.8.2.3 Memutuskan jumlah anak yang akan diharapkan dalam keluarga
- 2.8.2.4 Mengontrol waktu terjadi kelahiran
- 2.8.2.5 Mencegah kehamilan pada wanita yang menderita penyakit serius sehingga kehamilan dapat menempatkan wanita tersebut pada resiko kesehatan
- 2.8.2.6 Memberikan pilihan untuk menghindari kehamilan pada wanita carier penyakit genetik.

2.8.3 Pengelompokan metode keluarga berencana

2.8.3.1 Kontrasepsi alamiah : cara kontrasepsi yang tidak memakai alat, obat, atau tindakan operatif tetapi berdaarkan adanya masa subur dan tidak subur

2.8.3.2 Kontrasepsi buatan : cara memakai menggunakan alat, obat dan tindakan operatif (Saifuddin, A.B. 2010).

2.8.4 Menurut saifuddin, A. B. (2010) jenis kontrasepsi yang aman bagi ibu menyusui

2.8.4.1 Metode Amenore Laktasi dan Metode Alami lainnya

2.8.4.2 Kontrasepsi Barrier (Kondom, Diaphragma, Spermisida).

2.8.4.3 Kontrasepsi Hormon (hormon progesteron saja): (POP) *progestin only pil* (Mini Pil), Injeksi, Implan).

2.8.4.4 IUD

2.8.4.5 Kontrasepsi Mantap (Sterilisasi)

2.8.5 Kontrasepsi suntik 3 bulan (Suntikan Progestim)

2.8.5.1 Profil

Menurut Affandi *et.al* (2011)

- a. Sangat efektif
- b. Aman
- c. Dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi.
- d. Kembalinya kesuburan lebih lambat, rata-rata 4 bulan
- e. Cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI

2.8.5.2 Jenis

Menurut Affandi *et.al* (2011) tersedia 2 jenis kontrasepsi suntikan hanya mengandung progestin, yaitu :

- a. Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depo Provera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengancara disuntik intramuskuler (di daerah bokong)

- b. Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat), yang mengandung 200 mg Noretindron Enanat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intramuskuler.

2.8.5.3 Cara kerja

Menurut Affandi *et.al* (2011) cara kerja suntik progestin adalah :

- 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

2.8.5.4 Efektifitas

Kedua kontrasepsi suntik tersebut memiliki efektivitas yang tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 1000 perempuan-tahun asal penyuntikan dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan (Affandi *et.al* 2011).

2.8.5.5 Keuntungan

Menurut Affandi *et.al* (2011) keuntungan menggunakan suntik progestin adalah

- 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. Obat 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 penyebab penyakit radang panggul

2.8.5.6 Keterbatasan

Menurut Affandi *et.al* (2011) keterbatasan suntik progestin adalah

- a. Sering ditemukan gangguan haid, seperti :
 - 1) Siklus haid yang memendek atau memanjang
 - 2) Perdarahan yang banyak atau sedikit
 - 3) Perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (spotting)
 - 4) Tidak haid sama sekali
- b. Klien sangat tergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk suntikan)
- c. Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut
- d. Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering
- e. Tidak menjamin perlindungan terhadap infeksi menular seksual, hepatitis B virus, atau virus HIV
- f. Terlambat kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian

2.8.5.7 yang dapat menggunakan kontrasepsi suntikan progestin

Menurut Affandi *et.al* (2011) yang dapat menggunakan kontrasepsi suntikan progestin adalah :

- a. usia reproduksi
- b. nulipara dan yang telah memiliki anak
- c. menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai
- d. setelah melahirkan dan tidak menyusui

- e. setelah abortus atau keguguran
- f. telah banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi
- g. sering lupa menggunakan pil kontrasepsi
- h. tekanan darah <180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia
- i. menggunakan obat untuk epilepsi atau obattuberkulosis
- j. tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen

2.8.5.8 yang tidak boleh menggunakan kontrasepsi suntikan progestin

menurut Affandi *et.al* (2011) yang tidak boleh menggunakan kontrasepsi suntukan progestin

- a. hamil atau dicurigai hamil (resiko cacat pada janin 7 per 100.000 kelahiran)
- b. perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- c. menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara
- d. diabetes melitus disertai komplikasi.

2.8.5.9 waktu mulai menggunakan kontrasepsi suntikan progestin

Menurut Affandi *et.al* (2011) waktu mulai menggunakan kontrasepsi suntik progestin adalah :

- a. setiap saat selama siklus haid, asal ibu tersebut 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 saja ibu tidak hamil;. Selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual

- d. ibu tidak haid atau ibu dengan perdarahan tidak teratur. Suntikan pertama dapat diberikan setiap saat, asal saja ibu tersebut tidak hamil, dan selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual

2.8.5.10 informasi lain yang perlu disampaikan

menurut Affandi *et.al* (2011) informasi yang perlu disampaikan adalah :

- a. pemberian kontrasepsi suntikan sering menimbulkan gangguan haid (amenorea)
- b. dapat terjadi efek samping seperti peningkatan berat badan, sakit kepala dan nyeri payudara. Efek-efek samping ini jarang, tidak berbahaya, dan cepat hilang
- c. karena terlambat kembalinya kesuburan, penjelasan perlu diberikan pada ibu usia muda yang ingin menunda kehamilan, atau bagi ibu yang merencanakan kehamilan berikutnya dalam waktu dekat
- d. setelah suntikan dihentikan, haid tidak segera datang. Haid baru datang kembali pada umumnya setelah 6 bulan. Setelah 3-6 bulan tidak juga haid, klien harus kembali ke dokter atau tempat pelayanan kesehatan untuk dicari penyebab tidak haid tersebut.