

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Kehamilan

2.1.1 Pengertian

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi (Prawirohardjo, 2010).

Periode antepartum adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) sampai dimulainya persalinan. Periode antepartum dibagi menjadi tiga trimester yang masing-masing terdiri dari 13 minggu (Asrinah, 2010).

Konsepsi adalah peristiwa penyatuan antara sel mani atau sperma dengan sel telur atau tuba falopi. Pada saat kopulasi antara pria dan wanita (senggama atau coitus), dengan ejakulasi sperma dari saluran reproduksi pria di dalam vagina wanita, akan dilepaskan cairan mani yang berisi sel-sel sperma ke dalam saluran reproduksi wanita. (Marmi, 2011)

2.1.2 Tanda gejala kehamilan

Tanda gejala kehamilan yaitu:

2.1.2.1 Tanda Pasti Kehamilan

- a. Gerakan janin dalam rahim
 - 1) Terlihat atau teraba gerakan janin
 - 2) Teraba bagian-bagian janin
- b. Denyut Jantung janin
 - 1) Didengar dengan stetoskop laenec, alat kardiotokografi, alat dopler
 - 2) Dilihat dengan alat ultrasonografi

- 3) Pemeriksaan dengan alat canggih, yaitu rontgen untuk melihat kerangka janin, ultrasonografi.

2.1.2.2. Tanda Tidak Pasti Kehamilan

- a. Perut membesar
- b. Rahim membesar, sesuai dengan tuanya hamil
- c. Pada pemeriksaan dapat dijumpai
 - 1) Tanda hegar, isthmus uteri teraba lebih panjang dan lunak.
 - 2) Tanda chadwicks, mukosa vaginaberwarna kebiruan karena hypervaskularisasi hormon estrogen.
 - 3) Panda piscaseck, pembesaran dan pelunakan pada tempat implantasi. Biasanya ditemukan saat umur kehamilan 10 minggu.
 - 4) Kontraksi braxton hicks, kontraksi uterus (perut terasa kencang) tetapi disertai rasa nyeri.
 - 5) Teraba ballotement, tanda ada benda mengapung atau melayang dalam cairan, pada umur kehamilan 16-20 minggu.
 - 6) Discharge, lebih banyak dirasakan wanita hamil. Ini merupakan pengaruh hormon estrogen dan progesteron.
 - 7) Tanda Goodell, porsio teraba melunak.
- d. Pemeriksaan tes kehamilan positif (reaksi kehamilan positif)
 - 1) Sebagian kemungkinan positif palsu.

2.1.2.3. Tanda Mungkin Hamil

- a. Amenorea (terlambat datang bulan)
- b. Mual (nausea) dan muntah (emesis)
- c. Ngidam
- d. Sinkop atau pingsan
- e. Payudara tegang (Mastodynia)
- f. Sering miksi

- g. Konstipasi atau obstipasi
 - h. Pigmentasi kulit
 - i. Pertambahan berat badan
 - j. Fatigue (perasaan lelah)
 - k. Epulis (gusi berdarah)
 - l. Quikening (perasaan gerakan janin)
 - m. Varises atau penumpukan pembuluh darah vena
- (Prawirohardjo, 2010)

2.1.3 Pemeriksaan kehamilan (*Antenatal Care*)

Asuhan antenatal adalah asuhan yang diberikan kepada ibu hamil sejak konfirmasi konsepsi hingga awal persalinan. Bidan akan menggunakan pendekatan yang berpusat pada ibu dalam memberikan asuhan kepada ibu dalam memberikan asuhan kepada ibu dan keluarganya dengan berbagai informasi untuk memudahkannya membuat pilihan tentang asuhan yang ia terima (Marmi, 2011).

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Prawirohardjo, 2010).

2.1.4 Tujuan asuhan kehamilan

Tujuan utama dan tujuan khusus asuhan antenatal adalah untuk memfasilitasi hasil yang sehat dan positif bagi ibu maupun bayinya dengan cara membina hubungan saling percaya dengan ibu, mendeteksi komplikasi-komplikasi yang dapat mengancam jiwa, mempersiapkan kelahiran, dan memberikan pendidikan. Asuhan antenatal penting untuk menjamin agar proses alamiah tetap berjalan normal selama kehamilan.

Tujuan khususnya antara lain.

- 2.1.4.1 Mengenal dan menangani sedini mungkin oenyulit-penyulit yang terdapat saat kehamilan, persalinan dan nifas.
- 2.1.4.2 Mengenal dan menangani penyakit yang menyertai hamil, persalinan dan nifas.
- 2.1.4.3 Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal. (Marmi, 2011)

2.1.5 Perubahan anatomi dan fisiologi ibu hamil

2.1.5.1 Uterus

Pembesaran uterus merupakan perubahan anatomi yang paling nyata pada ibu hamil. Ukuran pada kehamilan cukup bulan adalah 30x25x20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc.

Pembentukan uterus sangat penting guna menjadi sarana tumbuhnya hasil konsepsi. Untuk mencapai tujuan tersebut miometrium tumbuh menjadi besar. Beratnya meningkat dari 30-50 gram sebelum kehamilan menjadi 1000 gram pada kehamilan aterm. Volumennya meningkat dari 10 ml menjadi 2 hingga 10 liter pada kehamilan aterm (Prawirohardjo, 2009).

Tabel 2.1 Usia Kehamilan Berdasarkan Tinggi Fundus

Umur Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
12 minggu	$\frac{1}{3}$ di atas symfisis atau 3 jari di atas symfisis
16 minggu	$\frac{1}{2}$ symfisis – pusat
20 minggu	$\frac{2}{3}$ di atas symfisis atau 3 jari di bawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	$\frac{1}{3}$ di atas pusat atau 3 jari di atas pusat
32 minggu	$\frac{1}{2}$ pusat – processus xifoideus
36 minggu	Setinggi processus xifoideus

(Prawirohardjo, 2009).

2.1.5.2 Payudara

Beberapa perubahan yang dapat diamati oleh ibu adalah sebagai berikut.

- a. Selama kehamilan payudara bertambah besar, tegang, dan berat.
- b. Dapat teraba nodul-nodul, akibat hipertrofi kalenjar alveoli.
- c. Bayangan vena-vena lebih membiru.
- d. Hyperpigmentasi pada areola dan puting susu.
- e. Kalau diperas akan keluar air susu jolong (kolostrum) berwarna kuning.

Tabel 2.2 Perubahan Payudara Selama Kehamilan

Umur Kehamilan	Perubahan
3-4 minggu	Rasa penuh pada payudara
6 minggu	Terjadi pembesaran dan sedikit nyeri
8 minggu	Pelebaran pembuluh darah vena disekitar payudara
12 minggu	Penggelapan disekitar areola dan puting
16 minggu	Kolostrum sudah mulai dikeluarkan

(Prawirohardjo, 2010)

2.1.5.3 Berat Badan

Berat badan ibu selama kehamilan menandakan adanya adaptasi ibu terhadap pertumbuhan janin. Analisis dari berbagai penelitian menunjukkan bahwa berat badan yang bertambah berhubungan dengan perubahan fisiologis yang terjadi pada kehamilan dan lebih dirasakan pada ibu primigravida untuk menambah berat badan pada masa kehamilan. Perkiraan peningkatan berat badan antara lain:

- a. 4 kg dalam kehamilan 20 minggu
- b. 8,5 kg dalam 20 minggu kedua (0,4 kg/minggu dalam trimester akhir)

- c. Totalnya sekitar 12,5 kg.
- d. Banyak faktor yang mempengaruhi peningkatan berat badan: adanya edema, proses metabolisme, pola makan, muntah atau diare, dan merokok.

Tabel 2.3 Pertambahan Berat Badan

	Berat Badan (kg)
Janin	3-4
Plasenta	0,6
Cairan amnion	0,8
Peningkatan berat uterus	0,9
Peningkatan berat payudara	0,4
Peningkatan volume darah	1,5
Cairan ekstra seluler	1,4
Lemak	3,5
Total	12,5 kg

(Asrinah, 2010)

2.1.6 Kebutuhan dasar ibu hamil

2.1.6.1. Kebutuhan Fisik Ibu Hamil Trimester I, II dan III

Kebutuhan Fisik Ibu Hamil Trimester I, II dan III ialah:

a. Oksigen

Meningkatnya jumlah progesteron selama kehamilan memengaruhi pusat pernafasan, CO₂ menurun dan O₂ meningkat, O₂ meningkat, akan bermanfaat bagi janin. Kehamilan menyebabkan hiperventilasi, di mana keadaan CO₂ menurun. Pada trimester III, janin membesar dan menekan diafragma, menekan vena cava inferior, yang menyebabkan nafas pendek-pendek.

b. Nutrisi

1) Kalori

Total pertambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil.

2) Protein

Sumber protein tersebut bisa diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran prematur, anemia dan edema.

3) Kalsium

Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yoghurt dan kalsium karbonat. Defisiensi kalsium dapat mengakibatkan riketsia pada bayi atau osteomalasia.

4) Zat besi

Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi.

5) Asam folat

Kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil.

6) Air

Air menjaga keseimbangan suhu tubuh, karena itu dianjurkan untuk minum 6-8 gelas (1500-2000 ml) air, susu dan jus tiap 24 jam. Sebaiknya membatasi minuman yang mengandung kafein seperti teh, cokelat, kopi dan minuman yang mengandung pemanis buatan (sakarín) karena bahan ini mempunyai reaksi silang terhadap plasenta (Asrinah, 2010).

c. Personal Hygiene (Kebersihan Pribadi)

Bagian tubuh lain yang sangat membutuhkan perawatan kebersihan adalah daerah vital, karena saat hamil, biasanya terjadi pengeluaran secret vagina yang berlebih. Selain

mandi, mengganti celana dalam secara rutin minimal sehari dua kali sangat dianjurkan (Asrinah, 2010).

d. Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering BAK. Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormon progesterone yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot usus. Selain itu, desakan usus oleh pembesaran janin juga menyebabkan bertambahnya konstipasi. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengonsumsi makanan serat tinggi (Asrinah, 2010)

e. Seksual

Hubungan seksual dalam kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat sering abortus, kelahiran prematur dan perdarahan pervaginam (Asrinah, 2010).

f. Mobilisasi

Perubahan tubuh yang paling jelas adalah tulang punggung bertambah lordosis, karena tumpuan tubuh bergeser lebih ke belakang dibandingkan sikap tubuh ketika tidak hamil (Asrinah, 2010).

g. Senam Hamil

Senam hamil bukan merupakan suatu keharusan. Namun, dengan melakukan senam hamil akan banyak memberi manfaat dalam membantu kelancaran proses persalinan, antara lain dapat melatih pernapasan, relaksasi, menguatkan

otot-otot panggul dan perut, serta melatih cara mengejan yang benar (Asrinah, 2010).

h. Istirahat

Ibu hamil dianjurkan untuk merencanakan periode istirahat, terutama saat hamil tua dengan cara relaksasi. Waktu terbaik untuk melakukan relaksasi adalah tiap hari setelah makan siang, pada awal istirahat sore, serta malam sewaktu tidur (Asrinah, 2010).

i. Imunisasi

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang bisa menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah tetanus toxoid (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus. Imunisasi TT pada ibu hamil harus lebih dahulu ditentukan status kekebalan/imunisasinya (Asrinah, 2010).

Tabel 2.4 Pemberian Suntikan TT

Status	Jenis Suntikan TT	Interval Waktu	Lama Perlindungan	Persentase Perlindungan
T0	Belum pernah mendapatkan suntikan TT			
T1	TT1		3 tahun	80
T2	TT2	4 minggu dari TT1	5 tahun	95
T3	TT3	6 bulan dari TT2	10 tahun	99
T4	TT4	Minimal 1 tahun dari TT3		99
T5	TT5	3 tahun dari TT4	Seumur hidup	

(Asrinah, 2010)

j. Persiapan Laktasi

Payudara perlu disiapkan 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 (Asrinah, 2010).

k. Persiapan Persalinan (Stiker P4K)

Beberapa hal yang harus dipersiapkan untuk persalinan adalah sebagai berikut :

1) Biaya

Pendanaan yang memadai perlu direncanakan jauh sebelum masa persalinan tiba. Dana bisa didapatkan dengan cara menabung, dapat melalui arisan, tabungan ibu bersalin (tabulin), atau menabung di bank.

2) Penentuan tempat serta penolong persalinan.

3) Anggota keluarga yang dijadikan sebagai pengambil keputusan jika terjadi komplikasi yang membutuhkan rujukan.

4) Baju ibu dan bayi serta perlengkapan lainnya.

5) Surat-surat fasilitas kesehatan (misalnya ASKES, jaminan kesehatan dari tempat kerja, kartu sehat, dan lain-lain).

6) Pembagian peran ketika ibu berada di RS (ibu dan mertua, yang menjaga anak lainnya, jika bukan persalinan yang pertama).

Selain beberapa hal diatas, yang tak kalah penting untuk dipersiapkan dari ibu adalah pemahaman akan tanda-tanda pasti datangnya persalinan.

- 1) Rasa sakit atau mulas di perut, dan menjalar ke perut bagian bawah sampai ke pinggang bagian belakang, yang disebut sebagai kontraksi. Kontraksi ini terjadi secara teratur dan semakin lama semakin sering. Intensitas yang meningkat minimal tiga kali dalam 10 menit, dengan durasi 30-40 detik.
- 2) Adanya pengeluaran *per vagina*, berupa sekret yang berwarna merah muda disertai lendir.
- 3) Kadang dijumpai pengeluaran air ketuban yang terjadi secara spontan (selaput ketuban pecah), dengan ciri-ciri keluarnya air ketuban seketika dalam jumlah banyak, atau keluarnya air ketuban sedikit-sedikit tetapi dalam waktu yang lama. Ini disebut sebagai ketuban rembes karena selaput ketuban robek. Perlu ditekankan pada ibu dan keluarga untuk mampu membedakan antara pengeluaran air seni dan air ketuban karena perbedaan konsistensinya sangat tipis, terutama jika air ketuban sudah terserap dalam kain. (Asrinah, 2010).

f. Memantau Kesejahteraan Janin

Kesejahteraan janin dalam kandungan perlu dipantau secara terus-menerus agar bila ada gangguan kandungan akan bisa segera terdeteksi dan ditangani. Salah satu indikator kesejahteraan janin yang dapat dipantau sendiri oleh ibu adalah gerakannya dalam 24 jam (Asrinah, 2010).

g. Ketidaknyamanan dan Cara Mengatasi

Beberapa ketidaknyamanan dan cara mengatasinya adalah sebagai berikut :

- 1) Sering buang air kecil, cara mengatasinya adalah segera kosongkan saat ada dorongan untuk kencing.

- 2) Haemoroid, cara mengatasinya dengan banyak makan sayur dan buah yang berserat tinggi.
 - 3) Sakit punggung, cara mengatasinya dengan memijat-mijat ringan pada bagian punggung yang sakit.
- (Asrinah, 2010)

h. Tanda Bahaya dalam Kehamilan

Beberapa tanda bahaya yang sangat penting untuk disampaikan kepada pasien dan keluarga adalah sebagai berikut.

- 1) Perdarahan pervaginam.
- 2) Nyeri hebat di daerah abdominopelvikum.
- 3) Sakit kepala yang hebat.
- 4) Masalah penglihatan.
- 5) Bengkak pada muka atau tangan.
- 6) Bayi kurang bergerak seperti biasa.

(Asrinah, 2010)

2.1.6.2 Kebutuhan Psikologi Ibu Hamil Trimester I, II, III

Kebutuhan Psikologi Ibu hamil Trimester I, II dan III yaitu :

a. Persiapan Saudara Kandung (Sibling)

Sibling rivalry adalah rasa persaingan di antara saudara kandung akibat kelahiran anak berikutnya. Untuk mencegah *sibling rivalry* ada beberapa langkah yang dapat dilakukan, di antaranya adalah :

- 1) Jelaskan pada anak tentang posisinya sebagai seorang kakak. Meskipun ada adiknya, ia tetap disayangi oleh ayah ibunya.
- 2) Libatkan anak dalam mempersiapkan kelahiran adiknya.

3) Ajak anak untuk berkomunikasi dengan bayi sejak masih dalam kandungan.

4) Ajak anak untuk terlibat dengan benda-benda yang berhubungan dengan kelahiran bayi.

b. Support Keluarga dan Perasaan Aman serta Nyaman.

Dukungan selama masa kehamilan sangat dibutuhkan bagi seorang wanita yang sedang hamil, terutama dari orang terdekat apalagi bagi ibu yang baru pertama kali hamil. Seorang wanita akan merasa tenang dan nyaman dengan adanya dukungan dan perhatian dari orang-orang terdekat. Selain itu dukungan keluarga dalam masa kehamilan terbukti meningkatkan kesiapan ibu hamil dalam menghadapi kehamilan dan proses persalinan, bahkan juga memicu produksi ASI. Dukungan yang diperoleh oleh ibu hamil akan membuatnya lebih tenang dan nyaman dalam kehamilannya. Hal ini akan memberikan kehamilan yang sehat.

c. Persiapan Menjadi Orang Tua

Bagi pasangan yang baru pertama punya anak, persiapan dapat dilakukan dengan banyak beronsultasi dengan orang yang mampu untuk membagi pengalamannya dan memberikan nasehat mengenai persiapan menjadi orang tua.

d. Dukungan dari Tenaga Kesehatan

Bagi seorang ibu hamil, tenaga kesehatan khususnya bidan mempunyai tempat tersendiri dalam dirinya. Harapan pasien adalah bidan dapat dijadikan sebagai teman terdekat di mana ia mencurahkan isi hati dan kesulitannya dalam menghadapi kehamilan dan persalinan (Marmi, 2010)

2.1.7 Standar pelayanan antenatal

Menurut Buku Standar Pelayanan Antenatal, terdapat enam standar pelayanan antenatal sebagai berikut :

a. Identifikasi Ibu Hamil

Pernyataan standar:

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 secara teratur.

b. Pemeriksaan dan Pemantauan Antenatal

Pernyataan standar:

Bidan memberikan sedikitnya 4 kali pelayanan antenatal. Pemeriksaannya meliputi anamnesis dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal. Bidan juga harus mengenal kehamilan risti/kelainan, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS/infeksi HIV, memberikan pelayanan imunisasi, nasehat dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait 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.

c. Palpasi Abdominal

Pernyataan standar:

Bidan melakukan pemeriksaa abdominal secara seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan, serta bila umur kehamilan bertambah memeriksa posisi, bagian terendah janin dan masuknya kepala janin ke dalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.

d. Pengelolaan Anemia pada Kehamilan

Pernyataan standar:

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

e. Pengelolaan Dini Hipertensi pada Kehamilan

Pernyataan standar:

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

f. Persiapan Persalinan

Pernyataan standar:

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

2.1.8 Standar Asuhan Kehamilan

Standar asuhan kehamilan yaitu:

2.1.8.1 Kunjungan *Antenatal Care* (ANC)

WHO menganjurkan agar setiap wanita hamil mendapatkan paling sedikit empat kali kunjungan selama periode antenatal :

- a. Satu kali kunjungan selama trimester pertama (sebelum usia kehamilan 14 minggu)
- b. Satu kali kunjungan selama trimester kedua (usia kehamilan antara 14-28 minggu)
- c. Dua kali kunjungan selama trimester ketiga (usia kehamilan antara 28-36 minggu dan sesudah usia kehamilan 36 minggu). (Asrinah, 2010)

2.1.7.2. Kebijakan Program

Sesuai dengan kebijakan Departemen kesehatan, standar minimal pelayanan 7T pada ibu hamil yaitu:

- a. Timbang berat badan
- b. Ukur tekanan darah
- c. Ukur tinggi fundus uteri
- d. Pemberian imunisasi TT lengkap
- e. Pemberian tablet zat besi (Fe) minimal 90 tablet selama kehamilan dengan dosis satu tablet setiap harinya.
- f. Lakukan tes Penyakit Menular Seksual (PMS)
- g. Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan.

(Asrinah, 2010)

2.1.7.3 Pelayanan Asuhan Standar Minimal 14T

Terdapat Pelayanan atau Asuhan Standar minimal termasuk 14T, yaitu :

- a. Timbang berat badan
- b. Ukur Tekanan darah
- c. Ukur Tinggi Fundus Uteri
- d. Pemberian Tablet zat besi, minimum 90 tablet selama kehamilan
- e. Pemberian imunisasi Tetanus Toxoid lengkap
- f. Pemeriksaan Hb minimal 2 kali selama kehamilan
- g. Pemeriksaan VDRL atau PMS
- h. Perawatan payudara, senam payudara & pijat tekan payudara
- i. Pemeliharaan tingkat kebugaran atau senam ibu hamil
- j. Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan
- k. Pemeriksaan protein urine atas indikasi
- l. Pemeriksaan reduksi urine atas indikasi
- m. Pemberian terapi yodium untuk daerah endemis gondok
- n. Pemberian terapi anti malaria untuk daerah endemis malaria

(Prawirohardjo, 2010)

2.2 Persalinan

2.2.1 Pengertian

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta lengkap (JNPK-KR, 2008).

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin (Prawirohardjo, 2009).

2.2.2 Etiologi

Penyebab terjadinya persalinan belum diketahui dengan pasti, sehingga timbul beberapa teori yang menyatakan kemungkinan proses persalinan.

2.2.2.1 Teori penurunan hormon

1-2 minggu sebelum partus, mulai terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim. Karena itu, akan terjadi kekejangan pembuluh darah yang menimbulkan his jika kadar progesteron turun.

2.2.2.2 Teori plasenta menjadi tua

Penuaan plasenta akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron sehingga terjadi kekejangan pembuluh darah. Hal tersebut akan menimbulkan kontraksi rahim.

2.2.2.3 Teori distensi rahim

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi uteroplasenta.

2.2.2.4 Teori iritasi mekanik

Di belakang serviks, terletak ganglion servikale (*pleksus frankenhauser*). Apabila ganglion tersebut digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin, akan timbul kontraksi uterus.

2.2.2.5 Induksi partus (*induction of labour*)

Partus dapat pula ditimbulkan dengan:

- a. Gagang laminaria: beberapa laminaria dimasukkan dalam kanalis servisis dengan tujuan merangsang *pleksus frankenhauser*.
- b. Amniotomi: pemecahan ketuban
- c. Tetesan oksitosin: pemberian oksitosin melalui tetesan per infus.

(Mochtar, 2012)

2.2.3 Tanda-tanda Permulaan Persalinan

Sebelum terjadi persalinan yang sebenarnya, beberapa minggu sebelum wanita memasuki hari perkiraan kelahiran yang disebut kala pendahuluan (*preparatory stage of labor*) dengan tanda sebagai berikut:

2.2.3.1 *Lightening* atau *settling* atau *dropping*, yaitu kepala turun

memasuki pintu atas panggul. Pada primigravida terjadi menjelang minggu ke-36. *Lightening* disebabkan oleh:

- a. Kontraksi *braxton hicks*
- b. Ketegangan dinding perut
- c. Ketegangan ligamentum rotundum
- d. Gaya berat janin

Saat kepala masuk pintu atas panggul, ibu akan merasakan rasa sesak pada perut bagian atas berkurang dan pada bagian bawah terasa sesak.

- 2.2.3.2 Perut kelihatan lebih melebar dan fundus uteri turun.
- 2.2.3.3 Sering miksi atau sulit berkemih.
- 2.2.3.4 Sakit di pinggang dan di perut.
- 2.2.3.5 Serviks mulai lembek dan mendatar. Pada multipara gambaran ini kurang jelas, karena kepala janin baru masuk pintu atas panggul menjelang persalinan.
- 2.2.3.6 Terjadinya his permulaan atau his palsu. Sifat dari his palsu adalah:
 - a. Rasa nyeri ringan di bagian bawah
 - b. Datangnya tidak teratur
 - c. Durasi pendek
 - d. Tidak bertambah dengan beraktifitas
 - e. Tidak ada perubahan pada serviks(Prawirohardjo, 2010)

2.2.4 Tanda-tanda inpartu

Tanda-tanda inpartu ialah:

- 2.2.4.1 Terjadi his persalinan dengan karakteristik:
 - a. Pinggang terasa sakit yang menjalar kedepan.
 - b. Sifat sakitnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar.
 - c. Berpengaruh terhadap perubahan serviks.
 - d. Dengan beraktifitas kekuatan makin bertambah.
- 2.2.1 Pengeluaran lendir bercampur darah.
- 2.2.2 Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.
- 2.2.3 Hasil pemeriksaan dalam menunjukkan terjadinya perlunakan, pendataran, dan pembukaan serviks.
(Prawiroharjo, 2010)

2.2.4 Faktor-faktor yang penting dalam persalinan

2.2.5.1 Kekuatan mendorong janin keluar (*power*)

- a. His (kontraksi uterus)
- b. Kontraksi otot dinding perut
- c. Kontraksi diafragma pelvis
- d. Ketegangan dan kontraksi ligamentum rotundum
- e. Efektivitas kekuatan mendorong
- f. Lama persalinan

2.2.5.2 Janin (*passanger*)

- a. Letak janin
- b. Posisi janin
- c. Presentasi janin
- d. Letak plasenta

2.2.5.3 Jalan lintas (*passage*)

- a. Ukuran dan tipe panggul
- b. Kemampuan serviks untuk membuka
- c. Kemampuan kanalis vaginalis dan introitus vagina untuk memanjang.

2.2.5.4 Kejiwaan (*psyche*)

- a. Persiapan fisik untuk melahirkan
- b. Pengalaman persalinan
- c. Dukungan orang terdekat
- d. Integritas emosional

2.2.5.5 Penolong

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin, dalam hal ini proses persalinan. (Prawirohardjo, 2010).

2.2.6 Kala persalinan

2.2.6.1 Kala 1 (Kala Pembukaan)

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang tertatur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). (JNPK-KR, 2008)

Kala satu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah (*bloody show*) karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (*effacement*). Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler di sekitar kanalis servisis akibat pergeseran ketika serviks mendatar dan membuka.

Menurut Mochtar (2012), kala pembukaan dibagi atas 2 fase, yaitu:

- a. Fase laten: pembukaan serviks yang berlangsung lambat sampai pembukaan 3 cm, lamanya 7-8 jam.
- b. Fase aktif: berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 subfase.
 - 1) Periode akselerasi: berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
 - 2) Periode dilatasi maksimal (*steady*): selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
 - 3) Periode deselerasi: berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm (lengkap).

Tabel 2.5 Perbedaan Primigravida dan Multigravida

Primigravida	Multigravida
Serviks mendatar dulu, baru berdilatasi. Berlangsung 13-14 jam.	Mendatar dan membuka dapat terjadi bersamaan. Berlangsung 6-7 jam.

(Prawirohardjo, 2010)

2.2.6.2. Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Kala pengeluaran janin dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi.

Pada kala pengeluaran janin, his terkoordinasi, kuat, cepat, dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun dan masuk ke ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang melalui lengkung refleksi menimbulkan rasa mengedan. Karena tekanan pada rektum, ibu merasa seperti mau buang air besar, dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, dan perineum meregang. Dengan his dan mengedan yang dipimpin, akan lahir kepala, diikuti seluruh badan janin. (Prawirohardjo, 2010)

2.2.6.3. Kala III (Kala Pengeluaran Uri)

Setelah bayi lahir, kontraksi rahim beristirahat sebentar. Uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat, dan berisi plasenta yang menjadi dua kali lebih tebal dari sebelumnya. Beberapa saat kemudian, timbul his pelepasan dan pengeluaran uri. Dalam waktu 5-10 menit, seluruh plasenta terlepas, terdorong ke dalam vagina, dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas simfisis atau fundus uteri. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. (Mochtar, 2012)

Tanda-tanda pelepasan plasenta mencakup beberapa atau semua hal-hal dibawah ini:

a. Perubahan bentuk dan tinggi fundus

Setelah bayi lahir dan sebelumnya miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi

fundus biasanya di bawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah pear atau alpukat dan fundus berada diatas pusat (seringkali mengarah ke sisi kanan).

b. Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva (tanda ahfeld).

c. Semburan darah mendadak dan singkat

Darah yang terkumpul di belakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dan dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (*retroplacental pooling*) dalam ruang di antara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungnya maka darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang terlepas. (JNPK-KR, 2008).

2.2.6.4. Kala IV (Kala Pengawasan)

Kala IV adalah kala pengawasan yang dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama postpartum.

Pada 2 jam pertama postpartum, yang perlu diobservasi adalah:

a. Tingkat kesadaran

b. Tanda-tanda vital

c. Kontraksi uterus

d. Terjadinya perdarahan, perdarahan dikatakan normal jika jumlahnya tidak lebih dari 500 ml (Prawirohardjo, 2010).

2.2.7. Berikut 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal

Melihat tanda dan gejala kala dua

2.2.7.1 Mengalami tanda dan gejala persalinan kala dua.

- a. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
- b. Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/atau vaginanya.
- c. Perineum menonjol.
- d. Vulva-vagina dan sfingter ani membuka.

Menyiapkan pertolongan persalinan

2.2.7.2 Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.

2.2.7.3 Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.

2.2.7.4 Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.

2.2.7.5 Memakai satu sarung tangan DTT atau steril untuk pemeriksaan dalam.

2.2.7.6 Memasukkan oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set tanpa mengontaminsi tabung suntik.

Memastikan pembukaan lengkap dengan janin baik

2.2.7.7 Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang sudah dibasahi air DTT. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kassa yang

terkontaminasi dalam wadah yang sesuai. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi.

- 2.2.7.8 Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
- 2.2.7.9 Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 % dan kemudian melepaskannya secara terbalik serta merendamnya di larutan klorin 0,5 % selama 10 menit. Mencuci kedua tangan.
- 2.2.7.10 Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-180 kali/menit).
- a. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
 - b. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.

Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran

- 2.2.7.11 Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
- a. Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.
 - b. Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.

2.2.7.12 Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan apstkan ia merasa nyaman.

2.2.7.13 Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan kuat untuk meneran:

- a. Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
- b. Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.
- c. Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (tidak meminta ibu untuk berbaring terlentang).
- d. Menganjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi.
- e. Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
- f. Menganjurkan asupan cairan peroral.
- g. Menilai DJJ setiap 5 menit.
- h. Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60 menit (1 jam) untuk ibu multipara, rujuk segera.
- i. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat diantara kontraksi.
- j. Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi bekum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, rujuk ibu dengan segera.

Persiapan pertolongan kelahiran bayi

2.2.7.14 Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi.

2.2.7.15 Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.

2.2.7.16 Membuka partus set.

2.2.7.17 Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

Menolong kelahiran Bayi

Lahirnya kepala

2.2.7.18 Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bay, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir.

2.2.7.19 Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kassa yang bersih. (Langkah ini tidak harus dilakukan)

2.2.7.20 Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi:

a. Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.

b. Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.

2.2.7.21 Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

Lahirnya bahu

- 2.2.7.22 Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan dimasing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
- 2.2.7.23 Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada dibagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
- 2.2.7.24 Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangga saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

Penanganan bayi baru lahir

- 2.2.7.25 Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi.
- 2.2.7.26 Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit antara ibu dan bayi. Lakukan penyuntikkan oksitosin/i.m.
- 2.2.7.27 Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat ibu. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke

arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).

- 2.2.7.28 Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut.
- 2.2.7.29 Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering. Menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernafas, ambil tindakan yang sesuai.
- 2.2.7.30 Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.

Oksitosin

- 2.2.7.31 Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
- 2.2.7.32 Memberitahu kepada ibu bahwa akan disuntik.
- 2.2.7.33 Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit i.m di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspiransinya terlebih dahulu.

Penegangan tali pusat terkendali

- 2.2.7.34 Memindahkan klem pada tali pusat
- 2.2.7.35 Meletakkan satu tangan di atas kain yang berada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
- 2.2.7.36 Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arha pada bagian bawah uterus dengan cara menkan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah

terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai.

- a. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.

Mengeluarkan plasenta

2.2.7.37 Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.

- a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva.
- b. Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit:
 - 1) Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit i.m
 - 2) Menilai kandung kemih dan dilakukan kateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.
 - 3) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
 - 4) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.
 - 5) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

2.2.7.38 Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.

- a. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan DTT atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau

forceps DTT atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.

Pemijatan uterus

2.2.7.39 Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).

Menilai perdarahan

2.2.7.40 Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus.

a. Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik, mengambil tindakan yang sesuai.

2.2.7.41 Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

Melakukan prosedur pasca persalinan

2.2.7.42 Menilai ulang uterus dan memastikan berkontraksi dengan baik.

2.2.7.43 Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 % membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air DTT dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.

2.2.7.44 Mengikat tali pusat DTT dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.

2.2.7.45 Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.

2.2.7.46 Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5 %.

2.2.7.47 Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih dan kering.

- 2.2.7.48 Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
- 2.2.7.49 Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam:
- a. 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan.
 - b. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan.
 - c. Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan.
 - d. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.
 - e. Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesia lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.
- 2.2.7.50 Menagjarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
- 2.2.7.51 Mengevaluasi kehilangan darah.
- 2.2.7.52 Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan.
- a. Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan.
 - b. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.
- Kebersihan dan keamanan
- 2.2.7.53 Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
- 2.2.7.54 Membuang bahan-bahan yang terdekontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
- 2.2.7.55 Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Membersihkan cairan ketuban, lendir, dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

2.2.7.56 Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk membrikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.

2.2.7.57 Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5 % dan membilas dengan air bersih.

2.2.7.58 Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 %, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya ke dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.

2.2.7.59 Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

Dokumentasi

2.2.7.60 Melengkapi partograf
(Prawirohardjo, 2010)

2.2.8. Partograf

Partograf sebagai alat bantu kemajuan persalinan.

2.2.8.1. Pengertian partograf

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik.

2.2.8.2. Tujuan

Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah untuk:

- a. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui periksa dalam.
- b. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.
- c. Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan prosen persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara

rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir.

2.2.8.3. Manfaat

Jika digunakan secara tepat dan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk:

- a. Mencatat kemajuan persalinan
- b. Mencatat kondisi ibu dan janinnya
- c. Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran
- d. Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan
- e. Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu.

2.2.8.4. Partograf harus digunakan:

- a. Untuk semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan. Partograf harus digunakan untuk semua persalinan baik normal maupun patologis. Partograf sangat membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi, dan membuat keputusan klinik, baik persalinan dengan penyulit maupun yang tidak disertai dengan penyulit.
- b. Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dll)
- c. Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya.

Penggunaan partograf secara rutin dapat memastikan bahwa ibu dan bayinya mendapatkan asuhan yang aman, adekuat, dan tepat waktu serta membantu mencegah terjadinya penyulit yang dapat mengancam keselamatan jiwa mereka.

2.2.8.5. Kondisi ibu dan bayi yang harus dinilai dan dicatat secara seksama, yaitu:

- a. Denyut jantung janin: setiap $\frac{1}{2}$ jam
- b. Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus: setiap $\frac{1}{2}$ jam
- c. Nadi: setiap $\frac{1}{2}$ jam
- d. Pembukaan serviks: setiap 4 jam
- e. Penurunan bagian terbawah janin: setiap 4 jam
- f. Tekanan darah: setiap 4 jam
- g. Temperatur tubuh: setiap 2 jam
- h. Produksi urin, aseton, dan protein: setiap 2 sampai 4 jam.

(JNPK-KR, 2008)

2.2.9. Standar pertolongan persalinan

Terdapat empat standara dalam standar pertolongan persalinan seperti berikut ini.

2.2.9.1. Standar 1: Asuhan Persalinan Kala I

Pernyataan Standar:

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

2.2.9.2. Standar 2: Persalinan Kala II yang Aman

Pernyataan Standar:

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

2.2.9.3. Standar 3: Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala III

Pernyataan Standar:

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

2.2.9.4. Standar 4: Penanganan Kala II dengan Gawat Janin Melalui Episiotomi

Pernyataan Standar:

Bidan mengenali secara tepat tanda-tanda gawat janin pada Kala II yang lama, dan segera melakukan episiotomi dengan aman untuk memperlancar persalinan, diikuti dengan penjahitan perineum (Prawirohardjo, 2010)

2.2.10. Tujuan standar Pertolongan Persalinan

Asuhan persalinan ialah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek asuhan sayang ibu dan sayang bayi.

Tujuan asuhan persalinan normal adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap tetapi dengan intervensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan. (Prawirohardjo, 2010)

2.3 Letak Sungsang

2.3.1 Pengertian Letak Sungsang

Letak sungsang merupakan letak longitudinal dengan bokong janin di kutub bawah uterus. Denominatornya dan diameter presentasinya bitrokanter (10cm). Pada usia gestasi 28 minggu, insiden letak sungsang sekitar 15%. Versi spontan mengurangi persentasi ini sampai sekitar 3-4% saat cukup bulan. (Maureen Boyle, 2008)

Letak sungsang adalah letak bokong yaitu suatu keadaan yang terjadi dimana bokong atau tungkai janin sebagian bagian yang terendah di dalam panggul ibu. Insiden dari presentasi bokong adalah 3% dari semua persalinan. (Fadlun dan Feryanto, 2011)

Presentasi bokong adalah janin letak memanjang dengan bagian terendahnya bokong, kaki, atau kombinasi keduanya. Dengan insidensi 3-4% dari seluuh kehamilan tunggal pada umur kehamilan cukup bulan (≥ 37 minggu), presentasi bokong merupakan malpresentasi yang paling sering dijumpai. Sebelum umur kehamilan 28 minggu, kejadian presentasi bokong berkisar antara 25%-30%, dan sebagian besar akan berubah menjadi presentasi kepala setelah umur kehamilan 34 minggu. (Prawirohardjo, 2009)

2.3.2 Tanda dan Gejala

Menurut Maureen Boyle (2008), tanda dan gejala letak sungsang adalah sebagai berikut.

2.3.2.1 Palpasi abdomen

Semua riwayat letak sungsang sebelumnya atau adanya setiap faktor predisposisi di atas harus membuat bidan mewaspadai kemungkinan letak sungsang.

Pada palpasi, letak janin longitudinal dan ukuran uterus dapat terpalpasi lebih besar dari yang diperkirakan pada waktu tersebut. Hal ini disebabkan oleh fakta bahwa bokong belum memasuki panggul. Dengan menggunakan genggamannya Pawlik, kepala teraba di fundus dan terasa seperti massa keras yang bulat yang dapat bergerak bebas dengan memantulkannya dengan satu atau kedua tangan. Kedua kutub janin dapat dipegang secara simultan untuk membantu diagnosis dan jika keseluruhan bokong dapat digerakkan di atas panggul, dapat dianggap bahwa panggul janin belum melewati pintu atas panggul (pelvic inlet) ibu. Biasanya punggung janin teraba pada satu sisi abdomen dan bagian kecil janin pada sisi yang satunya. Ibu yang mengalami letak sungsang sering mengeluh rasa tidak nyaman di bawah iga dan nyeri ulu hati yang disebabkan oleh dekatnya kepala janin.

2.3.2.2 Askultasi

Bunyi jantung janin sering terdengar sangat jelas pada umbilikus atau di atas umbilikus dan di samping umbilikus, di sisi punggung janin.

2.3.2.3 Pemeriksaan Dalam

Kepala yang licin dengan tonjolannya tidak terasa. Bagian presentasi sering tinggi, lembut, serta tidak teratur dan terkadang orifisium anus dapat teraba. Jika tonjolan yang tidak dapat dibedakan teraba, pada letak sungsang, tonjolan tersebut berada dalam satu garis (misalnya, tuberositas iskiat janin dan anus). Setelah ketuban pecah, mekonium segar dapat ditemukan, khususnya pada jari yang digunakan untuk pemeriksaan dalam setelah indentifikasi anus dan ini merupakan prosedur diagnostik. Bidan juga dapat merasakan kaki atau yang jarang, lutut. Akan tetapi, diagnosis letak sungsang

pervagina, khususnya pada persalinan awal, sulit dan dapat terjadi kesalahan.

2.3.3 Etiologi

Menurut Nita dan Mustika (2013), faktor penyebab terjadinya letak sungsang adalah sebagai berikut.

- 2.3.3.1 Fiksasi kepala pintu atas panggul tidak baik atau tidak ada misalnya pada panggul sempit, hidrosefalus, anensefali, plasenta brevia, tumor-tumor pelvis.
- 2.3.3.2 Janin mudah bergerak, seperti pada hidromnion, multipara, janin kecil.
- 2.3.3.3 Gemeli (kehamilan ganda).
- 2.3.3.4 Kelainan uterus, seperti uterus arkuatur, bikornis, mioma uteri.
- 2.3.3.5 Janin sudah lama mati.
- 2.3.3.6 Sebab yang tidak diketahui.

2.3.4 Patofisiologis

Terjadinya letak sungsang sebagai berikut.

Bokong masuk pintu atas panggul dapat melintang atau miring mengikuti jalan lahir dan melakukan putar paksi dalam sehingga trochanter depan hipomoklion akan lahir trochanter belakang dan selanjutnya seluruh bokong, lahir, sementara itu bahu memasuki jalan lahir dan mengikuti jalan lahir untuk melakukan putar paksi dalam sehingga bahu depan berada di bawah simfisis. Dengan bahu depan sebagai hipomoklion akan lahir bahu belakang diikuti lahirkan bahu depan dan tangan depan. Bersamaan dengan kelahiran bahu, kepala bayi memasuki jalan lahir dapat melintang atau miring, serta melakukan putar paksi dalam sehingga suboksiput berada di bawah simfisis, suboksiput

hipomoklion, berturut-turut, hidup, muka dan kepala seluruhnya. (Prawirohadjo, 2010)

2.3.5 Klasifikasi Letak Sungsang

Menurut Fadlun dan Feryanto (2011), terdapat tiga presentasi bokong, yaitu sebagai berikut.

2.3.5.1 Presentasi bokong murni (frank breech)

Kedua paha janin berfleksi dan kedua tungkai berekstensi pada lutut.

2.3.5.2 Presentasi bokong kaki/lengkap (complete breech)

Kedua paha janin berfleksi dan satu atau kedua lutut difleksikan.

2.3.5.3 Presentasi kaki/lutut (incomplete breech)

Satu atau kedua paha janin berekstensi dan satu atau kedua lutut atau kaki terletak di bawah panggul/keluar dari jalan lahir.

2.3.6 Diagnosis

Menurut Fadlun dan Feryanto (2011), mendiagnosis presentasi bokong dengan cara, yaitu.

Pergerakan anak teraba oleh si ibu dibagian perut bawah, bagian pusat, dan ibu sering merasa benda keras (kepala) mendesak tulang iga. Sering kali wanitatersebut menyatakan bahwa kehamilannya terasa lain dari pada kehamilan yang terdahulu karena terasa penuh di bagian atas dan gerakkan terasa lebih banyak di bagian bawah.

2.3.6.1 Pemeriksaan abdomen

Pemeriksaan abdomen, biasanya dengan pemeriksaan leopold I, kepala janin yang keras, bulat, dan dapat diraba dengan balotment karena sudah menempati bagian fundus uteri. Perasat leopold II, menunjukkan punggung sudah berada pada satu sisi

abdomen dan bagian-bagian kecil berada pada sisi yang lain. Pada perasat Leopold III, bila engagement belum terjadi diameter intertrokanterika panggul janin belum melewati pintu atas panggul. Setelah terjadi engagement, perasat Leopold IV menunjukkan posisi bokong yang mapan di bawah simfisis.

Bunyi jantung terdengar pada punggung anak setinggi pusat. Suara jantung janin biasanya terdengar paling keras di daerah sedikit di atas umbilikus, sedangkan bila telah terjadi engagement kepala janin, suara jantung terdengar paling keras di bawah umbilikus.

2.3.6.2 Pemeriksaan dalam

Pada pemeriksaan dalam teraba 3 tonjolan tulang, yaitu tuber ossis ischiidani ujung os sakrum. Os sakrum dapat dikenal sebagai tulang yang meruncing dengan deretan proses spinosus di tengah-tengah tulang tersebut. Pada bagian di antara 3 tonjolan tulang tersebut dapat diraba anus dan genitalia anak, tetapi jenis kelamin anak hanya dapat ditentukan jika edema tidak terlalu besar.

Pada presentasi bokong murni, kedua tuberositas iskiadika, sakrum, maupun anus biasanya dapat teraba, dan setelah terjadi penurunan lebih lanjut, genitalia eksterna dapat dikenali. Pada partus lama, bokong dapat sangat membengkak sehingga menyebabkan kesulitan untuk membedakan muka dengan bokong, anus bisa dikira mulut, dan tuberositas iskiadika dapat disangka tulang pipi. Kesalahan tersebut dapat dihindari karena jari tangan pemeriksa akan menghadapi tahanan otot pada anus, sedangkan rahang lebih keras dan kurang kenyal, ketika diraba akan terasa pada mulut. Ketika jari tangan dikeluarkan dari anus, kadang-kadang jari tersebut berlumuran mekonium.

Pada presentasi bokong sempurna, kaki dapat diraba di sebelah bokong, sedangkan pada presentasi kaki, letak salah satu kedua kaki lebih rendah dari pada bokong. Pada presentasi kaki, kaki kanan atau kiri dapat ditentukan berdasarkan hubungna dengan ibu jari kaki. Ketika bokong turun lebih ke dalam rongga panggul, genetalia dapat diraba.

2.3.6.3 Pemeriksaan USG

USG idealnya digunakan untuk memastikan perkiraan klinis presentasi bokong, bila mungkin untuk mengidentifikasi adanya anomali janin. USG dilakukan pada usia kehamilan 32-34 minggu yang berguna baik untuk menegakkan diagnosis maupun untuk memperkirakan ukuran dan konfigurasi panggul ibu.

2.3.7 Penatalaksanaan

Menurut Fadlun dan feryanto (2011), penatalaksanaan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut.

2.3.7.1 Dalam Kehamilan

Terapi yang paling penting adalah usaha untuk memperbaiki letak anak dalam kehamilan sebelum persalinan terjadi dengan versi luar. Versi luar adalah tindakan dari luar yang dikerjakan dan tangan untuk mengubah/memperbaiki presentasi janin.

Indikasi : presentasi bokong (letak sungsang), presentasi bahu (letak lintang).

Syarat : umur kehamilan setua mungkin, nulipara, kehamilan slebih dari 36minggu, multipara, umur kehamilan lebih dari 38minggu (pendapat lain : dapat dimulai pada kehamilan lebih dari 28 minggu atau lakukan kapan saja).

Ketuban utuh, tidak ada disproporsi kepala panggul, janin tunggal, hidup, bagian bawah masih dapat didorong, dalam

persalinan fase laten (pembukaan kurang dari 3 cm, pembukaan lengkap (versi luar dalam keadaan steril, jika ketuban pecah lakukan tindakan).

Penyulit : sulit, perasaan nyeri, kulit perut tebal (banyak lemak), dinding perut tegang terutama nulipara, air ketuban sedikit, kaki janin menjungkit ke atas, lilitan tali pusat/tali pusat pendek, his sering, kelainan uterus (bentuk pendek/uterus septus/mioma uteri).

Bahaya untuk ibu ; ketubsn pecah dapat terjadi infeksi, tali pusat pendek (dapat mengakibatkan solisio plasenta), ruptur uteri, perdarahan.

Bahaya untuk janin : ketuban pecah dapat terjadi penumbungan tali pusat/ekstremitas partus prematurus, janin mati dalam rahim, lilitan tali pusat, plasenta (solusio plasenta), letak defleksi.

Persiapan : rektum/kandung kemih harus kosong, tidurtelentang/trendelenburg, perut dan tangan diberi talk, DJJ dikontrol terlebih dahulu, bantal/handuk kecil dan gurita, tungkai fleksi dipangkal paha/lutut.

Beberapa teknik yang dapat dilakukan

- a. Mobilitasi : penolong menghadap ke kaki ibu, berdiri di samping, kedua tangan memegang bagian terbawah (bokong), pegang sempurna dan dikeluarkan dari pintu atas panggul.
- b. Eksenterasi : bagian bawah yang sudah diangkat didorong ke fosa iliaka.
- c. Sentralisasi : penolong menghadap ke muka ibu, satu tangan pada bokong dan tangan yang lain pada kepala, janin akan tetap fleksi maksimal, janin membulat dan mudah diputar.

- d. Versi (rotasi) : kepala janin didorong ke arah perut/muka (di luar his dan lean) atau diputar ke arah yang tahanannya sedikit (pada presentasi bahu didorong ke arah yang terdekat).
- e. Fiksasi : bagian terendah setelah diputar dimasukkan ke pintu atas panggul.
- f. Kontrol : periksa denyut jantung janin 3 kali, interval 5 menit, denyut jantung janin buruk putar kembali ke tempat semula dan bila denyut jantung janin denyut jantung janin baik fiksasi dengan 2 bantal/handuk kecil di samping perut kemudian diberi gurita.

2.3.7.2 Dalam persalinan

Menurut Prawirohardjo (2009), Ada perbedaan mendasar antara proses persalinan presentasi kepala dan presentasi bokong. Pada presentasi kepala, setelah kepala dilahirkan, biasanya dengan sendirinya akan diikuti seluruh badan tanpa kesulitan. Lain halnya pada presentasi bokong, secara berturut-turut bagian-bagian bayi yang semakin besar dan semakin padat akan dilahirkan. Penatalaksanaan persalinan pada letak sungsang yaitu:

a. Menentukan cara persalinan

Untuk menentukan cara persalinan pada presentasi bokong diperlukan pertimbangan berdasarkan ada tidaknya kontra indikasi persalinan vaginal, umur kehamilan, taksiran berat, dan persetujuan pasien. Percobaan persalinan vaginal tidak dilakukan apabila didapatkan kontra indikasi persalinan vaginal bagi ibu atau janin, presentasi kaki (dan variannya), hiperekstensi kepala janin, berat bayi >3600 gram, tidak adanya *informed consent*, dan tidak adanya petugas yang berpengalaman melakukan pertolongan.

Luaran yang buruk pada persalinan vaginal bergantung pada beberapa hal yaitu stimulasi persalinan, kala II > 60 menit, keterampilan penolong, persalinan kala I fase aktif yang lambat. Luaran tidak dipengaruhi oleh induksi persalinan dan anastesi epidural.

b. Melahirkan bayi presentasi bokong

Pada persalinan kala I perlu digunakan partograf untuk mendeteksi secara dini adanya kelambatan kemajuan persalinan. Dalam hal ini terjadi kelambatan kemajuan persalinan, stimulasi sebaiknya tidak dilakukan. Pengamatan terhadap terjadinya prolaps tali pusat atau kegawatan pada janin perlu dilakukan dengan seksama. Meskipun pengeluaran mekonium sering dijumpai pada presentasi bokong, mekonium yang keluar sebelum janin memasuki panggul dapat merupakan indikasi terjadinya kegawatan janin. Pembukaan harus sudah benar-benar lengkap sebelum memimpin ibu untuk mengejan. Sebelum pembukaan lengkap ibu juga diminta untuk tidak mengejan guna mencegah terjebaknya kepala akibat bagian janin yang lebih kecil lahir sebelum pembukaan lengkap.

Terdapat beberapa teknik untuk membantu kelahiran presentasi bokong, tetapi belum ada penelitian uji coba tentang teknik yang memberikan luaran baik. Prinsip untuk melahirkan bayi presentasi bokong secara vaginal adalah tidak tergesa-gesa, tidak melakukan tarikan, dan selalu menjaga agar punggung janin dalam posisi anterior. Siapkan peralatan resusitasi bayi dan petugas yang siap melakukannya. Menjelang pembukaan lengkap, kosongkan kandung kencing menggunakan kateter elastik. Ketika pembukaan sudah lengkap dan

perineum mulai teregang, letakkan ibu dalam posisi lithotomi.

c. Prosedur melahirkan presentasi bokong

Menurut Prawirohardjo (2009) prosedur melahirkan bokong dan kaki (dan kepala secara spontan) yaitu:

- 1) Biarkan persalinan berlangsung dengan sendirinya (tanpa intervensi apa pun) hingga bokong tampak di vulva.
- 2) Pastikan bahwa pembukaan sudah benar-benar lengkap sebelum memperkenalkan ibu mengejan.
- 3) Perhatikan hingga bokong membuka vulva.
- 4) Lakukan episiotomi bila perlu (pada perineum yang cukup elastis dengan introitus yang sudah lebar, episiotomi mungkin tidak diperlukan). Gunakan anastesi lokal sebelumnya.
- 5) Biarkan bokong lahir, bila tali pusat sudah tampak kendorkan. Perhatikan hingga tampak tulang belikat (skapula) janin mulai tampak di vulva. Awasi jangan melakukan tarikan atau tindakan apapun pada tahap ini.
- 6) Dengan lembut peganglah bokong dengan cara kedua ibu jari penolong sejajar sumbu panggul, sedang jari-jari yang lainnya memegang belakang pinggul janin.
- 7) Tanpa melakukan tarikan, angkatlah kaki, bokong, dan badan janin dengan kedua tangan penolong disesuaikan dengan sumbu panggul ibu (melengkung ventrokranial ke arah perut ibu) sehingga berturut-turut lahir perut, dada, bahu dan lengan, dagu, mulut, dan seluruh kepala.

- 8) Bila langkah pada no 7 tidak ada kemajuan dan atau tungkai tidak lahir secara spontan, maka lahirkan kaki satu persatu dengan cara berikut: dengan jari telunjuk dan jari tengah di belakang paha sebagai bidai lakukan eksorotasi paha sampai tungkai lahir.
- 9) Tentukan posisi lengan janin dengan cara merabanya di depan PAP, diatas kepala, atau dibelakang leher.
- 10) Selanjutnya lakukan langkah melahirkan lengan dengan kepala spontan.

Ada beberapa cara melahirkan bahu dan lengan yaitu:

- 1) Cara klasik (deventer)
Pegang bokong dengan menggunakan ibu jari berdampingan pada os sakrum dan jari lain di lipat paha. Kemudian janin ditarik kearah bawah, sehingga skapula berada dibawah simfisis. Lalu lahirkan bahu dan lengan belakang, kemudian lengan depan.
- 2) Cara Mueller
Tarik janin vertikal ke bawah lalu dilahirkan bahu dan lengan depan. Cara melahirkan bahu lengan depan bisa spontan atau dikait dengan satu jari menyapu muka. Lahirkan bahu belakang dengan menarik kaki keatas lalu bahu lengan belakang dikait menyapu kepala
- 3) Cara Lovset
Setelah sumbu bahu janin berada dalam ukuran muka belakang, tubuhnya ditarik kebawah lalu dilahirkan bahu serta lengan ke belakang. Setelah itu janin diputar 90 derajat sehingga bahu depan

menjadi bahu belakang, lalu dikeluarkan seperti biasa.

Ada beberapa cara melahirkan kepala yaitu:

1) Mauriceau (*veits smellie*)

Masukkan jari-jari dalam mulut (muka mengarah ke kiri = jari kiri, mengarah ke kanan= jari kanan). Letakkan anak menunggang pada lengan sementara tangan lain memegang tengkuk, lalu tarik ke bawah sampai rambut dan kepala dilahirkan. Kegunaan jari dalam mulut, hanya untuk menambah fleksi kepala.

2) De snoo

Tangan kiri menadah perut dan dada serta 2 jari diletakkan di leher (menunggang kuda). Tangan kanan menolong menekan di atas simfisis perbedaannya dengan Mauriceau ialah disini lengan tidak masuk dalam vagina

3) Wigand martin – winckel

Satu tangan (kiri) dalam jalan lahir dengan telunjuk dalam mulut janin sedang jari tengah dan ibu jari pada rahang bawah. Tangan lain menekan di atas simfisis atau fundus.

2.3.8 Komplikasi pada Letak Sungsang

2.3.8.1 Komplikasi pada ibu

Kompikasi pada ibu dapat terjadi apabila kondisi seperti pelepasan plasenta, perlukaan vagina dan serviks.

2.3.8.2 Komplikasi pada janin

Terjadinya komplikasi pada janin yaitu kematian perinatal, trauma pada bayi akibat tangan yang menjungkit, kepala

yang tengadah atau defleksi, asfiksia, perlukaan pada bagian abdominal atau pada leher.

2.4 Bayi Baru Lahir

2.4.1 Pengertian

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstra uterin) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik. Menurut Depkes RI (2005). Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram. Bayi baru lahir normal adalah berat lahir antara 2500-4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan kongenital (cacat bawaan) yang berat. (Marmi, 2012)

2.4.2 Tujuan penanganan bayi baru lahir

Menurut Prawirohardjo (2011), tujuan penanganan bayi baru lahir yaitu:

- 2.4.2.1 Membersihkan jalan nafas
- 2.4.2.2 Memotong dan merawat tali pusat
- 2.4.2.3 Mempertahankan suhu tubuh bayi
- 2.4.2.4 Identifikasi
- 2.4.2.5 Pencegahan infeksi

Pembersihan jalan nafas, perawatan tali pusat, perawatan mata, dan identifikasi adalah rutin segera dilakukan, kecuali bayi dalam keadaan krisis, dan terdapat instruksi khusus.

2.4.3 Ciri-ciri bayi baru lahir

Menurut Prawirohardjo (2011), ciri-ciri bayi baru lahir yaitu:

- 2.4.3.1 Berat badan normal 2.500-4.000 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 Frekuensi denyut jantung 120-160x/ menit
 - 2.4.3.6 Pernapasan \pm 40-60 x/ menit
 - 2.4.3.7 Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup, rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya terlihat sempurna.
 - 2.4.3.8 Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
 - 2.4.3.9 Kuku agak panjang dan lemas
 - 2.4.3.10 Refleks rooting (mencari puting susu dengan rangsangan taktil di pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik.
 - 2.4.3.11 Reflek sucking (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.
 - 2.4.3.12 Refleks grasping (menggenggam) sudah baik.
 - 2.4.3.13 Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama mekonium berwarna hitam kecoklatan.
 - 2.4.3.14 Genetalia:
 - a. Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang.
 - b. Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang serta adanya labia minora dan mayor.
- 2.4.4 Pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir
- Pemeriksaan dan pengkajian fisik pada bayi seharusnya menyeluruh dan komprehensif dan dilakukan oleh tenaga kesehatan serta bila memungkinkan di depan orang tua. Tujuannya untuk memeriksa dan mengkaji kondisi bayi baru lahir. (Prawirohardjo, 2011)

2.4.5 Asuhan bayi baru lahir normal

Menurut Marmi (2012), Asuhan bayi baru lahir normal yaitu:

2.4.5.1 Pencegahan infeksi

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

- a. Cuci tangan dengan seksama sebelum dan setelah bersentuhan dengan bayi.
- b. Pakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.
- c. Pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan, terutama klem, gunting, pengisap lendir DeLee, alat resusitasi dan benang tali pusat telah di Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) atau sterilisasi.
- d. Pastikan semua pakaian, handuk, selimut dan kain yang digunakan untuk bayi, sudah dalam keadaan bersih. Demikian pula timbangan, pita pengukur, termometer, stetoskop, dan benda-benda lain yang akan bersentuhan dengan bayi. Dekontaminasi dan cuci bersih semua peralatan setiap kali setelah digunakan.

2.4.5.2 Penilaian segera setelah lahir

Segera lakukan penilaian awal dengan menjawab 4 pertanyaan:

- a. Apakah bayi cukup bulan?
- b. Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium?
- c. Apakah bayi menangis atau bernafas?
- d. Apakah tonus otot baik?

Jika bayi tidak cukup bulan dan atau air ketuban bercampur mekonium dan atau tidak menangis atau tidak bernafas atau megap-megap dan atau tonus otot tidak baik lakukan langkah resusitasi.

2.4.5.3 Pencegahan kehilangan panas

Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relatif hangat. Bayi yang hipotermia sangat beresiko tinggi untuk mengalami sakit berat bahkan kematian.

a. Mekanisme kehilangan panas

Bayi baru lahir dapat kehilangan panas tubuhnya melalui cara-cara berikut:

- 1) Evaporasi adalah jalan utama bayi kehilangan panas. Kehilangan panas dapat terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan. Kehilangan panas juga terjadi pada bayi yang terlalu cepat dimandikan dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti.
- 2) Konduksi adalah kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Meja, tempat tidur atau timbangan yang temperaturnya lebih rendah dari tubuh bayi akan menyerap panas tubuh bayi melalui mekanisme konduksi apabila bayi diletakkan di atas benda-benda tersebut.
- 3) Konveksi adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang dilahirkan atau ditempatkan di dalam ruangan yang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas. Kehilangan panas juga terjadi jika aliran udara dari kipas angin, hembusan udara melalui ventilasi atau pendingin ruangan.

- 4) Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi. Bayi bisa kehilangan panas dengan cara ini karena benda-benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung).

b. Mencegah kehilangan panas

- 1) Meringankan tubuh bayi seluruhnya dengan selimut atau handuk yang hangat dan bersih.
- 2) Membungkus bayi, terutama bagian kepala bayi dengan selimut hangat dan kering.
- 3) Mengganti semua handuk atau selimut yang basah.
- 4) Tetap bungkus bayi sewaktu menimbang bayi.
- 5) Buka pembungkus bayi hanya pada daerah yang diperlukan saja.
- 6) Sediakan lingkungan yang hangat dan kering bagi bayi baru lahir.
- 7) Atur suhu ruangan atas kebutuhan bayi untuk memperoleh lingkungan yang lebih hangat.
- 8) Letakkan bayi di atas perut ibu supaya mereka dapat bersentuhan kulit ke kulit sambil menyelimuti keduanya dengan selimut yang kering dan hangat.
- 9) Hindari memandikan bayi hingga sedikitnya 6 jam tidak terdapat masalah dan jika suhu bayi berada 36,5°C atau lebih.
- 10) Bayi jangan dibedong terlalu ketat, karena akan menghambat gerakan bayi.

2.4.5.4 Merawat tali pusat

- a. Cuci tangan sebelum dan sesudah merawat tali pusat dengan sabun dan air mengalir.
- b. Jika puntung tali pusat kotor, bersihkan secara hati-hati dengan air DTT dan sabun dan segera keringkan secara seksama dengan menggunakan kain bersih.
- c. Jangan membungkus puntung tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apapun ke puntung tali pusat.
- d. Mengoleskan alkohol atau povidin iodine masih diperkenankan, tetapi tidak dikompreskan karena menyebabkan tali pusat basah/lembab.
- e. Bungkus dengan longgar/tidak terlalu rapat dengan kassa steril.
- f. Lipat popok di bawah puntung tali pusat.\
- g. Jelaskan pada ibu bahwa ia harus mencari bantuan ke petugas atau fasilitas kesehatan, jika pusat menjadi merah, bernanah dan/atau berbau.
- h. Jika pangkal tali pusat menjadi berdarah, merah meluas atau mengeluarkan nanah dan atau berbau, segera rujuk bayi ke fasilitas yang dilengkapi perawatan bayi baru lahir.

2.4.5.5 Pemberian ASI

- a. Inisiasi menyusui Dini
Segera setelah bayi lahir dan tali pusat diikat, letakkan bayi tengkurap di dada ibu dengan kulit bayi bersentuhan langsung ke kulit ibu. Biarkan kontak kulit ke kulit ini berlangsung setidaknya 1 jam atau lebih, bahkan sampai bayi dapat menyusu sendiri. Bayi diberi topi dan diselimuti .
- b. Langkah inisiasi menyusui dini yaitu:
 - 1) Lahirkan, lakukan penilaian pada bayi keringkan
 - 2) Lakukan kontak kulit dengan kulit selama paling sedikit satu jam

3) Biarkan bayi mencari dan menemukan puting ibu dan mulai menyusu

c. Pemberian ASI selanjutnya

Rangsang isapan bayi pada puting susu ibu akan diteruskan serabut syaraf ke hipofise anterior untuk mengeluarkan hormon prolaktin. Hormon ini yang memacu payudara untuk menghasilkan ASI. Semakin sering bayi mengisap puting susu akan semakin banyak prolaktin dan ASI dikeluarkan. Pada hari-hari pertama kelahiran bayi, apabila penghisapan puting susu cukup adekuat maka akan dihasilkan secara bertahap 10-100 ml ASI. Produksi ASI akan optimal setelah hari 10-14 usia bayi. Bayi sehat akan mengkonsumsi 700-800 ml ASI per hari (kisaran 600-1000 ml) untuk tumbuh kembang bayi.

1) Refleks laktasi

Dimana laktasi, terdapat 2 mekanisme refleksi pada ibu yaitu refleksi prolaktin dan refleksi oksitosin yang berperan dalam produksi ASI dan involusio uterus. Pada bayi terdapat 3 jenis refleksi yaitu:

- a) Refleks mencari puting susu (*rooting reflex*)
- b) Refleks menghisap (*sucking reflex*)
- c) Refleks menelan (*swallowing reflex*)

2) Pedoman menyusui

- a) Mulai menyusu segera setelah lahir
- b) Jangan berikan makanan dan minuman lain kepada bayi, sangat jarang ibu tidak memiliki air susu yang cukup.
- c) Berikan ASI eksklusif
- d) Berikan ASI pada bayi sesuai dorongan alamiahnya baik siang maupun malam (8-10 kali atau lebih dalam 24 jam) selama bayi menginginkannya.

3) Posisi menyusui

Posisi bayi saat menyusui sangat menentukan keberhasilan pemberian ASI dan mencegah lecet puting susu.

- a) Ibu harus mencari posisi yang nyaman, biasanya duduk tegak di tempat tidur atau kursi. Ibu harus merasa rileks.
- b) Lengan ibu menopang kepala, leher, dan seluruh badan bayi (kepala dan tubuh berada pada satu garis lurus), muka bayi menghadap ke payudara ibu, hidung bayi di depan puting susu ibu. Posisi bayi harus sedemikian rupa sehingga perut bayi menghadap ke ibu. Bayi seharusnya berbaring miring dengan seluruh tubuhnya menghadap ibu. Kepalanya harus sejajar dengan tubuhnya, tidak melengkung ke belakang ataupun menyamping, telinga, bahu, dan panggul bayi berada dalam satu garis lurus.

Ibu mendekatkan bayinya ke tubuhnya (muka bayi ke payudara ibu) dan mengamati bayi siap menyusui: membuka mulut, bergerak mencari dan menoleh. Bayi harus berada di dekat payudara ibu dan ibu tidak harus mencondongkan tubuhnya dan bayi tidak meregangkan leher untuk mencapai puting susu ibu.

- c) Ibu menyentuhkan puting susunya ke bibir bayi, menunggu hingga mulut bayi terbuka lebar kemudian mengarahkan mulut bayi ke puting susu ibu sehingga bibir bayi dapat menangkap puting susu tersebut. Ibu memegang payudaranya dengan satu tangan dengan cara meletakkan empat jarinya

dibagian bawah payudara dan ibu jari di atas. Ibu jari dan telunjuk harus membentuk huruf “C”. Semua jari tidak boleh terlalu dekat dengan areola.

- d) Sentuhkan puting ke bibir bawah bayi. Tunggu hingga bayi membuka mulutnya lebar-lebar, lalu cepat masukkan puting ke tengah mulut bayi, di atas lidahnya dan bawa bayi ke arah ibu. Bawa bayi ke arah ibu dan bukan mencondongkan tubuh ke arah bayi karena membawa bayi ke arah ibu akan memastikan posisi menyusui yang benar, perlekatan benar agar bayi tidak merasa putus asa dan tidak timbul masalah pada puting.
- e) Pastikan bahwa sebagian besar areola masuk ke dalam mulut bayi. Dagu bayi rapat ke payudara ibu dan hidungnya menyentuh bagian atas payudara. Bibir bawah bayi melengkung keluar.

2.4.5.6 Pencegahan infeksi mata

Salep mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan setelah 1 jam kontak kulit ke kulit dan bayi selesai menyusui. Pencegahan infeksi tersebut menggunakan antibiotika tetrasiklin 1 %. Salep antibiotika harus tepat diberikan pada waktu satu jam setelah kelahiran. Upaya profilaksis infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari satu jam setelah kelahiran.

2.4.5.7 Pemberian vitamin K

Semua bayi baru lahir harus diberikan vitamin K₁ injeksi 1 mg intramuskuler setelah 1 jam kontak kulit dan bayi selesai menyusui untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL.

2.4.5.8 Pemberian imunisasi

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

Imunisasi Hepatitis B pertama diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K₁, pada saat bayi baru berumur 2 jam. Selanjutnya Hepatitis B dan DPT diberikan saat bayi berumur 2 bulan, 3 bulan, dan 4 bulan. Dianjurkan BCG diberikan pada saat bayi berumur 24 jam atau pada usia 1 bulan. Selanjutnya polio doberikan sebanya 3 kali pada umur 2 bulan, 3 bulan, dan 4 bulan.

2.4.5.9 Pemeriksaan BBL

Pemeriksaan BBL dilakukan pada:

- a. Saat bayi berada di klinik (dalam 24 jam)
- b. Saat kunjungan tindak lanjut, yaitu 1 kali pada umur 1-3 hari, 1 kali pada umur 4-7 hari, dan 1 kali pada umur 8-28 hari.

2.4.6 Tanda-tanda bahaya bayi baru lahir

Menurut Prawirohardjo (2011) tanda-tanda bayi baru lahir ialah:

2.4.6.1 Bayi baru lahir dinyatakan sakit apabila mempunyai salah satu atau beberapa tanda-tanda berikut:

- a. Sesak nafas
- b. Frekuensi pernafasan 60 kali per menit
- c. Malas minum
- d. Panas atau suhu badan bayi rendah
- e. Kurang aktif
- f. Berat lahir rendah (1500-2500 gram) dengan kesulitan minum.

2.4.6.2 Tanda-tanda bayi sakit berat

- a. Sulit minum
- b. Sianosis sentral (lidah biru)
- c. Perut kembung
- d. Kejang/periode kejang-kejang kecil
- e. Merintih

- f. Perdarahan
- g. Sangat kuning
- h. Berat badan lahir <1500 gram

2.5 Masa Nifas

2.5.1 Definisi

Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. Puerperium ialah masa sesudah persalinan yang diperlukan untuk pulihnya kembali alat kandungan yang lamanya 6 minggu. (Saleha, 2009).

2.5.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas

Menurut Saleha (2009) tujuan dari pemberian asuhan kebidanan pada masa nifas adalah sebagai berikut.

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

2.5.2.2 Mendeteksi masalah, mengobati dan merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.

2.5.2.3 Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, imunisasi, serta perawatan bayi sehari-hari.

2.5.2.4 Memberikan pelayanan KB.

2.5.3 Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan masa nifas dilakukan paling sedikit empat kali. Kunjungan ini bertujuan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir juga untuk mencegah, mendeteksi, serta menangani masalah masalah yang terjadi (Saleha, 2009).

Tabel 2.8 Kunjungan pada Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> • Mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas • Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberi rujukan bila perdarahan berlanjut. • Memberikan konseling kepada ibu atau salah

		<p>satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu. • Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir. • Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia. <p>Jika bidan menolong persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi dalam keadaan stabil.</p>
2	6 hari setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> • Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau. • Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau kelainan pascamelahirkan. • Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat. • Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit. • Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat dan bagaimana menjaga bayi agar tetap hangat.
3	2 minggu setelah persalinan	Sama seperti di atas (enam hari setelah persalinan)
4	6 minggu setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> • Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami atau bayinya • Memberikan konseling untuk KB secara dini.

2.5.4 Tahapan Masa Nifas

Menurut Saleha (2009), ada beberapa tahapan masa nifas yaitu:

Tahapan yang terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut.

2.5.4.1 *Puerperium Dini*

Puerperium Dini yaitu kepulihan ibu dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.

2.5.4.2 *Puerperium Intermedial*

Puerperium Intermedial adalah kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.

2.5.4.3 *Remote Puerperium*

Remote Puerperium adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu

persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan atau tahunan.

2.5.5 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Menurut Saleha (2009), Perubahan fisiologis masa nifas yaitu:

2.5.5.1 Perubahan Sistem Reproduksi

a. Uterus

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana TFU-nya (Tinggi Fundus Uteri).

Tabel 2.9 TFU dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi

Involusi	TFU	Berat Uterus
Bayi Lahir	Setinggi pusat	1000 gr
1 minggu	Pertengahan pusat symfisis	750 gr
2 minggu	Tidak teraba di atas symfisis	500 gr
6 minggu	Normal	50 gr
8 minggu	Normal tapi sebelum hamil	30gr

b. *Lochea*

Lochea adalah cairan sekret yang berasal dari cavum uteri dan vagina selama masa nifas. *Lochea* terbagi menjadi empat jenis, yaitu: *lochea rubra*, *sanguilenta*, *serosa* dan *alba*. Perbedaan masing-masing lochea dapat dilihat sebagai berikut.

- 1) *Lochea Rubra (cruenta)* berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, set-set desidua, verniks caseosa, lanugo, dan mekonium selama 2 hari pascapersalinan. Inilah *lochea* yang akan keluar selama dua sampai tiga hari postpartum.
- 2) *Lochea Sanguilenta* berwarna merah kuning berisi darah dan lendir yang keluar pada hari ke-3 sampai ke-7 pascapersalinan.

- 3) *Lochea Serosa* adalah *lochea* berikutnya. Dimulai dengan versi yang lebih pucat dari *lochea rubra*. *Lochea* ini berbentuk serum dan berwarna merah jambu kemudian menjadi kuning. Cairan tidak berdarah lagi pada hari ke-7 sampai hari ke-14 pascapersalinan. *Lochea alba* mengandung terutama cairan serum, jaringan desidua, *leukosit* dan *eritrosit*.
- 4) *Lochea Alba* adalah *lochea* yang terakhir. Dimulai dari hari ke-14 kemudian makin lama makin sedikit hingga sama sekali berhenti sampai satu atau dua minggu berikutnya. Bentuknya seperti cairan putih berbentuk krim serta terdiri atas *leukosit* dan sel-sel desidua.

Lochea mempunyai bau yang khas, tidak seperti bau menstruasi. Bau ini lebih terasa tercium pada *Lochea Serosa*, bau ini juga semakin lebih keras jika bercampur dengan keringat dan harus lebih cermat membedakannya dengan bau busuk yang menandakan adanya infeksi. Hal yang biasa ditemui pada seorang wanita adalah adanya jumlah *lochea* yang sedikit pada saat ia berbaring dan jumlahnya meningkat pada saat ia berdiri. Jumlah rata-rata pengeluaran *lochea* adalah kira-kira 240-270 ml. (Saleha, 2009)

2.5.5.2 Proses Laktasi dan Menyusui

ASI eksklusif adalah pemberian ASI saja, termasuk kolostrum tanpa tambahan apa pun sejak dari lahir sampai dengan waktu 6 bulan, dengan kata lain pemberian susu formula, air matang, air gula, dan madu untuk bayi baru lahir tidak dibenarkan.

ASI baru akan keluar setelah ari-ari atau plasenta lepas. Plasenta mengandung hormon penghambat *prolaktin* (hormon plasenta) yang menghambat pembentukan ASI. Setelah plasenta lepas, hormon plasenta tersebut tidak diproduksi lagi, sehingga susu pun keluar. Umumnya ASI keluar 2-3 hari setelah melahirkan. Namun, sebelumnya di payudara sudah terbentuk kolostrum yang baik sekali untuk bayi, karena mengandung zat kaya gizi dan antibodi pembunuh kuman. (Prawirohardjo, 2010)

Kolostrum mengandung sel darah putih dan antibodi yang paling tinggi daripada ASI sebenarnya, khususnya kandungan *Imunoglobulin A* (IgA), yang membantu melapisi usus bayi yang masih rentan dan mencegah kuman memasuki bayi. IgA ini juga membantu dalam mencegah bayi mengalami alergi makanan. (Prawirohardjo, 2010)

Inisiasi Menyusui Dini (*early initiation*) atau permulaan menyusui dini adalah bayi mulai menyusui sendiri segera setelah lahir. Cara bayi melakukan inisiasi menyusui dini ini dinamakan *the breast crawl* atau merangkak mencari payudara. Jika bayi baru lahir segera dikeringkan dan diletakan di perut ibu dengan kontak kulit ke kulit dan tidak dipisahkan dari ibunya setidaknya satu jam. (Prawirohardjo, 2010)

2.5.6 Kebutuhan Dasar Ibu pada Masa Nifas

Menurut Saleha (2009) kebutuhan dasar ibu pada masa nifas ialah:

2.5.6.1 Nutrisi dan Cairan

Pada masa nifas masalah diet perlu mendapat perhatian yang serius, karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat memengaruhi susunan air susu. Diet yang diberikan harus bermutu, bergizi tinggi, cukup kalori, tinggi protein, dan banyak mengandung cairan.

Ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan akan gizi sebagai berikut.

- a. Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari.
- b. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup.
- c. Minum sedikitnya 3 liter setiap hari.
- d. Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pascapersalinan.
- e. Minum kapsul vitamin A 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

2.5.6.2 Ambulasi

Menurut Prawirohardjo (2010), ambulasi dini (*early ambulation*) ialah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu postpartum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan.

Sekarang tidak perlu lagi menahan ibu postpartum telentang ditempat tidurnya selama 7-14 hari setelah melahirkan. Ibu postpartum sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam postpartum. Keuntungan *early ambulation* adalah sebagai berikut.

- a. Ibu merasa lebih shat dan kuat dengan *early ambulation*.
- b. Faal usus dan kandung kemih lebih baik.
- c. *Early ambulation* memungkinkan kita mengajarkan ibu cara merawat anaknya selama ibu masih di rumah sakit. Misalnya memandikan, mengganti pakaian, dan memberi makan.
- d. Menurut penelitian, *early ambulation* tidak mempunyai pengaruh yang buruk, tidak menyebabkan perdarahan yang abnormal, tidak mempengaruhi penyembuhan luka

episiotomi atau luka di perut, serta tidak memperbesar kemungkinan prolapsis atau retrotexto uteri.

2.5.6.3 Eliminasi

Menurut Saleha (2009), Eliminasi pada masa nifas ialah:

a. Buang Air Kecil

Ibu diminta untuk buang air kecil (*miksi*) 6 jam postpartum. Jika dalam 8 jam postpartum belum dapat berkemih atau sekali berkemih belum melebihi 100 cc, maka dilakukan kateterisasi. Akan tetapi, kalau ternyata kandung kemih penuh, tidak perlu menunggu 8 jam untuk kateterisasi.

Berikut ini sebab-sebab terjadinya kesulitan berkemih (*retensio urine*) pada postpartum.

- 1) Berkurangnya tekanan intraabdominal.
- 2) Otot-otot perut masih lemah.
- 3) Edema dan uretra.
- 4) Dinding kandung kemih kurang sensitif.

b. Buang Air Besar

Ibu postpartum diharapkan dapat buang air besar (*defekasi*) setelah kedua postpartum. Jika hari ketiga belum juga BAB, maka perlu diberi obat pencahar per oral atau per rektal.

c. Personal Hygiene

Pada masa postpartum, seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi tersebut. Langkah-langkah yang dapat dilakukan untuk menjaga kebersihan diri ibu postpartum adalah sebagai berikut.

- 1) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh, terutama perineum.
- 2) Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah di sekitar vulva

terlebih dahulu, dari depan ke belakang, kemudian membersihkan vulva setiap kali selesai buang air kecil atau besar.

- 3) Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik dan dikeringkan di bawah matahari dan disetrika.
- 4) Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.
- 5) Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah tersebut.

2.5.6.4 Istirahat dan Tidur

Menurut Saleha (2009), hal-hal yang bisa dilakukan pada ibu untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur adalah sebagai berikut.

- a. Anjurkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
- b. Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur.
- c. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal :
 - 1) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi.
 - 2) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan.
 - 3) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

2.5.6.5 Aktivitas Seksual

Menurut Saleha (2009), aktivitas seksual yang dapat dilakukan oleh ibu masa nifas harus memenuhi syarat sebagai berikut ini.

- a. Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu-satu dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri, maka ibu aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.
- b. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinana, keputusan ini bergantung pada pasangan yang bersangkutan.

2.5.6.6 Latihan dan Senam Nifas

Setelah persalinan terjadi involusi pada hampir seluruh organ tubuh wanita. Involusi ini sangat jelas terlihat pada alat-alat kandungan. Sebagai akibat kehamilan dinding perut menjadi lembek dan lemas disertai adanya striae gravidarum yang membuat keindahan tubuh akan sangat terganggu. Oleh karena itu, untuk mengembalikan bentuk tubuh menjadi indah seperti semula adalah melakukan latihan dan senam nifas. (Prawirohardjo, 2010)

2.5.6.7 Tanda-Tanda Bahaya pada Masa Nifas

Tanda-tanda bahaya pada masa nifas seperti demam, perdarahan aktif, keluar banyak bekuan darah, bau busuk dari vagina, pusing, lemas luar biasa, penyulit dalam menyusukan bayinya, dan nyeri panggul atau abdomen yang lebih hebat dari nyeri kontraksi biasa. (JNPK-KR, 2008)

2.5.7 Program dan Kebijakan Teknis Masa Nifas

Menurut Prawirohardjo (2010), Standar pelayanan nifas seperti berikut.

2.5.7.1 Perawatan Bayi Baru Lahir

Pernyataan Standar:

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.

2.5.7.2 Penanganan pada Dua Jam Pertama Setelah Persalinan

Pernyataan Standar:

Bidan melakukan pemantauan ibu dan bayi terhadap terjadinya komplikasi dalam dua jam setelah persalinan, serta melakukan tindakan yang diperlukan. Di samping itu, bidan memberikan penjelasan tentang hal-hal yang mempercepat pulihnya kesehatan ibu, dan membantu ibu untuk memulai pemberian ASI.

2.5.7.3 Pelayanan bagi Ibu dan Bayi pada Masa Nifas

Pernyataan Standar:

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 perorangan, makanan bergizi, perawatan bayi baru lahir, pemberian ASI, imunisasi dan KB.

2.5.8 Keluarga Berencana

2.5.8.1 Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga berencana (*family planning/planned parenthood*) merupakan suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi. (Sulistyawati, 2011)

Keluarga berencana menurut Undang-Undang no 10 tahun 1992 (tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera) adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera. (Arum, 2011)

2.5.8.2 Tujuan Keluarga Berencana

Membentuk keluarga kecil yang sejahtera dan sesuai dengan ekonomi yang dimiliki dan menekan jumlah penduduk serta menyeimbangkan jumlah kebutuhan dan jumlah penduduk.

2.5.9 Pembagian Alat Kontrasepsi

Menurut Sulistyawati (2011) pembagian alat kontrasepsi atau KB ialah:

2.5.9.1 Metode kalender

Metode ini digunakan prinsip pantang berkala, yaitu tidak melakukan masa subur istri. Untuk menentukan masa subur istri digunakan 3 patokan :

- a. Ovulasi terjadi 14 hari kurang lebih sebelum haid yang akan datang.
- b. Sperma dapat hidup selama 48 jam setelah ejakulasi.
- c. Ovum dapat hidup 24 jam setelah ovulasi

Apabila konsepsi ingin dicegah koitus harus dihindari sekurang – kurangnya selama tiga har(72 jam), yaitu 48 jam

sebelum ovulasi dan 24 jam setelah ovulasi . Metode ini hanya digunakan pada wanita yang daur menstruasinya teratur.

2.5.9.2 Koitus interruptus (senggama terputus)

Cara kerjanya adalah dengan cara mengeluarkan alat kelamin pria (penis) sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk kedalam vagina dan kehamilan dapat dicegah. Manfaat dari metode ini yaitu tidak mengganggu produksi ASI, tidak ada efek samping, dapat digunakan setiap waktu, tidak membutuhkan biaya, meningkatkan keterlibatan pria dalam KB dan memungkinkan hubungan lebih dekat dan pengertian yang sangat dekat antar pasangan.

2.5.9.3 Kondom

Prinsipnya yaitu menghalangi masuknya sperma kedalam vagina sehingga pertumbuhan dapat dicegah. Terdapat 2 model kondom :

a. Kondom untuk pria

Kondom untuk pria merupakan bahan karet atau bahan yang sejenis yang kuat, tipis dan elastis. Benda tersebut ditarik menutupi penis yang sedang ereksi untuk menampung semen selama ejakulasi dan mencegah sperma masuk kedalam vagina.

b. Kondom untuk wanita (Diafragma)

Terbuat dari lapisan poliuretan tipis dengan cincin dalam yang fleksibel dan dapat digerakan pada ujung yang tertutup yang dimasukan kedalam vagina, dan cincin yang kaku lebih besar pada ujung yang lebih terbuka dibagian depan yang tetap berada didalam vagina dan terlindungi intoitus.

2.5.9.4 Pil KB

a. Jenis pil KB

- 1) *Monofasik* yaitu pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- 2) *Bifasik* yaitu pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin dengan 2 dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- 3) *Trifasik* yaitu pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin dengan 3 dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

b. Cara kerja

Menekan ovulasi, mencegah implantasi, lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma, pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu.

2.5.9.5 MAL

Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah metode kontrasepsi sementara yang mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya memberikan ASI saja tanpa makanan tambahan dan minuman lainnya. Efektivitas menyusui anak dapat mencegah terjadinya ovulasi dan memperpanjang amenorea postpartum.

a. Keuntungan

- 1) Efektifitas tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan pasca persalinan.
- 2) Segera efektif.
- 3) Tidak mengganggu senggama.

- 4) Tidak ada efek samping secara sistemik.
- 5) Tidak perlu pengawasan medis.
- 6) Tidak perlu obat atau alat.
- 7) Tanpa biaya.
- 8) Menstruasi sudah mulai kembali.
- 9) Bayi sudah tidak terlalu sering menyusui (on demand).
- 10) Bayi sudah berusia 6 bulan atau lebih

c. Kerugian

- 1) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan.
- 2) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial.
- 3) Efektifitas tinggi hanya sampai kembalinya haid sampai dengan 6 bulan. Hanya wanita amenore yang memberikan ASI secara eksklusif dengan interval teratur, termasuk pada waktu malam hari, yang selama 6 bulan pertama mendapatkan perlindungan kontraseptif sama dengan perlindungan yang diberikan oleh kontrasepsi oral. Dengan munculnya menstruasi atau setelah 6 bulan, resiko ovulasi meningkat.

2.5.9.6 Implant

Implant KB dikenalkan di Indonesia sejak 1982 dan dapat diterima masyarakat Indonesia sehingga Indonesia merupakan Negara terbesar pemakai implant KB. Susuk KB disebut alat KB bawah kulit (AKBK). Setiap kapsul mengandung 36 mgr levonorgestrel yang akan dikeluarkan setiap harinya sebanyak 80 mcg. Konsep mekanisme kerjanya sebagai progesterone yang dapat menghalangi pengeluaran LH sehingga tidak terjadi ovulasi, mengentalkan lender serviks dan menghalangi migrasi spermatozoa dan menyebabkan situasi endometrium tidak siap menjadi tempat nidasi.

2.5.9.7 MOP

Merupakan suatu metode kontrasepsi operatif minor pada pria yang sangat aman, sederhana dan efektif, memerlukan waktu yang sangat singkat dan tidak memerlukan anestesi umum.

2.5.9.8 MOW

Tubektomi pada wanita adalah tindakan yang dilakukan pada kedua saluran telur wanita yang mengakibatkan orang yang bersangkutan tidak memiliki keturunan lagi. Kontrasepsi ini digunakan untuk jangka waktu panjang.

2.5.9.9 AKDR

AKDR adalah bahan inert sintetis (dengan atau tanpa unsur tambahan untuk sinergi efektivitas) dengan berbagai bentuk yang dipasangkan dalam rahim untuk menghasilkan efek kontraseptif.

2.5.9.10 KB Suntik

Metode suntikan KB telah menjadi gerakan keluarga berencana nasional serta peminatnya semakin bertambah. Tingginya peminat suntikan KB oleh karenanya aman, sederhana, efektif, tidak menimbulkan gangguan dan dapat digunakan pasca persalinan. Jenis KB suntik dibagi menjadi 2 jenis yaitu :

- a. KB Suntik 3 bulan adalah jenis suntikan yang mengandung hormon Medroxyprogesteron Acetate (hormon progestin) dengan volume 150 mg. Alat kontrasepsi ini diberikan setiap 3 bulan atau 12 minggu (6 minggu setelah melahirkan).
- b. KB Suntik 1 bulan adalah jenis suntikan KB yang diberikan 1 bulan sekali. Dengan pemberian suntikan yang sama dengan suntik 3 bulan, yaitu setelah 7 hari pertama periode menstruasi.