

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Medis

1. Tinjauan Konsep Kehamilan

a. Definisi Kehamilan Trimester III

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, di mana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Prawirohardjo, 2016).

Proses kehamilan merupakan matarantai yang bersinambung dan terdiri dari: ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2010).

b. Perubahan Fisiologis pada Masa Kehamilan Trimester III

1) Perubahan pada Organ-Organ Sistem Reproduksi

a) Uterus

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta, amnion) sampai persalinan. Uterus mempunyai kemampuan yang luar biasa untuk bertambah besar dengan cepat selama kehamilan dan pulih kembali seperti keadaan semula dalam beberapa minggu setelah persalinan. Pada perempuan tidak hamil uterus mempunyai berat 70 gram dan kapasitas 10 ml atau kurang. Selama kehamilan, uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta, dan cairan amnion rata-rata pada akhir kehamilan volume totalnya mencapai 5 liter bahkan dapat mencapai 20 liter atau lebih dengan berat rata-rata 1100 gram (Prawirohardjo, 2016).

Menurut Sukarni dan Margareth (2013) uterus tumbuh membesar primer, maupun sekunder akibat pertumbuhan konsepsi intrauterin. Estrogen menyebabkan hiperplasi jaringan, progesteron berperan untuk elastisitas / kelenturan

uterus. Berikut taksiran kasar perbesaran uterus pada perabaan tinggi fundus :

- (1) Tidak hamil / normal : sebesar telur ayam (+ 30 gram)
- (2) Kehamilan 8 minggu : telur bebek
- (3) Kehamilan 12 minggu : telur angsa
- (4) Kehamilan 16 minggu : pertengahan simfisis-pusat
- (5) Kehamilan 20 minggu : pinggir bawah pusat
- (6) Kehamilan 24 minggu : pinggir atas pusat
- (7) Kehamilan 28 minggu : sepertiga pusat-xiphoid
- (8) Kehamilan 32 minggu : pertengahan pusat-xiphoid
- (9) 36-42 minggu : 3 sampai 1 jari bawah xiphoid

Hubungan antara besarnya rahim dan usia kehamilan penting untuk diketahui karena kemungkinan penyimpangan kehamilan seperti hamil kembar, hamil mola hidatidosa, hamil dengan hidramnion yang akan teraba lebih besar (Manuaba, 2010).

b) Serviks

Menurut Prawirohardjo (2016) pada saat kehamilan mendekati aterm, terjadi penurunan lebih lanjut dari konsentrasi kolagen. Konsentrasinya menurun secara nyata dari keadaan yang relative dilusi dalam keadaan menyebar

(dispersi) dan ter-remodel menjadi serat. Dispersi meningkat oleh peningkatan rasio dekorin terhadap kolagen.

Karena serabut terdispersi, konsentrasi air meningkat seperti juga halnya asam hialuronat dan glikosaminoglikan. Asam hialuronat disekresikan oleh fibroblast dan memiliki afinitas yang tinggi terhadap molekul air. Penurunan konsentrasi kolagen lebih lanjut ini secara klinis terbukti dengan melunaknya serviks. Beberapa perubahan ini berhubungan dengan dispersi kolagen yang terjadi lebih awal pada kehamilan dan mengakibatkan keadaan patologis seperti serviks inkompeten.

Proses *remodelling* sangat kompleks dan melibatkan proses kaskade biokimia, interaksi antara komponen selular dan matriks ekstraselular, serta infiltrasi stroma serviks oleh sel-sel inflamasi seperti netrofil dan makrofag. Proses *remodelling* ini berfungsi agar uterus dapat mempertahankan kehamilan sampai aterm dan kemudian proses destruksi serviks yang membuatnya berdilatasi memfasilitasi persalinan.

Proses perbaikan serviks terjadi setelah persalinan sehingga siklus kehamilan yang berikutnya akan berulang. Waktu yang tidak tepat bagi perubahan kompleks ini akan

mengakibatkan persalinan preterm, penundaan persalinan menjadi *postterm* dan bahkan gangguan persalinan spontan (Prawirohardjo, 2016).

c) Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6 – 7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relative minimal (Prawirohardjo, 2016).

d) Vagina dan Perineum

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hyperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot di perineum dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat berwarna keunguan yang dikenal dengan tanda Chadwick. Perubahan ini meliputi penipisan mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan hipertrofi dari sel-sel otot polos.

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat, dan hipertrofi sel otot polos.

Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina. Papilla mukosa juga mengalami hipertrofi dengan gambaran seperti paku sepatu.

Peningkatan volume sekresi vagina juga terjadi, di mana sekresi akan berwarna keputihan, menebal, dan pH antara 3,5 – 6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laktat glikogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari *Lactobacillus acidophilus* (Prawirohardjo, 2016).

e) Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudara menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena di bawah kulit akan lebih terlihat. Putting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak. Setelah bulan pertama suatu cairan berwarna kekuningan yang disebut kolostrum dapat keluar. Kolostrum ini berasal dari kelenjar-kelenjar asinus yang mulai bersekresi. Meskipun dapat dikeluarkan, air susu belum dapat diproduksi karena hormon prolaktin ditekan oleh *prolactin inhibiting hormone*. Setelah persalinan kadar progesteron dan estrogen akan menurun sehingga pengaruh inhibisi progesteron terhadap α -laktalbumin akan hilang. Peningkatan prolaktin

akan merangsang sintesis laktose dan pada akhirnya akan meningkatkan produksi air susu. Pada bulan yang sama areola akan lebih besar dan kehitaman. Kelenjar *Montgomery*, yaitu kelenjar sebacea dari areola, akan membesar dan cenderung untuk menonjol keluar. Jika payudara makin membesar, striae seperti yang terlihat pada perut akan muncul. Ukuran payudara sebelum kehamilan tidak mempunyai hubungan dengan banyaknya air susu yang akan dihasilkan (Prawirohardjo, 2016).

Menurut (Manuaba, 2010) payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi. Perkembangan payudara tidak dapat dilepaskan dari pengaruh hormon saat kehamilan, yaitu estrogen, progesteron, dan stromatomotrofin. Fungsi hormon mempersiapkan payudara untuk pemberian ASI dijabarkan sebagai berikut :

(1) Estrogen, berfungsi :

- (a) Menimbulkan hipertrofi sistem saluran payudara.
- (b) Menimbulkan penimbunan lemak dan air serta garam sehingga payudara tampak makin membesar.

(c) Tekanan serat saraf akibat penimbunan lemak, air, dan garam menyebabkan rasa sakit pada payudara.

(2) Progesteron, berfungsi :

- (a) Mempersiapkan asinus, sehingga dapat berfungsi.
- (b) Meningkatkan jumlah sel asinus.

(3) Somatomotrofin, berfungsi :

- (a) Memengaruhi sel asinus untuk membuat kasein, laktoalbumin, dan laktoglobulin.
- (b) Merangsang pengeluaran kolostrum pada kehamilan.

2) Perubahan pada Organ-Organ Sistem Tubuh Lainnya

a) Sistem respirasi

Pada kehamilan, terjadi perubahan sistem respirasi untuk dapat memenuhi kebutuhan O_2 . Disamping itu terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar pada usia kehamilan 32 minggu. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O_2 yang meningkat, ibu hamil akan bernapas lebih dalam sekitar 20% – 25% daripada biasanya (Manuaba, 2010).

Menurut (Sukarni, 2013) kebutuhan oksigen meningkat 20%, diafragma juga terdorong ke kranial sehingga terjadi

hiperventilasi dangkal (20 – 24 ×/menit) akibat compliansi dada (*chest compliance*) menurun. Volume tidal meningkat. Volume residu paru (*functional residual capacity*) menurun. Kapasitas vital menurun.

b) Sistem gastrointestinal

Menurut Sukarni dan Margareth (2013) estrogen dan hCG meningkat dengan efek samping mual dan muntah-muntah, selain itu terjadi juga perubahan peristaltik dengan gejala sering kembung, konstipasi, lebih sering lapar/perasaan ingin makan terus (mengidam), juga akibat peningkatan asam lambung. Pada keadaan patologik tertentu dapat terjadi muntah-muntah banyak sampai lebih dari 10 kali per hari (*hiperemesis gravidarum*).

c) Perubahan metabolik

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah, dan cairan ekstraselular. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg.

Tabel 2.1 Rekomendasi Penambahan Berat Badan Selama Kehamilan Berdasarkan Indeks Massa Tubuh

Kategori	IMT	Rekomendasi (kg)
Rendah	< 19,8	12,5 – 18
Normal	19,8 – 26	11,5 – 16

Tinggi	26 –29	7 –11,5
Obesitas	> 29	≥ 7
Gemeli		16 –20,5

Sumber : Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo 2016

Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg.

d) Sistem kardiovaskular

Pada minggu ke-5 *cardiac output* akan meningkat dan perubahan ini terjadi untuk mengurangi resistensi vaskular sistemik. Selain itu, juga terjadi peningkatan denyut jantung. Antara minggu ke-10 dan 20 terjadi peningkatan volume plasma sehingga juga terjadi peningkatan preload. Performa ventrikel selama kehamilan dipengaruhi oleh penurunan resistensi vaskular sistemik dan perubahan pada aliran pulsasi arterial. Kapasitas vaskular juga akan meningkat untuk memenuhi kebutuhan. Peningkatan estrogen dan progesteron juga akan menyebabkan terjadinya vasodilatasi dan penurunan resistensi vaskular perifer.

Ventrikel kiri akan mengalami hipertrofi dan dilatasi untuk memfasilitasi perubahan *cardiac output*, tetapi kontraktilitasnya tidak berubah. Bersamaan dengan perubahan posisi diafragma, apeks akan bergerak ke anterior dan ke kiri, sehingga pada pemeriksaan EKG akan terjadi deviasi aksis kiri, depresi segmen ST, dan *inverse* atau pendataran gelombang T pada *lead III* (Prawirohardjo, 2016).

e) Traktus digestivus

Perubahan yang nyata akan terjadi pada penurunan motilitas otot polos pada traktus digestivus dan penurunan sekresi pada asam hidroklorid dan peptin di lambung sehingga akan menimbulkan gejala berupa *pyrosis (heartburn)* yang disebabkan oleh refluks asam lambung ke esofagus bawah sebagai akibat perubahan posisi lambung dan menurunnya tonus sfingter esofagus bagian bawah. Mual terjadi akibat penurunan asam hidroklorid dan penurunan motilitas, serta konstipasi sebagai akibat penurunan motilitas usus besar.

Gusi akan menjadi lebih hiperemesis dan lunak sehingga dengan trauma sedang saja bisa menyebabkan perdarahan. Epulis selama kehamilan akan muncul, tetapi setelah persalinan akan berkurang secara spontan. Hemorrhoid

juga merupakan suatu hal yang sering terjadi sebagai akibat konstipasi dan peningkatan tekanan vena pada bagian bawah karena pembesaran uterus.

Hati pada manusia tidak mengalami perubahan selama kehamilan baik secara anatomi maupun morfologik. Pada fungsi hati kadar alkalin fosfatase akan meningkat hamper dua kali lipat, sedangkan serum aspartat transamin, alani transamin, γ -glutamil transferase, albumin, dan bilirubin akan menurun (Prawirohardjo, 2016).

f) Traktus urinarius

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kemih akan tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga menimbulkan sering berkemih. Keadaan ini akan hilang dengan makin tuanya kehamilan bila uterus keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, jika kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul, keluhan itu akan timbul kembali.

Ginjal akan membesar, *glomerular filtration rate*, dan *renal plasma flow* juga akan meningkat. Pada ekskresi akan dijumpai kadar asam amino dan vitamin yang larut air dalam jumlah yang lebih banyak. Glukosuria juga merupakan suatu hal yang umum, tetapi kemungkinan adanya diabetes mellitus

juga harus tetap diperhitungkan. Sementara itu, proteinuria dan hematuria merupakan suatu hal yang abnormal. Pada fungsi renal akan dijumpai peningkatan *creatinine clearance* lebih tinggi 30 %.

Pada ureter akan terjadi dilatasi di mana sisi kanan akan lebih membesar dibandingkan ureter kiri. Hal ini diperkirakan karena ureter kiri dilindungi oleh kolon sigmoid dan adanya tekanan yang kuat pada sisi kanan uterus sebagai konsekuensi dari dekstrorotasi uterus. Ovarium kanan dengan posisi melintang di atas ureter kanan juga diperkirakan sebagai faktor penyebabnya. Penyebab lainnya diduga karena pengaruh hormon progesteron (Prawirohardjo, 2016).

g) Sistem endokrin

Selama kehamilan normal kelenjar hipofisis akan membesar ± 135 %. Akan tetapi, kelenjar ini tidak begitu mempunyai arti penting dalam kehamilan. Pada perempuan yang mengalami hipofisektomi persalinan dapat berjalan dengan lancar. Hormon prolaktin akan meningkat 10 x lipat pada saat kehamilan aterm. Sebaliknya setelah persalinan konsentrasinya pada plasma akan menurun. Hal ini juga ditemukan pada ibu-ibu yang menyusui. Kelenjar tiroid akan

mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat hyperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Prawirohardjo, 2016).

h) Sistem muskuloskeletal

Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah dua tungkai. Sendi sakroiliaka, sakrokoksigis dan pubis akan meningkat mobilitasnya, yang diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap ibu dan pada akhirnya menyebabkan perasaan tidak enak pada bagian bawah punggung terutama pada akhir kehamilan (Prawirohardjo, 2016).

i) Kulit

Menurut Sukarni dan Margareth (2013) peningkatan aktifitas melanophore stimulating hormone menyebabkan perubahan berupa hiperpigmentasi pada wajah (*cloasma gravidarum*), payudara, *linea alba*, *striae lividae* pada perut, dsb.

3) Perubahan Psikologis pada Ibu Hamil Trimester III

Menurut Sukarni dan Margareth (2013) sikap/penerimaan terhadap keadaan hamilnya sangat mempengaruhi kesehatan/keadaan umum ibu serta keadaan janin dalam kehamilannya.

Trimester ketiga disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga ia menjadi tidak sabar menanti kehadiran sang bayi. Ada perasaan was-was mengingat bayi dapat lahir kapan pun. Hal ini membuatnya berjaga-jaga sementara ia memperhatikan dan menunggu tanda dan gejala persalinan muncul (Varney, 2008).

c. Kebutuhan Fisik Ibu Hamil

1) Kebutuhan Energi

Kebutuhan energi pada ibu hamil tergantung pada BB sebelum hamil dan penambahan BB selama kehamilan, karena adanya peningkatan basal metabolisme dan pertumbuhan janin yang pesat terutama pada trimester II dan III. Direkomendasikan penambahan jumlah kalori sebesar 285-300 kalori per hari dibanding saat tidak hamil. Berdasarkan perhitungan, pada akhir

kehamilan dibutuhkan sekitar 80.000 kalori lebih banyak dari kebutuhan kalori sebelum hamil (Marmi, 2014).

2) Protein

Tambahan protein diperlukan untuk kebutuhan janin, uterus, jaringan payudara, hormon, penambahan cairan darah ibu serta persiapan laktasi. Tambahan protein yang diperlukan selama kehamilan sebanyak 12 gr/hari : (71 gram) (Marmi, 2014).

3) Karbohidrat

Karbohidrat merupakan sumber utama untuk tambahan kalori yang dibutuhkan selama kehamilan. Selain mengandung vitamin dan mineral, karbohidrat juga meningkatkan asupan serat untuk mencegah terjadinya konstipasi atau sulit buang air besar dan wasir (Marmi, 2014).

4) Vitamin dan Mineral

Wanita hamil juga banyak membutuhkan lebih banyak vitamin dan mineral dibanding sebelum hamil untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin serta proses diferensiasi sel.

Tabel 2.2 Kebutuhan Gizi pada Wanita Dewasa

Zat Gizi	Satuan	Wanita Dewasa	Ibu Hamil
Energi	Kal	2200	2485
Protein	Gr	48	60
Vitamin A	RE	500	700
Vitamin D	Ug	5	15
Vitamin E	Mg	8	18
Vitamin K	Mg	65	130
Thiamin	Mg	1,0	1,2
Riboplavin	Mg	1,2	1,4
Niacin	Mg	9	9,2
Vitamin B12	Mg	1,0	1,3
Asam Folat	Ug	150	300
Piridoksin	Mg	1,6	3,8
Vitamin C	Mg	60	70
Kalsium	Mg	500	900
Fosfor	Mg	450	650
Zat Besi	Mg	26	46
Seng	Mg	15	20
Yodium	Ug	150	175
Selenium	Ug	55	70

Sumber : *Marmi Gizi dalam Kesehatan Reproduksi 2014*

5) Kebutuhan Istirahat

Ibu hamil memerlukan energi lebih banyak daripada ibu yang sedang tidak hamil. Penting bagi ibu hamil untuk memulihkan tenaga setelah beraktifitas dengan istirahat atau tidur. Ibu hamil memerlukan sekitar delapan jam untuk tidur di malam hari, selain itu tidur siang juga dibutuhkan oleh ibu hamil. Ibu hamil terutama sudah memasuki trimester III memerlukan istirahat seperti duduk di sela-sela melakukan kegiatan rutinya (Sukorini, 2017).

6) Kebutuhan Olahraga

Senam hamil memberikan banyak manfaat, antara lain penurunan berat badan yang berlebih, meningkatnya energy dan stamina, dan memberikan ketenangan (relaksasi) pada tubuh ibu hamil. Latihan dalam senam hamil terdiri dari pemanasan, inti, latihan pernafasan dan pendinginan. Gerakan-gerakan dalam latihan pemanasan bermanfaat untuk meningkatkan oksigen yang diangkut ke otot dan jaringan tubuh, memperlancar peredaran darah, serta mengurangi risiko terjadinya kejang atau luka. Sedangkan tujuan gerakan dalam latihan inti adalah pembentukan sikap tubuh, meregangkan dan menguatkan otot terutama otot yang berperan dalam persalinan serta memperbaiki kerja jantung, pembuluh darah, dan paru dalam mengedarkan nutrisi dan oksigen ke seluruh tubuh. Sehingga dapat menurunkan ketidaknyamanan fisik dan mengurangi keluhan-keluhan ibu hamil (Wahyuni, 2013).

7) Kebutuhan Seksual

Wanita hamil mengalami penurunan hasrat selama kehamilan, meningkat di kehamilan lanjut dan menurun di kehamilan akhir hal tersebut disebabkan oleh perubahan hasrat dalam hubungan seks saat hamil mengalami penurunan dan tidak

ada keinginan untuk melakukan hubungan seksual pada saat awal kehamilan (Pramudawardhani, 2017).

d. Ketidaknyamanan dalam Kehamilan Trimester III

1) Keletihan

Keletihan dikarenakan peningkatan hormon progesteron yang menyebabkan tidur. Keletihan akan hilang pada akhir trimester pertama. Cara mengatasi hal tersebut dengan meyakinkan kembali pada ibu bahwa keletihan adalah hal yang normal dan akan hilang pada trimester kedua. Anjurkan ibu untuk sering beristirahat di siang hari (Varney, 2008).

2) Sering berkemih

Efek lightening adalah bagian presentasi akan turun menurun masuk ke dalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. Uterus yang membesar atau bagian presentasi uterus juga mengambil ruang didalam rongga panggul sehingga ruang untuk distensi kandung kemih lebih kecil sebelum wanita tersebut perlu untuk berkemih. Cara mengatasi hal tersebut dengan mengatur pola berkemih dan mengurangi asupan cairan sebelum tidur (Varney, 2008).

3) Nyeri ulu hati

Nyeri ulu hati muncul menjelang akhir trimester kedua dan bertahan hingga trimester ketiga adalah refleksi isi lambung yang asam menuju esophagus bagian bawah akibat peristaltic balik. Cara mengatasinya yaitu dengan makan sedikit tapi sering, hindari makanan berlemak dan pedas, hindari makan bersamaan dengan minum (Varney, 2008).

4) Kram tungkai

Dugaan saat ini yaitu karena uterus yang membesar member tekanan balik pada pembuluh darah panggul, sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf. Cara mengatasinya yaitu dengan meluruskan kaki dan menekan tumitnya dan anjurkan diet mengandung fosfor dan kalsium (Varney, 2008).

5) Konstipasi

Konstipasi disebabkan oleh peningkatan progesteron, pembesaran uterus dan presentasi sehingga menurunkan peristaltik relaksasi otot polos terjadi pada usus besar. Mengatasinya dengan cara, memperbanyak asupan cairan, istirahat cukup, minum air hangat, makan makanan yang berserat (Varney, 2008).

6) Hemoroid

Hemoroid disebabkan oleh konstipasi. Progesteron juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Pembesaran uterus juga menyebabkan peningkatan tekanan, tekanan ini mengganggu sirkulasi vena. Cara mengatasinya dengan menghindari mengejan saat berdefekasi, dan kompres (Varney, 2008).

7) Gangguan tidur

Mendekati saat melahirkan, ibu hamil akan sulit mengatur posisi tidur. Gangguan ini dapat disebabkan karena semakin besar kehamilan sehingga diafragma akan tertekan keatas dan mengganggu pernafasan. Ibu hamil disarankan untuk tidur miring ke kiri atau posisi yang membuat nyaman ibu hamil (Sukorini, 2017).

8) Dispareunia

Nyeri saat berhubungan seksual dapat berasal dari sejumlah penyebab selama kehamilan. Perubahan fisiologis dapat menjadi penyebab, seperti kongesti vaginal/panggul akibat gangguan sirkulasi yang dikarenakan tekanan uterus yang membesar atau tekanan bagian presentasi (Varney, 2008).

9) Nyeri punggung bagian bawah

Nyeri ini merupakan akibat dari pergeseran pusat gravitasi wanita dan postur tubuhnya. Nyeri punggung juga dapat merupakan akibat membungkuk berlebihan, berjalan tanpa istirahat, dan angkat beban, terutama bila salah satu atau semua kegiatan ini dilakukan saat wanita tersebut sedang lelah. Aktifitas tersebut menambah peregangan pada punggung, mekanik tubuh yang tepat saat mengangkat beban sangat penting diterapkan (Varney, 2008).

10) Hiperventilasi dan sesak napas

Uterus telah mengalami pembesaran sehingga terjadi penekanan diafragma. Selain itu, diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan. Meski terjadi pelebaran diameter transversal pada rangka iga, hal ini tidak cukup untuk mengompensasi elevasi diafragma sehingga terjadi penurunan kapasitas residu fungsional dan volume udara residual. Hal ini ditambah tekanan pada diafragma, menimbulkan perasaan atau kesadaran tentang kesulitan bernapas atau sesak napas. Banyak wanita cenderung merespon hal ini dengan cara melakukan hiperventilasi (Varney, 2008).

11) Kesemutan dan baal pada jari

Perubahan pada pusat gravitasi akibat uterus yang membesar dan bertambah berat dapat menyebabkan wanita mengambil postur dengan posisi bahu terlalu jauh ke belakang dan kepalanya antefleksi sebagai upaya menyeimbangkan berat bagian depannya dan lengkung punggungnya. Postur ini diduga menyebabkan penekanan pada saraf median dan ulnar lengan, yang akan mengakibatkan kesemutan dan baal pada jari (Varney, 2008).

12) Sindrom hipotensi terlentang

Menyebabkan wanita seperti ingin pingsan dan menjadi tidak sadarkan diri bila masalah tidak segera ditangani. Sindrom ini terjadi saat wanita berbaring pada posisi terlentang karena berat total uterus yang membesar berikut isinya menekan vena kava inferior dan pembuluh darah lainnya pada sistem vena (Varney, 2008).

e. Asuhan Antenatal

Menurut Prawirohardjo (2016) asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan. Dalam bahasa program kesehatan ibu dan anak, kunjungan antenatal ini diberi kode K yang

merupakan singkatan dari kunjungan. Pemeriksaan antenatal yang lengkap adalah K1, K2, K3, dan K4. Hal ini berarti, minimal dilakukan sekali kunjungan antenatal hingga usia kehamilan 28 minggu, sekali kunjungan selama kehamilan 28 – 36 minggu dan sebanyak dua kali kunjungan pada usia kehamilan di atas 36 minggu.

2. Tinjauan Konsep Persalinan

a. Definisi Persalinan

Menurut Sukarni dan Margareth (2013) persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 – 42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin.

b. Teori Terjadinya Persalinan

Menurut Sukarni dan Margareth (2013) sebab terjadinya partus sampai kini masih merupakan teori yang kompleks, faktor-faktor hormonal, pengaruh prostaglandin, struktur uterus, pengaruh syaraf dan nutrisi disebut sebagai faktor-faktor yang mengakibatkan

partus mulai. Perubahan-perubahan dalam biokimia dan biofisika telah banyak mengungkapkan mulai dari berlangsungnya partus, antara lain penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Seperti diketahui progesteron merupakan penenang bagi otot-otot uterus. Menurunnya kadar kedua hormon ini terjadi kira-kira 1 – 2 minggu sebelum partus. Seperti telah dikemukakan, “plasenta menjadi tua” dengan tuanya kehamilan. *Villi corialis* mengalami perubahan-perubahan, sehingga kadar progesteron dan estrogen menurun.

Seperti yang telah dikemukakan oleh Sukarni dan Margareth (2013) keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini mungkin merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi *uteroplacentar* sehingga plasenta mengalami degenerasi. Teori berkurangnya nutrisi pada janin dikemukakan oleh Hypocrates untuk pertama kalinya. Bila nutrisi pada janin berkurang maka hasil konsepsi akan segera dikeluarkan. Faktor lain yang dikemukakan ialah tekanan pada *ganglion servikale* dari *fleksus Frankenhauser* yang terletak dibelakang serviks. Bila ganglion ini tertekan, kontraksi uterus dapat dibangkitkan.

c. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

1) *Power*

a) His

His adalah kekuatan pada ibu yang menyebabkan serviks membuka dan mendorong janin ke bawah. His menyebabkan pembukaan dan penipisan di samping tekanan air ketuban pada permulaan kala I dan selanjutnya oleh kepala janin yang makin masuk ke rongga panggul dan sebagai benda keras yang mengadakan tekanan kepada serviks hingga pembukaan menjadi lengkap (Prawirohardjo, 2016).

b) Tenaga Mengejan

Setelah serviks berdilatasi penuh, gaya yang paling penting dalam proses ekspulsi janin adalah gaya yang dihasilkan oleh tekanan intraabdominal ibu yang meninggi. Gaya itu terbentuk oleh kontraksi otot-otot abdomen secara bersamaan melalui upaya pernapasan paksa dengan glottis tertutup. Gaya ini disebut mengejan (Prawirohardjo, 2016).

2) *Passage*

a) Jalan lahir dibagi atas

(1) Bagian keras, terdiri dari :

(a) Os. Coxae. Terdiri dari : os. Ilium, os. Ischium, os.

Pubis

(b) Os. Sacrum : promontorium

(c) Os. Coccygis

Tulang panggul dipisahkan oleh pintu atas panggul menjadi 2 bagian :

(a) Pelvis major : bagian diatas pintu atas panggul dan tidak berkaitan dengan persalinan.

(b) Pelvis minor : menyerupai suatu saluran yang menyerupai sumbu melengkung ke depan.

(2) Jalan lahir lunak, terdiri dari segmen bawah rahim, serviks, vagina, introitus vagina, dan vagina, muskulus dan ligamentum yang menyelubungi dinding dalam dan bawah panggul.

b) Bidang-bidang Hodge

★ Adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan, yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam.

Bidang Hodge terdiri dari :

(1) Hodge I : promontorium pinggir atas simfisis.

(2) Hodge II : Hodge I sejajar pinggir bawah simfisis

(3) Hodge III : Hodge I sejajar Ischiadika

(4) Hodge IV : Hodge I sejajar ujung coccygeus

c) Ukuran-ukuran panggul

- (1) Distansia spinarum (24 – 26 cm)
- (2) Distansia cristarum (28 – 30 cm)
- (3) Conjugate externa (18 – 20 cm)
- (4) Lingkar panggul (80 – 90 cm)
- (5) Conjugate diagonalis (12,5 cm) (Rosyati, 2017).

3) *Passager*

Persalinan normal terjadi apabila kondisi janin adalah letak bujur, presentasi belakang kepala, sikap fleksi, dan taksiran berat janin < 4000 gram (Rosyati, 2017). Hal ini menentukan kemampuan untuk melewati jalan lahir dari faktor passager adalah:

- a) Presentasi janin dan bagian janin yang terletak pada bagian depan jalan lahir, seperti:
 - (1) Presentasi kepala (Verteks, muka, dahi)
 - (2) Presentasi bokong (bokong murni/*Frank Breech*), bokong kaki (*Complete Breech*), letak lutut atau letak kaki (*Incomplete Breech*)
 - (3) Presentasi bahu (Letak lintang)

- b) Sikap janin, hubungan bagian janin (kepala) dengan bagian janin lainnya (badan), missal fleksi, defleksi, dll.
- c) Posisi janin, hubungan bagian/point tertentu dari bagian terendah janin dengan panggul ibu.
- d) Bentuk/ukuran kepala janin menentukan kemampuan kepala untuk melewati jalan lahir. Dari sudut pandang obstetrik kepala adalah yang terpenting karena merupakan bagian janin yang paling besar, keras, sering merupakan bagian terendah janin, sehingga jika kepala janin sudah lahir, tidak terjadi kesulitan untuk bagian lainnya (Sukarni, Margareth, 2013).

4) Plasenta

Plasenta merupakan organ fetomaternal yang bentuknya menyerupai cakram. Dalam perkembangannya plasenta dapat mengalami berbagai variasi kelainan bentuk (Prawirohardjo, 2016).

5) *Pshycologic*

Pshycologic menurut Sukarni dan Margareth (2013) merupakan kondisi psikis klien, tersedianya dorongan positif, persiapan persalinan, pengalaman lalu, dan strategi adaptasi/*coping*. Ibu yang takut dan cemas atau nyeri hebat, dia akan menjadi tegang dan melawan kontraksinya hingga

menurunkan kemampuannya dalam mengatasi gangguan rasa nyeri selama persalinan (Budihastuti, dkk, 2012).

d. Mekanisme Persalinan

1) *Engagement*

Menurut Sukarni dan Margareth (2013) engagement terjadi ketika diameter biparietal kepala janin telah melalui pintu atas panggul (Varney, 2008). Pada minggu-minggu akhir kehamilan atau pada saat persalinan dimulai kepala masuk lewat pintu atas panggul, umumnya dengan presentasi biparietal (diameter yang paling panjang berkisar 8,5 – 9,5 cm) atau 70% pada panggul ginekoid. Pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan, sedangkan pada multigravida terjadi pada permulaan persalinan, seperti yang telah dikemukakan oleh Sukarni dan Margareth (2013).

2) *Descent*/Penurunan kepala janin

Penurunan kepala janin sangat tergantung pada arsitektur pelvis dengan hubungan ukuran kepala dan ukuran pelvis sehingga penurunan kepala berlangsung lambat. Kepala turun kedalam rongga panggul akibat adanya tekanan langsung dari his dari daerah fundus kearah daerah bokong, tekanan dari cairan amnion, kontraksi otot dinding perut dan diafragma (mengejan),

dan badan janin terjadi ekstensi dan menegang (Sukarni, Margareth, 2013).

3) Fleksi

Fleksi terjadi ketika kepala janin bertemu dengan tahanan, tahanan ini meningkat ketika terjadi penurunan dan yang pertama kali ditemui adalah dari serviks, kemudian dari sisi-sisi dinding pelvis, dan akhirnya dari dasar pelvis (Varney, 2008).

4) *Internal Rotation*

Internal rotation (putar paksi dalam) selalu disertai turunnya kepala, putaran ubun-ubun kecil ke arah depan (ke bawah simfisis pubis), membawa kepala melewati distansia interspinarum dengan diameter biparietalis (Sukarni, Margareth, 2013).

5) Ekstensi

Dengan kontraksi uterus yang benar dan adekuat kepala makin turun dan menyebabkan perineum distensi. Pada saat ini puncak kepala berada di simfisis dan dalam keadaan begini kontraksi perut ibu yang kuat mendorong kepala ekspulsi dan melewati introitus vagina. Ekstensi terjadi setelah kepala mencapai vulva, terjadi ekstensi setelah oksiput melewati bawah simfisis pubis bagian posterior. Lahir berturut-turut : oksiput,

bregma, dahi, hidung, mulut, dan dagu (Sukarni, Margareth, 2013).

6) *Eksternal Rotation*

Setelah seluruh kepala sudah lahir, kepala memutar kembali ke arah punggung untuk menghilangkan torsi pada leher. Selanjutnya putaran dilanjutkan sampai belakang kepala berhadapan tuber ischiadikum sepihak. Putaran paksi luar disebabkan ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu atas panggul (Sukarni, Margareth, 2013).

7) *Ekspulsi*

Setelah putar paksi luar, bahu depan dibawah simfisis menjadi hipomoklion kelahiran bahu depan, bahu belakang menyusul lahir, diikuti seluruh badan anak : badan (thoraks, abdomen) dan lengan, pinggul/trokanter depan dan belakang, tungkai, dan kaki (Sukarni, Margareth, 2013).

e. Tanda – Tanda Persalinan

1) *Lightening*

Lightening yang mulai dirasakan kira-kira dua minggu sebelum persalinan, adalah penurunan bagian presentasi bayi kedalam pelvis minor. Pada presentasi sefalik, kepala bayi

biasanya menancap (*engaged*) setelah *lightening*. *Lightening* adalah sebutan bahwa kepala janin sudah turun. Sesak nafas yang dirasakan sebelumnya selama trimester III kehamilan akan berkurang karena kondisi ini akan menciptakan ruang yang lebih besar didalam abdomen atas untuk ekspansi paru (Sukarni, Margareth, 2013).

2) Perubahan serviks

Mendekati persalinan serviks semakin matang bila dalam masa hamil serviks dalam keadaan menutup, panjang dan lunak, sekarang serviks masih lunak dengan konsistensi seperti pudding dan mengalami sedikit penipisan (*effacement*) dan kemungkinan sedikit dilatasi. Evaluasi kematangan serviks akan tergantung pada individu wanita dan paritasnya. Sebagai contoh, pada masa hamil serviks ibu multipara secara normal mengalami pembukaan 2 cm (Sukarni, Margareth, 2013).

3) Persalinan palsu

Persalinan palsu terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri, yang member pengaruh signifikan terhadap serviks. Kontraksi pada persalinan palsu sebenarnya timbul akibat kontraksi *Braxton hicks* yang tidak nyeri, yang telah terjadi sejak sekitar enam minggu kehamilan. Persalinan palsu dapat terjadi

selama sehari-hari atau secara intermitten bahkan tiga atau empat minggu sebelum awitan persalinan sejati. Persalinan palsu sangat nyeri dan wanita dapat mengalami kurang tidur dan energi dalam menghadapinya (Sukarni, Margareth, 2013).

4) Ketuban Pecah Dini

Pada kondisi normal, ketuban pecah pada akhir kala I persalinan. Apabila terjadi sebelum awitan persalinan, disebut ketuban pecah dini (KPD). Kurang lebih 80% wanita yang mendekati usia kehamilan cukup bulan mengalami KPD mulai mengalami persalinan spontan dalam waktu 24 jam (Sukarni, Margareth, 2013).

5) *Bloody show*

Plak lendir disekresi serviks sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Plak ini menjadi sawar pelindung dan penutup jalan lahir selama kehamilan. Pengeluaran plak inilah yang dimaksud dengan *bloody show* (Sukarni, Margareth, 2013).

6) Lonjakan energi

Terjadinya lonjakan energi ini belum dapat dijelaskan selain bahwa hal tersebut terjadi alamiah, yang memungkinkan wanita tersebut memperoleh energi yang diperlukan untuk menjalani persalinan. Wanita tersebut harus diberi informasi tentang kemungkinan lonjakan energi ini dan diarahkan untuk menahan diri dan menghematnya untuk persalinan (Sukarni, Margareth, 2013).

7) Kala dalam Persalinan

a) Kala I (Pembukaan)

(1) Tanda gejala

Inpartu (partus mulai) ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah (*bloody show*) karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (*effacement*). Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler disekitar kanalis servisis akibat pergeseran ketika serviks mendatar dan membuka (Mochtar, 2011).

Kala pembukaan dibagi 2 fase :

(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

- i. Periode akselerasi : berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
- ii. Periode dilatasi maksimal (*steady*) : selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
- iii. Periode deselerasi : berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm (Mochtar, 2011).

(2) Asuhan Persalinan Kala I

(a) Anamnesis dan pemeriksaan fisik ibu bersalin

Tujuan anamnesis adalah mengumpulkan informasi tentang riwayat kesehatan, kehamilan dan persalinan. Informasi ini digunakan dalam proses membuat keputusan klinik untuk menentukan diagnosis dan mengembangkan rencana asuhan perawatan yang sesuai.

Pemeriksaan fisik bertujuan untuk menilai kondisi kesehatan ibu dan bayinya serta tingkat kenyamanan fisik ibu bersalin (Wiknjosastro, 2014).

(b) Persiapan asuhan persalinan

- i. Mempersiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.
- ii. Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan.
- iii. Persiapan rujukan jika terjadi penyulit.

(c) Memberikan asuhan sayang ibu, yang meliputi :

- i. Memberikan dukungan emosional
- ii. Membantu pengaturan posisi ibu
- iii. Memberikan cairan dan nutrisi
- iv. Keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur
- v. Pencegahan infeksi.

★ (d) Partograf

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu dalam persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik. Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah untuk :

- i. Mencatat hasil observasi dalam kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.

- ii. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal.
- iii. Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status rekam medikibu bersalin dan bayi baru lahir (Wiknjosastro, 2014).

b) Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

(1) Tanda Gejala

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 refleks menimbulkan rasa mencedan. Karena tekanan pada rektum, ibu merasa seperti mau buang air besar, dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his, kepala janin mulai terlihat, vulva

membuka, dan perineum meregang. Dengan his dan mengedan yang terpinpin, akan lahir kepala, diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primi berlangsung selama 1,5 jam – 2 jam, pada multi 0,5 – 1 jam (Mochtar, 2011).

(2) Asuhan persalinan kala II

(a) Persiapan penolong persalinan

- i. Sarung tangan
- ii. Perlengkapan pelindung pribadi
- iii. Persiapan tempat persalinan, peralatan dan bahan
- iv. Persiapan tempat dan lingkungan untuk kelahiran bayi

(b) Persiapan ibu dan keluarga

- i. Asuhan sayang ibu
- ii. Pembersihan perineum
- iii. Mengosongkan kandung kemih

(c) Amniotomi apabila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap.

(d) Membimbing ibu untuk meneran bila tanda pasi kala dua sudah diperoleh, tunggu sampai ibu merasakan adanya dorongan spontan untuk meneran.

(e) Mengatur posisi ibu saat meneran, ibu dapat mengubah-ubah posisi secara teratur selama kala dua karena hal ini dapat membantu kemajuan persalinan, mencari posisi meneran yang efektif dan menjaga sirkulasi utero-plasenter tetap baik.

(f) Cara meneran

- i. Anjurkan ibu untuk meneran mengikuti dorongan alamiahnya selama kontraksi.
- ii. Beritahukan untuk tidak menahan napas saat meneran.
- iii. Minta untuk berhenti meneran dan beristirahat diantara kontraksi.
- iv. Jika ibu berbaring miring atau setengah duduk, ia akan lebih mudah untuk meneran jika lutut ditarik kearah dada dan dagu ditempelkan ke dada.
- v. Minta ibu untuk tidak mengangkat bokong saat meneran.

- vi. Tidak diperbolehkan untuk mendorong fundus untuk membantu kelahiran bayi.

(g) Menolong kelahiran bayi

- i. Posisi ibu saat melahirkan, boleh pada posisi apapun kecuali pada posisi berbaring.
- ii. Pencegahan laserasi
- iii. Melahirkan kepala
- iv. Periksa tali pusat pada leher
- v. Melahirkan bahu
- vi. Melahirkan seluruh tubuh bayi (Wiknjosastro, 2014).

c) Kala III (Kala Pengeluaran Uri)

(1) Tanda Gejala

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 terlahir spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas simfisis atau fundus uteri. Seluruh proses biasanya

berlangsung 5 – 30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100 – 200 cc (Mochtar, 2011).

(2) Manajemen aktif kala III

(a) Pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir sebanyak 10 unit IM pada 1/3 bagian atas paha bagian luar.

(b) Penegangan tali pusat terkendali.

(c) Masase fundus uteri.

Jika plasenta belum lahir dalam waktu 15 menit, berikan 10 unit oksitosin IM dosis kedua, periksa kandung kemih. Jika ternyata penuh, gunakan tehnik aseptik untuk memasukkan kateter nelaton disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk mengosongkan kandung kemih (Wiknjosastro, 2014).

d) Kala IV

(1) Tanda dan Gejala

Segera setelah kelahiran plasenta, stres fisik dan emosional akibat persalinan dan kelahiran mereda dan ibu memasuki penyembuhan pascapartum dan *bounding* (ikatan) (Varney, 2008)

Kala IV adalah kala pengawasan selama 2 jam setelah bayi dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu, terutama terhadap bahaya perdarahan postpartum (Mochtar, 2011).

(2) Asuhan dan pemantauan pada kala IV

(a) Lakukan rangsang taktil (masase) uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat.

(b) Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan. Umumnya fundus uteri setinggi atau beberapa jari dibawah pusat.

(c) Memperkirakan kehilangan darah secara keseluruhan.

(d) Periksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomi) perineum.

(e) Evaluasi keadaan umum ibu.

(f) Dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama persalinan kala IV di bagian belakang partograf, segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan (Wiknjosastro, 2014).

(3) Memeriksa perdarahan dari perineum

Perhatikan dan temukan penyebab perdarahan dari laserasi atau robekan perineum dan vagina. Laserasi diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan.

(a) Derajat satu : mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum. Tidak perlu dijahit jika tidak ada perdarahan dan aposisi luka baik.

(b) Derajat dua : mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum. Perlu dijahit.

(c) Derajat tiga : mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot sfingter ani. Penolong asuhan persalinan normal tidak dibekali keterampilan untuk reparasi laserasi perineum derajat tiga atau empat. Segera rujuk ke fasilitas rujukan.

(d) Derajat empat : mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot sfingter ani, dinding depan rektum (Wiknjastro, 2014).

f. Perubahan Fisiologis Ibu Selama Persalinan

Menurut Varney, 2008 terjadi perubahan fisiologis pada ibu bersalin, dijelaskan sebagai berikut :

1) Tekanan Darah

Meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg. Pada waktu-waktu diantara kontraksi, tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi menjadi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari. Untuk memastikan tekanan darah yang sebenarnya, pastikan mengeceknya dengan baik pada interval antarkontraksi, lebih baik dengan posisi ibu berbaring miring.

Nyeri, rasa takut, dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah. Apabila seorang wanita merasa sangat takut atau khawatir, pertimbangkan kemungkinan bahwa rasa takutnya (bukan preeklamsianya) menyebabkan peningkatan tekanan darah. Cek parameter lain untuk menyingkirkan kemungkinan preeklampsia. Berikan perawatan dan obat-obatan penunjang yang dapat merelaksasi wanita sebelum menegakkan diagnose akhir, jika preeklampsia tidak juga terbukti.

2) Metabolisme

Selama persalinan, metabolisme karbohidrat baik aerob maupun anaerob meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini terutama disebabkan oleh ansietas dan aktivitas otot rangka. Peningkatan aktivitas metabolic terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernapasan, curah jantung, dan cairan yang hilang.

3) Perubahan pada saluran cerna

Motilitas dan absorbs lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja lebih lambat sehingga waktu pengosongan lambung ,enjadi lebih lama. Cairan tidak dipengaruhi dan waktu yang dibutuhkan untuk pencernaan di lambung tetap seperti biasa.

4) Perubahan hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2 mg/100 ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal.

5) Perubahan psikologi dan perilaku maternal

Kondisi psikologis keseluruhan seorang wanita yang sedang menjalani persalinan sangat bervariasi, tergantung pada persiapan dan bimbingan antisipasi yang ia terima selama persiapan menghadapi persalinan, dukungan yang diterima wanita dari pasangannya, orang terdekat lain, keluarga, dan pemberi perawatan, lingkungan tempat wanita tersebut berada, dan apakah bayi yang dikandungnya merupakan bayi yang diinginkan. Banyak bayi tidak direncanakan, tetapi sebagian besar bayi pada akhirnya diinginkan menjelang akhir kehamilan. Apabila kehadiran bayi tidak diharapkan, bagaimanapun aspek psikologis ibu akan mempengaruhi perjalanan persalinan (Varney, 2008).

3. Tinjauan Konsep Bayi Baru Lahir (BBL)

a. Definisi Bayi Baru Lahir

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 uterine ke kehidupan ekstra uterine) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik (Marmi, 2012).

b. Periode Transisi Bayi Baru Lahir

Pada saat kelahiran, bayi berubah dari keadaan ketergantungan sepenuhnya kepada ibu menjadi tidak tergantung secara fisiologis, perubahan proses yang kompleks ini dikenal sebagai transisi. Karakteristik perilaku terlihat nyata selama jam transisi segera setelah lahir. Masa transisi ini mencerminkan suatu kombinasi respon simpatik terhadap tekanan persalinan (*Tachypea, tachycardia*) dan respon parasimpatik (sebagai respon yang diberikan oleh kehadiran *mucus*, muntah, dan gerak peristaltic). Periode transisi dibagi menjadi 3 yaitu :

1) Reaktivitas I (*The First Periode of Reactivity*)

Dimulai pada masa persalinan dan berakhir setelah 30 menit.

Karakteristik dari periode ini yaitu :

- a) Tanda-tanda vital bayi baru lahir yaitu : frekuensi nadi apikal yang cepat dengan irama yang tidak teratur, frekuensi pernapasan mencapai 80x/menit, irama tidak teratur dan beberapa bayi mungkin dilahirkan dengan keadaan pernapasan cuping hidung, ekspirasi mendengkur serta adanya retraksi.
- b) Fluktuasi warna dari merah jambu pucat ke sianosis.
- c) Bising usus biasanya tidak ada, bayi biasanya tidak berkemih ataupun tidak mempunyai pergerakan usus selama periode ini.

d) Bayi baru lahir mempunyai sedikit mukus, menangis kuat, refleks isap yang kuat.

2) Fase Tidur (*Period of Unresponsive Sleep*)

Berlangsung selama 30 menit sampai 2 jam setelah persalinan. Tingkat aktif pernapasan menjadi lebih lambat. Bayi dalam keadaan tidur, suara usus muncul tetapi berkurang. Jika mungkin bayi tidak diganggu untuk pengujian utama dan jangan memandikannya. Selama masa tidur memberikan kesempatan pada bayi untuk memulihkan diri dari proses persalinan dan periode transisi ke kehidupan luar uterin.

3) Periode Reaktivitas II (*The Second Period of Reactivity*) / Transisi ke-III

★ Berlangsung selama 2 sampai 6 jam setelah persalinan. Jantung bayi labil dan terjadi perubahan warna kulit yang berhubungan dengan stimulus lingkungan. Tingkat pernapasan bervariasi tergantung pada aktivitas. Neonatus mungkin membutuhkan makanan dan harus menyusui. Pemberian makanan awal penting dalam pencegahan hipoglikemia dan stimulasi pengeluaran kotoran dan pencegahan penyakit kuning. Pemberian makanan awal juga menyediakan kolonisasi bakteri isi perut yang

mengarahkan pembentukan vitamin K oleh *traktus intestinal* (Marmi, 2012).

c. Adaptasi pada Bayi Baru Lahir

Adaptasi neonatal adalah proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan di dalam uterus ke kehidupan di luar uterus. Kemampuan adaptasi fisiologis ini disebut juga homeostatis. Bila terdapat gangguan adaptasi, maka bayi akan sakit (Marmi, 2012).

- 1) Konsep-konsep esensial adaptasi fisiologis bayi baru lahir
 - a) Memulai segera pernapasan perubahan dalam pola sirkulasi merupakan hal yang esensial dalam kehidupan ekstrasuterin.
 - b) Dalam 24 jam setelah lahir, sistem ginjal, gastrointestinal, hematologi, metabolic, dan sistem neurologi bayi baru lahir harus berfungsi secara memadai untuk maju ke arah dan mempertahankan kehidupan ekstrasuterin (Marmi, 2012).
- 2) Faktor yang mempengaruhi adaptasi bayi baru lahir
 - a) Pengalaman antepartum ibu dan bayi baru lahir (misalnya terpapar zat toksik dan sikap orangtua terhadap kehamilan dan pengasuhan anak).
 - b) Pengalaman intrapartum ibu dan bayi baru lahir (misalnya, lama persalinan, tipe analgesic atau anesthesia intrapartum).

- c) Kapasitas fisiologis bayi baru lahir untuk melakukan transisi ke kehidupan ektrauterin.
- d) Kemampuan petugas kesehatan untuk mengkaji dan merespon masalah dengan tepat pada saat terjadi (Marmi, 2012).

d. Fungsi dan Proses Vital Neonatus

Menurut Marmi (2012) fungsi dan proses vital neonatus adalah sebagai berikut :

1) Sistem pernapasan

Selama dalam uterus janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta, setelah bayi lahir pertukaran gas terjadi pada paru-paru (setelah tali pusat dipotong). Rangsangan untuk gerakan pernapasan pertama kali pada neonatus disebabkan karena adanya:

- a) Tekanan mekanis pada torak sewaktu melalui jalan lahir.
- b) Penurunan tekanan oksigen dan kenaikan tekanan karbondioksida merangsang kemoreseptor pada sinus karotis (stimulasi kimiawi).
- c) Rangsangan dingin di daerah muka dapat merangsang permulaan gerakan (stimulasi sensorik).

2) Jantung dan Sirkulasi Darah

Aliran darah pada plasenta berhenti pada saat tali pusat diklem. Tindakan ini menyebabkan suplai oksigen ke plasenta menjadi tidak ada dan menyebabkan serangkaian reaksi selanjutnya. Sirkulasi janin memiliki karakteristik sirkulasi bertekanan rendah. Karena paru-paru adalah organ tertutup yang berisi cairan, maka paru-paru memerlukan aliran darah yang minimal, sebagian besar darah janin yang teroksigenasi melalui paru-paru mengalir melalui lubang antara atrium kanan dan kiri yang disebut dengan foramen ovale. Darah yang kaya akan oksigen ini kemudian secara istimewa mengalir ke otak melalui duktus arteriosus.

★ Karena tali pusat diklem, sistem bertekanan rendah yang berada pada unitjanin plasenta terputus sehingga berubah menjadi sistem sirkulasi tertutup, bertekanan tinggi, dan berdiri sendiri. Efek yang terjadi segera setelah tali pusat diklem adalah peningkatan tahanan pembuluh darah sistemik. Hal yang paling penting adalah peningkatan tahanan pembuluh darah dan tarikan nafas pertama terjadi secara bersamaan. Oksigen dari nafas pertam tersebut menyebabkan sistem pembuluh darah berelaksasi dan terbuka sehingga paru-paru menjadi sistem bertekanan rendah.

Aliran darah paru pada hari pertama ialah 4 – 5 liter permenit/m² (gessner, 1965). Aliran darah sistolik pada hari pertamarendah, yaitu 1,96 liter permenit/m² dan bertambah pertama pada hari kedua dan ketiga (3,54 liter/m²) karena penutupan duktus arteriosus. Tekanan darah pada waktu lahir dipengaruhi oleh jumlah darah yang melalui tranfusi plasenta dan pada jam-jam pertama sedikit menurun, untuk kemudian naik lagi dan menjadi konstan kira-kira 85/40 mmHg.

3) Saluran Pencernaan

Adaptasi pada saluran pencernaan adalah :

- a) Pada hari ke-10 kapasitas lambung menjadi 100 cc.
- b) Enzim tersedia untuk mengkatalisis protein dan karbohidrat sederhana yaitu monosakarida dan disakarida.
- c) Difisiensi lipase pada pancreas menyebabkan terbatasnya absorpsi lemak sehingga kemampuan bayi untuk mencerna lemak belum matang, maka susu formula sebaiknya tidak diberikan pada bayi baru lahir.
- d) Kelenjar lidah berfungsi saat lahir tetapi kebanyakan tidak mengeluarkan ludah sampai usia bayi $\pm 2-3$ bulan.

4) Hepar

Segera setelah lahir, hati menunjukkan perubahan kimia dan morfologis, yaitu kenaikan kadar protein serta penurunan lemak dan glikogen. Sel-sel hemopoetik juga mulai berkurang, walaupun memakan waktu yang agak lama. Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, daya detoksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna, contohnya pemberian obat kloremfenikol dengan dosis lebih dari 50 mg/kg BB/lahir dapat menimbulkan *grey body syndrome*.

5) Metabolisme

Pada jam-jam pertama energi dihasilkan dari pembakaran karbohidrat dan pada hari kedua energi berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapat susu kurang lebih pada hari keenam, pemenuhan energi bayi 60% didapatkan dari lemak dan 40% dari karbohidrat.

6) Produksi panas (Suhu tubuh)

Bayi baru lahir mengalami kecenderungan untuk mengalami stre fisik akibat perubahan suhu luar uterus. Fluktuasi (naik turunnya) suhu didalam uterus minimal, rentang maksimalnya hanya 0,6 derajat celcius sangat berbeda dengan kondisi di luar uterus. Suhu tubuh normal pada neonatus adalah

36,5-37,5°C melalui pengukuran aksila dan rektum. Jika nilainya turun dibawah 36,5°C maka bayi mengalami hipotermia. Hipotermia dapat terjadi setiap saat apabila suhu disekeliling bayi rendah dan upaya mempertahankan suhu tubuh tidak diterapkan secara tepat, terutama pada masa stabilisasi yaitu 6-12 jam pertama setelah lahir.

Mekanisme kemungkinan hilangnya panas pada tubuh bayi baru lahir adalah sebagai berikut :

a) Konduksi

Panas dihantarkan Dari tubuh bayi ke benda disekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi (pemindahan panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung).

b) Konveksi

Panas hilang dari bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang tergantung pada kecepatan suhu udara).

c) Radiasi

Panas dipancarkan dari bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antar dua objek yang mempunyai suhu berbeda).

d) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan tergantung pada kecepatan dan kelembapan udara (pemindahan panas dengan cara merubah cairan menjadi uap).

7) Keseimbangan cairan dan fungsi ginjal

Pada neonatus fungsi ginjal belum sempurna hal ini dikarenakan :

- a) Jumlah nefron matur belum sebanyak orang dewasa.
- b) Tidak seimbang antara luas glomerulus dan volume tubulus proksimal.
- c) Aliran darah ginjal pada neonatus relative kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa.

Hingga bayi berumur tiga hari ginjalnya belum dioengaruhi oleh pemberian air minum, sesudah lima hari barulah ginjalnya mulai memproses air yang didapatkan setelah lahir. Bayi baru lahir mengsekresikan sedikit urine pada 48 jam pertama kehidupan, yaitu hanya 30-60 ml.

8) Susunan syaraf

Sistem neurologis bayi secara anatomic atau fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi baru lahir menunjukkan

gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk mudah terkejut, dan tremor pada ekstremitas. Perkembangan neonatus terjadi cepat, sewaktu bayi tumbuh, perilaku yang lebih kompleks (misalnya, kontrol kepala, tersenyum, dan meraih dengan tujuan) akan berkembang. Refleksi bayi baru lahir merupakan indikator penting perkembangan normal.

9) Perkembangan imunologi

Sistem imunitas bayi baru lahir masih belum matang, sehingga menyebabkan neonatus rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Reaksi bayi baru lahir terhadap infeksi masih lemah dan tidak memadai, oleh karena itu pencegahan terhadap mikroba (seperti pada praktek pada persalinan yang aman menyusui ASI dini terutama kolostrum) dan deteksi dini infeksi menjadi sangat penting.

e. Pencegahan Infeksi pada Bayi Baru Lahir

Menurut Depkes RI (2000) dalam Marmi (2012) upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya infeksi pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut :

1) Pencegahan infeksi pada tali pusat

Upaya ini dilakukan dengan cara merawat tali pusat yang berarti menjaga agar tali pusat tetap bersih, tidak terkena air kencing, kotoran bayi atau tanah. Pemakaian popok bayi diletakkan disebelah bawah tali pusat. Apabila tali pusat kotor, cuci tali pusat dengan air bersih yang mengalir dengan sabun, segera dikeringkan dengan kain kasa dan dibungkus dengan kasa tipis yang steril dan kering. Dilarang membubuhkan atau mengoleskan ramuan, abu dapur dan sebagainya pada luka tali pusat, sebab akan menyebabkan infeksi dan tetanus yang dapat berakhir dengan kematian neonatal.

Tanda-tanda infeksi tali pusat yang harus diwaspadai antara lain kulit tali pusat berwarna kemerahan, ada pus atau nanah dan berbau busuk. Mengawasi dan segera melaporkan ke dokter jika tali pusat ditemukan perdarahan, pembengkakan, keluar cairan, tampak merah/bau busuk.

2) Pencegahan infeksi pada kulit

Beberapa cara yang diketahui dapat mencegah terjadinya infeksi pada kulit bayi baru lahir atau infeksi lain adalah meletakkan bayi di dada ibu agar terjadi kontak kulit langsung ibu dan bayi, sehingga menyebabkan terjadi kolonisasi mikroorganisme yang ada di kulit dan saluran pencernaan bayi

dengan mikroorganisme ibu yang cenderung bersifat nonpatogen, serta adanya zat antibodi bayi yang sedang terbentuk dan terkandung dalam air susu ibu.

3) Pencegahan infeksi pada mata bayi baru lahir

Cara mencegah infeksi pada mata bayi baru lahir adalah merawat mata bayi baru lahir dengan mencuci tangan terlebih dahulu, membersihkan kedua mata segera setelah lahir dengan kapas atau sapu tangan halus dan bersih yang telah dibersihkan dengan air hangat. Dalam waktu 1 jam setelah bayi lahir, berikan salep obat tetes mata untuk mencegah oftalmia neonatorum (Tetracyclin 1%, Eritromisin 0,5%, atau Nitras Argensi 1%), biarkan obat tetap pada mata bayi dan obat yang ada disekitar mata jangan dibersihkan. Setelah selesai merawat mata bayi, cuci tangan kembali. Keterlambatan memberikan salep mata, merupakan sebab tersering kegagalan pencegahan infeksi pada mata bayi baru lahir.

4) Imunisasi

Imunisasi adalah salah satu cara memproduksi imunitas aktif buatan untuk melindungi diri melawan penyakit tertentu

dengan cara memasukkan suatu zat dalam tubuh melalui penyuntikan atau secara oral.

5) Rawat Gabung

Rawat gabung adalah suatu sistem perawatan ibu dan anak bersama atau pada tempat yang berdekatan sehingga memungkinkan sewaktu-waktu, setiap saat itu tetap dapat menyusui anaknya. Rawat gabung adalah suatu cara perawatan dimana ibu dan bayi yang baru dilahirkan tidak dipisahkan, ditempatkan dalam sebuah ruangan, kamar atau tempat bersama-sama selama 24 jam penuh seharinya.

f. Asuhan Pada Bayi Baru Lahir

1) Pengumpulan Data

a) Pengkajian Fisik Pada BBL

(1) Pengkajian fisik pada bayi baru lahir

Menurut merupakan bagian dan prosedur perawatan bayi segera setelah lahir, berikut ni prosedur perawatan bayi baru lahir.

(a) Mempelajari hasil anamnesis, meliputi riwayat hamil, riwayat persalinan, riwayat keluarga.

(b) Menilai APGAR skor.

(c) Melakukan resusitasi neonatus.

- (d) Melakukan perawatan tali pusat, pemotongan jangan terlalu pendek dan harus diawasi setiap hari.
 - (e) Memberikan identifikasi bayi dengan member kartu bertuliskan nama ibu, diikatkan dipergelangan tangan atau kaki.
 - (f) Melakukan pemeriksaan fisik dan observasi tanda vital.
 - (g) Meletakkan bayi pada kamar transisi (jika keadaan umum baik), atau dalam incubator jika ada indikasi
 - (h) Menentukan tempat perawatan : rawat gabung, rawat khusus, atau rawat intenif.
 - (i) Melakukan prosedur bila perlu. (Marmi, 2012).
- b) Langkah-langkah dalam melakukan pengkajian fisik pada bayi baru lahir :
- (1) Mengkaji keadaan umum bayi : melihat cacat bawaan yang jelas tampak seperti hidrosefali, mikrosefali, anansefali, keadaan gizi dan malnutrisi, aktivitas tangis, warna kulit, kulit kering atau mengelupas, vernik caseosa, kelainan kulit karena fravina lahir, toksikum, tanda-tanda metonium, dan sikap bayi tidur.
 - (2) Melakukan pemeriksaan pada kulit. Ketidakstabilan vasomotor dan kelambatan sirkulasi perifer yang

ditampakkan oleh warna merah tua atau biru keunguan pada bayi yang menangis. Yang warnanya sangat gelap bila penutupan glories mendahului tangisan yang kuat dan oleh sianosis yang tidak berbahaya.

(3) Pemeriksaan kepala : besar, bentuk, molding, sutura tertutup atau melebar, kaput suksedeneum, hematoma sefal dan karnio tabes.

(4) Pemeriksaan telinga : mengetahui kelainan daun atau bentuk telinga.

(5) Pemerikaan mata : perdarahan sukunjungtiva, mata yang menonjol, katarak dan lain-lain.

(6) Mulut : labioskisis, labiopalatoskisis, *tooth-bunds*, dan ★ lain-lain.

(7) Leher : hematoma, duktus tirolusus, higromakoli.

(8) Dada : bentuk, pembesaran buah dada, pernapasan retraksi interkostal, sifoid, merintih, pernapasan cuping hidung, bunyi paru.

(9) Jantung : pulsasi, frekuensi bunyi jantung, kelainan bunyi jantung.:

(10) Abdomen: membuncit (pembesaran hati, limpa, tumor, asitesis), skafoid (kemungkinan bayi mengalami hernia

diafragma atau atresia esofagus tanpa fistula), tali pusat berdarah, jumlah pembuluh darah tali pusat, warna dan besar tali pusat, hernia di pusat atau selangking.

(11) Alat kelamin : tanda-tanda hematoma karena letak sungsang, testis belum turun, fisnosis, adanya perdarahan atau lendir dari vagina, besar dan bentuk klitoris dan labia minora, atresi ani.

(12) Tulang punggung : spina bifida, pilonidal sinus dan duple.

(13) Anggota gerak : fokomeria, sindaktili, polidaktili, frankor, paralisis talipes dan lain-lain.

(14) Keadaan neuromuscular: refleks moro, refleks ★ genggam, refleks rooting, dan sebagainya.

(15) Pemeriksaan lain-lain : mekonium dan urin harus keluar dalam 24 jam sesudah lahir (Marmi, 2012).

c) Pengukuran Antropometri

(1) Penimbangan BB: letakkan kain atau kertas pelindung dan atur skala penimbangan ke titik nol sebelum penimbangan, hasil timbangan dikurangi berat alas dan pembungkus bayi.

(2) Pengukuran panjang badan: letakkan bayi ditempat yang datar. Ukur panjang badan dari kepala sampai tumit dengan kaki atau badan bayi diluruskan. Alat ukur harus terbuat dari bahan yang tidak lentur.

(3) Ukur lingkar kepala: pengukuran dilakukan dari dahi kemudian melingkari kepala kembali lagi ke dahi.

(4) Ukur lingkar dada: ukur lingkar dada dari daerah dada ke punggung kembali ke dada (pengukuran dilakukan melalui kedua puting susu).

Adapun cirri-ciri bayi baru lahir adalah :

- (1) Berat badan 2500 – 4000 gram
- (2) Panjang badan 48-52 cm
- (3) Lingkar dada 30-38 cm
- (4) Lingkar kepala 33-35 (Marmi, 2012)

d) Pemberian salep mata

e) Pemberian vitamin K untuk mencegah perdarahan

f) Mempertahankan suhu tubuh bayi

g) Pemeriksaan refleks:

- (1) Refleks menghisap (*sucking*): benda menyentuh bibir disertai refleks menelan.

- (2) Refleksi mencari (*rooting*), bayi menoleh ke arah benda yang menyentuh pipi.
- (3) Refleksi genggam (*grasping*), dengan meletakkan jari telunjuk pada palmar, tekan dengan gentle, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat.
- (4) Refleksi babinski, gores telapak kaki, mulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakan jari sepanjang telapak kaki. Bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hyperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi.
- (5) Refleksi moro, timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan.
- (6) Refleksi melangkah, bayi menggerak-gerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Marmi, 2012).

2) Membuat Rencana Asuhan BBL 2-6 hari

Pada hari ke 2-6 setelah persalinan ada hal-hal yang perlu diperhatikan pada bayi menurut Marmi (2012) yaitu :

a) Minum

Berikan ASI sesering mungkin sesuai keinginan ibu (jika payudara penuh) dan tentu saja ini lebih berarti pada menyusui sesuai kehendak bayi atau kebutuhan bayi setiap 2-3 jam (paling sedikit setiap 4 jam), bergantian antara payudara kiri dan kanan.

b) Buang air besar

Bayi yang pencernaannya normal akan BAB pada 24 jam pertama setelah lahir. BAB pertama ini disebut mekonium. Biasanya berwarna hitam kehijauan dan lengket seperti aspal yang merupakan produk dari sel-sel yang diproduksi dalam saluran cerna selama bayi berada dalam kandungan.

c) Buang air kecil

Bayi baru lahir cenderung sering BAK yaitu 7-10 kali sehari. Umumnya bayi cukup bulan akan mengeluarkan urin 15-16 mL/kg/hari.

d) Tidur

Dalam dua minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur, bayi baru lahir sampai usia 3 bulan rata-rata tidur selama 16 jam sehari.

e) Kebersihan kulit bayi

Muka, pantat dan tali pusat bayi perlu dibersihkan secara teratur. Mandi seluruh tubuh setiap hari tidak harus selalu dilakukan. Selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi.

f) Keamanan

Jangan sekali-kali meninggalkan bayi tanpa ada yang menunggu. Hindari pemberian apa pun ke mulut bayi selain ASI, karena bayi bisa tersedak. Jangan menggunakan alat penghangat buatan di tempat tidur bayi.

3) Tanda-tanda bahaya pada bayi

a) Pemberian ASI sulit, sulit menghisap atau hisapan lemah.

- b) Kesulitan bernafas, yaitu pernapasan cepat > 60 kali per menit.
- c) Bayi terus menerus tidur tanpa bangun untuk makan.
- d) Warna kulit abnormal atau bibir biru (sianosis) atau bayi sangat kuning.
- e) Suhu terlalu panas (febris) atau terlalu dingin (hipotermia).
- f) Tanda atau perilaku abnormal atau tidak biasa.
- g) Gangguan gastrointestinal, tidak BAB selama 3 hari pertama setelah lahir, muntah terus menerus, muntah dan perut bengkak, tinja hijau tua atau berdarah atau berlendir.
- h) Mata bengkak atau mengeluarkan cairan.
- i) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan (nanah), bau busuk, pernafasan sulit.

4) *Bounding Attachment*

Dalam buku Marmi, 2012 *Bounding* adalah suatu langkah untuk mengungkapkan perasaan afeksi (kasih sayang) oleh ibu kepada bayinya segera setelah lahir. *Attachment* adalah interaksi antara ibu dan bayi secara spesifik sepanjang waktu.

Elemen-elemen *bounding attachment* menurut Marmi, 2012 yaitu:

- (1) Sentuhan

(2) Kontak mata

(3) Suara

(4) Aroma

(5) Entrainmen (terjadi saat anak mulai bicara)

(6) Bioritme (membentuk ritme personal)

(7) Kontak dini

g. Neonatus dengan risiko tinggi dan penatalaksanaannya

1) BBLR

BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2.500 gram, tanpa memandang usia kehamilan.

Penatalaksanaan BBLR adalah sebagai berikut :

a) Pengaturan suhu tubuh bayi

BBLR harus dirawat dalam incubator sehingga panas badannya mendekati dalam rahim, apabila tidak ada incubator bayi dapat dibungkus dengan kain dan disampingnya ditaruh botol berisi air panas sehingga panas badannya dapat dipertahankan (Marmi, 2012).

b) *Skin to skin contact*

Kontak kulit segera setelah lahir membuat bayi dikolonisasi oleh bakteri yang sama dengan ibunya. Hal ini ditambah menyusui dari ibu, dipandang penting untuk

mencegah penyakit-penyakit alergi *skin to skin contact* (Marmi, 2012).

c) Metode kangguru

Secara klinis dengan cara ini detak jantung bayi stabil dan pernapasannya lebih teratur, sehingga penyebaran oksigen ke seluruh tubuhnya pun baik. Bayi dapat tidur dengan nyenyak dan lama, lebih tenang, lebih jarang menangis, dan kenaikan berat badannya menjadi lebih cepat (Marmi, 2012).

2) Asfiksia Neonatorum

Asfiksia neonatorum adalah keadaan bayi dimana bayi tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir. Keadaan ini disertai dengan hipoksia, hiperkapnia dan berakhir dengan asidosis. Penatalaksanaan kasus pada bayi asfiksia neonatorum adalah dengan tindakan resusitasi segera setelah lahir (Marmi, 2012).

3) Sindrom gangguan pernapasan

Sindrom gagal napas adalah perkembangan imatur pada sistem pernapasan atau tidak adekuatnya jumlah surfaktan pada paru-paru (Marmi, 2012).

Tindakan untuk mengatasi masalah kegawatan pernapasan meliputi :

- a) Mempertahankan ventilasi dan oksigenasi adekuat
- b) Mempertahankan keseimbangan asam basa
- c) Mempertahankan suhu lingkungan netral
- d) Mempertahankan perfusi jaringan adekuat
- e) Mencegah hipotermia
- f) Mempertahankan cairan dan elektrolit adekuat (Marmi, 2012).

4) Ikterus

Ikterus adalah warna kuning yang dapat terlihat pada sclera, selaput lendir, kulit atau organ lain akibat penumpukan bilirubin. Keadaan ini merupakan penyakit darah. Bilirubin merupakan hasil penguraian sel darah merah di dalam darah (Marmi, 2012).

Ikterus diklasifikasikan sebagai berikut :

a) Ikterus fisiologis

Ikterus fisiologis adalah ikterus yang terjadi pada hari ke-2 dan hari ke-3 yang mempunyai dasar patologik, kadarnya tidak melewati kadar yang membahayakan atau yang mempunyai potensi menjadi kern ikterus dan tidak menyebabkan suatu morbiditas pada bayi (Marmi, 2012).

b) Klasifikasi ikterus

(1) Ikterus patologi

Ikterus patologi adalah ikterus yang mempunyai dasar patologi atau kadar bilirubin yang mencapai suatu nilai yang disebut hiperbilirubinemia.

Ikterus kemungkinan menjadi patologik bila:

- (a) Terdapat pada 24 jam pertama sesudah kelahiran
- (b) Peningkatan konsentrasi bilirubin 5 mg% atau lebih setiap 24 jam
- (c) Konsentrasi bilirubin sewaktu 10 mg% pada neonatus kurang bulan dan 12,5 mg% pada neonatus cukup bulan.
- (d) Disertai proses hemolisis
- (e) Ikterus yang disebabkan oleh BBLR (Marmi, 2012).

(2) Kern ikterus

Kern mengacu pada ensefalopati bilirubin yang berasal dari deposit bilirubin terutama pada batang otak dan nucleus serebrosal. Warna kuning dan nekrosis neuron-neuron akibat toksik bilirubin tidak terkonjugasi yang mampu melewati sawar daerah otak karena kemudahannya larut dalam lemak. Kern ikterus bisa terjadi pada bayi tertentu tanpa disertai jaundis klinis, tetapi umumnya

berhubungan langsung pada kadar bilirubin total (Marmi, 2012).

c) Penilaian ikterus

Tabel 2.3. Tabel Rumus Kramer

Kremer	Luas Ikterus	Kadar Bilirubin
1	Kepala dan leher	5
2	Kepala, leher dan badan bagian atas.	9
3	Kepala, leher, badan bagian atas, badan bagian bawah, dan tungkai.	11
4	Kepala, leher, badan bagian atas, badan bagian bawah, tungkai, lengan, dan kaki dibawah dengkul.	12
5	Seluruh tubuh	> 12,5

Sumber : *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Prasekolah Marmi dan Kuku Rahardjo 2012*

d) Pencegahan dan penanganan hiperbilirubinemia

(1) Pemberian makan dini pada neonatus dapat mengurangi terjadinya ikterus fisiologik pada neonatus.

(2) Menyusui bayi dengan ASI. Bilirubin juga dapat pecah bila bayi banyak mengeluarkan feses dan urin. Untuk itu bayi harus mendapat cukup ASI. Seperti diketahui, ASI memiliki zat terbaik bagi bayi yang dapat memperlambat BAB dan BAK.

(3) Terapi sinar matahari, caranya dengan menjemur bayi selama setengah jam dengan posisi yang berbeda-beda. Lakukan antara pukul 07.00 – 09.00.

(4) Terapi sinar, dilakukan selama 24 jam atau setidaknya sampai kadar bilirubi di dalam darah kembali ke ambang ★ batas normal.

(5) Transfuse tukar (Marmi, 2012).

3) Perdarahan tali pusat

Perdarahan yang terjadi pada tali pusat bisa timbul sebagai akibat dari trauma pengikatan tali pusat yang kurang baik atau kegagalan proses pembentukan thrombus normal.

Penatalaksanaan dari perdarahan tali pusat adalah sebagai berikut :

a) Penanganan disesuaikan dengan penyebab dari perdarahan tali pusat yang terjadi.

- b) Untuk penanganan awal harus dilakukan tindakan pencegahan infeksi tali pusat.
- c) Segera lakukan inform consent dan inform choice pada keluarga pasien untuk dilakukan rujukan (Marmi, 2012).

4) Kejang

Kejang adalah suatu kondisi dimana otot tubuh berkontraksi dan relaksasi secara cepat dan berulang yang disebabkan oleh abnormalitas sementara dari aktifitas elektrik di otak. Kejang merupakan suatu gejala yang dapat terjadi karena adanya kelainan intracranial, ekstracranial, atau metabolik (Marmi, 2012).

Penatalaksanaan kejang adalah sebagai berikut :

- a) Mengatasi kejang secepat mungkin
- b) Pengobatan penunjang
- c) Memberikan pengobatan rumat
- d) Mencari dan mengobati penyebab (Marmi, 2012).

5) Hipotermi

Hipotermi adalah bayi dengan suhu badan dibawah normal. Adapun suhu normal bayi adalah 36,5 – 37,5°C.

Adapun penatalaksanaan hipotermi adalah sebagai berikut :

- a) Menyiapkan tempat melahirkan yang hangat, kering dan bersih
- b) Mengeringkan tubuh bayi yang baru lahir atau air ketuban segera setelah lahir
- c) Metode kangguru
- d) Pemberian ASI sedini mungkin
- e) Menunda pemandian bayi sampai suhu tubuh bayi normal (Marmi, 2012).

6) Hypertermi

Hypertermi adalah suhu tubuh bayi yang tinggi dan bukan disebabkan oleh mekanisme pengaturan panas hipotalamus. Penatalaksanaannya adalah sebagai berikut :

- a) Letakkan bayi di ruangan dengan suhu lingkungan normal
- b) Lepaskan sebagian atau seluruh pakaian bayi
- c) Bila suhu sangat tinggi ($>39^{\circ}\text{C}$), bayi dikompres atau dimandikan selama 10-15 menit dalam air yang suhunya 4°C lebih rendah dari suhu tubuh bayi (Marmi, 2012).

h. Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali, yaitu :

- 1) Kunjungan neonatal I (KN 1) pada 6 jam samapi dengan 48 jam setelah lahir.
- 2) Kunjungan neonatal II (KN 2) pada hari ke-3 sampai dengan 7 hari.
- 3) Kunjungan neonatal III (KN 3) pada hari ke-8 sampai 28 hari (Sulani, 2010).

4. Tinjauan Konsep Nifas

a. Definisi Nifas

Setelah kelahiran bayi dan pengeluaran plasenta, ibu mengalami suatu periode kembali kondisi fisik dan psikologisnya (Sukarni, 2013). Periode ini disebut juga puerperium, dan wanita yang mengalami puerperium disebut puerperal. Periode ini berlangsung sekitar enam minggu (Varney, 2008). Nifas merupakan masa pulihnya kembali mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil, dimana lama masa nifas ini yaitu 6-8 minggu (Maryunani, 2016).

b. Perubahan Fisiologis pada Masa Nifas

1) Perubahan Tanda-Tanda Vital

a) Tekanan Darah

Segera setelah besalin ibu mengalami peningkatan atau bahkan penurunan sementara pada tekanan sistolik dan

diastolik, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari (Varney, 2008).

b) Suhu

Segera setelah bersalin ibu akan mengalami peningkatan atau bahkan penurunan sementara pada suhu (Varney, 2008).

c) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum. Apabila denyut nadi di atas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi (Verney, 2008).

d) Penapasan

Pernapasan akan kembali normal setelah 2 jam pertama pasca persalinan, napas yang pendek, cepat atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya ketidaknormalan (Varney, 2008).

2) Perubahan sistem reproduksi

a) Involusi uterus

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan bobot hanya 60 gram. Involusi uterus juga dapat dikatakan sebagai proses kembalinya uterus pada keadaan semula atau keadaan sebelum hamil (Sukarni, 2013).

b) Involusi tempat plasenta

Setelah persalinan, tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata dan kira-kira sebesar telapak tangan. Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya sebesar 2-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali. Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah yang tersumbat oleh thrombus. Biasanya luka yang demikian sembuh dengan menjadi parut, tetapi luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena luka ini sembuh dengan cara dilepaskan dari dasarnya tetapi diikuti pertumbuhan endometrium baru di bawah permukaan luka (Sukarni, 2013).

c) Perubahan ligamen

Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis serta fascia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus, setelah janin lahir

berangsur-angsur menciut kembali seperti sediakala. Tidak jarang ligamentum rotundum menjadi kendur yang menyebabkan letak uterus menjadi retroflexi. Tidak jarang pula wanita meneluh “kandungannya turun” setelah melahirkan oleh karena ligament, fasia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur (Sukarni, 2013).

d) Perubahan pada serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Perubahan-perubahan yang terdapat pada serviks post partum adalah bentuk serviks yang akan menganga seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga seolah-olah pada perbatasan anatara korpus dan serviks uterus berbentuk semacam cincin. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Beberapa hari setelah persalinan, ostium eksternum dapat dilalui oleh dua jari, pinggir-pinggirnya tidak rata tetapi retak-retak karena robekan dalam persalinan. Pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui oleh satu jari saja, dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas dari canalis cervikalis (Sukarni, 2013).

e) *Lochia*

Lochia adalah eksresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organism berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal (Sukarni, 2013).

Menurut Varney (2008) lochia dibedakan menjadi tiga, yaitu lochia rubra, serosa dan alba. Lochia rubra berwarna merah karena mengandung darah. Ini adalah lochia pertama yang keluar setelah persalinan dan terus berlanjut selama dua hingga tiga hari pertama pasca partum. Lochia serosa mulai terjadi sebagai bentuk yang lebih pucat dari lochia rubra. Lochia ini berhenti sekitar tujuh hingga delapan hari. Lochia alaba mulai terjadi sekitar hari ke sepuluh pascapartum dan hilang sekitar periode dua hingga empat minggu.

f) Perubahan pada vulva, Vagina, dan Perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan selama beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua oragan ini tetap dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagian kembali pada keadaan tidak hamil

dengan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol.

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

3) Perubahan Sistem Pencernaan

a) Nafsu makan

Kerap kali diperlukan pemulihan nafsu makan, diperlukan waktu 2-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema (Sukarni, 2013).

b) Motilitas

Secara khas penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anesthesia bisa memperlambat

pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal (Sukarni, 2013).

c) Pengosongan usus

Buang air besar secara spontan bisa tertunda selama dua sampai tiga hari setelah ibu melahirkan. Keadaan ini bisa disebabkan karena tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan pada awal pascapartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan atau dehidrasi. Ibu sering kali sudah menduga nyeri saat defikasi karena nyeri yang dirasakannya di perineum akibat episiotomy, laserasi atau hemoroid. Kebiasaan buang air besar yang teratur perlu dicapai kembali setelah tonus usus kembali normal. Kebiasaan mengosongkan usus secara regular perlu dilatih kembali untuk merangsang pengosongan usus (Sukarni, 2013).

4) Sistem perkemihan

a) Sistem urinalus

Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Diperlukan kira-kira 2-8 minggu supaya hipotonia pada kehamilan dan dilatasi ureter serta

pelvis ginjal kembali ke keadaan sebelum hamil. Pada sebagian wanita, dilatasi traktus urinarius bisa menetap selama tiga bulan (Sukarni, 2013).

b) Komponen urin

Glikosuria ginjal diinduksikan oleh kehamilan menghilang. Laktosuria positif pada ibu menyusui merupakan hal yang normal. BUN (*blood urea nitrogen*), yang meningkat selama pascapartum, merupakan akibat otolisis uterus yang berinvolusi, pemecahan kelebihan protein di dalam sel otot uterus juga menyebabkan proteinuria ringan (+1) selama satu sampai dua hari setelah wanita melahirkan. Hal ini terjadi pada sekitar 50% wanita. Asetonuria bisa terjadi pada wanita yang tidak mengalami komplikasi persalinan atau setelah suatu persalinan yang lama dan disertai dehidrasi (Sukarni, 2013).

c) Diuresis Postpartum

Trauma terjadi pada uretra dan kandung kemih selama proses melahirkan, yakni sewaktu bayi melewati jalan lahir. Dinding kandung kemih dapat mengalami hiperemesis dan edema, seringkali disertai di daerah-daerah kecil hemoragi.

Kandung kemih yang oedema, terisi penuh dan hipotonik dapat mengakibatkan overdistensi, pengosongan yang tak sempurna dan urin residual kecuali jika dilakukan asuhan untuk mendorong terjadinya pengosongan kandung kemih bahkan saat tidak merasa untuk berkemih. Dengan mengosongkan kandung kemih secara adekuat tonus kandung kemih biasanya akan pulih kembali dalam lima sampai tujuh hari setelah bayi lahir (Sukarni, 2013).

5) Sistem Muskuloskeletal

a) Dinding perut dan peritoneum

Setelah persalinan, dinding perut longgar karena diregang begitu lama, tetapi biasanya pulih kembali dalam 6 minggu. Kadang-kadang pada wanita yang asthenis terjadi diastasis dari otot-otot rectus abdominis sehingga sebagian dari dinding perut di garis tengah hanya terdiri dari peritoneum, fascia tipis dan kulit. Tempat yang lemah ini menonjol jika berdiri atau mengejan (Sukarni, 2013).

b) Kulit abdomen

Kulit abdomen yang melebar selama kehamilan tampak melonggar dan mengendur sampai berminggu-minggu atau bahkan berbulan-bulan yang dinamakan striae.

Melalui latihan postnatal, otot-otot dari dinding abdomen seharusnya dapat normal kembali dalam beberapa minggu (Sukarni, 2013).

c) *Striae*

Striae pada dinding abdomen tidak dapat menghilang sempurna melainkan membentuk garis lurus yang samar. Ibu postpartum memiliki tingkat diastasis sehingga terjadi pemisahan muskulus rektus abdominialis tersebut dapat dilihat dari pengkajian keadaan umum, aktivitas, paritas, jarak kehamilan yang dapat menentukan berapa lama tonus otot kembali normal (Sukarni, 2013).

d) Perubahan Ligamen

Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis serta fascia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus, setelah jalan lahir, berangsur-angsur menciut kembali seperti sedia kala. Tidak jarang ligamentum rotundum menjadi kendur yang menyebabkan letak uterus menjadi retroflexi. Tidak jarang pada wanita mengeluh kandungannya turun setelah melahirkan oleh karena ligamen, fascia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur (Sukarni, 2013).

e) Simpisis pubis

Meskipun relatif jarang, tetapi simpisis pubus yang terpisah inii merupakan penyebab utama morbiditas maternal dan kadang-kadang penyebab ketidakmampuan jangka panjang. Hal ini biasanya ditandai oleh nyeri tekan signifikan pada pubis disertai nyeri saat bergerak di tempat tidur atau saat berjalan. Pemisahan simpisis dapat dipalpasi. Sering kali klien tidak mampu berjalan tanpa bantuan. Sementara pada kebanyakan wanita gejala menghilang setelah beberapa minggu atau bulan, pada beberapa wanita lain gejala dapat menetap sehingga diperlukan kursi roda (Sukarni, 2013).

c. Perubahan Psikologi Masa Nifas

1) Adaptasi perubahan psikologi

★ Ibu mengalami penurunan besar pada fisik dan psikologis: ia membuat penyesuaian yang sangat besar baik tubuh dan psikisnya, mengalami stimulasi kegembiraan yang luar biasa, menjalani proses eksplorasi dan asimilasi realitas bayinya, berada di bawah tekanan untuk cepat menyerap pembelajaran yang diperlukan tentang apa yang harus diketahuinya dan perawatan untuk bayinya, dan merasa tanggungjawab luar biasa yang dipikulnya sekarang menjadi nyata dan tuntutan ditempatkan pada dirinya sebagai “ibu” (Varney, 2008).

Periode ini diekspresikan oleh Reva Robin yang terjadi pada tiga tahap berikut :

a) *Taking in period* (Masa ketergantungan)

Terjadi pada 1-2 hari setelah persalinan, ibu masih pasif dan sangat bergantung pada orang lain, fokus perhatian terhadap tubuhnya, ibu lebih mengingat pengalaman melahirkan dan persalinan yang dialami, serta kebutuhan tidur dan nafsu makan meningkat.

b) *Taking hold period*

Berlangsung 3-4 hari postpartum, ibu lebih berkonsentrasi pada kemampuannya dalam menerima tanggungjawab sepenuhnya terhadap perawatan bayi. Pada masa ini ibu menjadi sangat sensitive, sehingga membutuhkan bimbingan dan dorongan perawat untuk mengatasi kritikan yang dialami ibu.

c) *Letting go period*

Dialami setelah ibu dan bayi tiba di rumah. Ibu mulai secara penuh menerima tanggungjawab sebagai “seorang ibu” dan menyadari atau merasa kebutuhan bayi sangat bergantung pada dirinya (Sukma, 2017).

2) *Postpartum Blues (Baby Blues)*

Postpartum blues biasanya dimulai beberapa hari setelah kelahiran dan selesai 10-14 hari. Karakteristik *postpartum blues* meliputi menangis, merasa letih karena melahirkan, agitasi atau gelisah, perubahan alam perasaan, menarik diri, dan reaksi negatif terhadap anak atau keluarga (Sukarni, 2013).

3) Berduka

Berduka adalah respon psikologis terhadap kehilangan. Proses berduka terdiri dari tahap atau fase identifikasi respon tersebut, tahap pertama berduka adalah syok, yang merupakan respon awal individu terhadap kehilangan. Tahap kedua berduka adalah penderitaan, fase realistis, penerimaan terhadap fakta kehilangan dan upaya penyesuaian terhadap realitas yang harus ia lakukan. Tahap ketiga berduka adalah resolusi, fase menentukan hubungan baru yang bermakna, seseorang yang berduka menerima kehilangan, penyesuaian telah komplet, dan individu kembali pada fungsinya secara penuh (Varney, 2008).

d. Tanda Bahaya Pospartum

1) Perdarahan Pospartum

Dalam Sukarni (2013) perdarahan postpartum dapat dibedakan :

- a) Perdarahan postpartum primer (*Early Postpartum Hemorrhage*) adalah perdarahan lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir, atau perdarahan dengan volume sebarangpun tetapi terjadi perubahan keadaan umum ibu dan tanda-tanda vital sudah menunjukkan analisa adanya perdarahan. Penyebab utama adalah atonia uteri, sisa plasenta dan robekan jalan lahir. Terbanyak dalam 2 jam pertama.
- b) Perdarahan postpartum sekunder (*Late Postpartum Hemorrhage*) adalah perdarahan dengan konsep pengertian yang sama seperti perdarahan postpartum primer namun terjadi setelah 24 jam postpartum hingga masa nifas selesai. Perdarahan postpartum sekunder terjadi setelah 24 jam, biasanya terjadi antara hari ke-5 sampai 15 postpartum. Penyebab utamanya adalah robekan jalan lahir atau sisa plasenta.

2) Infeksi pada masa postpartum

Perlukaan karena persalinan merupakan tempat masuknya kuman ke dalam tubuh, sehingga menimbulkan infeksi pada kala nifas. Infeksi kala nifas adalah infeksi peradangan pada semua alat genitalia pada masa nifas oleh sebab apapun dengan ketentuan

meningkatnya suhu badan melebihi 38 derajat celcius tanpa menghitung hari pertama dan berturut-turut selama dua hari (Sukarni, 2013).

- 3) Lochea yang berbau busuk (bau dari vagina)
- 4) Sub involusi uterus (pengecilan uterus yang terganggu)
- 5) Nyeri pada perut dan pelvis
- 6) Pusing dan lemas yang berlebihan, sakit kepala, nyeri epigastrik, dan penglihatan kabur.
- 7) Suhu tubuh ibu $>38^{\circ}\text{C}$
- 8) Payudara yang berubah menjadi merah, panas dan terasa sakit
- 9) Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama
- 10) Rasa sakit, merah, lunak dan pembengkakan di wajah maupun ekstremitas
- 11) Demam, muntah, dan rasa sakit waktu berkemih

e. Kebutuhan dasar ibu nifas

- 1) Nutrisi dan cairan
- 2) Mobilisasi
- 3) Istirahat
- 4) Exercise atau senam nifas

5) Eliminasi

- a) Miksi
- b) Defekasi
- c) Personal hygiene
- d) Seksual

f. Asuhan Pada Masa Nifas

Dalam PERMENKES Nomor 97 tahun 2014, dijelaskan bahwa pelayanan kesehatan masa sesudah nifas meliputi pelayanan kesehatan bagi ibu dan pelayanan bagi bayi baru lahir. Adapun pelayanan kesehatan bagi ibu dilakukan kunjungan paling sedikit tiga kali selama masa nifas, dengan ketentuan waktu sebagai berikut :

- 1) Satu kali pada periode 6 jam sampai dengan tiga hari pasca persalinan.
- 2) Satu kali pada periode 4 hari sampai dengan 28 hari pasca persalinan, dan
- 3) Satu kali pada periode 29 hari sampai 42 hari.

Kegiatan pelayanan kesehatan yang dimaksud antara lain :

- 1) Pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu
- 2) Pemeriksaan tinggi fundus uteri
- 3) Pemeriksaan lochea dan perdarahan
- 4) Pemeriksaan jalan lahir

- 5) Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI eksklusif
- 6) Pemberian kapsul vitamin A
- 7) Pelayanan kontrasepsi pasca persalinan
- 8) Konseling, dan
- 9) Penanganan risiko tinggi dan komplikasi.

Menurut (Kemenkes RI, 2013) komponen esensial dalam asuhan kebidanan pada ibu selama masa nifas adalah sebagai berikut :

- 1) Anjurkan ibu untuk melakukan kontrol/kunjungan masa nifas setidaknya 4 kali, yaitu :
 - a) 6-8 jam setelah persalinan (sebelum pulang)
 - b) 6 hari setelah persalinan
 - c) 2 minggu setelah persalinan
 - d) 6 minggu setelah persalinan
- 2) Periksa tekanan darah, perdarahan pervaginam, kondisi perineum, tanda infeksi, kontraksi uterus, tinggi fundus, dan temperature secara rutin.
- 3) Nilai fungsi berkemih, fungsi cerna, penyembuhan luka, sakit kepala, rasa lelah dan nyeri punggung.
- 4) Tanyakan ibu mengenai suasana emosinya, bagaimana dukungan yang didapatkannya dari keluarga, pasangan, dan masyarakat untuk perawatan bayinya.

- 5) Tatalaksana atau rujuk ibu bila ditemukan masalah.
- 6) Lengkapi vaksinasi tetanus toksoid bila diperlukan.
- 7) Minta ibu segera menghubungi tenaga kesehatan bila ibu menemukan salah satu tanda berikut :

- a) Perdarahan berlebihan
- b) Sekret vagina berbau
- c) Demam
- d) Nyeri perut berat
- e) Kelelahan atau sesak napas
- f) Bengkak di tangan, wajah, tungkai atau sakit kepala atau pandangan kabur.
- g) Nyeri payudara, pembengkakan payudara, luka atau perdarahan puting,

- 8) Berikan informasi tentang perlunya melakukan hal-hal berikut :

- 1) Kebersihan diri
 - a) Membersihkan daerah vulva dari depan ke belakang setelah buang air kecil atau besar dengan sabun dan air.

- b) Mengganti pembalut minimal dua kali sehari, atau sewaktu-waktu terasa basah atau kotor dan tidak nyaman.
 - c) Mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelamin.
 - d) Menghindari menyentuh daerah luka episiotomi atau laserasi.
- 2) Istirahat
- a) Istirahat yang cukup, mengatur waktu istirahat pada saat bayi tidur, karena terdapat kemungkinan ibu harus sering terbangun pada malam hari karena menyusui.
 - b) Kembali melakukan rutinitas rumah tangga secara bertahap.
- 3) Latihan (*exercise*)
- a) Menjelaskan pentingnya latihan otot perut dan panggul.
 - b) Mengajarkan latihan untuk otot perut dan panggul
- 4) Gizi
- a) Mengonsumsi tambahan 500 kalori/hari.
 - b) Diet seimbang (cukup protein, mineral dan vitamin).
 - c) Minum minimal 3 liter/hari.

- d) Suplemen besi diminum setidaknya selama 3 bulan pascasalin, terutama di daerah dengan prevalensi anemia tinggi.
 - e) Suplemen vitamin A sebanyak 1 kapsul 200.000 IU diminum segera setelah persalinan dan 1 kapsul 200.000 IU diminum 24 jam kemudian.
- 5) Menyusui dan merawat payudara
- a) Jelaskan pada ibu mengenai cara menyusui dan merawat payudara.
 - b) Jelaskan pada ibu mengenai pentingnya ASI eksklusif.
 - c) Jelaskan kepada ibu mengenai tanda-tanda kecukupan ASI dan tentang manajemen laktasi.
- 6) Senggama
- a) Senggama aman dilakukan setelah darah tidak keluar dan ibu tidak merasa nyeri ketika memasukkan jari ke dalam vagina.
 - b) Keputusan tentang senggama bergantung pada pasangan yang bersangkutan.

7) Kontrasepsi dan KB

Jelaskan kepada ibu mengenai pentingnya kontrasepsi dan keluarga berencana setelah bersalin.

Tabel 2.4 Asuhan Selama Kunjungan Masa Nifas

KF	Waktu	Asuhan
I	6-8 jam post partum	<p>Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri.</p> <p>Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut.</p> <p>Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri.</p> <p>Pemberian ASI awal.</p> <p>Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.</p> <p>Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi.</p> <p>Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.</p>
II	6 hari post partum	<p>Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal.</p> <p>Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan.</p> <p>Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.</p> <p>Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan.</p> <p>Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui.</p> <p>Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.</p>
III	2 minggu post partum	<p>Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.</p>
IV	6 minggu post partum	<p>Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.</p> <p>Memberikan konseling KB secara dini.</p>

Sumber : Kemenkes RI, 2013

5. Tinjauan Konsep Keluarga Berencana (KB)

a. Definisi Keluarga Berencana (KB)

Keluarga berencana adalah suatu program nasional yang dijalankan pemerintah untuk mengurangi populasi penduduk, karena diasumsikan pertumbuhan populasi penduduk tidak seimbang dengan ketersediaan barang dan jasa (pembatasan kelahiran). KB dapat dipahami sebagai aktivitas individual untuk mencegah kehamilan (man'u al-hamli) dengan berbagai cara dan sarana (alat) (Maryunani, 2016).

Metode kontrasepsi bekerja dengan dasar mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi sel telur wanita (fertilisasi), atau mencegah telur yang sudah dibuahi berimplimentasi (melekat) dan berkembang di dalam rahim. Kontrasepsi dapat bersifat reversibel (kembali) dan permanen (tetap). Kontrasepsi reversibel adalah metode kontrasepsi yang dapat dihentikan setiap saat tanpa efek lama dalam mengembalikan kesuburan atau kemampuan untuk memiliki anak. Metode kontrasepsi permanen atau yang kita sebut sterilisasi adalah metode kontrasepsi yang tidak dapat mengembalikan kesuburan karena melibatkan tindakan operasi (Sulistyawati, 2013).

b. Tujuan Program Keluarga Berencana

Menurut Maryunani (2016) tujuan umum KB adalah membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak, agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. Tujuan lain meliputi pengaturan kelahiran, pendewasaan usia perkawinan, peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga.

Tujuan KB :

- a) Agar uterus tidak terdorong keluar vagina
- b) Agar klien merasa nyaman :
 - (1) Keluarga dengan anak ideal.
 - (2) Keluarga sehat.
 - (3) Keluarga berpendidikan.
 - (4) Keluarga sejahtera.
 - (5) Keluarga berketahanan.
 - (6) Keluarga yang terpenuhi hak-hak reproduksinya.
 - (7) Penduduk tumbuh seimbang.

Jadi tujuan dari program KB adalah :

- a) Memperbaiki kesehatan dan kesejahteraan ibu, anak, keluarga, dan bangsa.

- b) Mengurangi angka kelahiran untuk menaikkan taraf hidup rakyat dan bangsa.
 - c) Memenuhi permintaan masyarakat akan pelayanan KB dan KR yang berkualitas, termasuk upaya-upaya menurunkan angka kematian ibu, bayi, dan anak serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi.
- c. Ruang Lingkup KB

Ruang lingkup program KB secara umum adalah sebagai berikut :

- 1) Keluarga berencana
- 2) Kesehatan reproduksi remaja
- 3) Ketahanan dan pemberdayaan keluarga
- 4) Penguatan kelembagaan keluarga kecil berkualitas
- 5) Keserasian kebijakan kependudukan
- 6) Pengelolaan SDM aparatur
- 7) Penyelenggaraan pimpinan kenegaraan dan pemerintahan
- 8) Peningkatan pengawasan dan akuntabilitas aparatur negara

(Sulistyawati, 2013).

d. Manfaat Program KB

1) Ibu

Dengan jalan mengatur jumlah dan jarak kehamilan.

Adapun manfaat yang diperoleh oleh ibu adalah :

- a) Tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek, sehingga kesehatan ibu dapat terpelihara terutama kesehatan organ reproduksinya.
- b) Meningkatkan kesehatan mental dan sosial yang dimungkinkan oleh adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak-anak dan beristirahat yang cukup karena kehadiran anak tersebut memang diinginkan.

2) Suami

Dengan memberikan kesempatan suami agar dapat melakukan hal berikut :

- a) Memperbaiki kesehatan fisik
- b) Mengurangi beban ekonomi keluarga yang ditanggungnya.

3) Seluruh keluarga

Dilaksanakannya program keluarga berencana dapat meningkatkan kesehatan fisik, mental, dan sosial setiap anggota keluarga, dan bagi anak dapat memperoleh kesempatan yang lebih

besar dalam hal pendidikan dan kasih sayang orang tuanya
(Sulistyawati, 2013).

e. Metode Kontrasepsi

1) Metode sederhana

a) Metode Sederhana Tanpa Alat

(1) Metode Kalender

Metode kalender menggunakan prinsip pantang berkala, yaitu tidak melakukan persetubuhan pada masa subur istri.

(2) Metode suhu basal

Menjelang ovulasi suhu basal tubuh akan turun kurang lebih 24 jam setelah ovulasi suhu basal akan naik lagi sampai lebih tinggi daripada suhu sebelum ovulasi. Fenomena ini dapat digunakan untuk menentukan waktu ovulasi. Suhu basal dicatat dengan teliti setiap hari. Suhu basal diatur waktu pagi segera setelah bangun tidur dan sebelum melakukan aktivitas.

(3) Metode lendir serviks

Metode ovulasi didasarkan pada pengenalan terhadap perubahan lendir serviks selama siklus menstruasi

yang menggambarkan masa subur dalam siklus dan waktu fertilisasi maksimal dalam masa subur.

(4) Metode simotermal

Masa subur dapat ditentukan dengan mengamati suhu tubuh dan lendir serviks. Masa subur dimulai ketika ada perasaan basah atau munculnya lendir, ini adalah aturan awal. Aturan yang sama dengan metode lendir serviks, yaitu berpantang melakukan hubungan seksual sampai masa subur berakhir. Pantang melakukan hubungan seksual sampai hari puncak dan aturan perubahan suhu telah terjadi.

(5) Metode koitus interruptus

Alat kelamin pria (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina dan kehamilan dapat dicegah.

b) Metode Sederhan dengan Alat

(1) Kondom

Mekanisme kerja kondom adalah menghalangi masuknya sperma ke dalam vagina, sehingga pembuahan dapat dicegah. Untuk mencapai tingkat efektivitas

maksimal dalam mencegah kehamilan, gunakan kondom bersamaan dengan penggunaan sediaan spermisida.

(2) Kondom untuk wanita

Terbuat dari poliuretan tipis dengan cincin dalam yang fleksibel dan dapat digerakkan pada ujung yang tertutup yang dimasukkan ke dalam vagina dan cincin kaku yang lebih besar pada ujung terbuka di bagian depan yang tetap berada di luar vagina dan terlindungi introitus. Pelumas tambahan atau sediaan spermisida dapat digunakan bersamaan dengan kondom.

(3) Metode kimiawi

Spermisida adalah bahan kimia (biasanya monoksinol) yang digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma. Dikemas dalam bentuk aerosol (busa), tablet vaginal, supositoria, atau *dissolvable film* dan krim. Spermisida menyebabkan sel membrane sperma terpecah, memperlambat pergerakan sperma, dan menurunkan kemampuan pembuahan sel telur (Sulistyawati, 2013).

2) Metode Modern

a) Kontrasepsi hormonal

(1) Kontrasepsi oral

(a) Jenis

- i. Monofasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormone aktif.
- ii. Bifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dalam dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- iii. Trifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dalam tiga dosis yang berbeda, dengan tanpa hormon aktif.

(b) Keuntungan

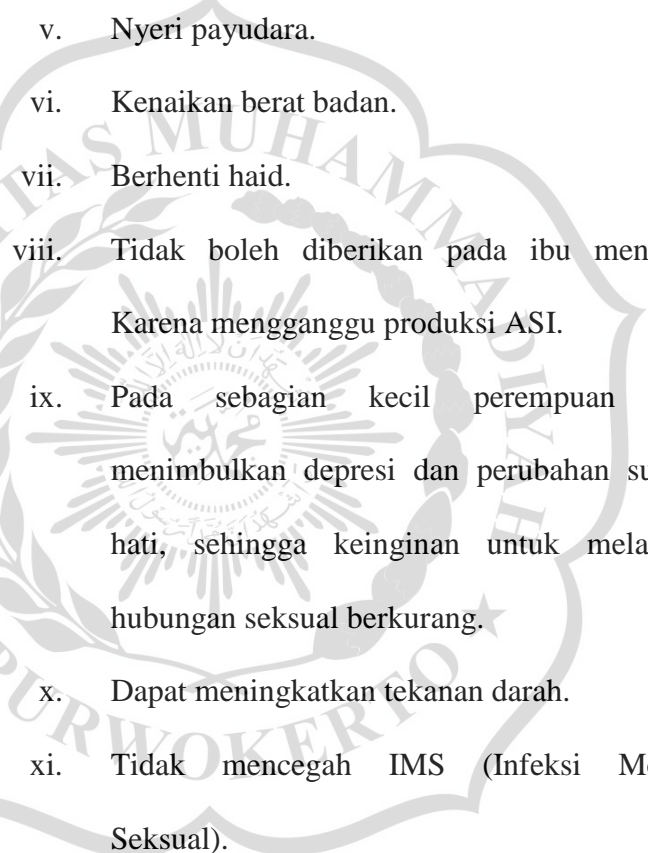
- i. Memiliki efektivitas yang tinggi menyerupai efektivitas tubektomi apabila digunakan setiap

hari (1 kehamilan per 1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan).

- ii. Risiko terhadap kesehatan sangat kecil.
- iii. Tidak mengganggu hubungan seksual.
- iv. Siklus haid menjadi teratur, jumlah darah haid berkurang (mencegah anemia) dan tidak terjadi nyeri haid.
- v. Dapat digunakan jangka panjang selama masih ingin menggunakan untuk mencegah kehamilan.
- vi. Mudah dihentikan setiap saat.
- vii. Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan.
- viii. Dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat.
- ix. Dapat membantu mencegah kehamilan ektopik, kanker ovarium, kanker endometrium, penyakit radang panggul, kelainan jinak pada payudara, dismenore, jerawat.

(c) Keterbatasan

- i. Mahal dan membosankan karena harus menggunakannya setiap hari.

- 
- ii. Mual, terutama pada tiga bulan pertama.
 - iii. Perdarahan bercak atau perdarahan sela, terutama pada tiga bulan pertama.
 - iv. Pusing.
 - v. Nyeri payudara.
 - vi. Kenaikan berat badan.
 - vii. Berhenti haid.
 - viii. Tidak boleh diberikan pada ibu menyusui. Karena mengganggu produksi ASI.
 - ix. Pada sebagian kecil perempuan dapat menimbulkan depresi dan perubahan suasana hati, sehingga keinginan untuk melakukan hubungan seksual berkurang.
 - x. Dapat meningkatkan tekanan darah.
 - xi. Tidak mencegah IMS (Infeksi Menular Seksual).

(2) Suntik/Injeksi

(a) Jenis

Tersedia dua jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu sebagai berikut :

- i. Depo mendroksi progesteron asetat (DMPA).
Mengandung 150 mg DMPA yang diberikan setiap tiga bulan dengan cara disuntikkan intramuscular (di daerah bokong).
- ii. Depo neoresisteron enantat (Depo noriserat),
mengandung 200 mg noretindron enantat,
diberikan setiap dua bulan dengan cara disuntikkan intramuscular.

(b) Keuntungan

- i. Sangat efektif.
- ii. Pencegahan kehamilan jangka panjang.
- iii. Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.
- iv. Tidak mengandung estrogen, sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah.
- v. Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI.
- vi. Efeksamping sedikit.
- vii. Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
- viii. Dapat digunakan oleh perempuan usia lebih dari 35 tahun sampai perimenopause.

- ix. Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.
- x. Menurunkan kejadian tumor jinak payudara.
- xi. Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul.
- xii. Menurunkan krisis anemia bulan sabit (*sickle cell*).

(c) Keterbatasan

- i. Sering ditemukan gangguan haid seperti : siklus haid yang memendek atau memanjang, perdarahan yang banyak atau sedikit, perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (*spotting*), tidak haid sama sekali.
- ii. Klien sangat bergantung pada sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk disuntik).
- iii. Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya.
- iv. Sering menimbulkan efek samping masalah berat badan.

- v. Tidak menjamin perlindungan terhadap infeksi menular seksual, hepatitis B, atau infeksi virus HIV.
- vi. Terlambat kembali kesuburan setelah penghentian penggunaan.
- vii. Terlambatnya kembali kesuburan bukan karena kerusakan/kelainan pada organ genitalia, tetapi karena belum bisanya pelepasan obat suntikan dari deponya (tempat suntikan).
- viii. Terjadi perubahan pada lipid serum dengan penggunaan jangka panjang.
- ix. Gangguan jangka panjangnya yaitu dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang (densitas), kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, gugup, atau jerawat (Sulistiyawati, 2013).

(d) Yang tidak boleh menggunakan

- i. Hamil atau diduga hamil (risiko cacat pada janin 7/100.000 kelahiran).

- ii. Perdarahan pervaginam yang belum jelas sebabnya.
- iii. Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid terutama amenorea.
- iv. Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- v. Diabetes mellitus disertai komplikasi (Rahayu, et al., 2016).

(3) Subkutis/Implan

(a) Jenis

- i. *Norplant*. Terdiri atas enam batang statistic lembut berongga dengan panjang 3-4 cm dengan diameter 2,4 mm yang diisi dengan 36 mg levonogestrel. Lama kerjanya lima tahun.
- ii. *Implanon*. Terdiri atas satu batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm dan diameter 2 mm, yang didisi dengan 68 mg 3-keto-desogestrel dan lama kerjanya tiga tahun.

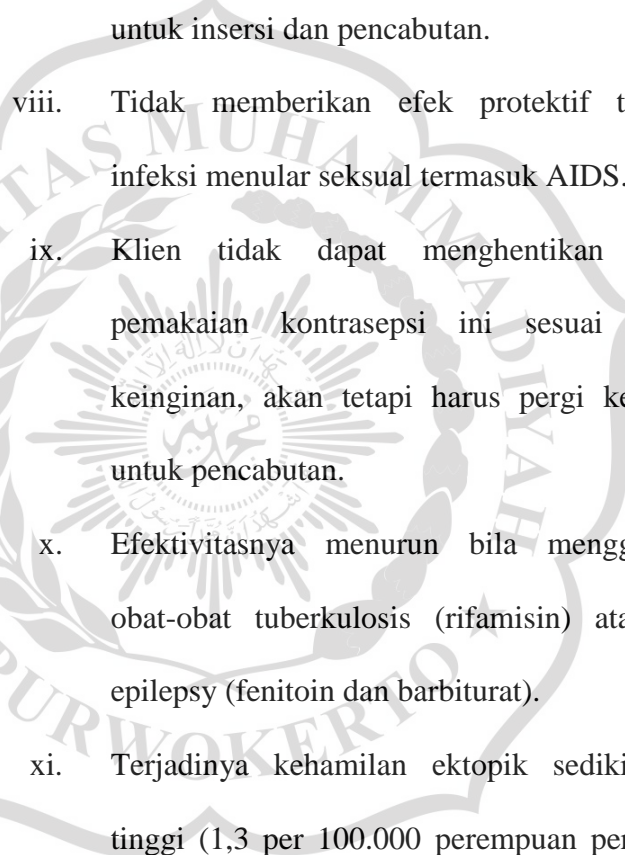
- iii. *Jadena* dan *Indoplant*. Terdiri atas dua batang yang berisi 75 mg levonogestrel dengan lama kerja 3 tahun.

(b) Keuntungan

- i. Daya guna tinggi.
- ii. Perlindungan jangka panjang (sampai 5 tahun).
- iii. Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan.
- iv. Tidak memerlukan pemeriksaan dalam.
- v. Bebas dari pengaruh estrogen.
- vi. Tidak mengganggu aktivitas seksual.
- vii. Tidak mengganggu produksi ASI.
- viii. Klien hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan.
- ix. Dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan.

(c) Keterbatasan

- i. Nyeri kepala.
- ii. Peningkatan/penurunan BB.
- iii. Nyeri payudara.
- iv. Perasaan mual.

- 
- v. Pening/pusing kepala.
 - vi. Perubahan perasaan (*mood*) atau kegelisahan (*nervousness*).
 - vii. Membutuhkan tindakan pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan.
 - viii. Tidak memberikan efek protektif terhadap infeksi menular seksual termasuk AIDS.
 - ix. Klien tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi ini sesuai dengan keinginan, akan tetapi harus pergi ke klinik untuk pencabutan.
 - x. Efektivitasnya menurun bila menggunakan obat-obat tuberkulosis (rifamisin) atau obat epilepsy (fenitoin dan barbiturat).
 - xi. Terjadinya kehamilan ektopik sedikit lebih tinggi (1,3 per 100.000 perempuan per tahun)

(Sulistyawati, 2013).

(4) *Intra-Uterine Device* (IUD/AKDR)

(a) Mekanisme kerja

Sampai saat ini belum ada orang yang yakin bagaimana mekanisme kerja AKDR dalam mencegah

kehamilan, ada yang berpendapat bahwa AKDR sebagai benda asing yang menimbulkan reaksi radang setempat, dengan leukosit yang dapat melarutkan blastosis atau sperma. Tembaga konsentrasi kecil dalam rongga uterus selain menimbulkan reaksi radang seperti pada AKDR biasanya juga menghambat khasiat anhidrase karbon dan fosfatase alkali. AKDR yang mengeluarkan hormon juga menebalkan lendir serviks sehingga menghadang sperma.

(b) Daya Guna

Daya guna teoritis dan daya guna pemakaian hamper sama (1-5 kehamilan per 100 wanita per tahun). Kegagalan lebih rendah pada AKDR yang mengeluarkan hormon atau mengandung tembaga.

(c) Waktu pemasangan AKDR

Pemasangan AKDR dapat dilakukan selama siklus haid, namun bidan harus benar-benar yakin tentang riwayat hubungan seksual dan penggunaan kontrasepsi klien sebelum membuat keputusan untuk

memasang AKDR pada saat menstruasi atau beberapa hari kemudian (Sulityawati, 2013).

3) Kontrasepsi Mantap

a) Tubektomi (Metode Operasi Wanita – MOW)

Tubektomi adalah setiap tindakan yang dilakukan pada kedua saluran telur wanita yang mengakibatkan orang yang bersangkutan tidak akan mendapat keturunan lagi. Tindakan tersebut awalnya disebut sterilisasi, dilakukan terutama atas indikasi medis misalnya kelainan jiwa, kemungkinan kehamilan yang dapat membahayakan nyawa ibu, serta penyakit keturunan. Meledaknya jumlah penduduk dunia telah mengubah konsep ini sehingga tindakan tersebut kini dilakukan untuk membatasi jumlah anak (Sulityawati, 2013).

Keuntungan dari tubektomi adalah efektif dan tidak menimbulkan efek samping dalam jangka panjang, tidak mempengaruhi proses menyusui, tidak bergantung pada faktor senggama, baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi risiko kesehatan yang serius, pebedahan yang sederhana, dapat dilakukan dengan anestesi local, tidak ada efek samping dalam jangka panjang, tidak ada perubahan dalam fungsi seksual, rasa sakit/ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah

tindakan, tidak melindungi dari IMS, termasuk HBV dan HIV/AIDS (Afandi, 2014).

b) Vasektomi Metode Operasi pada Pria – MOP)

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk laki-laki yang tidak ingin punya anak lagi. Memerlukan prosedur bedah untuk melakukan vasektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lain untuk memastikan apakah klien sesuai untuk menggunakan metode ini.

Keuntungan vasektomi yaitu tidak mempengaruhi libido, fungsi seksual atau fungsi ereksi, tidak membuat klien menjadi lemah atau kurang jantan. Keterbatasan vasektomi yaitu bersifat permanen, perlu pengosongan depot sperma di vesikula seminalis sehingga ejakulasi sampai 20 kali, risiko dan efek samping pembedahan kecil, ada rasa nyeri atau tidak nyaman pasca bedah, perlu tenaga terlatih dan tidak melindungi klien dari PMS (Afandi, 2014).

B. Pedoman Pelayanan Antenatal, Persalinan, Nifas, dan Bayi Baru Lahir di Era Adaptasi Kebiasaan Baru

Pedoman pelayanan ini disusun oleh Direktorat Kesehatan Keluarga Kementerian Kesehatan RI di era adaptasi kebiasaan baru, disiapkan untuk

mendukung pemerintah Indonesia dalam memastikan kelanjutan pelayanan kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir dapat tetap terlaksana sebagai upaya penurunan kematian ibu dan bayi selama wabah pandemi Covid-19.



1. Pelayanan Antenatal

a. Pelaksanaan Program Berdasarkan zona wilayah

Tabel 2.5 Program Pelayanan Bagi Ibu Hamil

Program	Zona Hijau (Tidak Terdampak / Tidak Ada Kasus)	Zona Kuning (Risiko Rendah), Orange (Risiko Sedang), Merah (Risiko Tinggi)
Kelas Ibu Hamil	Dapat dilaksanakan dengan metode tatap muka (maksimal 10 peserta) dan harus mengikuti protocol kesehatan secara ketat.	Ditunda pelaksanaannya dimasa pandemi Covid-19 atau dilaksanakan melalui media komunikasi secara daring (<i>Video Call, Youtube, Zoom</i>)
P4K	Pengisian stiker P4K dilakukan oleh tenaga kesehatan pada saat pelayanan antenatal.	Pengisian stiker dilakukan oleh ibu hamil atau keluarga dipandu oleh bidan/perawat/dokter melalui media komunikasi.
AMP	Otopsi verbal dilakukan	Otopsi verbal dilakukan

dengan mendatangi keluarga. Pengkajian dapat dilakukan dengan metode tatap muka (mengikuti protokol kesehatan) atau melalui media komunikasi secara daring (*video conference*).
dengan mendatangi keluarga atau melalui telepon. Pengkajian dilakukan melalui media komunikasi secara daring (*video conference*).

Sumber : Kemenkes RI 2021

- b. Pelayanan antenatal (*antenatal care/ANC*) pada kehamilan normal minimal 6x dengan rincian 2x di Trimester 1, 1x di Trimester 2, dan 3x di Trimester 3. Minimal 2x periksa oleh Dokter saat kunjungan 1 di Trimester 1 dan saat kunjungan ke 5 di Trimester 3.
- 1) ANC ke-1 di Trimester 1 : skrining faktor risiko dilakukan oleh Dokter dengan menerapkan protokol kesehatan. Jika ibu pertama kali datang ke bidan, bidan tetap melakukan pelayanan antenatal seperti biasa, kemudian ibu dirujuk ke dokter untuk dilakukan skrining. Sebelum ibu melakukan kunjungan antenatal tatap muka, dilakukan janji temu/teleregistrasi dengan skrining anamnesa melalui media komunikasi telepon atau secara daring untuk mencari faktor risiko dan gejala Covid-19.
 - a) Jika ada gejala Covid-19, ibu dirujuk ke RS atau dilakukan swab atau jika sulit untuk mengakses RS Rujukan maka dilakukan *Rapid Test*. Pemeriksaan skrining faktor risiko kehamilan dilakukan di RS Rujukan.

b) Jika tidak ada gejala Covid-19, maka dilakukan skrining oleh Dokter di FKTP.

2) ANC ke-2 di Trimester 1, ANC ke-3 di Trimester 2, ANC ke-4 di Trimester 3 dan ANC ke-6 di Trimester 3.

a) Jika ada gejala Covid-19, ibu dirujuk ke RS untuk dilakukan swab atau jika sulit mengakses RS Rujukan maka dilakukan *Rapid Test*.

b) Jika tidak ada gejala Covid-19, maka dilakukan pelayanan antenatal di FKTP.

3) ANC ke-5 di Trimester 3, skrining faktor risiko persalinan dilakukan oleh Dokter dengan menerapkan protokol kesehatan. Skrining dilakukan untuk menetapkan :

a) Faktor risiko persalinan

b) Menentukan tempat persalinan

c) Menentukan apakah diperlukan rujukan terencana atau tidak.

Tatap muka didahului dengan janji temu/teleregistrasi dengan skrining anamnesa melalui media komunikasi (telepon)/secara daring untuk mencari faktor risiko dan gejala COVID-19. Jika ada gejala COVID-19, ibu dirujuk ke RS untuk dilakukan swab atau jika sulit mengakses RS Rujukan maka dilakukan *Rapid Test*.

2. Pelayanan Persalinan

- a. Semua persalinan dilakukan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- b. Pemilihan tempat pertolongan persalinan ditentukan berdasarkan :
 - 1) Kondisi ibu yang ditetapkan pada saat skrining risiko persalinan.
 - 2) Kondisi ibu saat inpartu.
 - 3) Kondisi ibu dikaitkan dengan kondisi Covid-19.
 - 4) Pasien dengan kondisi inpartu atau emergensi harus diterima disemua Fasilitas Pelayanan Kesehatan walaupun belum diketahui status Covid-19. Kecuali bila ada kondisi yang mengharuskan dilakukan rujukan karena komplikasi obstetrik.
- c. Rujukan terencana untuk :
 - 1) Ibu yang memiliki risiko pada persalinan dan
 - 2) Ibu hamil dengan status Suspek dan terkonfirmasi Covid-19.
- d. Ibu hamil melakukan isolasi mandiri minimal 14 hari sebelum taksiran persalinan atau sebelum tanda persalinan.
- e. Pada zona merah (risiko tinggi), orange (risiko sedang), dan kuning (risiko rendah), ibu hamil dengan atau tanpa tanda dan gejala Covid-19 pada H-14 sebelum taksiran persalinan dilakukan skrining untuk menentukan status Covid-19. Skrining dilakukan dengan anamnesa, pemeriksaan darah NLR atau *rapid test* (jika tersedia fasilitas dan sumber daya). Untuk daerah yang memiliki kebijakan lokal dapat melakukan skrining lebih awal.

- f. Pada zona hijau (tidak terdampak/tidak ada kasus), skrining Covid-19 pada ibu hamil jika ibu memiliki kontak erat dan atau gejala.
- g. Untuk ibu status kontak erat tanpa penyulit obstetrik (skrining awal : anamnesis, pemeriksaan darah normal NLR < 5,8 dan limfosit normal), *rapid test* non reaktif), persalinan dapat dilakukan di FKTP. Persalinan di FKTP dapat menggunakan *delivery chamber* tanpa melonggarkan pemakaian APD (penggunaan *delivery chamber* belum terbukti dapat mencegah transmisi Covid-19).
- h. Apabila ibu datang dalam keadaan inpartu dan belum dilakukan skrining, Fasilitas Pelayanan Kesehatan harus tetap melayani tanpa menunggu hasil skrining dengan menggunakan APD sesuai standar.
- i. Hasil skrining Covid-19 dicatat/dilampirkan di buku KIA dan dikomunikasikan ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat rencana persalinan.
- j. Pelayanan KB paska persalinan tetap dilakukan sesuai prosedur, diutamakan menggunakan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP).

3. Pelayanan Pasca Salin

- a. Pelayanan pasca salin (ibu nfas dan bayi baru lahir) dalam kondisi normal tidak terpapar Covid-19 : kunjungan minimal dilakukan minimal 4 kali.

- b. Pelayanan KB pasca persalinan diutamakan menggunakan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP), dilakukan dengan janji temu dengan menerapkan protokol kesehatan serta menggunakan APD sesuai dengan jenis pelayanan.
- c. Ibu nifas dengan status suspek, *probable*, dan terkonfirmasi Covid-19 setelah pulang ke rumah melakukan isolasi mandiri selama 14 hari. Kunjungan nifas dilakukan setelah isolasi mandiri selesai.
- d. Ibu nifas dan keluarga diminta mempelajari dan menerapkan buku KIA dalam perawatan nifas dan bayi baru lahir dikehidupan sehari-hari, termasuk mengenali tanda bahaya pada masa nifas dan bayi baru lahir. Jika ada keluhan atau tanda bahaya, harus segera memeriksakan diri dan bayinya ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- e. KIE yang disampaikan pada ibu nifas pada kunjungan pasca salin (kesehatan ibu nifas) :
- 1) Hygiene sanitasi diri dan organ genitalia.
 - 2) Kebutuhan gizi ibu nifas.
 - 3) Perawatan payudara dan cara menyusui.
 - 4) Istirahat, mengelola rasa cemas dan meningkatkan peran keluarga dalam pemantauan kesehatan ibu dan bayinya.
 - 5) KB pasca persalinan : pada ibu suspek, *probable*, atau terkonfirmasi Covid-19, pelayanan KB selain AKDR

pascaplasenta atau sterilisasi bersamaan dengan seksio sesaria, dilakukan setelah pasien dinyatakan sembuh.

Tabel 2.6 Pelayanan Pasca Salin Berdasarkan Zona

Jenis Pelayanan	Zona Hijau (Tidak Terdampak/Tidak Ada Kasus)	Zona Kuning (Risiko Rendah), Orange (Risiko Sedang), Merah (Risiko Tinggi)
Kunjungan 1 : 6 jam – 2 hari setelah persalinan	Kunjungan nifas 1 bersamaan dengan kunjungan neonatal 1 dilakukan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan	
Kunjungan 2 : 3 – 7 hari setelah persalinan	Pada kunjungan nifas 2, 3 dan 4 bersamaan dengan kunjungan neonatal 2 dan 3	Pada kunjungan nifas 2, 3 dan 4 bersamaan dengan kunjungan neonatal 2 dan 3
Kunjungan 3 : 8 – 28 hari setelah persalinan	: dilakukan kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan didahului dengan janji temu dan menerapkan protokol kesehatan. Apabila diperlukan dapat dilakukan kunjungan ke Fasyankes dengan didahului janji temu/teleregistrasi.	
Kunjungan 4 : 29 – 42 hari setelah persalinan	dilakukan melalui media komunikasi/secara daring, baik untuk pemantauan maupun edukasi. Apabila sangat diperlukan, dapat dilakukan kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan didahului dengan janji temu dan menerapkan protokol	

kesehatan, baik tenaga kesehatan maupun ibu dan keluarga.

Sumber : Kemenkes RI 2021

C. Tinjauan Asuhan Kebidanan

Berdasarkan KEPMENKES RI Nomor : 938/Menkes/SK/VII/2007

1. Standar I : Pengkajian

a. Pernyataan standar

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

b. Kriteria pengkajian

- 1) Data tepat, akurat dan lengkap.
- 2) Terdiri dari Data Subjektif (hasil anamnesa: biodata, keluhan, riwayat obstetric, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya)
- 3) Data Objektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang)

2. Standar II : Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Potensial

a. Pernyataan standar

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

b. Kriteria pengkajian

- 1) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- 2) Masalah dirumuskan oleh kondisi klien
- 3) Dapat disesuaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

3. Standar III : Perencanaan

a. Pernyataan Standar

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnose dan masalah yang ditegakkan.

b. Kriteria pernyataan

- 1) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif.
- 2) Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga.
- 3) Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga.

4) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.

5) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

4. Standar IV : Implementasi

a. Pernyataan standar

Bidan melakukan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

b. Kriteria pernyataan

1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-spiritual-kultural.

2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (inform consent).

3) Melaksanakan tindakan asuhan kebidanan berdasarkan evidence based.

- 4) Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan.
 - 5) Menjaga privasi klien/pasien.
 - 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
 - 7) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
 - 8) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
 - 9) Melakukan tindakan sesuai standar.
 - 10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.
5. Standar V : Evaluasi
- a. Pernyataan standar
Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi pasien.
 - b. Kriteria pernyataan
 - 1) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
 - 2) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan atau keluarga.
 - 3) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar tindak lanjut.
 - 4) Hasil evaluasi ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

6. Standar VI : Pencatatan Asuhan Kebidanan

a. Pernyataan standar

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

b. Kriteria pernyataan

- 1) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam Medis, KMS, Status Pasien, Buku KIA).
- 2) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.
- 3) S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.
- 4) O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.
- 5) A adalah analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan.
- 6) P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, kolaborasi, evaluasi/follow up, dan rujukan.

D. Aspek Hukum

1. Landasan Hukum Kewenangan Bidan

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 tentang izin penyelenggaraan praktik bidan pada :

Pasal 18 menjelaskan dalam penyelenggaraan praktik bidan, bidan memiliki kewenangan untuk memberikan pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak, pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

Pasal 19 menjelaskan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana meliputi pelayanan konseling pada masa sebelum hamil antenatal pada kehamilan normal, persalinan normal, ibu nifas normal, ibu menyusui dan konseling masa antara dua kehamilan.

Pasal 20 menjelaskan bidan dalam memberikan pelayanan anak sebagaimana berwenang melakukan pelayanan neonatal esensial, penanganan★ kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan, pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita dan anak prasekolah dan konseling dan penyuluhan.

Pasal 21 menjelaskan bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana meliputi penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana, dan pelayanan kontrasepsi oral, kondom dan suntikan.

2. Wewenang bidan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan yang berisi tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan.

Pasal 18 menjelaskan dalam penyelenggaraan praktik kebidanaan, bidan memiliki wewenang untuk memberikan pelayanan kesehatan ibu meliputi pelayanan konseling pada masa sebelum hamil, antenatal pada kehamilan normal, persalinan normal, ibu nifas normal, ibu menyusui dan konseling masa antara dua kehamilan. Pelayanan kesehatan anak meliputi pelayanan neonatal esensial, penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan, pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, anak prasekolah dan penyuluhan. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana meliputi penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana, dan pelayanan kontrasepsi oral, kondom dan suntikan.