

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

I. TINJAUAN MEDIS

A. Konsep Dasar Kehamilan

1. Definisi Kehamilan

Ibu hamil adalah seorang wanita yang sedang mengandung yang dimulai dari adanya konsepsi sampai terlahirnya janin. Kehamilan adalah waktu transisi, yaitu masa antara yang kehidupan awalnya tidak memiliki anak yang sekarang ada di kandungan dan kehidupan nanti setelah anak yang ada di kandungan itu lahir (Ratnawati, 2020).

Menurut (Sarwono Prawirohardjo, 2009, hal 89-98). Masa kehamilan dimulai dari adanya konsepsi sampai lahirnya janin. Kehamilan normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT).

2. Tanda dan gejala kehamilan

Tanda dan Gejala Kehamilan diklasifikasikan menjadi tiga bagian yaitu

a. Tanda dan gejala kehamilan pasti

Tanda dan gejala kehamilan pasti, antara lain:

1) Ibu merasakan gerakan kuat bayi di dalam perutnya.

Sebagian besar ibu mulai merasakan tendangan bayi pada usia kehamilan lima bulan.

- 2) Bayi dapat dirasakan di dalam Rahim. Semenjak umur kehamilan 6 atau 7 bulan
 - 3) Denyut jantung bayi dapat terdengar. Saat usia kehamilan menginjak bulan ke-5 atau ke-6 denyut jantung bayi terkadang dapat didengar menggunakan instrument yang dibuat untuk mendengarkan, seperti stetoskop atau fetoskop.
 - 4) Tes kehamilan medis menunjukkan bahwa ibu hamil. Tes ini dilakukan dengan perangkat tes kehamilan di rumah atau di laboratorium dengan urine atau darah ibu.(Sutanto & Fitriana, 2019).
- b. Tanda dan gejala kehamilan tidak pasti
- 1) Ibu tidak menstruasi
Hal ini seringkali menjadi pertama kehamilan. Jika ini terjadi, ada kemungkinan ibu hamil, tanda sebab berhentinya haid adalah pertanda dibuahnya sel telur oleh sperma. Kemungkinan penyebab tanda lain adalah gizi buruk, masalah emosi, atau menopause (berhenti haid).
 - 2) Mual atau ingin muntah
Banyak ibu hamil yang merasakan mual di pagi hari (morning sickness), namun ada beberapa ibu yang mual sepanjang hari. Kemungkinan penyebab lain dari mual adalah penyakit atau parasit.

3) Payudara menjadi peka

Payudara lebih lunak, sensitive, gatal dan berdenyut seperti kesemutan dan jika disentuh terasa nyeri. Hal ini menunjukkan peningkatan produksi hormone esterogen dan progesterone.

4) Ada bercak darah dan kram perut

Adanya bercak darah dan kram perut disebabkan oleh implantasi atau menempelnya embrio ke dinding ovulasi atau lepasnya sel telur matang dari rahim. Hal ini merupakan keadaan yang normal.

5) Ibu merasa letih dan mengantuk sepanjang hari

Rasa letih dan mengantuk umum dirasakan pada 3 atau 4 bulan pertama kehamilan. Hal ini diakibatkan oleh perubahan hormone dan kerja ginjal, jantung serta paru-paru yang semakin keras untuk ibu dan janin. Kemungkinan penyebab lain tanda ini adalah anemia, gizi buruk, masalah emosi dan terlalu banyak bekerja.

6) Sakit kepala

Sakit kepala terjadi karena lelah, mual, dan tegang serta depresi yang disebabkan oleh perubahan hormone tubuh saat hamil. Meningkatnya pasokan darah ke tubuh juga membuat ibu hamil pusing setiap ganti posisi.

7) Ibu sering berkemih

Tanda ini terjadi pada 3 bulan pertama dan 1 hingga 2 bulan terakhir kehamilan. Kemungkinan penyebab lain tanda ini adalah stress, infeksi, diabetes, ataupun infeksi saluran kemih.

8) Sembelit

Sembelit dapat disebabkan oleh meningkatnya hormon progesterone. Selain membuat otot rahim mengendur, hormon itu juga mengendurkan otot dinding usus, sehingga memperlambat gerakan usus agar penyerapan nutrisi janin lebih sempurna.

9) Sering meludah

Sering meludah atau hipersalivasi disebabkan oleh perubahan kadar estrogen.

10) Temperature basal tubuh naik

Temperature basal adalah suhu yang diambil dari mulut saat bangun pagi. Temperature ini sedikit meningkat setelah ovulasi dan akan turun ketika mengalami haid.

11) Ngidam

Tidak suka atau tidak ingin makanan tertentu merupakan ciri khas ibu hamil. Penyebabnya adalah perubahan hormone.

12) Perut ibu membesar

Setelah 3 atau 4 bulan kehamilan biasanya perut ibu tampak cukup besar sehingga terlihat dari luar. Kemungkinan

penyebab lain tanda ini adalah ibu mengalami kanker atau pertumbuhan lain di dalam tubuhnya (Sutanto & Fitriana, 2019).

c. Tanda dan gejala kehamilan palsu

Pseudocyesis (kehamilan palsu) merupakan keyakinan dimana seorang wanita merasakan dirinya sedang hamil namun sebenarnya ia tidak hamil. Wanita yang mengalami pseudocyesis akan merasakan sebagian besar atau bahkan semua tandatanda dan gejala kehamilan. Meskipun penyebab pastinya masih belum diketahui, dokter menduga bahwa faktor psikologislah yang mungkin menjadi penyebab tubuh untuk “berpikir bahwa ia hamil”.

Tanda-tanda kehamilan palsu :

- a. Gangguan menstruasi
- b. Perut bertumbuh
- c. Payudara membesar dan mengencang, perubahan pada puting dan mungkin produksi ASI
- d. Merasakan pergerakan janin
- e. Mual dan muntah
- f. Kenaikan berat badan. (Sutanto & Fitriana, 2019)

3. Perubahan Anatomis dan Fisiologis Kehamilan

a. Uterus

Uterus mengalami peningkatan ukuran dan perubahan bentuk. Pada saat kehamilan uterus akan mengalami pembesaran pada

bulan pertama karena pengaruh dari hormone esterogen dan progesterone yang kadarnya meningkat. Pada wanita hamil berat uterus 1000 gram dengan panjang kurang lebih 2,5 cm.

b. Decidua

Decidua merupakan sebutan yang diberikan kepada endometrium pada kehamilan. Progesterone dan estrogen pada awalnya diproduksi oleh korpus luteum yang menyebabkan decidua menjadi lebih tebal, lebih vaskuler dan lebih kaya di fundus.

c. Myometrium

Hormon estrogen sangat berperan dalam pertumbuhan otot di dalam uterus. Pada usia kehamilan 8 minggu, uterus akan mulai menghasilkan gelombang kecil dari kontraksi yang dikenal dengan kontraksi Braxton Hicks.

d. Serviks

Serviks mengalami pelunakan dan sianosis. Kelenjar pada serviks mengalami proliferasi. Segera setelah terjadi konsepsi, mucus yang kental akan diproduksi dan menutup kanalis servikal.

e. Vagina dan perineum

Adanya hipervaskularisasi pada saat kehamilan mengakibatkan vagina dan vulva tampak menjadi lebih merah dan agak kebiruan (livide). Tanda ini biasanya disebut dengan tanda Chadwick.

f. Ovarium

Pada awal kehamilan masih adanya korpus luteum graviditas kira – kira berdiameter 3 cm. kemudian, ia menjadi kecil setelah plasenta sudah terbentuk.

g. Payudara (Breast)

Payudara akan membesar dan tegang akibat stimulasi hormone somatomammotropin, estrogen, dan progesterone tetapi belum mengeluarkan air susu.

h. Kulit

Pada kulit terdapat deposit pigmen dan hiperpigmentasi alat – alat tertentu. Pigmentasi terjadi karena pengaruh melanophore stimulating hormone (MSH) yang meningkat. MSH ini adalah salah satu hormon yang juga dikeluarkan oleh lobus anterior hipifisis. Kadang – kadang terdapat deposit pigmen pada pipi, dahi dan hidung, yang dikenal dengan kloasma gravidarum. (Sutanto & Fitriana, 2019).

3. Perubahan Psikologis Pada Trimester Ketiga

Pada fase trimester ketiga perubahan-perubahan psikologis pada ibu hamil semakin kompleks dan meningkat dari trimester sebelumnya. Hal ini dikarenakan kondisi kehamilan yang semakin membesar. Beberapa kondisi psikologis yang terjadi pada trimester ketiga, antara lain :

a. Rasa tidak nyaman

Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ketiga dan pada kebanyakan ibu merasa bentuk tubuhnya semakin jelek. Selain itu, perasaan tidak nyaman juga berkaitan dengan adanya perasaan sedih karena dia akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil sehingga ibu membutuhkan dukungan dari suami, keluarga, dan tenaga kesehatan.

b. Perubahan emosional

Pada bulan-bulan terakhir menjelang persalinan perubahan emosi ibu semakin berubah-ubah dan terkadang menjadi tidak terkontrol. Perubahan emosi ini bermuara dari adanya perasaan khawatir, rasa takut, bimbang dan ragu janganjangan kondisi kehamilannya saat ini lebih buruk lagi saat menjelang persalinan atau kekhawatiran akibat ketidakmampuannya dalam menjalankan tugas-tugas sebagai ibu pasca kelahiran bayinya.

4. Konsep Dasar Tanda Bahaya Kehamilan

a. Definisi tanda bahaya kehamilan

Tanda bahaya kehamilan adalah tanda-tanda yang mengindikasikan adanya bahaya yang dapat terjadi selama masa kehamilan, jika tidak dilaporkan atau terdeteksi saat dini bisa menyebabkan komplikasi sehingga terjadinya kematian pada ibu dan janin. Tanda bahaya kehamilan harus segera ditangani dan

dideteksi sejak dini karena setiap tanda bahaya kehamilan bisa mengakibatkan komplikasi pada masa kehamilan (Sumarni, Rahma, & Ikhsan, 2014).

Tanda-tanda bahaya kehamilan adalah gejala yang menunjukkan bahwa ibu dan bayi dalam keadaan bahaya (Sutanto & Fitriana, 2019).

b. Macam-macam tanda bahaya selama kehamilan

1) Preeklamsia

Preeklamsia merupakan tekanan darah tinggi disertai dengan proteinuria (protein dalam air kemih) atau edema (penimbunan cairan) yang terjadi pada kehamilan 20 minggu sampai akhir minggu pertama setelah persalinan. Klasifikasi preeklamsia ada dua yaitu :

a) Preeklamsia ringan

Preeklamsia terjadi jika terdapat tanda-tanda berikut :

(1) Tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih yang diukur pada posisi berbaring terlentang atau kenaikan diastolic 15 mmHg atau kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih.

(2) Edema umum, kaki, jari, tangan, dan muka atau kenaikan berat badan 1 kg atau lebih per minggu.

(3) Proteinuria memiliki berat 0,3 gram atau per liter, kualitatif 1+ atau 2 + pada urin kateter atau midstream.

b) Preeklamsia berat

Preeklamsia berat ditandai sebagai berikut :

- (1) Tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih
- (2) Proteinuria 5 gram atau lebih per liter
- (3) Oliguria yaitu jumlah urine kurang dari 500 cc per 24 jam
- (4) Adanya gangguan serebral, gangguan visus dan rasa nyeri pada epigastrium
- (5) Terdapat edema paru dan sianosis. (Ratnawati, 2020)

2) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pravaginam dalam kehamilan cukup normal.

Pada masa awal kehamilan, ibu mungkin akan mengalami perdarahan atau spotting. Perdarahan yang tidak normal terjadi pada awal kehamilan (perdarahan merah, banyak atau perdarahan dengan nyeri), kemungkinan abortus, mola atau kehamilan ektopik. Ciri-ciri perdarahan tidak normal pada kehamilan lanjut (perdarahan merah, banyak, kadang – kadang, tidak selalu, disertai rasa nyeri) bisa berarti plasenta previa atau solusio plasenta.

3) Sakit kepala yang hebat, menetap yang tidak hilang.

Sakit kepala yang menetap dan tidak sembuh dengan istirahat adalah gejala pre eklamsia dan jika tidak diatasi dapat menyebabkan kejang bahkan stroke.

4) Perubahan visual secara tiba – tiba (pandangan kabur)

Pandangan menjadi kabur atau berbayang dapat disebabkan oleh sakit kepala yang hebat, sehingga terjadi odema pada otak dan meningkatkan resistensi otak yang dapat mempengaruhi sistem saraf pusat. Perubahan penglihatan atau pandangan kabur dapat menjadi tanda dari preeklamsia.

5) Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri abdomen yang dirasakan oleh ibu hamil bila tidak ada hubungannya dengan persalinan adalah tidak normal. Nyeri yang dikatakan tidak normal apabila ibu merasakan nyeri yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat, kemungkinan appendicitis menjadi penyebabnya , kehamilan ektopik, abortus, penyakit radang panggul, gastritis.

6) Bengkak pada wajah atau tangan.

Hampir setiap ibu hamil mengalami adanya pembengkakan yang normal pada kaki biasanya muncul pada sore hari dan hilang setelah beristirahat atau meninggikan kaki. Hal tersebut menunjukkan tanda bahaya apabila muncul bengkak pada

wajah dan tangan dan tidak bisa hilang setelah melakukan istirahat dan disertai keluhan fisik lain. Hal ini juga merupakan tanda adanya anemia, gagal jantung atau preeklamsia.

7) Bayi bergerak kurang dari seperti biasanya

Pada ibu yang sedang hamil ibu akan merasakan gerakan janin yang berada di umur kandungan ke 5 bulan atau sebagian ibu akan merasakan gerakan janin lebih awal. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 x dalam periode 3 jam. Biasanya gerakan janin akan terasa jika ibu sedang dalam posisi berbaring atau beristirahat dan posisi ibu sedang makan dan minum dengan baik. (Sutanto & Fitriana, 2019).

5. Asuhan Kebidanan Kehamilan

Konsep pemeriksaan kehamilan dilakukan beberapa pemeriksaan yaitu:

a. Anamnesis dengan menanyakan kepada pasien yaitu tentang:

- 1) Nama diri sendiri, suami
- 2) Umur
- 3) Pendidikan terakhir
- 4) Pekerjaan
- 5) Suku asal
- 6) Agama
- 7) Alamat

a. Anamnesis Obstetric

- 1) Kehamilan keberapa dan pernah keguguran atau tidak serta kunjungan antenatal dilakukan secara berkala dan teratur dengan minimal kunjungan 4 kali.
 - 2) Apakah persalinan dan nifas : lahir spontan aterm,kehidupan atau dengan tindakan,usia anak terkecil,jenis kelamin,berat badan lahir bayi,nifas dan komplikasi
 - 3) Untuk primigravida,lama pernikahan dan usia saat nikah
 - 4) Tanggal hari pertama haid terakhir (HPHT) untuk menemukan usia kehamilan dan perkiraan takksiran persalinan.
 - 5) Pola kebutuhan sehari-hari termasuk nutrisi, eliminasi, aktivitas, istirahat, personal Hygene, seksual, psikososial,kultural dan spiritual.
- b. Anamnesis tentang keluhan utama. Dikembangkan sesuai dengan kemungkinan pasien dibawa ke rumah sakit atau pelayanan kesehatan lainnya (Manuaba,2014).
- c. Pemeriksaan fisik
- 1) Pemeriksaan umum
 - a) Tanda vital : (Tekanan darah,suhu tubuh,frekuensi nadi, frekuensi nafas)
 - b) Berat badan
 - c) Tinggi badan

- d) Lingkar Legan Atas (LILA)
- e) Muka: Apakah terlihat adanya oedema atau terlihat pucat
- f) Status generalis atau pemeriksaan fisik umum lengkap, meliputi: kepala, mata, hygiene mulut dan gigi, caries gigi, tiroid, jantung, paru, payudara (apakah terdapat benjolan, bekas operasi di daerah areola, bagaimana kondisi puting), abdomen (terutama bekas operasi terkait uterus), tulang belakang, ekstremitas (Oedema, varices, reflex patella), serta kebersihan kulit (Koemara, 2016)

2) Pemeriksaan khusus obstetric

- a) Inpeksi (tinggi fundus uteri, keadaan dinding abdomen, gerak janin yang tampak)
- b) Perkusi (meteorisme, tanda cairan bebas).
- c) Auskultasi (bising usus, denyut jantung janin, gerak janin intrauterine, hal lain yang terdengar).
- d) Pemeriksaan dalam (pembukaan serviks, perlunakan serbviks, ketuban, penurunan bagian terendah, penempatan kombinasi, tumor yang menyertai bagian terendah, pervimetri panggul).

e) Pemeriksaan tambahan (pemeriksaan laboratorium, ultrasonografi, tes pemeriksaan air ketuban, tes pemeriksaan, bakteriologis) (Manuaba,2014)

f) Palpasi (Leopold, Knebel, budin, ahfeld)

(1) Leopold 1 : pemeriksaan menghadap kearah wajah ibu hamil, menentukan tinggi fundus uter, bagian janin dalam fundus, dan konsistensi fundus.

Variasi knebel: Menentukan letak kepala atau bokong dengan suhu tangan di fundus dan tangan lain di atas simfisis.

(2) Leopold 2 :Menentukan batas samping Rahim kanan kiri, menentukan punggung janin, pada letak lintang, tentukan mana kepala janin.

Variasi Budin: Menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus.

(3) Leopold 3 : Menentukan bagian terbawah janin, apakah bagian terbawah janin sudah masuk atau masih bisa digoyangkan.

Variasi Ahfeld : Menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tengah perut.

(4) Leopold 4 : pemeriksa menghadap ke kaki ibu hamil,juga menentukan bagian bawah janin dan

beberapa jauh janin sudah masuk pintu atas panggul (Manuaba,2014)

d. Penentuan jadwal kunjungan ulang

Penentuan kunjungan ulang secara ideal menurut Maryunani (2016):

- 1) Seorang wanita hamil sampai dengan 7 bulan sebaiknya memeriksakan diri tiap 4 minggu sekali.
- 2) Dari 7 sampai dengan 9 bulan, tiap 2 minggu sekali.
- 3) Dari 9 sampai dengan 10 bulan, tiap 1 minggu sekali

B. Konsep Dasar Persalinan

1. Definisi Persalinan

Persalinan fisiologis merupakan suatu proses keluarnya janin dan plasenta melalui jalan lahir. Persalinan alami ialah proses persalinan yang membutuhkan dukungan, tetapi tanpa intervensi medis dan obat-obatan pengurang rasa nyeri. Melahirkan dengan cara alami ialah harapan bagi semua ibu hamil (Indrayani, 2016).

Menurut Ikatan Bidan Indonesia (IBI) persalinan normal adalah persalinan yang berlangsung spontan dalam batas waktu normal dengan presentasi belakang janin kepala, sedangkan menurut WHO adalah proses keluarnya bayi dengan presentasi kepala secara spontan lengkap pada usia kehamilan cukup bulan (37-42) dan setelah melahirkan ibu dan bayi dalam keadaan sehat.

2. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut (Indrayani, 2016) ada 5 faktor yang berpengaruh dalam proses persalinan, biasa disebut “5Ps” yaitu 3 faktor utama: power, passanger, passage way, dan 2 faktor lainnya: position dan psyche.

a. Power

Power adalah sumber kekuatan ibu yang mendorong janin untuk keluar, yang terdiri dari :

1) His (Kontraksi Otot)

His adalah suatu kontraksi otot rahim pada saat persalinan yang terdiri dari kontraksi otot dinding perut, kontraksi diafragma pelvis (kekuatan mengejan), dan kontraksi ligamentum rotundum. Adanya his saat persalinan dipengaruhi oleh hormon yang meningkat. Menjelang bersalin terjadi penurunan hormon progesteron. Hormon ini berfungsi menyiapkan kondisi rahim agar bisa ditempati calon janin. Hormon progesteron sangat dibutuhkan pada awal kehamilan karena agar tidak terjadi keguguran. Tetapi menjelang persalinan fungsi tersebut tidak diperlukan sehingga produksinya menurun. Namun, produksi hormon estrogen, oksitosin dan prostaglandin mengalami peningkatan sehingga dapat memperbaiki kekuatan his. Peningkatan tersebut juga dipengaruhi hormon lain dari hipofise yaitu somatomamotropin, luteinizing hormone, relaksin, dan lainnya (Adrian, 2017).

Kontraksi uterus terdiri dari kontraksi involunter dan volunteer, kontraksi uterus involunter disebut kekuatan/kontraksi primer, menandai dimulainya persalinan disebut juga dengan his. His dimulai pada bulan terakhir kehamilan sebelum persalinan yang disebut dengan his pendahuluan atau his palsu. His pendahuluan atau his palsu merupakan reaksi peningkatan dari kontraksi Braxton Hicks. His pendahuluan bersifat tidak teratur, tidak menyebabkan nyeri dibagian perut serta lipat paha, namun seiring berjalannya waktu rasa sakitakan menjalar dari pinggang ke perut bagian bawah. Kontraksi involunter berasal dari titik pemicu yang terdapat di lapisan otot pada segmen uterus bagian atas, lalu diantarkan ke bagian bawah dalam bentuk gelombang. Kontraksi involunter menyebabkan servik menipis (effacement) serta berdilatasi, dan menyebabkan janin turun (Kostania, 2012).

Kontraksi volunter (Kekuatan Sekunder) bersifat mendorong keluar sertamembuat perasaan ibu ingin mengejan, timbul setelah bagian presentasi mencapai dasar panggul. Kontraksi volunter tidak dipengaruhi oleh dilatasi servik, tetapi setelah pembukaan lengkap, kekuatan ini penting untuk mendorong janin keluar dari uterus dan vagina, sifatkekuatan reflek sekunder tanpa disadari otot diafragma serta abdomen, berkontraksi dan mendorong janin keluar mengakibatkan meningkatnya tekanan intra abdomen disemua sisi

dan menambah kekuatan untuk mendorong keluar. Reflek mengejan akan timbul pada saat bagian terendah janin telah turun ke dasar panggul, menyebabkan tekanan bagian terendah janin pada reseptor regang dasar panggul sehingga mengakibatkan hipofisis posterior melepaskan hormon oksitosin.

2) Tenaga Mengejan

Power yang membantu mendorong bayi keluar kontraksi uterus akibat otot-otot polos rahim yang bekerja secara sempurna dengan sifat-sifat:

- a. Kontraksi simetris
- b. Fundus yang dominan
- c. Relaksasi yang baik dan benar
- d. Terjadi diluar kesadaran/kehendak
- e. Terasa sakit
- f. Terkoordinasi dengan baik
- g. Terkadang dapat dipengaruhi dari luar secara fisik, kimia, dan psikis.

b. Passanger

1. Janin

Janin bergerak pada sepanjang jalan lahir yang diakibatkan oleh interaksi beberapa faktor, antara lain : jenis ukuran kepala janin, posisi, letak, presentasi, juga plasenta dan air ketuban harus

melewati jalan lahir yang dianggap sebagai bagian dari passanger yang mengikuti janin.

2. Tali Pusat

Plasenta pada umumnya dapat terbentuk sempurna pada usia kehamilan kira-kira 16 minggu, dimana amnion telah mengisi seluruh rongga rahim.

3. Plasenta

Dalam minggu ketiga kehamilan setelah konsepsi, sel tropoblast dari villi chorionic berlanjut untuk ber-invasi di desidua basalis. Saat kapiler uteri terbentuk, lalu berlanjut dengan arteri andometrial yang membentuk posisi seperti spiral, kemudian ruang yang sudah terbentuk diisi darah maternal. Villi chorionic yang sudah tumbuh pada rongga dengan dua lapisan sel terluar bernama syncitium serta bagian dalamnya disebut cytotropoblast. Lapisan ketiga berkembang pada septa yang membagi desidua masuk pada area terpisah disebut cotyledon yang merupakan 1 unit fungsional. Struktur yang menghubungkan pertukaran zat antara ibu serta anak atau sebaliknya disebut plasenta (Indrayani, 2016).

4. Air Ketuban

Pada Kehamilan cukup bulan, volume air ketuban kira-kira 1000-1500 cc, berwarna putih keruh, berbau cukup amis, serta

berasa manis. Reaksinya alkalis, dengan berat jenisnya 1,008, yang terdiri dari komposisi 90% air, lainnya albumin, urea, asam uric, kreatininsel-sel epitel, verniks caseosa, rambut lanugo, sertagaram an-organik. Kadar protein didalamnya kira-kira 2,6%g/l terutama albumin. Cavum amnion yang menerima cairan dengan difusi dari darah maternal. Fetus akan menelan cairan tersebut dan kemudian mengalirkan ke dalam dan keluar paru fetal. Urine dari fetus ikut mengalir masuk ke dalam cairan kemudian akan mempengaruhi tingginya volume cairan amnion. Minimalnya kurang dari 300ml cairan amnion dihubungkan dengan abnormalitas oleh ranal fetal. Cairan yang lebih tinggi dari dua liter cairan amnion (hydramnion) dihubungkan dengan malformasi gastrointestinal juga malformasi lainnya (Indrayani, 2016).

c. Passage Way

Passage way adalah jalan lahir saat persalinan yang berkaitan dengan segmen atas serta segmen bawah rahim. Segmen atas mempunyai peran yang aktif karena dapat berkontraksi saat persalinan bertambah maju sehingga dindingnya akan semakin menebal, sedangkan segmen bawah mempunyai peran pasif sehingga semakin bertambah maju persalinan akan semakin tipis akibat dari peregangan (Indrayani, 2016).

d. Position

Posisi ibu juga sangat berpengaruh terhadap adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak dapat memberikan beberapa keuntungan seperti memberikan kenyamanan, membuat rasa letih berkurang, dan melancarkan sirkulasi darah. Pada posisi tegak meliputi duduk diatas gym ball (pelvic rocking), berdiri, jongkok, berjalan. Posisi tegak memungkinkan untuk penurunan bagian terbawah janin. Kontraksi uterus yang lebih kuat dan efisien untuk membantu penipisan dan dilatasi serviks sehingga persalinan akan lebih cepat. (Indrayani, 2016).

3. Hormon-Hormon yang Mempengaruhi Proses Persalinan

a. Estrogen

Estrogen meningkat menjelang persalinan yang bekerja merangsang kelenjar mammae dan menyebabkan kontraksi rahim. Hormon ini dihasilkan oleh plasenta selama proses kehamilan sampai dengan persalinan.

b. Oksitosin

Hormon ini banyak diproduksi menjelang persalinan, karena dapat mengakibatkan kontraksi otot-otot polos uterus yang berfungsi mendorong turunnya kepala bayi. Hormon oksitosin bertugas menyiapkan laktasi dengan membuka saluran ASI dari alveolus ke puting payudara. Produksi hormon ini akan bertambah apabila

dilakukan stimulasi puting susu. Cara ini dilakukan jika kontraksi rahim tidak adekuat.

c. Prolaktin

Hormon yang dihasilkan dari kelenjar hipofise anterior bertugas menstimulasi pertumbuhan alveolus pada payudara. Pengeluaran hormon dipacu oleh estrogen. Menjelang persalinan, prolaktin juga bertugas memproduksi air susu untuk bayi setelah dilahirkan.

d. Prostaglandin

Hormon ini bertugas untuk merangsang otot polos yang dihasilkan oleh rahim serta produksinya meningkat pada akhir kehamilan. Wanita bisa mendapatkan prostaglandin dari sperma saat berhubungan seksual, oleh karena itu pada akhir kehamilan disarankan untuk melakukan hubungan seksual (Adrian, 2017).

4. Penyebab terjadinya awal Persalinan

Terjadinya persalinan belum diketahui secara pasti, sehingga terdapat beberapa teori yang berkaitan dengan mulainya persalinan. Selain itu, ada 2 hormon yang berperan pada saat kehamilan, yaitu estrogen serta progesteron:

a. Estrogen

1) Menaikkan kepekaan otot Rahim

2) Mempermudah penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin serta mekanik

b. Progesteron

- 1) Menyurutkan kepekaan otot Rahim
- 2) Membebani penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin serta mekanik
- 3) Mengakibatkan otot rahim dan otot polos relaksasi

5. Teori penyebab persalinan:

a. Teori Peregangan

- 1) Otot rahim memiliki kemampuan untuk meregang dalam batas tertentu
- 2) Ketika batas ini terlampaui, kontraksi terjadi dan persalinan dimulai
- 3) Misalnya, pada kehamilan ganda, kontraksi sering terjadi setelah peregangan tertentu, yang mengakibatkan nyeri persalinan

b. Teori Pengurangan Progesteron

- 1) Proses plasenta dimulai pada usia kehamilan 28 minggu dan dimulai dengan pembentukan jaringan ikat, penuaan dan penyumbatan pembuluh darah
- 2) Berkurangnya produksi progesteron, membuat otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin
- 3) Akibatnya, setelah sejumlah progesteron tertentu, otot-otot rahim mulai berkontraksi

c. Teori Oksitosin Internal

- 1) Oksitosin disekresikan oleh kelenjar hipofisis posterior
- 2) Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat menyebabkan seringnya kontraksi Braxton Hicks dengan mengubah sensitivitas otot
- 3) Penurunan konsentrasi karena kehamilan, oksitosin dapat meningkatkan aktivitas dan persalinan dapat dimulai

d. Teori Prostaglandin

- 1) Sejak usia 15 minggu, konsentrasi prostaglandin yang disekresikan oleh desidua meningkat.
- 2) Peningkatan prostaglandin selama kehamilan dapat menyebabkan kontraksi otot rahim, sehingga produk kehamilan dikeluarkan dari tubuh
- 3) Prostaglandin diyakini dapat menginduksi persalinan

e. Teori Hipotalamus-Hipofisis dan Kelenjar Adrenal

- 1) Teori ini menunjukkan bahwa persalinan sering tertunda pada kehamilan dengan anensefali karena hipotalamus tidak terbentuk
- 2) Malpas memperpanjang kehamilannya pada tahun 1933 dengan mengeluarkan otak kelinci percobaan
- 3) Menurut hasil penelitian ini dapat dikatakan bahwa ada hubungan antara hipotalamus dengan terjadinya persalinan

- 4) Kelenjar adrenal berperan sebagai pemicu persalinan (Johariyah dan Wahyu, 2012).

6. Tahap Persalinan

a. Kala I (Kala Pembukaan)

Inpartu (keadaan bersalin) ditandai dengan kontraksi lendir bercampur darah saat awal serviks terbuka (melebar) dan menipis (effacement). Kala I dibagi menjadi 2 fase, yaitu:

1) Fase laten

Dengan pembukaan lambat, terjadi pembukaan 1-3cm selama 7-8 jam. Fase laten yang melewati waktu 20 jam pada primipara atau keadaan abnormal 14 jam pada multipara.

2) Fase aktif

Fase aktif pada kasus primipara lebih dari 12 jam merupakan keadaan abnormal, sedangkan pada multipara normalnya rata – rata 2,5 jam, jika berlangsung selama 6 jam merupakan keadaan abnormal. Fase aktif dibagi menjadi 3 fase, yaitu:

a) Fase akselerasi

Mempercepat 3 subfase atas, berlangsung 2 jam hingga 4cm

b) Dilatasi maksimal, berlangsung cepat hingga 9 cm dalam 2 jam

c) Fase deselerasi, perlambatan dalam waktu 2 jam, pembukaan menjadi 10 cm (lengkap).

(1) Perubahan fisiologis pada kala I

(a) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi (nilai sistolik naik 10-20 mmHg) sedangkan nilai diastolik naik 5-10 mmHg. Tekanan darah akan kembali ke tingkat persalinan di antara kontraksi. Rasa nyeri, takut, dan cemas juga meningkat di tekanan darah. Asuhan yang diberikan untuk mengurangi rasa nyeri pada kala I ini yaitu salah satunya dengan endorfin massage.

(b) Metabolisme

Kecemasan dan aktivitas otot. Peningkatan ini ditandai dengan peningkatan suhu tubuh, nadi, curah jantung, pernapasan dan kehilangan cairan, merupakan penyebab Metabolisme karbohidrat aerob dan anaerob meningkat secara signifikan secara bertahap.

(c) Hematologi

Hemoglobin meningkat menjadi 1,2 g/100 ml selama persalinan dan akan kembali sebelum persalinan sehari pasca persalinan, kecuali terdapat perdarahan pospartum (Rohani et al, 2011).

(2) Perubahan psikologis kala I

Perubahan psikologis dapat terjadi pada ibu bersalin, terutama bagi ibu yang baru mengalami persalinan, yaitu meliputi:

- (a) Takut dan ragu-ragu akan persalinan yang akan dihadapi
- (b) Ibu dalam menghadapi persalinan sering memikirkan antara lain apakah persalinan berjalan dengan normal
- (c) Apakah penolong persalinan dapat sabar dan bijaksana dalam menolongnya
- (d) Apakah bayinya normal atau tidak
- (e) Ibu cemas, apakah ia sanggup merawat bayinya atau tidak

(3) Komplikasi Kala I

Komplikasi yang dialami ibu melahirkan kala I adalah:

- (a) Partus lama, biasanya terkait kontraksi uterus yang tidak adekuat atau dilatasi serviks yang sempurna.
- (b) Ketuban Pecah Dini (KPD), yaitu pecahnya ketuban sebelum ada tanda inpartu.

Komplikasi kala I juga dapat terjadi pada janin, sehingga penting bagi tenaga kesehatan untuk memastikan keselamatan dan kondisi janin. Komplikasi yang dapat terjadi yaitu seperti asfiksia yang dapat menyebabkan

intrauterine fetal death (IUFD), dan sepsis neonatorum, dapat terjadi karena infeksi akibat KPD.

b. Kala II

Kala II pada primipara berlangsung $1\frac{1}{2}$ - 2 jam, dan pada multipara $\frac{1}{2}$ - 1 jam. Kala II dikenal sebagai kala pengeluaran, gejala utama kala II adalah:

- 1) His menjadi lebih kuat setiap 2-3 menit selama 50-100 detik
- 2) Ditandai dengan keluarnya cairan secara paksa lebih dekat ke ujung cairan ketuban
- 3) Selaput di tempat terbuka dinilai benar-benar pecah, diikuti oleh keinginan untuk terlepas karena kompresi otot fleksus frankenhauser
- 4) Kedua kekuatan ini mendorong kepala bayi lebih jauh, menyebabkan: kepala membuka pintu otot suboksipital bertindak sebagai hipomoglium, dan fossa besar, dahi, hidung, wajah, dan seluruh kepala lahir secara bergantian.
- 5) Rotasi eksternal poros dilakukan setelah kepala dipindahkan sepenuhnya, yaitu kepala dibelakang
- 6) Setelah melahirkan paksi luar, maka persalinan bayi ditolong dengan cara:
 - a) Tempatkan kepala di bawah tulang oksipital dan di bawah dagu, di tarik ke bawah untuk melahirkan bahu belakang

- b) Setelah melahirkan kedua bahu, ketiak dikait untuk melahirkan bayi
 - c) Bayi lahir diikuti dengan selaput ketuban
- (1) Perubahan fisiologis kala II
- (a) His menjadi lebih kuat, kontraksinya selama 50-100 detik, datangnya tiap 2-3 menit
 - (b) Pasien mulai mengejan
 - (c) Pada akhir kala II saat kepala bayi sudah sampai di dasar panggul, perineum menonjol, vulva membuka, dan tekanan anus
 - (d) Pada puncak his, bagian kecil kepala muncul di vulva dan menghilang lagi saat berhenti, dan seterusnya sampai terlihat lebih besar. Kejadian ini disebut "kepala membuka pintu"
 - (e) Pada akhirnya, lingkaran terbesar kepala dipegang oleh vulva, jadi tidak bisa kembali lagi, penonjolan tulang ubun-ubun lahir dan subocciputada dibawah symphysis berarti "kepala keluar pintu"
 - (f) Pada his berikutnya dengan ekstensi, maka lahirlah ubun-ubun besar, dahi dan mulut lahir pada comisura posterior. Saat ini, untuk primipa, perineum biasanya

robek karena tidak dapat menahan regangan yang kuat tersebut

(g) Setelah kepala lahir, dilanjutkan dengan putaran paksi luar sehingga kepala melintang, vulva menekan leher dan dada ditekan melalui jalan lahir sehingga hidung bayi keluar lendir dan cairan

(h) Pada his berikutnya, bahu belakang lahir kemudian bahu depan diikuti oleh seluruh tubuh bayi dengan fleksi lateral, sesuai dengan sumbu jalan lahir

(i) Setelah bayi lahir, sisa cairan ketuban yang tidak keluar saat ketuban pecah, kadang bercampur darah

(j) Lama kala II pada primi kurang lebih sekitar 50 menit pada multi sekitar 20 menit

(2) Perubahan psikologis kala II

Pada kala II, his terkoordinasi lebih kuat, lebih cepat dan lebih lama, sekitar 2-3 sekali per menit. Kepala janin telah turun dan memasuki rongga panggul sehingga ada tekanan pada otot-otot dasar panggul yang reflektif menimbulkan rasa ingin meneran. Karena tekanan dubur, ibu merasa seperti ingin buang air besar, dengan tanda tekanan anus . Pada saat terjadinya his, kepala janin mulai muncul, vulva terbuka dan perineum teregang. Saat ibu merasa ingin

meneran kita sebagai bidan hendaknya memimpin ibu dalam meneran agar ibu dapat meneran dengan baik sehingga kelahiran kepala diikuti oleh seluruh tubuh janin

(3) Komplikasi kala II

Komplikasi pada ibu bersalin kala II adalah distosia atau persalinan kala II yang memanjang, dimana waktu persalinan pada primipara lebih dari 2 jam, atau pada multipara lebih dari 1 jam.

c. Kala III (Kala Pengeluaran Plasenta) adalah waktu untuk mengeluarkan uri (plasenta) dimulai setelah lahirnya bayi. Proses ini berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir, baik pada primipara maupun multipara.

1) Perubahan fisiologis kala III

Selama kala III persalinan, otot-otot rahim menyebabkan berkurangnya ukuran rongga rahim secara tiba-tiba setelah lahirnya bayi. Pengurangan ukuran rongga rahim ini menyebabkan implantasi plasenta karena tempat implantasi menjadi lebih kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah.

2) Perubahan psikologis kala III

a) Ibu ingin melihat, menyentuh, dan memeluk bayinya.

- b) Merasa gembira, lega, dan bangga akan dirinya, juga merasa sangat lelah. Pada saat ibu merasa lelah anjurkan ibu untuk minum agar tidak lemas
- c) Ibu bertanya apakah vaginanya perlu dijahit

3) Komplikasi kala III

Pada kala III, komplikasi yang dapat terjadi adalah retensio plasenta, yaitu plasenta tidak lahir spontan dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir. Pada keadaan ini, perlu dilakukan tindakan manual plasenta. Retensio plasenta dapat menyebabkan perdarahan postpartum.

d. Kala IV (Kala Pengawasan)

Kala IV dimulai setelah plasenta lahir hingga 2 jam setelah proses tersebut. Pada kala IV dilakukan pemantauan setiap 15 menit untuk jam pertama, dan setiap 30 menit pada satu jam kedua, pemantauan dilakukan sebanyak 6 kali selama dua jam postpartum. Pada kala IV, tekanan darah, nadi, suhu tubuh, tinggi fundus, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan harus dipantau. Pemantauan kala IV sangat penting untuk mengantisipasi komplikasi perdarahan pasca persalinan.

1) Perubahan fisiologis kala IV

Setelah plasenta lahir tinggi fundus uteri kurang lebih 2 jari dibawah pusat. Otot-otot uterus berkontraksi, pembuluh darah

yang ada pada otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan.

2) Perubahan psikologis kala IV

Adanya bonding attachment, yaitu sebuah peningkatan hubungan kasih sayang dengan keterkaitan batin antara ibu dan bayi (Handayani, Esti, dan Pujastuti, 2016).

3) Komplikasi kala IV

Pada kala IV, komplikasi yang paling sering terjadi adalah perdarahan postpartum, yaitu jumlah perdarahan pervaginam setelah bayi lahir lebih dari 500cc. Perdarahan postpartum disebabkan karena atonia uteri, sisa jaringan plasenta, dan rupture uteri, serviks atau vagina.

e. Komplikasi Dalam Persalinan

Kompikasi pada persalinan adalah kondisi yang mengancam kehidupan ibu ataupun janin akibat gangguan yang merupakan akibat langsung dari kehamilan atau persalinan seperti perdarahan, infeksi, preeklamsia/eklamsia, persalinan lama/sulit, dan rupture uteri yang membutuhkan manajemen obstetric tanpa ada perencanaan sebelumnya (Kemenkes RI, 2012).

- 1) Perdarahan adalah penyebab utama kematian ibu, perdarahan saat persalinan yaitu perdarahan dari jalan lahir dengan volume lebih dari 500 cc. Perdarahan ini menetes perlahan tapi terus

menerus hal ini sangat berbahaya karena dapat meningkatkan jumlah perdarahan dan menyebabkan wania menjadi lemas serta syok (Saifuddin, 2014). Perdarahan postpartum merupakan perdarahan lebih dari 500 cc setelah persalinan pervaginam serta lebih dari 1000 ml pada persalinan (Oktarina, 2016). Perdarahan postpartum merupakan perdarahan yang terjadi setelah bayi lahir di luar batas fisiologis normalnya. Perdarahan postpartum serta perdarahan hingga 1000 ml secara kasat mata harus ditanggapi dengan serius (Nurhayati, 2019).

Menurut (Khumaira, 2012) Faktor penyebab perdarahan postpartum dibedakan menjadipa bebera bagian, yaitu:

- a) Perdarahan Pada Tempat Implantasi Plasenta
- b) Gangguan perfusi miotonik uteri (hipotensi, ketegangan uterus, induksi).

Induksi dan stimulasi persalinan menempatkan kerja berlebih pada uterus kala 1 dan 2, sehingga otor plasenta tidak dapat berkontraksi.

- c) Overdistensi Uterus (hidramnion kembar)

Kehamilan kembar merupakan kehamilan dengan dua janin atau lebih. Hidramnion merupakan volume cairan ketuban lebih dari 1500 ml (Indrayani,D., dan Asmuji, 2013). Pada kasus polihidramnion, jika selaput ketuban

pecah saat melahirkan atau setelah melahirkan anak pertama dari kehamilan ganda, rongga rahim dapat secara tiba-tiba menjadi luas. Jika rahim meregang terlalu banyak selama kehamilan, sel-sel otot kehilangan kemampuannya untuk berkontraksi dan berkontraksi secara efektif selama kala tiga persalinan. Oleh sebab itu, penyebab perdarahan pada kondisi tersebut adalah atonia uteri.

d) Persalinan Presipitatus

Pengeluaran janin yang cepat melalui jalan lahir dapat menghalangi regangan jaringan secara bertahap dan lambat, yang dapat menyebabkan rupture serviks, vagina dan perineum sehingga meningkatkan kehilangan darah.

e) Preeklamsia

Preeklamsia merupakan penyakit dengan tanda-tanda tekanan darah tinggi, edema, dan proteinuria yang terjadi akibat kehamilan setelah minggu ke-20 kehamilan atau segera setelah melahirkan. Hipertensi merupakan tekanan darah sistolik dan diastolic lebih dari 140/90 mmHg. Pengukuran tekanan darah dilakukan lebih dari sekali setiap 4 jam. Preeklamsia dapat menyebabkan tekanan darah ibu melonjak, dan perdarahan dapat menyebabkan tekanan darah turun secara tiba-tiba. Berbagai tanda-tanda

vital harus sering dipantau, karena suatu kondisi dapat menutupi kondisi lain, yang mempengaruhi diagnosis dan pengobatan yang akurat (Indrayani, D., dan Asmuji, 2013).

7. Asuhan Persalinan Normal

Asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman saat melahirkan. Oleh karena itu, peran penyedia layanan kesehatan ialah memantau kelahiran untuk mendeteksi komplikasi dan memastikan kenyamanan selama persalinan (Rohani, dkk, 2011).

a. Asuhan persalinan normal (APN) terdiri dari 60 langkah, sebagai berikut:

- 1) Dengarkan dan perhatikan tanda-tanda kala II persalinan.
- 2) Pastikan perlengkapan alat lengkap, termasuk mematahkan botol oksitosin dan memasukkan jarum suntik sekali pakai 2½ ml ke dalam wadah set pengiriman.
- 3) Pakai celemek plastik.
- 4) Pastikan tangan bebas dari perhiasan dan cuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 5) Memakai sarung tangan DTT di tangan kanan digunakan untuk pemeriksaan dalam.
- 6) Dengan tangan bersarung tangan, pegang spuit, isi dengan oksitosin, dan masukkan kembali ke wadah partus set.

- 7) Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah.
- 8) Lakukan pemeriksaandalam (pastikan bukaan lengkap dan selaput ketuban pecah).
- 9) Celupkan tangan yang bersarung tangandalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan secara terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5%.
- 10) Periksa denyut jantung janin setelah kontraksi rahim selesai (pastikan DJJ dalam kisaran normal (120-160 denyut per menit)
- 11) Beri tahu ibu bahwa pembukaan telah lengkap dan janin dalam keadaan sehat, dan minta ibu untuk meneran jika sudah merasakan dorongan untuk meneran.
- 12) Persiapan posisi ibu untuk meneran dengan bantuan keluarga.
- 13) Lakukan pimpinan meneran saat ibu ingin meneran.
- 14) Jika ibu belum ada dorongan ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu berjalan, berjongkok atau dengan posisi nyaman.
- 15) Saat kepala bayi membuka vulva berdiameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih (untuk menyeka bayi) di atas rahim ibu.
- 16) Tutup dengan kain bersih dan lipat 1/3 bokong ibu.
- 17) Buka tutup partus setdan perhatikan kelengkapan alat dan bahan.
- 18) Pakai sarung tangan DTT di kedua tangan.
- 19) Bila kepala janin terlihat di vulva berdiameter 5-6, letakkan handuk bersih untuk mengeringkan janin pada perut ibu.

- 20) Periksa adanya lilitan tali pusat di leher janin.
- 21) Tunggu sampai kepala janin melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang dengan cara biparietal. Anjurkan ibu untuk mengejan selama persalinan. Perlahan gerakkan kepala ke bawah dan ke distal sampai bahu depan berada di bawah lengkung kemaluan, lalu gerakkan ke distal ke atas untuk melahirkan bahu belakang.
- 23) Setelah bahu lahir, dorong lengan bawah ke arah perinium ibu untuk menopang kepala, lengan bawah, dan siku bagian bawah. Gunakan tangan atas untuk menahan lengan atas dan siku dengan gerakan melingkar.
- 24) Tubuh dan lengan telah lahir, tangan kiri menyusuri punggung ke arah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (masukkan jari telunjuk tangan kiri di antara lutut janin).
- 25) Lakukan penilaian selintas:
 - a) Apakah bayi menangis kuat atau bernapas tanpa kesulitan?
 - b) Apakah bayi bergerak aktif?
- 26) Keringkan tubuh bayi, dimulai dari wajah, kepala, dan bagian tubuh lain selain tangan, tanpa membersihkan vernix. Ganti handuk basah dengan handuk/kain kering. Membiarkan bayi di atas perut ibu.

- 27) Periksa kembali rahim untuk memastikan tidak ada lagi bayi di dalam rahim.
- 28) Memberitahu ibu bahwa akan menyuntikkan oksitosin untuk mengontraksikan uterus dengan baik.
- 29) Suntikkan 10 unit oksitosin secara intramuskular (intramuskular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral dalam waktu 1 menit setelah melahirkan (aspirasi sebelum injeksi oksitosin).
- 30) Dua menit setelah melahirkan, klem tali pusat sekitar 3 cm dari pusat bayi. Dorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat dengan ujung distal 2 cm pada klem pertama.
- 31) Pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dengan satu tangan dan potong tali pusat di antara kedua klem.
- 32) Ikat tali pusat ke satu sisi dengan benang DTT atau jahitan steril, lalu putar jahitan ke belakang dan ikat sisi lainnya dengan simpul pengunci.
- 33) Tutupi ibu dan bayi dengan kain hangat dan letakkan topi di atas kepala bayi.
- 34) Pindahkan klem tali pusat 5-10 cm dari vulva.
- 35) Letakkan satu tangan pada jaringan perut ibu di tepi atas simpisis untuk deteksi. Tangan lain, mengencangkan tali pusat.
- 36) Setelah rahim berkontraksi dengan tangan kanan, pegang tali pusat dan tekan perlahan rahim ke arah perut dengan tangan kiri. Jika

- plasenta tidak keluar setelah 30-40 detik, hentikan pengikatan tali pusat, tunggu kontraksi berikutnya, dan ulangi prosedur.
- 37) Lakukan penegangan dan dorongan dorsokranial sampai plasenta terlepas, minta ibu untuk meneran sementara asisten menarik tali pusat sejajar dengan lantai dan ke atas mengikuti poros jalan lahir.
 - 38) Jika plasenta muncul di vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. Jika perlu (resistensi), pegang plasenta dengan kedua tangan dan putar ke arah yang sama untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban.
 - 39) Segera setelah plasenta lahir, lakukan pemijatan pada fundus uteri dengan memijat fundus uteri secara sirkuler dengan telapak keempat jari tangan kiri sampai kontraksi rahim membaik (sampai fundus teraba mengeras).
 - 40) Pegang plasenta dengan tangan kanan, periksa apakah semua kotiledon dan selaput ketuban masih utuh, dan masukkan ke dalam kantong plastik yang disediakan.
 - 41) Kaji kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Jika laserasi menyebabkan pendarahan, maka harus dijahit.
 - 42) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak ada pendarahan vagina.
 - 43) Celupkan sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% untuk menghilangkan darah dan cairan tubuh, lepaskan secara terbalik

dan rendam sarung tangan dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan keringkan tangan dengan kain bersih dan kering atau handuk pribadi. Kemudian kenakan sarung tangan dan melakukan pemeriksaan fisik bayi.

- 44) Membiarkan bayi kontak kulit-ke-kulit di dada ibu setidaknya selama 1 jam.
- 45) Setelah 1 jam, anak ditimbang, diberikan tetes mata antibiotik, dan 1 mg vitamin K1 disuntikkan secara intramuskular ke daerah anterolateral paha kiri.
- 46) Setelah pemberian vitamin K1 selama 1 jam, suntikkan imunisasi hepatitis B ke daerah anterior paha kanan.
- 47) Celupkan tangan dalam larutan klorin 0,5%, angkat dengan posisi terbalik, cuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir, keringkan dengan handuk bersih, dan kenakan sarung tangan.
- 48) Melanjutkan pemantauan kontraksi dan cegah pendarahan vagina.
- 49) Mengajarkan ibu/keluarga untuk memijat uterus dan mengevaluasi kontraksi.
- 50) Evaluasi dan estimasi kehilangan darah.
- 51) Periksa denyut nadi dan kandung kemih ibu setiap 15 menit selama satu jam pertama setelah melahirkan dan setiap 30 menit untuk jam kedua setelah melahirkan.

- 52) Periksa kembali pernapasan bayi.
- 53) Tempatkan semua peralatan bekas dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Setelah disinfeksi, cuci dan bilas peralatan.
- 54) Buang bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 55) Bersihkan ibu dengan menggunakan air DDT. Membersihkan sisa-sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.
- 56) Pastikan ibu merasa nyaman dan jika ingin minum minta bantuan keluarga.
- 57) Desinfeksi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.
- 58) Mencuci sarung tangan dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan secara terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5%.
- 59) Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 60) Melengkapi partograf

Pelayanan Persalinan Selama Covid-19

- 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) Status ibu dikaitkan dengan COVID-19.

- a) Persalinan di RS Rujukan COVID-19 untuk ibu dengan status: suspek, probable, dan terkonfirmasi COVID-19 (penanganan tim multidisiplin).
- b) Persalinan di RS non rujukan COVID-19 untuk ibu dengan status: suspek, probable, dan terkonfirmasi COVID-19, jika terjadi kondisi RS rujukan COVID-19 penuh dan/atau terjadi kondisi emergensi. Persalinan dilakukan dengan APD yang sesuai.
- c) Persalinan di FKTP untuk ibu dengan status kontak erat (skrining awal: anamnesis, pemeriksaan darah normal (NLR < 5,8 dan limfosit normal), rapid test non reaktif). Persalinan di FKTP menggunakan APD yang sesuai dan dapat menggunakan delivery chamber (penggunaan delivery chamber belum terbukti dapat mencegah transmisi COVID-19).
- 4) Pasien dengan kondisi inpartu atau emergensi harus diterima di semua 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 mempunyai 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 dengan 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 pasca persalinan tetap dilakukan sesuai prosedur, diutamakan

menggunakan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP).

9 Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

1) Kebutuhan dasar ibu bersalin kala I

a) Mengatur aktivitas dan posisi ibu pada ibu yang belum masuk dalam pembukaan lengkap.

b) Membimbing ibu untuk rileks ketika his. His merupakan kontraksi pada uterus yang mana his ini termasuk tanda-tanda persalinan.

c) Menjaga kebersihan ibu. Saat persalinan ibu akan berlangsung anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya.

d) Pemberian Cairan dan Nutrisi

Sebagai bidan, kita harus memastikan ibu untuk mendapat asupan makanan ringan seperti biskuit, atau sejenis roti lainnya, dan minuman misalnya air putih, teh dan yang lainnya selama persalinan dan kelahiran bayi

e) Kontak Fisik

Selama proses persalinan berlangsung, ibu mungkin tidak banyak mengeluarkan kata-kata untuk berbicara, namun ia akan merasa nyaman dengan kontak fisik.

f) Pijatan

Wanita yang menderita sakit punggung atau nyeri selama persalinan dapat dilakukan pijatan, untuk mengurangi rasa nyeri, yaitu dengan pijat endorfin.

8. Kebutuhan dasar ibu bersalin kala II

a) Memberikan dukungan terus-menerus kepada ibu dengan :

- (1) Mendampingi ibu agar merasa nyaman
- (2) Menawarkan makan, minum, dan memijat ibu.

b) Menjaga kebersihan diri:

- (1) Ibu tetap dijaga kebersihannya agar terhindar dari infeksi
- (2) Jika ada darah lendir atau cairan ketuban segera dibersihkan.
- (3) Kenyamanan bagi ibu
- (4) Memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan/ketakutan ibu dengan cara:
 - (a) Menjaga privasi ibu
 - (b) Menjelaskan tentang proses dan kemajuan persalinan
 - (c) Penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan dan keterlibatan ibu
 - (d) Mengatur posisi ibu

- (e) Menjaga kandung kemih tetap kosong, ibu dianjurkan berkemih. sesegera mungkin.
- (f) Memberikan cukup minumberupa air putih, teh atau susu agar memberi tenaga dan mencegah dehidrasi.

9. Kebutuhan dasar ibu bersalin kala III dan IV

Kebanyakan ibu merasa tidak nyaman ingin segera melakukan kebersihan diri. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah :

- a) Memberian kesempatan pada ibu untuk memeluk bayinya dan menyusui segera.
- b) Memberitahu setiap tindakan yang dapat dilakukan.
- c) Pencegahan infeksi pada kala III dengan cara menggunakan alat pelindung diri yang lengkap (apron, sarung tangan steril, masker, topi, sepatu), pertahankan agar tidak terjadi transmisi mikroorganismen selama proses persalinan. Pencegahan infeksi pada kala III yang lainnya seperti, segera gunting tali pusat, dalam pengekleman tali pusat harus memperhatikan prinsip steril, periksa apakah plasenta dan selaput ketuban lahir lengkap.
- d) Memantau keadaan ibu (TTV, kontraksi dan pendarahan).
- e) Melakukan kolaborasi atau rujukan bila terjadi kegawat daruratan.
- f) Pemenuhan nutrisi dan hidrasi. Jika ibu kelelahan bisa diberikan minum untuk tambahan tenaga
- g) Memberikan motifasi dan pendampingan kala III.

10 Partograf

a. Pengertian

Partograf atau partogram merupakan gold standard atau standar emas sebagai alat bantu untuk memantau persalinan secara universal. World Health Organization (WHO) merekomendasikan penggunaan partograf yang merupakan kertas berteknologi rendah namun efektif untuk secara dini deteksi komplikasi pada ibu dan janin saat persalinan. Pemantauan dengan menggunakan partograf dapat menyelamatkan hidup ibu dan janin dengan cara mengidentifikasi masalah persalinan dan segera bertindak saat komplikasi persalinan yang dapat mengancam jiwa seperti obstructed labor atau persalinan macet terjadi. Partograf merupakan catatan grafis yang menunjukkan kemajuan persalinan serta perincian yang relevan dari ibu dan janin. Pedoman pemantauan persalinan seperti partograf didasari dari observasi oleh Friedman dalam teorinya mengenai persalinan. Pada tahun 1954, ia memperkenalkan konsep partogram oleh kurva secara grafis yang memperlihatkan dilatasi serviks terhadap waktu. Friedman membagi tahap pertama persalinan menjadi fase laten dan fase aktif. Fase aktif terdiri atas fase percepatan (akselerasi), fase dilatasi maksimal dan fase kurangnya kecepatan (deselerasi). Partograf yang paling sering digunakan di Indonesia adalah partograf yang dimodifikasi oleh WHO pada tahun 2000.

b. Tujuan

- 1) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam
- 2) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian dapat pula mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.
- 3) 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 dicatat secara rinci pada status atau rekam medic ibu bersalin dan bayi baru lahir (JPNK-KR,2008).

c. Penggunaan partograf

- 1) untuk semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan. Partograf harus digunakan untuk semua persalinan, baik normal maupun patologis, partograf sangat membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi dan membuat keputusan klinik, baik persalinan dengan penyulit maupun yang tidak disertai dengan penyulit.
- 2) Selama persalinan dan kelahiran bayi di semua tempat (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dll).

3) secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya (JPNK-KR,2008).

d. Pengisian partograf

1) Pencatatan selama fase laten kala 1 persalinan selama fase late, semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat. Hal dapat ditulis secara terpisah, baik dicatat kemajuan persalinan maupun di kartu Menuju Sehat (KMS) ibu hamil. Tanggal dan waktu harus ditulis setiap kali membuat catatan selama fase laten persalinan. Semua asuhan dan intervensi juga harus dicatatkan.

Kondisi ibu dan bayi juga harus dinilai dan dicatat dengan seksama yaitu:

1. Denyut jantung janin : setiap 30 menit
2. Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus : setiap 30 menit
3. Nadi : setiap 30 menit
4. Pembukaan serviks : setiap 4 jam
5. Penurunan kepala terbawa janin : setiap 4 jam
6. Tekanan darah dan emperature tubuh : setiap 4 jam
7. Produksi urine, asetn dan protein : setiap 2-4 jam
8. Pencatatan selama fase aktif persalinan (JPNK-KR,2008)

2) Pencatatan selama fase aktif persalinan

Halaman depan partograf mencantumkan bahwa observasi yang dimulai pada fase aktif persalinan dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan, yaitu:

a) Informasi tentang ibu

- (1) Nama, umur
- (2) Gravida, para, abortus (Keguguran)
- (3) Nomor catatan medik nomor puskesmas
- (4) Tanggal dan waktu mulai dirawat (atau jika di rumah: tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu)

b) Waktu pecahnya selaput ketuban

c) Kondisi janin

- (1) DJJ (Denyut Jantung janin)
- (2) Warna dan adanya air ketuban
- (3) Penyusupan kepala janin

d) Kemajuan persalinan

- (1) Pembukaan serviks
- (2) Penurunan bagian terbawah janin atau presentase janin
- (3) Garis waspada dan garis bertindak

e) Jam dan waktu

- (1) Waktu mulainya fase aktif persalinan
- (2) Waktu actual saat pemeriksaan atau penilaian

f) Kontraksi uterus : Frekuensi dan lamanya

g) Obat-obatan dan cairan yang diberikan

(1) Oksitosin

(2) Obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan

h) Kondisi ibu

(1) Nadi, tekanan darah dan temperature

(2) Urin (volume,aseton, atau protein)

i) Asuhan pengamatan dan keputusan klinik lainnya (dicatat dalam kolom tersedia disisi partograf atau di catatan kemajuan persalinan(Prawirahardjo,2009).

b. Kemajuan persalinan

(a) Pembukaan serviks

Sat berada dalam fase aktif persalinan,catat pada partograf setiap temuan dari setiap pemeriksaan.Tanda X harus dicantumkan digaris waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks.

(b) Penurunan bagian terbawah janin

Berikan tanda O yang ditulis pada garis waktu yang sesuai. Sebagai contoh,jka hasil palpasi kepala diatas simfisis pubis adalah 4/5 maka tulisan tanda O digaris angkat 4. Hubungkan tanda O dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

(c) Garis waspada dan garis bertindak

Jika pembukaan serviks telah melampaui dan berada disebelah kanan garis bertindak maka hal ini menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan (JNPK-KR,2008).

c. Jam dan waktu

Setiap kotak pada partograf untuk kolom waktu(jam) menyatakan satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan (JNPK-KR,2008)

d. Kontraksi uterus

Di bawah jalur waktu patograf, terdapat lima kotak dengan tulisan “kontraksi per 10 menit” disebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik (JNPK-KR,2008)

e. Halaman belakang partograf

Bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran,serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak persalinan kala I hingga kala IV (termasuk bayi baru lahir).

f. Kontraindikasi pelaksanaan partograf

- (1) Wanita hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm
- (2) Pendarahan antepartum
- (3) Preeklamsia berat dan eklampsia
- (4) Persalinan premature
- (5) Persalinan bekas section caesaria
- (6) Persalinan dengan hamil kembar

- (7) Kelainan letak
- (8) Keadaan gawat janin
- (9) Persalinan dengan induksi
- (10) Hamil dengan anemia berat
- (11) Dugaan kesempitan panggul (Ujiningtyas,2009)

g. Keuntungan dan kerugian pelaksanaan partograf

(1) Keuntungan

Tersedia cukup waktu untuk melakukan rujukan (4 jam) setelah perjalanan persalinan melewati garis waspada. Di pusat pelayanan kesehatan cukup waktu untuk melakukan tindakan. Mengurangi infeksi karena pemeriksaan dalam yang terbatas.

(2) Kerugian

Kemungkinan terlalu cepat lakukan rujukan, yang sebenarnya dapat dilakukan di tempat (Ujiningtyas,2009).Beberapa keadaan yang memiliki kontraindikasi dengan prosedur partograf adalah:

- (a) Perdarahan antepartum: tidak memungkinkan untuk mendapatkan data seperti dilatasi serviks, penurunan bagian terbawah janin dan pemeriksaan air ketuban
- (b) Intrauterine Fetal Death (IUFD) atau kematian janin dalam Rahim
- (c) Ibu hamil yang sudah menjalani 2 kali operasi sectio caesarea elektif
- (d) Kelainan letak seperti presentasi bokong (frank breech) : Sungsang jenis frank breech digambarkan dengan posisi bokong janin berada

di bagian bawah, dan tungkainya berada di atas hampir menyentuh telinga. Nah, frank breech adalah jenis posisi sungsang yang paling umum terjadi pada bumil.

- (e) Prolaps tali pusat : Prolaps tali pusat adalah kondisi tali pusat bayi turun melewati janin, menutupi jalan lahir, atau bahkan keluar lebih dulu daripada janin.
- (f) Kehamilan gemeli : Gemeli merupakan istilah medis dari kehamilan kembar atau lebih dari satu janin. Jumlah janin yang dikandung bisa dua, tiga, bahkan empat janin sekaligus atau lebih.

Teknik pencatatan partograf terbukti secara signifikan membantu dalam kelancaran persalinan dan mengurangi angka operasi sectio caesarea. Dokumentasi partograf yang tidak baik dapat mempengaruhi hasil akhir dalam praktik klinis. Pencatatan partograf terkadang sulit bagi beberapa dokter karena memakan waktu untuk melengkapinya namun bukti menunjukkan bahwa petugas kesehatan lainnya seperti perawat dan bidan dapat membantu untuk melengkapinya secara efektif.

Dokumentasi yang diselaraskan secara universal membantu setiap petugas kesehatan untuk mengerti cara membaca partograf dan jika didokumentasikan dengan tepat serta konsisten akan memberikan hasil yang efektif dalam membantu proses persalinan, berikut ini merupakan poin-poin dalam pencatatan partograf.

C. KONSEP DASAR BAYI BARU LAHIR (BBL)

1. Definisi Bayi Baru Lahir (BBL)

Bayi baru lahir adalah masa kehidupan bayi pertama di luar rahim sampai dengan usia 28 hari dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim menjadi di luar rahim. Pada masa ini terjadi pematangan organ hampir di semua sistem (Cunningham, 2012). Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram (Manuaba, 2014).

2. Ciri-ciri

Ciri-ciri bayi baru lahir normal adalah lahir aterm antara 37-42 minggu, berat badan 2500-4000 gram, panjang lahir 48-52 cm. lingkar dada 30-38 cm, lingkar kepala 33-35 cm, lingkar lengan 11-12 cm, frekuensi denyut jantung 120-160 kali permenit, kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup, rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai Appearance Pulse Grimace Activity Respiration (APGAR)>7, gerakan aktif, bayi langsung menangis kuat, genetalia pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang sedangkan genetalia pada perempuan kematangan ditandai dengan labia mayora menutupi labia

minora, refleks rooting susu terbentuk dengan baik, refleks sucking sudah terbentuk dengan baik (Armini, 2017).

3. Klasifikasi bayi baru lahir

Bayi baru lahir dibagi dalam beberapa klasifikasi menurut (Manuaba, 2014) yaitu :

a. Bayi baru lahir menurut masa gestasinya :

- 1) Kurang bulan (preterm infant) : <37 minggu
- 2) Cukup bulan (term infant) : 37-42 minggu
- 3) Lebih bulan (postterm infant) : 42 minggu atau lebih

b. Bayi baru lahir menurut berat badan lahir:

- 1) Berat lahir rendah : <2500 gram
- 2) Berat lahir cukup : 2500-4000 gram
- 3) Berat lahir lebih : >4000 gram

4. fisiologis bayi baru lahir

Adaptasi neonatal (bayi baru lahir) adalah proses penyesuaian fungsional neonates dari kehidupan di dalam uterus ke kehidupan diluar uterus. Kemampuan adaptasi fisiologis ini disebut juga home stosis (Muslihatun, 2010).

Transisi kehidupan ekstrauteri terjadi di beberapa area, yaitu:

a. Perubahan sistem pernapasan

Perkembangan sistem pulmoner terjadi sejak masa embrio, tepatnya pada umur kehamilan 24 hari. Pada umur kehamilan 24

haru bakal paru-paru terbentuk. Pada umur kehamilan 26-28 hari kedua brochi membesar. Pada umur kehamilan 6 minggu terbentuk segmen bronchus. Pada umur kehamilan 12 minggu terjadi alveolus. Pada umur kehamilan 34-36 minggu struktur paru-paru matang, artinya paru-paru sudah bisa mengembangkan sistem alveoli. Selama dalam masa uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi (Muslihatun, 2011).

b. Sistem temperature tubuh

Terdapat 4 mekanisme kemungkinan hilangnya panas tubuh dari baru lahir ke lingkungannya (Muslihatun, 2011).

1) Konduksi

Panas yang dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi (pemindahan panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung). Contoh konduksi, ialah menimbang bayi tanpa alas timbangan, tangan penolong yang dingin memegang bayi baru lahir (Muslihatun, 2011).

2) Konveksi

Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang tergantung kepada kecepatan suhu dan udara). Contoh konveksi, ialah membiarkan

atau menempatkan bayi baru lahir di dekat jendela, membiarkan bayi baru lahir di dekat jendela, membiarkan bayi baru lahir di ruang terpasang kipas angin (Muslihatun, 2011).

3) Radiasi

Panas dipancarkan dari bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 objek yang mempunyai 2 suhu yang berbeda). Contoh radiasi, ialah bayi baru lahir dibiarkan di ruangan dalam air conditioner (AC) tanpa diberikan pemanas (radiant warmer), bayi dibiarkan dalam keadaan telanjang, bayi didekatkan dengan ruang yang dingin, misalnya tembok (Muslihatun, 2011).

4) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan tergantung kecepatan dan kelembaban udara (perpindahan panas dengan cara merubah cairan menjadi uap). Apabila bayi baru lahir di biarkan dalam satu suhu ruangan 25°C , maka bayi kehilangan panas melalui konveksi, radiasi dan evaporasi 200 per kilogram berat badan (per kg BB). Mencegah hilangnya panas pada bayi baru lahir, ialah mengeringkan bayi secara seksama, menyelimuti bayi dengan selimut atau kain bersih, kering dan hangat. menutup kepala bayi, menganjurkan bayi untuk memeluk dan

menyusukan bayinya jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir (Muslihatun, 2010).

c. Metabolisme

Luas permukaan tubuh neonates, relative lebih luas dari tubuh orang dewasa sehingga metabolisme basal per KG BB akan lebih besar. mencapai atrium kanan. Darah berjalan terus ke bawah ke atrium kanan, melalui lubang trikuspid daerah masuk ke arteri pulmonalis (Muslihatun, 2010).

d. Keseimbangan air dan fungsi ginjal

Tubuh bayi baru lahir mengandung relative banyak air dan kadar natrium lebih besar dari kalium karena ruangan ekstra seluler luas. Fungsi ginjal belum sempurna karena jumlah nefron belum sebanyak orang dewasa, ketidakseimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal, serta renal blood flow relatif kurang bila di bandingkan dengan orang dewasa (Muslihatun, 2010).

e. Immunoglobulin

Neonates tidak terdapat sel plasma pada sum-sum tulang. lamina propria ileum serta apendiks. Plasenta merupakan sawar sehingga fetus bebas dari antigen dan stress imunologis. Bayi baru lahir hanya dapat gamma globulin G sehingga imunologi dari ibu melalui plasenta (lues, toksoplasma, herpes simpleks dan lain-lain),

imunologis dapat terjadi pembentukan sel plasma dan antibody gamma A, G, dan M (Muslihatun, 2010). Bayi baru lahir harus menyesuaikan diri dengan lingkungan baru sehingga energy diperoleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak (Muslihatun, 2010).

f. Peredaran darah

Darah yang di reoxygenasikan meninggalkan plasenta melalui satu-satunya vena umbilika. Vena umbilika berjalan di tali pusat ke umbilicus dan dari sana ada vena kecil yang berjalan ke porta hepatis. Hampir tidak ada daerah masuk ke dalam hati sebab vena umbilika langsung sambung vena kava inferior melalui pembuluh darah, disebut ductus venosus, struktur yang ada pada masa fetus. Dalam vena kava inferior, daerah berjalan keatas mencapai atrium kanan. Sebagian darah bukan masuk ke dalam ventrikel kanan (sebagaimana sirkulasi orang dewasa), bukan masuk atrium kiri tetapi melalui fetal hanya sementara ada di dalam septum interatrial, disebut foramen ovale. Setelah mencapai atrium kiri darah masuk katup mitral ke dalam ventrikel kiri. Kontraksi ventrikel kiri mendorong darah masuk ke aorta ascendens. Sebagian darah didistribusikan ke jantung, otak dan anggota atas. Darah yang tertinggal dalam lingkungan aorta masuk ke aorta torasika

abdominalis descendens. Setelah beredar dalam otak dan anggota atas, darah kembali ke jantung melalui kava superior dan

g. Traktus digestivus

Pengeluaran meconium 10 jam pertama dan 4 hari biasanta tinja terbentuk dan berwarna biasa. Enzim traktus digestivus terdapat neonates kecuali amilase prankeas (Muslihatun, 2010)

h. Hati

Hati menunjukkan perubahan kimia dan morfologis, kenaikan kadar protein serta penurunan kadar lemak dan glikogen. Sel hemopetik juga mulai berkurang. Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, daya dektifikasi hati belum sempurna (Muslihatun, 2010).

i. Keseimbangan asam basa

Derajat keasaman (PH) darah pada waktu lahir rendah, karena glikolisis aneorobik. Dalam 24 jam neonates telah mengkompensas asidosis ini (Muslihatun, 2010).

5. Bayi Baru Lahir dikatakan normal jika :

- a. Berat badan lahir bayi 2500-4000 gram
- b. badan bayi 48-50 cm
- c. Lingkar dada bayi 32-34 cm
- d. Lingkar kepala bayi 33-35 cm

- e. Bunyi jantung pada menit pertama 180 kali/.enit, kemudian turun sampai 140-120 kali/menit
 - f. Pernapasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80 lali/menit disertai pernapasan cuping hidung. retraksi suprasternal dan intercostal, rintihan hanya 10-15 menit
 - g. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan dilapisi verniks kaseosa
 - h. Rambut lanugo telah hilang, rambut kepala tumbuh baik
 - i. Kuku telah agak panjang dan lemas
 - j. Refleks isap, menelan, dan morro telah terbentuk
 - k. Eliminasi urin dan meconium normalnya keluar pada 24 jam pertama. Mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket (Sondakh,
6. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir
- a. Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali per menit
 - b. Kehangatan terlalu panas ($>38^{\circ}\text{C}$ terlalu dingin $<36^{\circ}\text{C}$)
 - c. Warna kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru atau pucat, memar
 - d. Pemberian makan: hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah
 - e. Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, baru busuk dan berdarah

- f. Infeksi: suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (nanah), baru busuk dan pernapasan sulit
 - g. Tinja/kemih tidak berkemih 24 jam, tinja lembek, sering, tua. ada lendir atau darah pada tinja
 - h. Aktivitas menggigil, atau tangis tidak bisa, sangat mudah, tersinggung. lemah, terlalu mengantuk, lunglai, kejang-kejang halus, tidak bisa tenang, menangis terus menerus (Saifuddin, 2010).
7. Adaptasi fisiologis BBL terhadap kehidupan di luar uterus
- a. Adaptasi pernapasan dalam waktu 30 detik sesudah kelahiran. menyebabkan perangsangan pusat pernapasan dalam otak yang melanjutkan rangsangan tersebut untuk menggerakkan diafragma, serta otot-otot pernapasan lainnya. Tekanan rongga dada bayi pada saat melalui jalan lahir pervaginam mengakibatkan paru-paru kehilangan 1/3 dari cairan yang terdapat di dalamnya, sehingga tersisa 80-100 ml. setelah bayi lahir, cairan yang hilang tersebut akan diganti dengan udara.
 - b. Adaptasi kardiovaskuler: sirkulasi perifer lambat, menyebabkan akrosianosis (pada tangan, kaki dan sekitar mulut). Denyut nadi berkisar 120-160 kali/menit saat bangun dan 100 kali/menit saat tidur.

- c. Perubahan termogulasi metabolic: suhu bayi dapat turun beberapa derajat karena lingkungan eksternal lebih dingin daripada lingkungan pada uterus. Suplai lemak subkutan yang terbatas dan area permukaan kulit yang besar dibandingkan dengan berat badan menyebabkan bayi mudah menghantarkan panas pada lingkungan.
- d. Adaptasi neurologis secara anotomik atau fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, control otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstermitas.
- e. Adaptasi gastrointestinal: enzim digesif yang dipetik untuk menghantarkan makanan sudah terbentuk saat lahir. Pencernaan protein dan karbohidrat telah tercapai namun pada lemak kurang baik karena tidak adekuatnya enzim pankreas dan lipase. Kelenjar saliva imatur saat lahir yaitu sedikit saliva diolah sampai bayi berusia 3 bulan. Pengeluaran meconium dalam 24 jam, berwarna hitam kehijauan, dan lengket.
- f. Adaptasi ginjal laju filtrasi glomerulus relatif pada saat lahir disebabkan oleh tidak adekuatnya area permukaan glomerulus.
- g. Adaptasi hati: hati memproduksi zat yang esensial untuk pembekuan darah. Penyimpanan zat besi sampai 5 bulan.
- h. Adaptasi imun bayi baru lahir tidak dapat membatasi organisme penyerang di pintu masuk. Imaturitas jumlah sistem perlindungan

secara signifikan meningkatkan risiko infeksi pada periode bayi baru lahir.(Sondakh, 2013).

8. Penyulit Pada Neonatus

a. Asfiksia Neonatorum

Adalah tindakan bayi yang tidak dapat bernapas spontan dan teratur, sehingga dapat menurunkan O₂; dan makin meningkatkan CO₂ yang menimbulkan akibat buruk dalam kehidupan lanjut.

b. Perlukaan kelahiran

- 1) Perlukaan kulit
- 2) Kaput suksedaneum : muncul karena kepala janin terlalu lama tertekan dasar panggul, kaput melampaui batas tulang dan akan menghilang beberapa hari.
- 3) Sefalhematoma: perdarahan subperitonal, dengan batas jelas pada satu tulang tengkorak. Dapat terjadi disertai fraktur tulang tengkorak. Bila tidak ada kelainan penyerta, maka tidak memerlukan pengobatan dan akan menghilang 2 sampai 12 minggu.
- 4) Perdarahan subkonjungtiva dapat terjadi pada persalinan spontan, tidak menimbulkan bahaya dan akan diserap setelah beberapa hari.
- 5) Paralisis pleksus brakialis: terjadi pada tarikan kepala yang berat, sehingga merusak pleksus brakialis. Bentuk kelainan otot

lengan: kelemahan pada fleksi dan abduksi, rotasi keluar, dan refleksi. biseps dan morro hilang. Kesembuhan beberapa minggu sampai 6 bulan.

6) Perdarahan jaringan otak disebabkan oleh hipoksia primer semenjak kehamilan dan trauma persalinan.

7) Fraktur tulang klavikula: sering terjadi pada kesulitan persalinan bahu, gejalanya yang mungkin terjadi adalah hilangnya kekuatan pada sisi fraktur dan refleksi morro yang hilang.

c. Kelainan kongenital

Merupakan kelainan pertumbuhan struktur organ janin sejak saat pembuahan. Merupakan penyebab terjadinya keguguran, lahir mati, atau kematian setelah persalinan pada minggu pertama. Yang sering dijumpai adalah anensefali, kelainan fungsi jaringan organ tubuh (spinabifide), labiokisis, palatokisis, labiopalatokisis, gangguan pembentukan alat tubuh (atresia vagina, atresia anus, atresia esophagus, hipospadia).

d. Infeksi neonatorum

1) Sepsis neonatorum dan meningitis: penyebabnya ibu telah menderika penyakit infeksi, ketuban pecah dini, persalinan lama atau terlantar, persalinan dengan tindakan operasi vaginal.

- 2) Aspirasi pneumonia: ditandai dengan sering tidur (letargi), berat badan cepat turun, kurang minum, sering terjadi apnea.
 - 3) Diare :kuman yang sering menyebabkan diare adalah Escherichia coli (E-coli).
 - 4) Tetanus neonatorum: masuknya kuman tetanus-klostridium tetani- sebagian besar melalui tali pusat. Masa inkubasinya sekitar 3 sampai 10 hari. Menyebabkan kerusakan pada pusat motoric, jaringan otak, pusat pernapasan, dan jantung.
 - 5) Ikterus neonatorum: dalam batas normal pada hari kedua sampai hari ketiga dan menghilang pada hari kesepuluh. Disebabkan hemolisis darah janin dan selanjutnya diganti menjadi darah dewasa. Kemikterus adalah akumulasi bilirubin dalam jaringan. otak sehingga dapat mengganggu fungsi otak dan menimbulkan gejala klinis sesuai tempat akumulasi tersebut.
- e. Bayi dengan berat badan lahir rendah
- Penyebab kelahiran bayi dengan berat badan kurang dari 2500 gram, yaitu karena usia kehamilan kurang dari 37 minggu, berat badan lebih rendah dari semestinya, sekalipun cukup bulan, atau karena kombinasi keduanya.
- f. Kematian perinatal

Adalah kematian hasil konsepsi setelah mencapai usia 28 minggu atau berat badan janin diatas 1000 gram.(Manuaba, 2010).

9. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir Normal

Asuhan yang diberikan oleh bidan pada bayi baru lahir normal menurut Wikjosastro (2014) adalah sebagai berikut:

- a. Penilaian selintas bayi (bayi cukup bulan, bayi menangis, atau bernafas/tidak megap-megap, tonus otot baik/bayi bergerak aktif)
- b. Jaga kehangatan bayi
- c. Keringkan bayi (keringkan tubuh bayi tanpa membersihkan verniks)
- d. Klem, potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah lahir
- e. Lakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD)
- f. Beri suntikan Vitamin K 1 mg intramaskular, di paha kiri anetolateral setelah IMD
- g. Pemeriksaan fisik termasuk tanda vital h. Beri imunisasi Hepatitis B 0,5 ml., intramaskular, dipaha kanan anterolateral, kira-kira 1-2 jam setelah pemberian Vitamin K.

Kunjungan neonatal tiga kali (dua kali pada minggu pertama dan satu kali pada 8-28 hari) yaitu pada umur 6-48 jam, umur 3-7 hari, dan umur 8-28 hari (Profil Kesehatan Indonesia,

2014). Kunjungan neonates (KN) dilakukan sejak bayi usia satu hari sampai usia 28 hari.

a. KN 1 dilakukan pada umur 2 jam- 3 hari (Profil Kesehatan Indonesia, 2014)

Menurut Mami (2012) mengatakan bahwa asuhan yang diberikan yaitu perawatan tali pusat, pemberian ASI Eksklusif, menjaga kehangatan bayi, konseling tanda bahaya BBL, imunisasi, perawatan bayi schati- hari dan pencegahan infeksi.

b. KN 2 dilakukan pada umur 3-7 hari (Profil Kesehatan Indonesia, 2014)

Menurut Mami (2012) asuhan yang diberikan bidan pada saat kunjungan bayi umur 6 hari adalah beritah hasil pemeriksaan pada ibu. anjurkan ibu untuk menjaga kehangatan bayi, anjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayi, beritahu ibu bahwa akan dilakukan kunjungan rumah.

c. KN 3 dilakukan pada umur 8-28 hari (Profil Kesehatan Indonesia.2014)

Memberitahu ibu hasil pemeriksaan, menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayi, menganjurkan ibu untuk tetap memberikan ASI eksklusif sampai 6 bulan, memberikan konseling imunsasi BCG dan polio 1 serta menganjurkan ibu untuk melakukan imunisasi BCG dan polio.

D. Konsep Dasar Nifas

1. Definisi Nifas

Masa nifas atau post partum disebut juga puerperium yang berasal dari bahasa latin yaitu dari kata “Puer” yang artinya bayi dan “Parous” berarti melahirkan. Nifas yaitu darah yang keluar dari rahim karena sebab melahirkan atau setelah melahirkan (Anggraeni, 2010).

Masa nifas (puerperium) dimulai sejak plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu. Puerperium (nifas) berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, merupakan waktu yang diperlukan untuk pulihnya alat kandungan pada keadaan yang normal (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

Jadi masa nifas adalah masa yang dimulai dari plasenta lahir sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil, dan memerlukan waktu kira-kira 6 minggu.

2. Tahap Masa Nifas

Tahapan masa nifas adalah sebagai berikut:

a. Puerperium Dini

Kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama Islam dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

b. Puerperium Intermedial

Kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.

c. Remote Puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi.

Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan, tahunan (Anggraeni, 2010).

3. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

Sistem tubuh ibu akan kembali beradaptasi untuk menyesuaikan dengan kondisi post partum. Organ-organ tubuh ibu yang mengalami perubahan setelah melahirkan antara lain (Anggraeni, 2010)

a. Perubahan Sistem Reproduksi

1) Uterus

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

2) Lokhea

Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas.

Lokhea berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita. Lokhea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lokhea mempunyai perubahan

warna dan volume karena adanya proses involusi. Lokhea dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya :

a) Lokhea rubra

Lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan mekonium.

b) Lokhea sanguinolenta

Lokhea ini berwarna merah kecokelatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 post partum.

c) Lokhea serosa

Lokhea ini berwarna kuning kecokelatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14.

d) Lokhea alba

Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lokhea alba ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu post partum.

Lokhea yang menetap pada awal periode post partum menunjukkan adanya tanda-tanda perdarahan sekunder yang mungkin disebabkan oleh tertinggalnya sisa atau selaput plasenta. Lokhea alba atau serosa yang berlanjut dapat menandakan adanya endometritis, terutama bila disertai dengan nyeri pada abdomen dan demam. Bila terjadi infeksi, akan keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan “lokhea purulenta”. Pengeluaran lokhea yang tidak lancar disebut “lokhea statis”.

3) Perubahan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol.

4) Perubahan Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada post partum hari ke-5, perineum sudah mendapatkan

kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.

b. Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan makan, hemoroid dan kurangnya aktivitas tubuh.

c. Perubahan Sistem Perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Penyebab dari keadaan ini adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih setelah mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut “diuresis”.

d. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus, pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit, sehingga akan menghentikan perdarahan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan,

secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

e. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Setelah persalinan, shunt akan hilang tiba-tiba. Volume darah bertambah, sehingga akan menimbulkan dekompensasi kordis pada penderita vitum cordia. Hal ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala. Pada umumnya, hal ini terjadi pada hari ketiga sampai kelima postpartum.

f. Perubahan Tanda-tanda Vital

Pada masa nifas, tanda – tanda vital yang harus dikaji antara lain :

1) Suhu badan

Dalam 1 hari (24 jam) post partum, suhu badan akan naik sedikit ($37,50 - 38^{\circ} C$) akibat dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila dalam keadaan normal, suhu badan akan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan naik lagi karena ada pembentukan Air Susu Ibu (ASI). Bila suhu tidak turun, kemungkinan adanya infeksi pada endometrium.

2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit.

Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat.

Denyut nadi yang melebihi 100x/ menit, harus waspada kemungkinan dehidrasi, infeksi atau perdarahan post partum.

3) Tekanan darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat post partum menandakan terjadinya preeklampsia post partum.

4) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

4. Kebutuhan Masa Nifas

a. Nutrisi dan cairan

Anjuran pemenuhan gizi ibu menyusui antara lain mengkonsumsi tambahan kalori tiap hari sebanyak 500 kalori. Makan dengan diet berimbang, cukup, protein, mineral, dan vitamin. Minum sedikitnya 3 liter setiap hari, terutama setelah menyusui. Mengkonsumsi tablet zat besi selama masa nifas. Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI (Sulistyawati, 2015).

b. Ambulasi dini

Lakukan ambulasi dini pada ibu nifas dua jam setelah persalinan normal, sedangkan pada ibu nifas dengan partus sectio caesarea ambulasi dini dilakukan paling tidak setelah 12 jam masa nifas setelah ibu sebelumnya istirahat. Tahap ambulasi dini dapat dilakukan dengan miring kiri atau kanan terlebih dahulu, kemudian duduk dan apabila ibu sudah cukup kuat berdiri maka ibu dianjurkan untuk berjalan (Asih, 2016).

c. Kebutuhan eliminasi

Ibu harus berkemih spontan dalam 6-8 jam masa nifas, motivasi ibu untuk berkemih dengan membasahi bagian vagina atau melakukan kateringisasi karena urin yang bertahan dalam kandung kemih akan menghambat uterus berkontraksi dengan baik sehingga menimbulkan perdarahan yang berlebihan. Sebaiknya pada hari kedua nifas ibu sudah bisa buang air besar, jika sudah hari ketiga ibu masih belum bisa BAB, ibu bisa menggunakan pencakar berbentuk supositroia sebagai pelunak tinja. Feses yang bertahan dalam usus semakin lama akan mengeras karena cairan yang terkandung dalam feses akan selalu diserap oleh usus, hal ini dapat menimbulkan konstipasi pada ibu nifas (Asih, 2016).

d. Kebersihan diri

Untuk mencegah terjadinya infeksi baik pada luka jahitan dan maupun kulit anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan seluruh tubuh. Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan arah sapuan dari depan terlebih dahulu kemudian ke belakang menggunakan sabun dan air. Sarankan ibu untuk mengganti pembalut setidaknya dua kali sehari. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya. Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada untuk menghindari menyeluruh daerah luka (Prawirohardjo, 2014).

e. Istirahat

Ibu nifas sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Keluarga disarankan untuk memberikan kesempatan kepada ibu dan beristirahat yang cukup sebagai persiapan energi menyusui bayinya nanti (Sulistyawati, 2015).

f. Seksual

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Tetapi banyak budaya dan agama yang melarang sampai masa waktu tertentu misalnya 40 hari atau 6

mingggu setelah melahirkan. Namun keputusan itu tergantung pada pasangan yang bersangkutan.

g. Latihan / Senam Nifas

Agar pemulihan organ-organ ibu cepat dan maksimal, hendaknya ibu melakukan senam nifas sejak awal (ibu yang menjalani persalinan normal) (Sulistyawati, 2011).

5. Pemberian ASI/LAKTASI

Hal yang perlu diberitahukan kepada pasien :

- a. Menyusui bayi segera setelah lahir minimal 30 menit bayi telah disusukan
- b. Ajarkan cara menyusui
- c. Memberikan ASI secara penuh 6 bulan tanpa makanan lain yaitu ASI eksklusif
- d. Menyusui tanpa dijadwal, sesuka bayi atau on demand (Widyasih, 2013).

6. Asuhan Kebidanan Masa Nifas

Kunjungan masa nifas

Tabel 2.1 Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Penatalaksanaan
Kunjungan ke 1 dilakukan 6-8 jam setelah persalinan	1. Mencegah perdarahan masa nifas 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan agar bisa segera dirujuk

apabila terjadi perdarahan secara terus menerus.

3. Memberikan konseling pada ibu dan anggota keluarga bagaimana cara pencegahan perdarahan masa nifas akibat atonia uteri

4. Konseling tentang pemberian ASI Awal

5. Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi yang baru lahir

6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi

7. Pemantauan 2 jam setelah persalinan

Kunjungan ke 2
dilakukan 6 hari
setelah persalinan

1. Memantau dan memastikan bahwa proses involusi uteri berjalan dengan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau.

2. Mengevaluasi adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan normal

3. Memastikan ibu cukup makan, minum dan istirahat

4. Memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda adanya penyulit

5. Memberikan konseling pada ibu mengenai hal-hal yang berkaitan dengan asuhan pada bayi

Kunjungan ke 3

1. Memantau dan memastikan bahwa

dilakukan 2 minggu setelah persalinan	<p>proses involusi uteri berjalan dengan normal</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Mengevaluasi adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal 3. Memastikan ibu cukup makan, minum dan istirahat 4. Memastikan ibu menyusui dengan benar tidak ada tanda-tanda adanya penyulit 5. Memberikan konseling pada ibu hal-hal yang berkaitan dengan asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat dan bagaimana menjaga bayi agar tetap hangat.
Kunjungan ke 4 dilakukan 6 minggu setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan penulit-penyulit yang ada 2. Memberikan konseling untuk KB secara dini kepada ibu

Sumber : Mochtar, 2018

7. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Pelayanan pasca persalinan untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, yang meliputi upaya pencegahan, deteksi dini dan pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemberian ASI, Cara menjarangkan kehamilan, imunisasi, dan nutrisi bagi ibu pada masa Penatalaksanaan perawatan selama pueriperium secara spesifik bidan mempunyai tanggung jawabkan sebagai berikut:

- a. Melakukan evaluasi kontinu dan penatalaksanaan perawatan kesejahteraan wanita
- b. Memberi pemulihan dari ketidak kenyamanan fisik
- c. Memberi bantuan dalam menyusui
- d. Memfasilitasi penatalaksanaan peran sebagai orang tua
- e. Melakukan pengkajian bayi selama kunjungan rumah

- f. Memberikan pedoman antisipasi dan intrusi
- g. Melakukan penampisan kontinu untuk komplikasi puerperium (Varney, 2008).

E. KONSEP DASAR KELUARGA BERENCANA (KB)

1. Definisi Keluarga Berencana (KB)

Pelayanan keluarga berencana merupakan salah satu strategi untuk mendukung percepatan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dengan mengatur waktu, jarak, jumlah kehamilan, sehingga dapat mencegah atau memperkecil kemungkinan ibu hamil mengalami komplikasi yang membahayakan jiwa atau janin (Kemenkes RI, 2014). Keluarga berencana adalah upaya mewujudkan keluarga berkualitas melalui promosi, perlindungan dan bantuan dalam hak-hak reproduksi untuk membentuk keluarga dengan usia kawin yang ideal, mengatur jumlah, jarak kehamilan, membina ketahanan serta kesejahteraan anak (BKKBN, 2015).

Menurut World Health Organization (2016), Keluarga Berencana (Family Planning) dapat memungkinkan pasangan usia subur (PUS) untuk mengantisipasi kelahiran, mengatur jumlah anak yang diinginkan, dan mengatur jarak serta waktu kelahiran. Hal ini dapat dicapai melalui penggunaan metode kontrasepsi dan tindakan infertilitas. Jadi, Keluarga Berencana (Family Planning) adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan alat

kontrasepsi yang bertujuan untuk mewujudkan keluarga kecil, bahagia sejahtera.

2. Tujuan program keluarga berencana

Tujuan program KB lainnya yaitu menjarangkan, menunda dan menghentikan kehamilan untuk menurunkan angka kelahiran, menyelamatkan ibu dan bayi akibat melahirkan pada usia muda, jarak kelahiran yang terlalu dekat dan melahirkan pada usia tua (Hartanto, 2015).

3. Manfaat program keluarga berencana

Beberapa manfaat untuk program Keluarga Berencana (KB) sebagai berikut:

a. Manfaat bagi ibu

Ibu dapat memperbaiki kesehatan tubuh, peningkatan kesehatan mental dan sosial karena mempunyai waktu yang cukup untuk mengasuh anak, beristirahat dan menikmati waktu luang.

b. Manfaat bagi anak yang dilahirkan

Anak tumbuh dengan baik terpenuhi kebutuhan dasar asah, asih, asuh

c. Manfaat bagi suami

Memperbaiki kesehatan fisik, mental, dan sosial karena kecemasan berkurang serta memiliki lebih banyak waktu untuk keluarganya.

d. Manfaat bagi seluruh keluarga

Setiap anggota keluarga akan mempunyai kesempatan yang lebih besar untuk memperoleh pendidikan (Marmi, 2016).

4. Sasaran program keluarga berencana

Sasaran dari program keluarga berencana dibagi menjadi dua yaitu sasaran utama dan sasaran antara. Sasaran utama adalah Pasangan Umur Subur (PUS), sedangkan untuk sasaran antara adalah tenaga kesehatan (Rahayu dan Prijatni, 2016).

5. Macam-macam Kontrasepsi

3 Metode kontrasepsi sederhana Metode KB sederhana adalah metode KB yang digunakan tanpa bantuan orang lain (Manuaba, 2010).

a. Jenis-jenis Kontrasepsi Sederhana

1) Metode Tradisional

a) Douce atau douching membersihkan daerah vagina dengan cara menyemprotkan zat pembersih vagina setelah senggama. Namun angka keberhasilan metode ini sangat rendah karena metode ini keliru. Saat ejakulasi sperma masuk ke dalam vagina sampai ke tulang serviks atau saluran serviks, dan mustahil penyemprotan hingga ke daerah tersebut.

b) Koitus Interruptus. Atau menarik kembali pada saat pria merasa akan ejakulasi. Angka keberhasilan cukup tinggi tergantung pengendalian diri yang ideal pada pria. Namun pria sering kali

menganggap metode ini menghambat kepuasan seksual (Varney, 2007).

2) Metode KB Alami

- a) Metode kalender, hanya dapat memprediksi kapan masa subur wanita dalam siklus menstruasinya sehingga kemungkinan besar bisa hamil. Perkiraan ini didasarkan pada waktu ovulasi seperti yang ditetapkan berdasarkan perhitungan kalender, yang dibuat dari riwayat menstruasi selama 8 sampai 12 siklus menstruasi.
- b) Metode lendir serviks, didasarkan pada pengenalan perubahan lendir serviks siklus menstruasi, yang menggambarkan masa subur dalam siklus dan waktu fertilitas maksimal dalam masa subur.
- c) Metode suhu basal tubuh, mendeteksi kapan ovulasi terjadi dengan peningkatan suhu tiba-tiba satu hingga dua hari.
- d) Metode gejala suhu, mengamati lendir serviks dan perubahan suhu basal pada masa ovulasi atau masa subur wanita.
- e) Metode amenore laktasi, kehamilan jarang terjadi selama enam bulan pertama setelah melahirkan di antara wanita menyusui. Ovulasi dapat dihambat oleh kadar prolactin yang tinggi. Dan wanita yang belum mengalami perdarahan pervaginam setelah 56 hari pascapartum (Varney, 2007).

3) Metode barrier

a) Kondom, merupakan selubung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastic (vinil), atau bahan alami (produksi hewan) yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual (Affandi, 2011).

b) Diafragma, merupakan kap berbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks(karet) yang di insersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutupi serviks (Affandi, 2011).

b. Kontrasepsi Hormonal

Menurut Kusumaningrum (2009) sebagai berikut:

1) Menggunakan hormone esterogen dan progesterone atau salah satunya.

Macamnya :

a) Kontrasepsi hormonal pil, tablet yang mengandung hormone estrogen dan progesterone sintetik disebut pil kombinasi dan hanya mengandung progesterone suntik saja disebut mini pil atau pil progestine.

(1) Fungsi

(a) Menekan ovulasi

(b) Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu

(c) Memperkental lendir servix

(2) Keuntungan

(a) Mudah penggunaannya dan mudah didapat

- (b) Mengurangi kehilangan darah (akibat haid) dan nyeri haid
 - (c) Resiko terjadinya kanker ovarium dan rahim
- (3) Kontraindikasi
- (a) Menyusui (khusus pil kombinasi)
 - (b) Pernah sakit jantung
 - (c) Tumor keganasan
 - (d) Kelainan jantung, varises, dan darah tinggi
 - (e) pervaginam yang belum diketahui sebabnya
 - (f) Diabetes, epilepsy dan depresi mental
 - (g) Tidak dianjurkan bagi wanita >40 tahun

(4) Efek samping

Penggunaan pil KB pada sebagian wanita dapat menimbulkan efek samping, antara lain mual, berat badan bertambah, sakit kepala (berkunang-kunang) perubahan warna kulit dan efek samping ini dapat timbul berbulan- bulan.

- b) Kontrasepsi hormonal suntikan, hormone yang diberikan secara suntikan/injeksi untuk mencegah terjadinya kehamilan. Adapun jenis suntikan hormone ini ada yang terdiri atas 1 hormon dan adapula yang terdiri atas dua hormone sebagai contoh jenis suntikan yang terdiri dari 1 hormon adalah Depo provera dan Depo progestine. Sedangkan yang terdiri atas dua hormone adalah Cyclofe, dan Mesygna.

(1) Fungsi

Wanita yang mendapat suntikkan KB tidak mengalami ovulasi.

(2) Keuntungan

- (a) Tidak mempengaruhi air susu
- (b) Merupakan metode yang telah di kenal oleh masyarakat
- (c) Dapat dipakai dalam waktu lama

(3) Kontraindikasi

- (a) Hamil atau disangka hamil
- (b) Perdarahan pervaginam yang tidak diketahui penyebabnya
- (c) Tumor/keganasan
- (d) Penyakit jantung, hati, darah tinggi, kencing manis, penyakit paru berat varises.

(4) Efek samping

Efek samping dari suntikkan Cyclofem adalah Mual, berat badan bertambah, sakit kepala, pusing-pusing dan kadang-kadang gejala tersebut hilang setelah beberapa bulan atau setelah suntikkan dihentikan. Sedangkan efek samping dari Depo provera dan Depo progestine adalah menstruasi tidak teratur, masa menstruasi akan lebih lama, terjadi bekas perdarahan bukan mungkin menjadi anemia pada beberapa klien.

- c) Kontrasepsi hormonal susuk, setiap kapsul mengandung 36 mg levonogestrel yang akan dikeluarkan setiap harinya sebanyak 80 mcg.

(1) Fungsi

- (a) Lendir servix menjadi kental
- (b) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi
- (c) Menekan ovulasi

(2) Keuntungan

- (a) Sekali pasang untuk 3 tahun
- (b) Tidak mempengaruhi produksi ASI dan tekanan darah
- (c) Baik untuk wanita yang tidak ingin punya anak lagi tetapi belum mantap untuk tubektomi

(3) Kontraindikasi

- (a) Hamil atau disangka hamil
- (b) Perdarahan pervaginam yang tidak diketahui penyebabnya
- (c) Tumor/keganasan
- (d) Penyakit jantung, darah tinggi, kencing manis, HT (180/110 mmHg)

(4) Efek samping

Kadang-kadang pada saat pemasangan akan terasa nyeri, selain itu ditemukan haid yang tidak teratur, sakit kepala, kadang-kadang terjadi spotting atau anemia karena perdarahan yang kronis.

(5) Waktu mulai menggunakan implant

- (a) Implant dapat dipasang selama siklus haid ke-2 sampai hari ke-7

(b) Bila tidak hamii dapat dilakukan setiap saat Pasca keguguran
implant dapat segera diinersikan

d) AKDR atau alat kontrasepsi dalam Rahim

(1) Waktu penggunaan: setiap waktu haid. Setelah menderita abrtus

(2) Cara kerja :

(a) menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi

(b) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri

(c) Mencegah sperma dan ovum bertemu dan juga implantasi telur
dalam uterus

(3) Keuntungan

(a) Efektifitasnya tinggi,dapat dirasakan segera setelah pemasangan

(b) Metode jangka panjang kurang lebih sepuluh tahun

(c) Tidak mempengaruhi hubungan seksual dan meningkatkan
kenyamanan hubungan seksual

(d) Tidak ada efek samping hormonal

(e) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI

(f) Dapat dipasangkan segera setelah melahirkan

(g) Dapat digunakan sampai menopause

(4) Kerugian

(a) Perubahan siklus haid, 3 bulan pertama akan berkurang, dan
selanjutnya akan lebih lama dan banyak

(b) Saat haid lebih sait dan mengeluarkan spoting

- (c) Dapat terjadi penyakit radang panggul
- (d) Merasakan nyeri pada hari pertama hingga kedua setelah pemasangan
- (e) AKDR mungkin dapat terlepas sendiri tanpa diketahui maka harus sering memeriksa posisi dari waktu ke waktu (Affandi,2012).

c. Kontrasepsi mantap

Kontrasepsi ini sangat efektif dan perlu prosedur bedah untuk melakukan sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya. Bertujuan untuk sperma tidak dapat bertemu lagi dengan ovum. Macam-macamnya:

- 1) Tubektomi: metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi. Dengan cara mengoklusi tuba fallopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin)
- 2) Vasektomi: metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin anak. Dengan cara mengoklusi vas deferens (mengikat dan memotong atau memasang cincin) (Manuaba, 2010).

6. Perilaku kesehatan dalam pemilihan kontrasepsi berkaitan dengan beberapa faktor yaitu:

a. Umur

Umur adalah usia individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun. Semakin cukup umur, seseorang akan lebih

matang dalam berfikir dan bekerja (Notoatmodjo, 2014). Umur merupakan salah satu faktor seseorang untuk menjadi akseptor kontrasepsi. Umur berhubungan dengan struktur organ, fungsi faalial, komposisi biokimiawi termasuk sistem hormonal pada reproduksi seorang wanita (Simanungkalit, 2017). Menurut Rahayu dan Prijatni (2016) Periode usia istri antara 20 - 30 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan, dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kelahiran adalah 2 - 4 tahun. Calon akseptor yang berumur lebih dari 30 tahun, kemungkinan sudah memiliki jumlah anak yang cukup dan tidak menginginkan anak lagi. Jenis kontrasepsi yang dipakai sebaiknya disesuaikan dengan tahapan masa reproduksi. Ketiga masa tersebut yaitu: 1) Masa menunda kehamilan atau kesuburan

Fase ini dianjurkan bagi istri yang menunda kehamilan pertama sampai umur 20 tahun. Prioritas kontrasepsi yang dapat digunakan antara lain pil, alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) dan cara sederhana seperti kondom dan spermisida (Rahayu dan Prijatni, 2016)

b. Masa mengatur kehamilan atau menjarangkan kehamilan

Umur melahirkan terbaik bagi istri adalah umur 20-30 tahun. Prioritas kontrasepsi yang dapat digunakan antara lain pil, suntikan, alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR), alat kontrasepsi bawah kulit (AKBK), kondom dan kontrasepsi mantap (Rahayu dan Prijatni, 2016).

c. Masa mengakhiri kesuburan (tidak hamil lagi) Pada masa ini umumnya keluarga mempunyai 2 anak dan umur istri telah melebihi 30 tahun. Obat kontrasepsi tidak diberikan karena dapat menambah kelainan atau penyakit seperti penyakit jantung, darah tinggi, dan metabolik meningkat tersebut. Prioritas kontrasepsi yang sesuai antara lain kontrasepsi mantap, alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR), alat kontrasepsi bawah kulit / AKBK (Rahayu dan Prijatni, 2016).

Berdasarkan penelitian Rizali dkk (2013) didapatkan bahwa terdapat hubungan antara umur dengan lama penggunaan kontrasepsi suntik. Banyak akseptor suntik dalam umur reproduksi berada pada fase menunda kehamilan dan fase mengakhiri kesuburan. Hasil penelitian tersebut tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Huda dkk (2016) menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan perilaku penggunaan kontrasepsi. Terdapat banyak kelompok umur dengan resiko tinggi memiliki perilaku yang rendah dalam penggunaan kontrasepsi.

d. Tingkat pengetahuan

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan yaitu tahu (know), memahami (comprehension), aplikasi (application), analisis (analysis), sintesis (synthesis), evaluasi (evaluation) (Kusumaningrum, 2013). Berdasarkan penelitian Wulan (2016) didapatkan adanya hubungan yang signifikan antara tingkat

pengetahuan pasangan usia subur tentang metode kontrasepsi dengan pemakaian kontrasepsi di Puskesmas Kartasura, responden yang pengetahuannya baik cenderung menggunakan kontrasepsi non hormonal. Hasil penelitian tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nikmawati (2017) menyebutkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan dengan penggunaan alat kontrasepsi.

e. Pendidikan

Pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok atau masyarakat, sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan (Notoatmodjo, 2012). Pendidikan merupakan proses pengubahan sikap dan perilaku seseorang atau kelompok orang melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Tingkat pendidikan suami dan istri merupakan salah satu faktor yang menentukan pengetahuan dan persepsi terhadap pentingnya suatu hal termasuk pentingnya pemilihan metode kontrasepsi (Kusumaningrum, 2013). Akseptor dengan tingkat pendidikan rendah, keikutsertaannya dalam program KB hanya ditujukan untuk mengatur kelahiran. Sementara itu pada akseptor dengan tingkat pendidikan tinggi, menggunakan kontrasepsi untuk mengatur kelahiran dan meningkatkan kesejahteraan keluarga dengan cukup dua anak. Hal ini dikarenakan seseorang dengan tingkat pendidikan lebih tinggi memiliki pandangan yang lebih luas tentang suatu hal dan lebih mudah untuk menerima ide atau cara kehidupan baru (Indahwati dkk, 2017).

f. Pengambilan keputusan

Menurut penelitian Setiadi dan Iswanto (2015) Pengambilan keputusan penggunaan alat kontrasepsi dilakukan oleh pihak istri, suami maupun

keputusan bersama. Keputusan penggunaan kontrasepsi mayoritas dilakukan secara bersemasama oleh suami dan istri. Manfaat keputusan menjadi peserta keluarga berencana akan secara bersama-sama dirasakan oleh seluruh anggota keluarga. Penelitian yang dilakukan oleh Astuti dan Holidi (2015) bahwa keputusan penggunaan alat kontrasepsi dominan dilakukan oleh suami dan istri secara bersama. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Akbar (2016) bahwa tidak ada hubungan peran suami dengan pengambilan keputusan kontrasepsi hormonal (suntik) pada pasangan usia subur, pengambilan keputusan dominan diambil oleh istri.

Ada beberapa faktor yang menjadikan ketidakadanya hubungan peran suami dengan pengambilan keputusan kontrasepsi hormonal (suntik), yaitu budaya, kesetaraan gender, efek samping, dan status kesehatan. Penelitian ini sejalan dengan Puspitawati, (2013) bahwa kebudayaan yang dimotori oleh budaya patriarki menafsirkan perbedaan biologis ini menjadi indikator kepantasan dalam berperilaku yang akhirnya berujung pada pembatasan hak, akses, partisipasi, kontrol dan menikmati manfaat sumber daya. Maka untuk menghindari adanya keterbatasan peran dan fungsi hak pada setiap individu perlu adanya kesetaraan gender. Perempuan bisa memilih atau mengambil sesuatu keputusan tanpa peran suami termasuk dalam proses pengambilan keputusan kontrasepsi suntik.

g. Pengalaman

Pengalaman pemakaian kontrasepsi sebelumnya merupakan salah satu faktor yang berperan penting dalam pemilihan metode kontrasepsi yang akan diputuskan selanjutnya, hal ini terkait dengan pengalaman primer. Sementara pengalaman yang dialami orang lain dalam pemakaian metode kontrasepsi dapat dijadikan pengalaman sekunder yang dapat mempengaruhi seseorang akseptor KB dalam menentukan metode kontrasepsi (Saragih dkk, 2018). Sebagian besar dari keseluruhan

pengguna KB yang menggunakan alat kontrasepsi menginginkan hal yang terbaik dan tanpa ada efek samping dari penggunaan alat kontrasepsi. Hal tersebut menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pengalaman KB dengan pemilihan metode kontrasepsi (Indahwati dkk, 2017). Hasil tersebut tidak sejalan dengan penelitian Saragih dkk (2018) bahwa tidak ada hubungan antara faktor pengalaman dengan pemilihan kontrasepsi Non IUD pada wanita usia subur.

h. Paritas

Paritas adalah jumlah anak yang pernah dilahirkan dalam keadaan hidup (BKKBN, 2011). Paritas dapat dibagi menjadi beberapa istilah yaitu primipara adalah wanita yang telah melahirkan seorang anak, multipara adalah wanita yang melahirkan 2 orang anak dan tidak lebih dari 4, grande multipara adalah wanita yang melahirkan 5 orang anak atau lebih (Manuaba, 2013). Jumlah anak merupakan salah satu faktor yang paling mendasar mempengaruhi perilaku pasangan usia subur (keluarga) dalam menggunakan metode kontrasepsi. Seseorang memutuskan mengikuti program KB apabila anak yang masih hidup sudah mencukupi jumlah anak yang diinginkan (Indahwati dkk, 2017). Jumlah anak menuju pada kecenderungan dalam membentuk besar keluarga yang diinginkan. Jumlah anak dapat menjadi suatu faktor predisposisi yang berkaitan dengan pemilihan kontrasepsi (Saragih dkk, 2018). Penelitian Mayasaridkk (2017) menyebutkan bahwa akseptor KB yang mempunyai anak kurang lebih atau sama dengan 2 orang cenderung menggunakan KB suntik sebagai alat kontrasepsi untuk mengatur jarak kehamilan. Semakin banyak anak yang dimiliki maka semakin besar kecenderungan untuk menghentikan kesuburan sehingga memilih metode kontrasepsi jangka panjang (Mayasari dkk, 2017).

i. Sumber informasi

Sumber informasi merupakan segala hal yang dapat digunakan oleh seseorang untuk mengetahui tentang hal baru dan memberikan landasan kognitif bagi terbentuknya sikap seseorang. Sumber informasi diperoleh dari tokoh masyarakat, tenaga kesehatan, media massa, dan keluarga yang memiliki peranan penting bagi pasangan usia subur (PUS) dalam pemakaian kontrasepsi (Rachmayani, 2015).

Sumber informasi pada pasangan usia subur (PUS) dengan pemakaian kontrasepsi mempunyai hubungan yang signifikan di Kelurahan Merak Kabupaten Tangerang. Sebagian besar responden mendapat informasi kontrasepsi dari tenaga kesehatan (Santikasari dan Laksmi, 2019). Peran petugas berhubungan dengan pemilihan alat kontrasepsi karena sangat berperan dalam tahap akhir pemilihan alat kontrasepsi (Andrianasti, 2014). Calon akseptor yang masih ragu-ragu dalam memilih alat kontrasepsi dapat diyakinkan oleh petugas kesehatan yang menjadi panutan di masyarakat (Simanungkalit, 2017). Hal ini tidak sejalan dengan penelitian Indriyanti (2011) bahwa sumber informasi tidak banyak mempengaruhi dalam pemakaian kontrasepsi, namun yang paling mempengaruhi yaitu kerabat terutama orangtua dari responden itu sendiri.

j. Jaminan ketersediaan kontrasepsi

Pada prinsipnya jaminan ketersediaan kontrasepsi ini berarti suatu sistem yang akan menjamin setiap pasangan yang membutuhkan

pelayanan metode kontrasepsi sehingga dapat memperoleh alat, obat dan cara kontrasepsi yang efektif, aman, mudah dijangkau, serta sesuai dengan kemampuan ekonomi (Saragih dkk, 2018).

k. Jaminan kesehatan masyarakat

Jamkesmas adalah sebuah program jaminan kesehatan untuk warga Indonesia dengan memberikan perlindungan sosial dibidang kesehatan untuk menjamin kebutuhan dasar kesehatannya dapat terpenuhi (Permenkes, 2014). Pelayanan yang diberikan Jamkesmas bersifat komprehensif berjenjang. Pelayanan KB gratis termasuk dalam pelayanan yang diberikan di tingkat Puskesmas kecuali untuk jenis MOW dan MOP yang harus dirujuk ke rumah sakit.

l. Dukungan suami

Suami dipandang sebagai kepala keluarga, pelindung keluarga, pencari nafkah dan seseorang yang dapat membuat keputusan dalam keluarga. Dukungan suami merupakan dorongan yang diberikan oleh suami berupa dukungan moral dan material dalam hal mewujudkan suatu rencana yaitu pemilihan kontrasepsi (Prasetyawati, 2011). Dukungan suami membuat keluarga mampu melaksanakan fungsinya, karena anggota keluarga memang seharusnya saling memberikan dukungan dan saling memperhatikan keadaan dan kebutuhan kesehatan istri. Berbagai macam bentukbentuk dari dukungan suami antara lain:

1) Dukungan informasional

Dukungan informasional merupakan pemberian penjelasan mengenai situasi dan gejala sesuatu yang berhubungan dengan masalah yang

sedang dihadapi oleh individu. Dukungan ini mencakup pemberian nasihat, saran, pengetahuan, dan informasi serta petunjuk. Dukungan suami bermanfaat untuk menekan munculnya suatu stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang terkhusus pada individu (Friedman, 2013).

2) Dukungan penilaian atau penghargaan

Dukungan penilaian atau penghargaan yaitu dukungan yang terjadi melalui ungkapan hormat atau penghargaan positif untuk orang lain, dorongan maju atau persetujuan dengan gagasan atau perasaan seseorang yang bertujuan meningkatkan penghargaan diri orang tersebut. Seorang suami bertindak sebagai pembimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan support, penghargaan, perhatian (Friedman, 2013).

3) Dukungan emosional

Dukungan emosional adalah tingkah laku yang berhubungan dengan rasatenang, senang, rasa memiliki, kasih sayang pada anggota keluarga. Dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk adanya kepercayaan dan perhatian. Suami sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta mambantu penguasaan terhadap emosi (Friedman, 2013).

4) Dukungan instrumental

Dukungan instrumental adalah dukungan yang bersifat nyata, dalam bentuk materi dan waktu yang bertujuan untuk meringankan beban bagi individu yang membutuhkan orang lain. Dukungan instrumental merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit, diantaranya adalah dalam hal kebutuhan keuangan, makan, minum Berdasarkan penelitian Nilawati dan Heni (2014) didapatkan adanya hubungan yang signifikan antara dukungan suami dengan kepatuhan akseptor KB suntik.

Hasil penelitian tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Setiasih dkk (2016) bahwa tidak terdapat hubungan antara dukungan suami dengan pemilihan kontrasepsi. Dukungan suami merupakan salah satu faktor eksternal dalam pemilihan alat kontrasepsi

II . Tinjauan Asuhan Kebidanan

1. Pendokumentasian asuhan kebidanan dengan cara & langkah Varney

Menurut keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/SK/VIII/2007 Tentang Standar Asuhan Kebidanan:

a. Manajemen Varney

1) Pengkajian

Langkah pertama adalah mengumpulkan data dasar yang menyeluruh untuk mengevaluasi ibu dan bayi baru lahir. Data dasar ini meliputi pengkajian riwayat, pemeriksaan fisik dan pelvik sesuai

indikasi, meninjau kembali proses-proses perkembangan perawatan saat ini atau catatan rumah sakit terdahulu, dan meninjau kembali data hasil laboratorium dan laporan penelitian terkait secara singkat, data dasar yang diperlukan adalah semua data yang berasal dari sumber informasi yang berkaitan dengan kondisi ibu dan bayi baru lahir.

2) Interpretasi Data

Langkah kedua bermula dari data dasar menginterpretasikan data untuk kemudian diproses menjadi masalah atau diagnosis serta kebutuhan perawatan kesehatan yang diidentifikasi khusus.

3) Identifikasi diagnosa atau masalah potensial Mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial berdasarkan masalah dan diagnosis saat ini berkenaan dengan tindakan antisipasi, pencegahan jika memungkinkan, menunggu dengan waspada penuh, dan persiapan terhadap semua keadaan yang mungkin muncul.

4) Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera Langkah keempat mencerminkan sifat kesinambungan proses penatalaksanaan, yang tidak hanya dilakukan selama perawatan primer atau kunjungan prenatal periodik, tetapi juga saat bidan melakukan perawatan berkelanjutan bagi wanita tersebut.

5) Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh Mengembangkan sebuah rencana keperawatan yang menyeluruh ditentukan dengan mengacu pada hasil langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan pengembangan masalah atau diagnosis yang diidentifikasi baik pada saat ini maupun yang dapat diantisipasi serta perawatan kesehatan yang dibutuhkan.

6) Melaksanakan rencana asuhan

Langkah ini dapat dilakukan secara keseluruhan oleh bidan atau dilakukan secara keseluruhan oleh bidan atau dilakukan sebagian oleh ibu atau orang tua, bidan, atau anggota tim kesehatan lain.

7) Evaluasi

Merupakan tindakan untuk memeriksa apakah rencana perawatan yang dilakukan benar-benar telah mencapai tujuan, yaitu memenuhi kebutuhan ibu, seperti yang diidentifikasi pada langkah kedua tentang masalah, diagnosis, maupun kebutuhan perawatan kesehatan.

8) Pencatatan asuhan kebidanan

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberi asuhan kebidanan. (Kepmenkes No. 938 tahun 2007).

2. Standar Asuhan Kebidanan

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.938 tahun 2007,Standar Asuhan Kebidanan yaitu:

a. STANDAR I: Pengkajian

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

Kriteria pengkajian:

- 1)Data tepat, akurat dan lengkap
- 2)Data subjektif-
- 3)Data objektif

b. STANDAR II: Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Kriteria perumusan:

- 1) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- 2) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
- 3) Dapat diselesaikan dengan Asuhan Kebidanan secara mandiri kolaborasi dan rujukan.

c. STANDAR III: Perencanaan

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakan. Kriteria perencanaan:

- 1) Rencana tindakan disusun berdasarakan prioritas masalah dan kondisi pasien

- 2) Melibatkan pasien dan atau keluarga
- 3) Mempertimbangkan kondisi psikologis, social budaya klien atau keluarga.
- 4) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- 5) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

d. STANDAR IV: Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan evidence based kepada pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative Kriteria implementasi:

- 1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarga.
- 3) Melaksanakan asuhan berdasarkan evidence based.
- 4) Melibatkan klien dalam setiap tindakan.
- 5) Menjaga privasi klien.
- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
- 7) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkala..

- 8) Menggunakan sumberdaya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- 9) Melakukan tindakan sesuai standar.
- 10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

e. STANDAR V: Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Kriteria evaluasi:

- 1) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan pada sesuai kondisi klien
- 2) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan kepada klien dan keluarga.

f. STANDAR VI: Pencatatan Asuhan Kebidanan Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, kurat, singkat dan jelas mengenai keadaan yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

Kriteria Pencatatan Asuhan Kebidanan:

- 1) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia.

2) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A adalah analisi, mencatat diagnose dan maslah kebidanan.

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.

III. Aspek Hukum

1. Landasan Hukum Bidan

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

- a. Pasal 18 menjelaskan dalam penyelenggaraan praktik bidan, bidan memiliki untuk memberikan pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak, pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.
- b. Pasal 19 dijelaskan 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.
- c. Pasal 20 dijelaskan bidan dalam memberikan pelayanan anak sebagaimana berwenang melakukan pelayanan neonatal esensial, penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan, pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita dan anak prasekolah dan konseling dan penyuluhan.

d. Pasal 21 dijelaskan 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.

3. Undang-undang Nomor 4 tahun 2019 tentang Kebidanan pasal 47,dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan,bidan dapat berperan sebagai:

- a. Memberi pelayanan kebidanan
- b. Pengelola Pelayanan Kebidanan
- c. Penyuluhan dana konseler
- d. Pendidik, pembimbing, dan fasilitator klinik
- e. Penggerak peran serta masyarakat dan pemberdaya perempuan,dan/
atau
- f. Penelitian

