

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kajian Teori

1. Asuhan kebidanan

Asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup prakteknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi dan kegiatan menjadi tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan klien yang mempunyai kebutuhan dan atau masalah kebidanan meliputi masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi setelah lahir dan keluarga berencana (Kemenkes R.I, 2007).

Bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang telah teregistrasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Kemenkes R.I, 2017). Bidan diakui sebagai tenaga profesional yang bertanggung jawab dan akuntabel, yang bekerja sebagai mitra perempuan untuk memberikan dukungan, asuhan dan nasehat selama masa hamil, persalinan dan nifas, memimpin persalinan atas tanggung jawab sendiri dan memberikan asuhan kepada bayi baru lahir. Asuhan ini mencakup upaya pencegahan, promosi persalinan normal, deteksi komplikasi ibu dan anak, serta melaksanakan tindakan kegawatdaruratan (Kemenkes R.I, 2007).

Tugas dan wewenang bidan dalam PERMENKES/28/Menkes/PER/X/2017 yang menjelaskan tentang izin penyelenggaraan dan praktik bidan. Dalam peraturan

ini menjelaskan bahwa bidan dapat menjalankan praktik kebidanan secara mandiri berupa praktik bidan mandiri., dan atau bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan seperti klinik, puskesmas, rumah sakit, dan atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

Bidan memiliki kewewenangan untuk memberikan pelayanan meliputi :

a. Pelayanan kesehatan ibu

Pelayanan kesehatan ibu diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui dan masa antara dua kehamilan. Kewenangan bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu, meliputi : konseling pada masa sebelum hamil, *antenatal* pada kehamilan normal, persalinan normal, ibu nifas normal, ibu menyusui dan konseling pada masa antara dua kehamilan.

b. Pelayanan kesehatan anak

Pelayanan kesehatan anak diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita dan anak prasekolah. Dalam memberikan Pelayanan kesehatan anak, bidan berwenang melakukan: pelayanan neonatal esensial, penanganan kegawatdaruratan dilanjutkan dengan rujukan, pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah, serta melakukan konseling dan penyuluhan.

c. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana

Dalam memberikan Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana, bidan berwenang memberikan seperti:

- 1) Penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.
- 2) Pelayanan kontrasepsi oral, kondom dan suntikan.

- d. Bidan juga memiliki kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan penugasan dari pemerintah, dan atau pelimpahan wewenang melakukan tindakan pelayanan kesehatan secara mandate dari dokter.

Kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan penugasan dari pemerintah sesuai kebutuhan yang terdiri atas : kewenangan berdasarkan program pemerintah yang telah mendapatkan pelatihan, dan kewenangan karena tidak adanya tenaga kesehatan lain disuatau wilayah tempat bidan bertugas yang harus mendapatkan penetapan dari kepala dinas kabupaten.

Pelimpahan wewenang melakukan tindakan pelayanan kesehatan secara mandat dari dokter yang diberikan secara tertulis oleh dokter pada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama bidan bekerja.

2. Kehamilan Trimester III

a. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah kondisi dimana seorang wanita memiliki janin yang sedang tumbuh di dalam tubuhnya. Kehamilan biasanya berkisar 280 hari (40 minggu atau 9 bulan), dihitung dari awal periode menstruasi sampai melahirkan. Kehamilan adalah proses penyatuan dari sperma dan ovum lanjutan dengan nidasi atau implantasi. Periode dalam kehamilan terbagi menjadi tiga trimester, yaitu : trimester 1 awal kehamilan sampai 12 minggu, trimester II kehamilan 12 minggu sampai 28 minggu, trimester III kehamilan 28 minggu sampai 40 minggu (Saifuddin, 2009).

b. Perubahan pada ibu hamil trimester III

Selama kehamilan terjadinya perubahan pada ibu baik perubahan fisiologis maupun psikologis. Adapun perubahan yang terjadi selama kehamilan trimester III adalah sebagai berikut

1) Perubahan fisiologis selama kehamilan trimester III

Perubahan fisiologis yang terjadi selama kehamilan trimester III menurut beberapa sumber yaitu sebagai berikut:

a) Payudara

Pada trimester III perubahan yang terjadi pada payudara seperti: payudara bertambah besar; dapat teraba nodul- nodul, akibat hipertropi kelenjar alveoli; bayangan vena-vena lebih membiru; hiperpigmentasi pada areola dan puting susu; kalau diperas akan dikeluarkan air susu berwarna kuning yang disebut kolostrum (Cunningham *et al.*, 2006).

b) Sirkulasi darah

Perubahan fisiologis pada sirkulasi darah yang terjadi pada trimester III yaitu terjadinya proses hemodilusi. Pada proses ini mencapai puncaknya pada umur kehamilan 32 sampai 34 minggu. *Eritroprotein* pada ginjal akan meningkatkan jumlah sel darah merah sebanyak 20-30% yang tidak sebanding dengan peningkatan volume plasma, hal inilah yang menyebabkan terjadinya hemodilusi dan penurunan konsentrasi hemoglobin dari 15 g/dl menjadi 12,5 g/dl. Bila terjadinya penurunan hingga di bawah 11 g/dl, kemungkinan terjadi defisiensi zat besi yang dikarenakan kurang tercukupinya kebutuhan zat besi bagi ibu dan janin selama kehamilan (Saifuddin, 2009).

c) Sistem pencernaan

Pada trimester III biasanya terjadi konstipasi karena pengaruh hormon progesteron yang meningkat. Hal ini disebabkan karena hormon progesteron memiliki peran dalam proses relaksasi pada kerja otot halus, peningkatan hormon tersebut dapat mengakibatkan atau membuat organ pencernaan menjadi lebih rileks ataupun lambat. Penurunan kerja otot polos pada sistem pencernaan dan penurunan sekresi asam lambung sehingga akan menimbulkan gejala berupa *pyrosis* (penyakit yang ditandai dengan rasa terbakar pada lambung) yang disebabkan oleh asam lambung mengalir ke *esofagus* sebagai akibat perubahan posisi lambung dan menurunnya tonus *sfincter esofagus* bagian bawa. Gerakan peristaltik usus menjadi lambat, sehingga kontraksi usus dan daya dorong usus terhadap sisa-sisa makanan menjadi melemah yang mengakibatkan konstipasi pada ibu hamil (Saifuddin, 2009).

d) Sistem perkemihan

Pada akhir kehamilan kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul. Desakan tersebut menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh. Terjadinya pengenceran darah (hemodilusi) menyebabkan metabolisme air makin lancar sehingga pembentukan urine akan bertambah (Manuaba, 2010).

e) Sistem respirasi

Pada kehamilan 32 minggu keatas karena usus-usus tertekan uterus yang membesar kearah *diafragma* sehingga *diafragma* kurang leluasa bergerak akibat ibu akan merasa sulit bernapas (Saifuddin, 2009).

f) Sistem *muskuloskeletal*

Adanya pembesaran uterus secara progresif menyebabkan tulang menjadi *lordosis* sehingga terjadinya pergeseran pusat gravitasi ibu. Perubahan tubuh secara bertahap dan peningkatan berat badan wanita hamil menyebabkan postur tubuh dan cara berjalan wanita berubah secara mencolok. Peningkatan distensi abdomen yang membuat panggul miring kedepan, penurunan tonus otot dan peningkatan berat badan pada akhir kehamilan menyebabkan perasaan ibu hamil menjadi tidak enak pada bagian bawa punggung (Saifuddin, 2009).

g) Uterus

Pada kehamilan trimester III uterus akan terus membesar dalam rongga pelvis sampai hampir menyentuh *prosesus xipodeus* (px). Pada minggu ke-38 sampai minggu ke-40 uterus akan menurun karena bagian terendah janin telah memasuki pintu atas panggul (Bobak, Lowdermilk, dan Jensen., 2005).

2) Perubahan psikologis selama kehamilan trimester III

Pada kehamilan trimester III disebut periode menunggu dan waspada bagi ibu hamil. Sebab pada saat itu, ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Memasuki periode ini ibu khawatir bayinya akan lahir sewaktu-waktu. Hal ini menyebabkan ibu hamil meningkatkan kewaspadaan akan timbulnya tanda dan gejala persalinan. Ibu hamil juga merasa khawatir akan kondisi kesehatan dan khawatir akan tugas setelah menjadi ibu (Kemenkes R.I., 2014).

c. Kebutuhan ibu hamil trimester III

1) Kebutuhan nutrisi

Pada masa kehamilan, ibu hamil harus menyediakan nutrisi yang penting bagi pertumbuhan bayi dan ibunya sendiri. Ibu hamil seharusnya mengonsumsi makanan yang mengandung karbohidrat, protein, zat besi, sayur-sayuran, dan buah-buahan. Kebutuhan kalori bagi ibu hamil yaitu perhari mengandung 2.500 kalori. Ibu hamil trimester III dianjurkan untuk mengonsumsi tambahan kalori sebesar 300-500 kalori. Kebutuhan cairan menjadi meningkat, pada ibu hamil memerlukan cairan 1.500-2.000 ml (Kemenkes R.I., 2014).

2) Istirahat dan tidur

Varney (2007) dan Kemenkes R.I. (2017) Istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin. Pada ibu hamil dianjurkan untuk tidur pada malam hari selama kurang lebih delapan jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari selama 1 jam. Pada trimester akhir ibu hamil kesulitan untuk menentukan posisi yang paling baik dan nyaman untuk tidur. Posisi tidur yang dianjurkan pada ibu hamil yaitu posisi miring ke kiri, kaki kiri lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan di ganjal dengan bantal.

3) Perawatan payudara dan persiapan laktasi

Payudara perlu dipersiapkan sejak sebelum bayi lahir. Basuhan yang lembut setiap hari pada areola dan puting susu akan mengurangi letak dan lecet pada area tersebut. Oleh karena payudara menegang, sensitif dan menjadi lebih berat, maka sebaiknya menggunakan penopang payudara yang sesuai (Saifuddin, 2009).

4) Senam hamil

Pada trimester III terjadi banyak keluhan pada ibu hamil menyebabkan ibu perlu menerapkan senam hamil dalam rangka mencegah maupun mengurangi keluhan yang terjadi. Berdasarkan penelitian senam hamil dapat mengurangi keluhan nyeri punggung pada saat hamil dan mempercepat proses persalinan kala II, selain itu dapat melatih pernafasan, relaksasi, menguatkan otot-otot panggul dan perut, serta cara melatih mengejan yang benar (Turlina, & Wirantika, 2015).

Dalam jurnal Ermala (2015), tujuan senam hamil menurut Mandriawati (2008), yaitu :

- a) Memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut, ligament-ligamen, otot dasar panggul yang berhubungan dengan proses persalianan
- b) Membentuk sikap tubuh, sikap tubuh yang baik selama kelahiran dan persalianan dapat mengatasi keluhan-keluhan umum pada ibu hamil dan mengurangi sesak nafas akibat bertambah besarnya perut.
- c) Menguasai teknik-teknik pernafasan yang mempunyai peranan penting dalam persalinan dan selama hamil untuk mempercepat relaksasi.
- d) Mencegah varises, yaitu pelebaran pembuluh balik (vena).

5) Tanda bahaya kehamilan

Tanda bahaya kehamilan trimester III diantaranya perdarahan pervaginam, preeklamsia (ditandai dengan sakit kepala yang hebat, penglihatan kabur, dan disertai kejang-kejang), keluar air ketuban sebelum waktunya yang ditandai dengan keluarnya cairan lewat kemaluan seperti air kemih namun tidak terasa ingin berkemih, dan gerakan janin berkurang atau tidak bergerak sama sekali, gerakan janin 10 kali dalam 12 jam (Kemenkes R.I., 2017).

6) Stimulasi otak janin (*brain booster*)

Kemendes R.I. (2014) memaparkan, stimulasi perkembangan otak janin dapat dilakukan pada masa kehamilan yang bertujuan meningkatkan kecerdasan bayi yang akan dilahirkan. Stimulasi atau rangsangan diberikan secara konsisten melalui berbagai cara melatih sistem sensorik dan motorik. Stimulasi yang dapat dilakukan selama kehamilan yaitu

- a) Stimulasi dilakukan dengan cara rangsang auditori (pendengaran) misalnya mendengarkan alunan musik lembut seperti musik Mozart dan musik lembut yang lainnya atau secara sederhana dapat dilakukan dengan cara berkomunikasi dengan janin yang ada dalam perut ibu
- b) Stimulasi yang dilakukan dengan metode sentuh, misalnya gerakan usapan perut oleh ibu atau suami.

7) Persiapan persalinan

JNPK-KR (2017) memaparkan mengenai Program Persiapan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi (P4K). Komponen persiapan persalinan meliputi:

a) Tafsiran persalinan

Setiap ibu hamil atau keluarga (terutama suami) harus mengetahui tanggal perkiraan persalinan. Persalinan dapat terjadi dua minggu sebelum atau sesudah tanggal tersebut.

b) Penolong/ tempat bersalin

Setiap ibu hamil harus memutuskan akan melahirkan dengan siapa (bidan atau dokter) dan di fasilitas kesehatan yang mana. Persalinan ditolong oleh bidan atau

dokter difasilitas kesehatan dapat mengurangi risiko terjadinya komplikasi yang dapat membahayakan ibu maupun bayi.

c) Pendanaan

Ibu hamil dan keluarga perlu menyiapkan dana melalui tabungan ibu bersalin

(Tabulin)

d) Transportasi

Keluarga perlu menyiapkan kendaraan/ transportasi untuk mengantar ibu yang akan melahirkan difasilitas kesehatan.

e) Calon donor darah

Keluarga perlu menyiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu siap mendonorkan darahnya, bila ibu mengalami perarahan baik pada kehamilan, persalinan dan nifas. Fasilitas kesehatan tidak selalu memiliki bank darah, sehingga kesiapan adanya pendonor darah membantu mempercepat penanganan komplikasi perdarahan ibu.

f) Kebutuhan persalinan yang lain

Ibu hamil dan keluarga perlu menyiapkan kebutuhan persalinan seperti perlengkapan ibu bersalin, perlengkapan bayi baru lahir, alat kebersihan, buku KIA dan alat komunikasi (bila ada).

d. Keluhan umum kehamilan trimester III dan cara mengatasinya

Keluhan yang lazim pada kehamilan trimester III serta cara mengatasinya Kemenkes R.I (2014), yaitu :

1) Sering kencing

Sering kencing akibat dari penekanan dari kandung kemih oleh karena penurunan bagian terbawa janin. Hal tersebut dapat diatasi dengan perbanyak minum pada siang hari, kosongkan kandung kemih saat ada dorongan untuk kencing.

2) Ambeien

Ambeien adalah pembengkakan dan peradangan yang terjadi pada pembuluh darah balik (vena) di daerah sekitar dubur, cara mengatasinya yaitu banyak makan-makanan yang berserat seperti sayur dan buah segar agar feses tidak keras dan jangan duduk terlalu lama serta minumlah cairan yang cukup banyak kurang lebih dua liter dalam sehari.

3) Nyeri pinggang

Nyeri pinggang dirasakan ketika ibu berusaha untuk menyeimbangkan berat tubuh dan berusaha untuk berdiri dengan tubuh condong ke belakang. Cara mengatasinya yaitu gunakan posisi tubuh yang baik ketika berdiri gunakan tubuh dalam posisi normal, dan pada saat mengambil sesuatu dilantai usahakan untuk berjongkok perlahan-lahan dan setelah itu berdiri perlahan-lahan dan tidak berdiri terus menerus dalam waktu yang lama.

4) Pembengkakan di kaki

Pembengkakan kaki disebabkan penimbunan cairan akibat kadar garam yang terlalu tinggi dalam tubuh. Hal tersebut dapat diatasi dengan mengurangi makan yang banyak mengandung garam seperti telur asin, ikan asin dan lain-lain., setelah bangun pagi, angkat kaki beberapa saat atau ibu mengganjal kaki dengan bantal agar aliran darah tidak sempat berkumpul dipergelangan dan telapak kaki dan jangan menyilangkan kaki ketika duduk tegak sebab akan menghambat aliran darah dikaki.

e. Standar pelayanan pada kehamilan

Kemendes R.I. (2016) memaparkan bahwa setiap ibu hamil mendapatkan pelayanan *antenatal* sesuai standar. Pelayanan antenatal sesuai standar adalah

pelayanan yang diberikan pada ibu hamil minimal satu kali kunjungan pada kehamilan trimester pertama (K1), pemeriksaan kehamilan pada trimester kedua minimal satu kali (K2) dan minimal dua kali pada trimester ketiga (K3 dan K4). Standar pelayanan antenatal adalah memberikan pelayanan yang berkualitas pada ibu hamil dengan memenuhi kriteria 10 T, yang terdiri dari:

1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Pengukuran tinggi badan cukup dilakukan sekali pada saat kunjungan pertama. Apabila tinggi badan <145 cm maka ibu hamil mempunyai resiko untuk panggul sempit sehingga kemungkinan sulit bersalin pervaginam. Berat badan ibu hamil harus diperiksa pada tiap kali kunjungan. Sejak bulan keempat penambahan berat badan minimal satu kg/bulan dan maksimal dua kg/bulan.

2) Ukur tekanan darah

Pengukuran tekanan darah dilakukan pada tiap kali kunjungan untuk mendeteksi adanya *hipertensi* (tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg) pada kehamilan dan *preeklamsia* (hipertensi disertai dengan edema pada wajah atau tungkai bawah, dan atau protein urine)

3) Ukur lingkar lengan atas

Lingkar Lengan Atas (LiLA) diukur cukup satu kali saat kunjungan pertama. LiLA ibu hamil $<23,5$ cm menunjukkan ibu hamil menderita Kurang Energi Kronis (KEK) dan berisiko melahirkan Bayi Berat Lahir rendah (BBLR)

4) Ukur tinggi fundus uteri (TFU)

Pengukuran TFU pada setiap kunjungan dilakukan untuk memantau pertumbuhan janin apakah sesuai umur kehamilan.

5) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin

Pada kehamilan trimester III dilakukan penentuan presentasi janin, hal ini dilakukan untuk mengetahui letak janin.

6) Skrining status imunisasi *tetanus toxoid* (TT)

Terlebih dahulu dilakukan skrining status imunisasi *tetanus toxoid* ibu hamil dan berikan imunisasi sesuai status imunisasi ibu hamil guna mencegah *tetanus* pada ibu dan bayi.

7) Beri tablet tambah darah

Beri tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan yang berguna untuk mencegah terjadinya anemia selama kehamilan.

8) Periksa laboratorium

Tes laboratorium yang dilakukan ibu hamil diantaranya:

- a) Tes *hemoglobin* darah untuk mengetahui apakah ibu mengalami anemia.
- b) Tes PPIA untuk mencegah virus HIV dari ibu ke janin
- c) Tes golongan darah untuk mempersiapkan donor bagi ibu apabila diperlukan
- d) Tes urine meliputi protein urine dan reduksi urine
- e) Tes pemeriksaan darah lain seperti sifilis, HbsAg dan lain-lain

9) Tatalaksana penanganan kasus

Melakukan tatalaksana yang tepat sesuai dengan masalah yang dialami serta ditangani sesuai standard dan kewenangan bidan. Apabila ditemukan masalah-masalah yang tidak dapat ditangani segera dilakukan rujukan.

10) Temu wicara (konseling)

Temu wicara dilakukan pada setiap kunjungan antenatal. Memberikan penjelasan mengenai perawatan kehamilan, pencegahan kelainan bawaan, persalinan

dan inisiasi menyusui dini (IMD), nifas, perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, keluarga berencana dan imunisasi pada bayi serta P4K. Penjelasan ini bertahap sesuai dengan masalah dan kebutuhan ibu.

3. PERSALINAN

a. Pengertian persalinan

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 sampai 42 minggu) lahir spontan dengan presentasi belakang kepala tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada bayi (Saifuddin, 2009). Persalinaan dimulai (*inpartu*) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Tanda dan gejala *inpartu* yaitu penipisan dan pembukaan serviks, kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal dua kali dalam 10 menit), dan cairan lendir bercampur darah melalui vagina (JNPK-KR, 2017).

b. Jenis persalinan

Mochtar (1998) dalam Annisa (2011) memaparkan jenis-jenis persalinan berdasarkan caranya dapat dikelompokkan dalam empat cara, yaitu :

1. Persalinan spontan adalah persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.
2. Persalinan normal adalah proses kelahiran janin pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), pada janin letak memanjang, presentasi belakang kepala yang

disusul dengan pengeluaran plasenta dan seluruh proses kelahiran itu berakhir dalam waktu kurang dari 24 jam tanpa tindakan/pertolongan buatan dan tanpa komplikasi.

3. Persalinan anjuran adalah persalinan yang terjadi jika kekuatan yang diperlukan untuk persalinan yang ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan, yaitu merangsang otot rahim berkontraksi seperti dengan menggunakan prostaglandin, oksitosin, atau memecahkan ketuban.
4. Persalinan tindakan adalah persalinan yang tidak dapat berjalan normal secara spontan atau tidak berjalan sendiri, oleh karena terdapat indikasi adanya penyulit persalinan sehingga persalinan dilakukan dengan memberikan tindakan menggunakan alat bantu. Persalinan tindakan terdiri dari :
 - a) Persalinan tindakan pervaginam, yaitu apabila persyaratan pervaginam memenuhi, meliputi ekstraksi vakum dan forseps untuk bayi yang masih hidup dan embriotomi untuk bayi yang sudah meninggal.
 - b) Persalinan tindakan perabdomen, yaitu apabila persyaratan tidak memenuhi, berupa Section Caesarea (SC).

c. Persalinan dengan bantuan forseps

Persalinan dengan forseps dilakukan untuk memperpendek kala II pada kasus kala II lama atau untuk membantu upaya mendorong ibu yang tidak ada desakan untuk mengedan atau apabila ibu yang mengedan dapat memperburuk preeklamsia atau kondisi jantung. Forseps adalah alat yang paling banyak digunakan untuk memperlancar kelahiran kepala janin atau untuk melindungi janin dan atau ibu dari trauma dan keletihan. Forseps juga digunakan untuk membantu kelahiran kepala

untuk presentasi bokong atau untuk menarik kepala pada presentasi bokong atau untuk menarik kepala bayi keatas atau keluar pelvis saat kelahiran seksio sesaria (Fraser dan cooper, 2010).

Indikasi penggunaan forseps menurut Llewellyn dan Jones (2002) yaitu :

- a. Keterlambatan kelahiran bayi, yaitu persalinan kala II telah lebih dari 1,5 jam atau kepala janin telah tampak di perineum selama > 30 menit. Keterlambatan ini biasanya disebabkan: 1) kepala janin belum berotasi dan tertahan pada diameter transversal rongga panggul tengah, 2) kepala telah berotasi menjadi posisi posterior di rongga tengah atau pada saluran bawah, 3) terdapat derajat kecil disproporsi kepala dan panggul, 4) kontraksi uterus menjadi lebih lemah.
- b. Janin menunjukkan tanda-tanda gawat, yaitu janin mengalami bradikardia dan atau pengeluaran mekonium.
- c. Ibu menjadi distress, baik fisik atau mental pada persalinan kala II.
- d. Ibu mempunyai gangguan obsterti atau medik, misalnya ibu mengalami hipertensi akibat kehamilan, hipertensi kronik, penyakit jantung, yang dapat memperburuk persalinan kala II.
- e. Untuk membantu persalinan kepala pada presentasi sungsang.
Syarat penggunaan forseps menurut Cunningham, dkk (2006) terdapat enam agar penggunaan forseps berhasil, yaitu:
 - 1)Kepala sudah cakap. Pembentukan *caput suksadaneum* yang luas dan *moulage* dapat menyebabkan *station* kepala janin sulit dipastikan.
 - 2)Presentasi janin harus puncak kepala atau muka dengan dagu *dianterior*
 - 3)Posisi kepala janin harus diketahui secara pasti sehingga forseps dapat dipasang dikepala dengan tepat
 - 4)Serviks harus membuka lengkap sebelum forceps dipasang
 - 5)Sebelum pemasangan forseps, selaput ketuban harus dipecahkan agar kepala janin dapat dipegang dengan erat oleh daun forseps
 - 6)Harus tidak ada disporporsi antara ukuran kepala dan ukuran pintu atas panggul atau pintu tengah panggul.

Fraser dan cooper (2010) memaparkan kepanjangan FORCEPS sebagai salah satu persyarat kelahiran forceps, yaitu :

F = Full dilatation of the servix (dilatasi serviks lengkap)

O = Ofifths of the head palpable abdominally (0/5 kepala dapat dipalpasi pada abdomen)

R = Room in pelvis and Ruptured membranes (ruang didalam pelvis dan ketuban sudah pecah)

C = Cephalic presentation (presentasi kepala)

E = Empty bladder (kandung kemih kosong)

P = Position recognized (posisi diketahui)

S = Suitable pain relief (peredai nyeri yang tepat).

Fraser dan cooper (2010) memaparkan komplikasi akibat tindakan forceps, yaitu :

a. Komplikasi bagi ibu

- 1) Trauma atau kerusakan jaringan lunak, yang dapat terjadi pada perineum, vagina, atau serviks.
- 2) Perdarahan
- 3) Disuria atau retensi urine, yang dapat terjadi akibat memar atau edema pada uretra
- 4) Nyeri perineum
- 5) Morbiditas pascanatal yang lebih tinggi pada intervensi kelahiran.

b. Bagi neonatal

- 1) Bekas tanda pada wajah yang dapat disebabkan oleh tekanan forseps, tetapi dapat hilang dengan cepat
- 2) Memar berlebihan akibat forseps
- 3) Palsi wajah (saraf yang rusak pada bagian wajah) terjadi akibat tekanan bila forseps yang menekan nervus fasialis, dan biasanya hanya bersifat sementara.

d. Preeklampsia pada persalinan

1. Pengertian preeklampsia

Preeklampsia merupakan suatu penyakit *vasospastik*, yang melibatkan banyak sistem dan ditandai oleh *hemokonsentrasi*, hipertensi dan proteinuria. Diagnosa preeklampsia secara tradisional didasarkan pada adanya hipertensi disertai proteinuria dan atau edema (Bobak, Lowdermilk, dan Jensen, 2005). Hipertensi ialah tekanan darah sistolik dan diastolik $\geq 140/90$ mmHg, proteinuria dapat dilakukan pengukuran dipstick 100 mg/L atau + 1, sekurang-kurangnya diperiksa dua kali urine acak selang enam jam, atau pengumpulan proteinuria dalam 24 jam. Dianggap patologis bila besaran proteinuria ≥ 300 mg/24 jam. Edema dapat terjadi pada kehamilan normal. edema yang terjadi pada ibu hamil mempunyai banyak interpretasi, misalnya 40 % edema dijumpai pada hamil normal, 60 % edema dijumpai pada kehamilan dengan hipertensi, dan 80 % edema dijumpai pada kehamilan dengan hipertensi dan proteinuria (Saifuddin, 2009).

2. Etiologi preeklampsia

Plasenta biasanya dianggap sebagai penyebab utama gangguan hipertensi pada ibu hamil karena setelah kelahiran, penyakit ini berkurang. Plasenta abnormal bisa merupakan salah satu peristiwa awal pada proses penyakit ini. Beberapa studi

epidemiologi menunjukkan bahwa plasenta abnormal disebabkan oleh respon imun ibu yang ditentukan secara genetik terhadap antigen janin, dan diekspresikan dalam jaringan plasenta normal. Plasenta abnormal dan penurunan perfusi plasenta juga dapat terjadi pada kondisi yang berhubungan dengan penyakit seperti diabetes, hipertensi atau trombofilia. Ibu yang menderita penyakit ini berisiko tinggi mengalami preeklampsia (Fraser dan cooper, 2010).

Respon imun ibu yang dilepaskannya dapat merusak sel endothelial. Kerusakan sel endothelial akan mengurangi produksi prostasiklin dan nitrogen oksida dan meningkatkan sensitivitas vascular terhadap angiotensi II (zat yang mengendalikan tekanan darah dan ekskresi garam dan air dari tubuh). Efek peristiwa tersebut akan menyebabkan *vasopasme* dan peningkatan tekanan darah, koagulasi abnormal, dan trombosit serta peningkatan permeabilitas endothelium yang akan menyebabkan edema, proteinuria, dan hipovolemia. Keadaan ini merupakan gambaran karakteristik preeklampsia yang muncul pada tubuh sebagai perubahan patologis yang konsisten dengan gangguan multisistem (Fraser dan cooper, 2010).

3. Patofisiologi preeklampsia

Patofisiologi preeklampsia berkaitan dengan perubahan fisiologis kehamilan. Adaptasi fisiologis normal pada kehamilan meliputi peningkatan volume plasma darah, vasodilatasi, penurunan resistensi vaskular sistemik, peningkatan curah jantung, dan penurunan tekanan osmotik koloid. Pada preeklampsia, volume plasma yang beredar menurun, sehingga terjadi homokonsentrasi dan peningkatan hematokrit ibu. Perubahan ini membuat perfusi organ ibu menurun, termasuk perfusi ke unit janin-uteroplacenta. *Vasospasme* siklik lebih lanjut menurunkan perfusi organ dengan

menghancurkan sel-sel darah merah, sehingga kapasitas oksigen ibu menurun. *Vasospasme* merupakan sebagian mekanisme dasar tanda dan gejala yang menyertai preeklampsia (Bobak, Lowdermilk, dan Jensen, 2005).

Perubahan patologis terjadi pada darah, sistem koagulasi, ginjal, hati, dan otak. Perubahan pada darah yaitu terjadinya hipertensi yang disertai dengan kerusakan sel endothelial. Protein plasma akan keluar dari pembuluh darah yang rusak menyebabkan penurunan tekanan koloid plasma dan peningkatan edema dalam ruang intraseluler (Fraser dan cooper, 2010).

Pada ginjal, hipertensi menyebabkan vasopasme anterior aferen yang menurunkan aliran darah ginjal, menimbulkan hipoksia dan edema sel endothelial kapiler glomerulus. Kerusakan endotel glomerulus memungkinkan protein plasma, tersaring masuk dalam urine, menyebabkan terjadinya ptoteinuria. Oliguria terjadi jika kondisi tersebut memburuk yang merupakan tanda-tanda adanya preeklampsia berat dan kerusakan ginjal (Fraser dan cooper, 2010).

Perubahan pada hati yaitu pembengkakan edema yang menyebabkan nyeri epigastrik dan dapat mengakibatkan terjadinya perdarahan intrakapsular. Pada otak terjadinya disfungsi endothelial serebral, meningkatkan permeabilitas barrier darah-otak yang mengakibatkan edema serebral dan mikrohemoragi. Secara klinis, keadaan ini ditandai sakit kepala, gangguan penglihatan, dan konvulsi (Fraser dan cooper, 2010).

4. Faktor resiko preeklampsia

Ada banyak faktor resiko yang mempengaruhi terjadinya preeklampsia yaitu :

a. Umur

Kejadian preeklampsia berdasarkan usia banyak ditemukan pada kelompok usia ibu kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun (Bobaak, 2004).

b. Hiperplasentosis

Hiperplasentosis terjadi pada kehamilan mola hidatidosa, kehamilan multiple, diabetes mellitus, hidrops fetalis, dan bayi besar.

c. Riwayat pernah mengalami preeklampsia

Wanita dengan riwayat preeklampsia pada kehamilan pertamanya memiliki resiko mengalami preeklampsia pada kehamilan berikutnya.

d. Riwayat keluarga yang pernah hipertensi

Riwayat keluarga yang pernah hipertensi akan berisiko pada ibu hamil.

e. Penyakit ginjal dan hipertensi yang sudah ada sebelum hamil

Wanita dengan hipertensi kronik memiliki jumlah lebih banyak untuk mengalami preeklampsia dibandingkan dengan yang tidak memiliki riwayat penyakit ini.

5. Komplikasi

Komplikasi preeklampsia yang terberat adalah kematian ibu dan janin. Komplikasi yang biasa terjadi pada preeklampsia yaitu : perdarahan otak, kelainan mata, edema paru-paru, nekrosis hati, sindrom HELLP (*haemolysis, elevated liver enzymes, dan low patella*) dan kelainan ginjal.

6. Klasifikasi preeklampsia

Menurut Saifuddin (2009), preeklampsia dapat digolongkan menjadi dua yaitu preeklampsia ringan dan preeklampsia berat.

1) Preeklampsia ringan

Preeklampsia ringan adalah suatu sindroma spesifik kehamilan dengan menurunnya perfusi organ yang berakibat terjadinya *vasopasme* pembuluh darah dan aktivasi *endotel*. Diagnosis preeklampsia ringan ditegakan berdasarkan atas timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan/atau edema. Pada preeklampsia ringan, hipertensi: sistolik/diastolic $\geq 140/90$ mmHg, proteinuria: ≥ 300 mg/24 jam atau ≥ 1 + dipstik, edema: edema lokal tidak dimasukkan dalam kriteria preeklamsia, kecuali edema pada lengan, muka dan perut.

Perawatan preeklampsia bertujuan untuk mencegah kejang, perdarahan intrakranial, mencegah gangguan fungsi organ vital, dan melahirkan bayi sehat. Perawatan yang dapat dilakukan bidan dalam menangani preeklamsia ringan yaitu bidan menganjurkan ibu hamil banyak istirahat (berbaring atau tidur miring) karena tirah baring dengan posisi miring menghilangkan tekanan rahim pada vena kava inferior, sehingga meningkatkan aliran darah balik dan akan menambah curah jantung., anjurkan ibu hamil mengurangi konsumsi garam dapur, diet diberikan cukup protein, dan rendah karbohidrat., lakukan pemeriksaan laboratorium seperti Hb, hematokrit, fungsi hati, urin lengkap, dan fungsi ginjal.

2) Preeklampsia berat

Preeklampsia berat merupakan preeklampsia dengan tekanan darah sistolik/diastolik $\geq 160/110$ mmHg disertai proteinuria ≥ 2 + atau pemeriksaan kuantitatif menunjukkan hasil lebih 5 g/24 jam. Diagnosis preeklampsia berat apabila ditemukan satu atau lebih gejala sebagai berikut :

- a) Tekanan darah sistolik/diastolik $\geq 160/110$ mmHg, tekanan darah ini tidak menurun meskipun ibu hamil sudah dirawat di rumah sakit dan sudah menjalankan tirah baring.
- b) Proteinuria lebih 5 g/24 jam atau $\geq 2+$ pada pemeriksaan kualitatif
- c) Oliguria, yaitu produksi urine kurang dari 500 cc/24 jam
- d) Kenaikan kadar kreatinin plasma
- e) Gangguan visus dan serebral : penurunan kesadaran, nyeri kepala, skotoma, dan pandangan kabur.
- f) Nyeri epigastrium
- g) Trombositopenia berat : kurang 100.000 sel/mm³ atau penurunan trombosit dengan cepat.

Preeklamsi berat dapat dibagi menjadi dua, yaitu :

- a) Preeklamsi berat tanpa impending preeklamsi yaitu preeklamsi berat disertai gejala-gejala subjektif seperti nyeri kepala hebat, gangguan visus, muntah-muntah, nyeri epigastrium dan kenaikan progresif tekanan darah.
- b) Preeklamsi berat impending preeklamsi yaitu preeklamsi berat disertai gejala-gejala subjektif seperti nyeri kepala hebat, gangguan visus, muntah-muntah, nyeri epigastrium dan kenaikan progresif tekanan darah.

Perawatan dan pengobatan pada preeklamsia berat yaitu mencegah kejang, pengobatan hipertensi, pengelolaan cairan, pelayanan suportif terhadap penyulit organ yang terlibat, dan saat yang tepat untuk persalinan. Manajemen umum perawatan preeklamsia berat yaitu pemberian obat-obat atau terapi medisinalis, yang terdiri dari

- a) Penderita preeklamsia berat harus segera masuk rumah sakit untuk rawat inap dan dianjurkan tirah baring miring keposisi kiri. Perawatan yang penting dalam hal ini

- yaitu pengelolaan cairan karena preeklampsia dan eklampsia mempunyai resiko tinggi untuk terjadinya edema paru dan oliguria. Monitoring *input* cairan (melalui oral atau infus) dan *output* cairan (melalui urine) menjadi sangat penting. Cairan yang diberikan dapat berupa infus dekstrose 5 % yang tiap satu literinya diselingi dengan infus ringer laktak (60 – 125 cc/jam) 500 cc., pasang *foley catheter* untuk mengukur pengeluaran urine. Diberikan antasida untuk menetralkan asam lambung sehingga bila mendadak kejang, dapat menghindari resiko aspirasi asam lambung yang sangat asam. Diet yang cukup protein, rendah karbohidrat lemak, dan garam.
- b) Pemberian obat antihipertensi. Jenis obat antihipertensi di Indonesia adalah nifedipin dengan dosis awal 10 – 20 mg, diulangi 30 menit bila perlu. Dosis maksimum 120 mg/hari.
- c) Pemberian obat antikejang. Obat antikejang yang banyak dipakai di Indonesia adalah magnesium sulfat ($MgSO_4$). Berikut ini merupakan bagan cara pemberian $MgSO_4$ menurut Kemenkes RI (2013) yaitu:
- 1) Cara pemberian $MgSO_4$
 - (a) Berikan dosis awal 4 g $MgSO_4$ sesuai prosedur untuk mencegah kejang atau kejang berulang-ulang.
 - (b) Sambil menunggu rujukan, mulai dosis rumatan 6 g $MgSO_4$ dalam 6 jam sesuai prosedur
 - (c) Lakukan pemeriksaan fisik tiap jam, meliputi tekanan darah, nadi, pernapasan, refleks patella dan jumlah urine
 - (d) Bila pernapasan < 16 x/menit, dan atau tidak didapatkan refleks tendon patella, dan atau terdapat oliguria (produksi urine < 0,5 ml/kg), segera hentikan pemberian $MgSO_4$
 - (e) Jika terjadi depresi napas, berikan Ca Glukonas 1 g IV (10 ml larutan 10 %) bolus dalam 10 menit
 - (f) Selama ibu dengan preeklampsia dan eklampsia dirujuk, pantau dan nilai adanya perburukan preeklampsia. Apabila terjadi eklampsia, lakukan penilaian awal dan tatalaksana kegawatdaruratan. Berikan kembali $MgSO_4$ 2 g IV perlahan (15-20

menit). Bila setelah pemberian MgSO₄ ulangan masih terdapat kejang, dapat dipertimbangkan pemberian diazepam 10 mg IV selama 2 menit.

2) Syarat pemberian MgSO₄

- (a) Tersedia Ca Glukonas 10%
- (b) Ada refleks patella
- (c) Jumlah urin minimal 0,5 ml/kg

3) Cara pemberian dosis awal

- (a) Ambil 4 g larutan MgSO₄ (10 ml larutan MgSO₄ 40 %) dan larutan dengan 10 ml akuades
- (b) Berikan larutan tersebut secara perlahan IV selama 20 menit
- (c) Jika akses intravena sulit, berikan masing-masing 5 g MgSO₄ (12,5 ml larutan MgSO₄ 40 %) IM di bokong kiri dan kanan

4) Cara pemberian dosis rumatan

Ambil 6 g MgSO₄ (15 ml larutan MgSO₄ 40 %) dan larutan dalam 500 ml larutan lincer laktat/ Lincer Asetat, lalu berikan secara IV dengan kecepatan 28 tetes/menit selama 6 jam, dan diulang hingga 24 jam setelah persalinan atau kejang berakhir (bila eklampsia)

e. **Lima benang merah dalam asuhan persalinan dan bayi baru lahir**

JNPKR-KR (2017) memaparkan lima benang merah dalam asuhan persalinan dan bayi baru lahir, yaitu:

- 1) Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan klinik merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien. Keputusan itu harus akurat, komperhensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan. Ada tujuh langkah dalam membuat keputusan klinik, yaitu:

- a) Pengumpulan data utama dan relevan untuk membuat keputusan
- b) Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah
- c) Membuat diagnosis atau menentukan masalah yang terjadi
- d) Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk solusi masalah
- e) Menyusun rencana pemberian asuhan untuk solusi masalah
- f) Melaksanakan asuhan
- g) Memantau dan mengevaluasi efektivitas asuhan.

2) Asuhan sayang ibu

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah mengikut sertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

3) Pencegahan infeksi

Tujuan pencegahan infeksi dalam pelayanan asuhan kesehatan yaitu melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatan lainnya dengan mengurangi infeksi karena bakteri, virus, dan jamur. Dilakukan pula upaya untuk menurunkan risiko penularan penyakit-penyakit berbahaya yang hingga kini belum ditemukan pengobatannya, seperti hepatitis dan HIV/ AIDS. Tindakan-tindakan pencegahan infeksi dalam memberikan asuhan kebidanan seperti cuci tangan, memakai sarung tangan dan perlengkapan perlindungan lainnya, menggunakan teknik asepsis atau aseptik, memproses alat bekas pakai, menangani peralatan tajam

dengan aman, menjaga keberhasilan dan sanitasi lingkungan (termasuk pengelolaan sampah secara benar).

4) Pencatatan (dokumentasi)

Pencatatan adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Partograf adalah bagian yang terpenting dari proses pencatatan selama persalinan.

5) Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu kefasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana yang lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa ibu dan bayi baru lahir. Sangat sulit untuk menduga kapan penyulit terjadi sehingga kesiapan untuk merujuk ibu dan atau bayi kefasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu (jika penyulit terjadi) menjadi syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan.

Setiap penolong persalinan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan yang mampu untuk melaksanakan kasus kegawatdaruratan *obstertri* dan bayi baru lahir seperti pembedahan termasuk bedah sesar, transfusi darah, persalinan menggunakan ekstraksi vakum, pemberian antibiotik intravena, resusitasi bayi baru lahir dan asuhan lanjutan bagi bayi baru lahir.

Hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi dapat disingkat BAKSOKU, yaitu :

a) Bidan

Pastikan ibu dan atau bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk menatalaksanakan gawat darurat obsterti dan bayi baru lahir untuk dibawa kefasilitas rujukan.

b) Alat

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

c) Keluarga

Beri tahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan atau bayi dan mengapa ibu dan atau bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada keluarga alasan dan tujuan merujuk ibu kefasilitas rujukan tersebut. Suami atau anggota keluarga lainnya harus mendampingi ibu dan atau bayi baru lahir hingga kefasilitas rujukan.

d) Surat

Berikan surat ketempat rujukan, surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan atau bayi baru lahir, mencantumkan alasan merujuk dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan atau obat-obat yang diterima ibu dan atau bayi baru lahir, dan sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.

e) Obat

Bawa obat-obat esensial pada saat mengantar ibu kefasilitas rujukan. Obat-obatan tersebut mungkin akan diperlukan selama diperjalanan.

f) Kendaraan

Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Selain itu, pastikan kondisi kendaraan cukup baik untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat.

g) Uang

Bidan mengingatkan keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan atau bayi barulahir tinggal difasilitas rujukan.

f. **Tahapan persalinan**

1) Kala 1

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan pembukaan serviks hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini terjadi menjadi dua fase yaitu fase laten dan fase aktif. Fase laten persalinan dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap sampai pembukaan 4 cm, sedangkan fase aktif yaitu serviks membuka dari 4 sampai 10 cm biasanya dengan pembukaan 1 cm/jam (primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multigravida) terjadi penurunan bagian terbawah janin (JNPK-KR, 2017).

Fase aktif dibagi menjadi tiga, yaitu fase akselerasi: dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm; fase dilatasi maksimal: dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm; fase deselerasi :

pembukaan menjadi lambat kembali dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi pembukaan lengkap (JNPKR-KR, 2017).

2) Kala II

JNPKR-KR (2017) memaparkan kala II disebut juga kala pengeluaran yang dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi. Kala II ditandai dengan:

- a) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
- b) Kepala janin telah turun masuk keruang panggul sehingga terjadinya tekanan pada otot-otot panggul yang secara reflex toris menimbulkan rasa mencedan
- c) Tekanan pada rektum dan anus terbuka, serta vulva membuka dan perineum menonjol.
- d) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

Tanda pasti kala II ditentukan melalui periksa dalam yang hasilnya menunjukkan pembukaan serviks telah lengkap dan terlihat bagian kepala janin melalui introitus vagina

3) Kala III

Kala III persalinan dimulai segera setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit (Saifuddin, 2009). Pada kala tiga persalinan otot uterus (*myometrium*) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus telah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran pada tempat perlengkapan plasenta. Tempat perlengkapan menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan

terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas plasenta, akan turun kebagian bawah uterus dan kedalam vagina (JNPK-KR, 2017).

Pada saat kala III melakukan MAK III (Manajemen Aktif Kala III) yang bertujuan untuk menghasilkan kontraksi uterus lebih baik dan efektif sehingga dapat mempersingkat waktu. Keuntungan dari MAK III yaitu persalinan kala III yang lebih singkat, mengurangi jumlah kehilangan darah, dan mengurangi kejadian *retensio* plasenta. MAK terdiri dari tiga langkah utama yaitu pemberian suntikan oksitosin dalam satu menit pertama setelah bayi lahir, melakukan penegangan tali pusat terkendali, dan masase fundus uteri (JNPKR-KR, 2017).

4) Kala IV

Kala IV persalinan dimulai sejak plasenta lahir sampai kurang lebih dua jam setelah plasenta lahir (Saifuddin, 2009). Asuhan kebidanan yang dilakukan pada kala empat dengan melakukan pemantauan keadaan umum, tekanan darah, nadi, temperatur, mengukur tinggi fundus uteri (TFU) normal sepusat atau berapa jari dibawah pusat, kontraksi uterus, kandung kemih dan mengobservasi kehilangan darah secara keseluruhan, melakukan pemeriksaan pada robekan atau laserasi, evaluasi keadaan ibu dan terakhir melakukan pendokumentasian. Pemantauan kala IV ini sangat penting terutama untuk menilai deteksi dini risiko atau kesiapan penolong mengantisipasi komplikasi perdarahan pascapersalinan (JNPKR-KR, 2017).

g. Faktor- faktor yang mempengaruhi persalinan

Bobak, Lowdermilk, dan Jensen (2005) memaparkan faktor yang mempengaruhi persalinan, terdiri dari:

1) *Power* (tenaga/kekuatan)

Kekuatan yang mendorong janin pada saat persalinan adalah, sebagai berikut:

a) His (kontraksi uterus)

His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan. His pada persalinan dapat menyebabkan pendataran dan pembukaan serviks yaitu menipis atau membuka. Pada saat memantau his perlu diperhatikan frekuensi dan durasi.

b) Tenaga mengejan

Kontraksi otot-otot dinding panggul menyebabkan kepala didasar panggul merangsang mengejan, waktu yang paling efektif saat kontraksi.

2) *Passage* (jalan lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul yaitu tolang yang pada dan jaringan lunak. Tulang panggul dibentuk oleh tiga tulang yaitu *illium*, *iscium*, *pubis*, dan tulang *sacrum*. Jaringan lunak khususnya otot-otot dasar panggul berperan dalam proses persalinan. Jaringan lunak pada jalan lahir terdiri dari segmen bawah uterus yang dapat meregang, serviks, otot-otot dasar panggul, vagina dan introitus (lubang vagina).

3) *Passenger* (janin)

Janin yang bergerak pada jalan lahir merupakan interaksi antara beberapa faktor yaitu ukuran kepala janin, presentasi janin, letak janin, sikap dan posisi janin. Faktor tersebut sangat mempengaruhi terjadinya proses persalinan normal. Ukuran kepala janin yang mampu melewati jalan lahir adalah ukuran terkecil dari kepala janin, presentase janin yang normal yaitu presentasi kepala dengan letak janin memanjang vertikal, dan sikap janin punggung sangat fleksi, kepala fleksi ke dada dan paha fleksi ke arah sendi-sendi lutut.

4) Posisi ibu

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologis persalinan. Ibu dapat mengubah posisi yang dapat memberi rasa nyaman, membuat rasa letih hilang, dan menjaga sirkulasi tetap baik.

5) *Psychologic respon* (respon psikologis)

Pengalaman sebelumnya, kesiapan emosional dalam menghadapi persalinan, dukungan dari keluarga maupun lingkungan dapat berpengaruh terhadap psikologis ibu selama proses persalinan.

h. Asuhan kebidanan pada persalinan

Asuhan kebidanan pada persalinan menurut JNPKR-KR (2017), yaitu:

1. Asuhan persalinan kala 1

Bidan menilai secara tepat bahwa persalinan sudah mulai, kemudian memberikan asuhan pada persalinan kala I, yaitu :

- a) Mempersiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.
- b) Persiapan bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan
- c) Persiapan rujukan

Jika terjadi penyulit, keterlambatan untuk merujuk kefasilitas yang sesuai dapat membahayakan jiwa ibu dan atau bayi. Bidan selalu menyiapkan rujukan dan sertakan dokumentasi tertulis semua asuhan yang telah diberikan dan semua hasil penilaian (termasuk partograf) untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

d) Memberikan asuhan sayang ibu

Upaya untuk mengatasi gangguan emosional dan pengalaman yang menegangkan sebaiknya dilakukan melalui asuhan sayang ibu selama persalinan.

Asuhan sayang ibu selama persalinan, yaitu :

- (1) Dukungan emosional
- (2) Kebutuhan makanan dan cairan
- (3) Kebutuhan eliminasi,
- (4) Mengatur posisi,
- (5) Pengurangan rasa nyeri, mengurangi rasa nyeri dapat dilakukan dengan cara, yaitu :
 - (a) Massage (pemijatan)

Pijatan selama persalinan akan membantu mengatasi kram pada otot, menurunkan nyeri dan kecemasan, serta mempercepat persalinan. Teknik masase anatar lain : 1) effleurage (teknik massage yang ringan, berirama, dan menggunakan pukulan ringan pada abdomen, pinggang, atau paha). Teknik effleurage dengan penekanan ringan dapat meningkatkan relaksasi dan menghilangkan nyeri. 2) Teknik remasan (menekan dan melepas bagian tubuh) yang dapat membuat tenang dan rileks pada ibu hamil maupun bersalin. 3) Counter-Pressure, teknik massage ini digunakan pada punggung ibu saat kontraksi dan sangat membantu menurunkan nyeri pinggang selama kontraksi.

(b) Aromaterapi

Aromaterapi adalah jenis pengobatan yang berasal dari aroma tertentu seperti daun, bunga, biji-bijian, tanaman akar, dan lain-lain. Aroma yang dikeluarkan akan merangsang sel neurotik otak, maka akan menstimulasi hipotalamus untuk mengeluarkan enkefalin yang berfungsi sebagai penghilang rasa nyeri saat melahirkan.

(c) Musik

Penggunaan musik dalam persalinan membantu wanita nyeri persalinannya yang terletak pada distraksinya dan kemampuannya untuk membuat seseorang kehilangan alur waktu

(d) Pernapasan

Pada umumnya, metode relaksasi berfokus pada pengontrolan pernapasan dan memastikan proses pernapasan berfungsi dengan baik sehingga dapat mengurangi rasa nyeri.

(e) Hidroterapi

Air dapat membantu wanita mengurangi nyeri persalinan.

(f) Terapi menggunakan Bola-Bola persalinan

Terapi ini menggunakan bola dari bahan vinil, cara kerjanya yaitu ibu duduk di atas bola, penggunaan bola membuat ibu berayun dan membantu rileks. Ibu juga dapat mengambil posisi berlutut atau tengkurap dengan tumpuan bola, gerakan ini membantu bayi bergerak menuju mulut rahim.

(6) Asuhan persalinan pada preeklampsia

Ibu yang menderita preeklampsia berat memerlukan asuhan yang insentif, seperti : tekanan darah diukur setiap 30 menit, observasi frekuensi napas disertai dengan oksimetri nadi setiap 30 menit, suhu harus diukur setiap jam, kateter harus

dipasang untuk mengukur urine setiap jam, pemeriksaan urine dilakukan setiap 4 jam untuk mengetahui protein, keton, dan glukosa urine (Fraser dan cooper, 2010).

Perencanaan kelahiran dengan preeklampsia yaitu kala II yang singkat dapat dilakukan bergantung pada keadaan ibu dan janin, apabila keadaan ibu dan janin baik dapat dilahirkan dengan forseps. Jika kondisi ibu dan janin memburuk pada kala I persalinan, maka dapat dilakukan dengan SC (Fraser dan cooper, 2010).

2. Asuhan persalinan kala II pada ibu dengan preeklampsia

Bidan harus mendampingi ibu yang menderita preeklampsia karena preeklampsia dapat memperburuk keadaan ibu secara tiba-tiba setiap saat. Memantau kondisi ibu dan janin di kala II secara cermat merupakan hal yang sangat penting untuk dilakukan. Bidan memfasilitasi dokter pada saat menolong persalinan dengan bantuan forseps ekstraksi agar pertolongan persalinan dengan aman, ibu tidak dianjurkan untuk meneran agar keadaan ibu tidak memperburuk, dan memfasilitasi pemenuhan kebutuhan nutrisi ibu. Bidan mengenali secara tepat tanda-tanda gawat janin pada kala II yang lama dan segera melakukan *episiotomi* dengan aman untuk memperlancarkan persalinan, serta memperhatikan prinsip pencegahan infeksi (Fraser dan cooper, 2010).

3. Penatalaksanaan aktif persalinan kala III

Pada kala III bidan melakukan MAK yaitu memberikan suntikan oksitosin 10 IU, melakukan penegangan tali pusat terkendali dan melakukan masase fundus uteri selama 15 detik hingga uterus berkontraksi.

4. Penanganan kala IV

Bidan melakukan asuhan kala IV meliputi :

- a) Lakukan rangsangan taktil (masase) uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat.
- b) Evaluasi tinggi fundus uterus dengan meletakkan jari tangan secara melintang sebagai patokan. Pada umumnya tinggi fundus uteri beberapa jari dibawah pusat sebagai contoh, hasil pemeriksaan ditulis seperti dua jari dibawah pusat.
- c) Memperkirakan kehilangan darah secara keseluruhan.
- d) Periksa kemungkinan perdarahan dari robekan (*laserasi*) *perineum*.
- e) Evaluasi keadaan umum ibu selama dua jam pasca persalinan, meliputi tekanan darah, nadi, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih, dan darah yang keluar setiap 15 menit pada satu jam pertama dan setiap 30 menit pada satu jam kedua, suhu dipantau setiap satu jam.
- f) Merapikan alat dan bahan serta membersihkan ibu dan bantu memakai pakaian bersih dan kering.
- g) Dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama semua asuhan dan temuan selama persalinan kala IV dibagian belakang partograf, segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan.

5. Tanda bahaya persalinan

Proses persalinan diduga mengalami gangguan jika didapatkan mengenai hal-hal sebagai berikut: 1) Perdarahan lewat jalan lahir, 2) Tali pusat atau tangan bayi keluar dari jalan lahir, 3) Ibu mengalami kejang, 4) Ibu tidak kuat mengejan, 5) Air ketuban keruh dan berbau, 6) Ibu gelisah atau mengalami kesakitan yang hebat (Kemenkes, 2017).

4. MASA NIFAS

a. Pengertian masa nifas

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa sejak satu jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan enam minggu (42) hari. Pelayanan pada masa ini harus terselenggara 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 (Air Susu Ibu) cara menjarangkan kehamilan, imunisasi, dan nutrisi bagi ibu (Saifuddin, 2009).

b. Nifas dengan riwayat preeklampsia

Ibu yang pernah mengalami preeklampsia pada kehamilan dan persalinan dapat terus mengalami hingga masa nifas. Ibu yang mempunyai tanda-tanda klinis preeklampsia masih berisiko untuk mengalami eklampsia pada beberapa jam atau beberapa hari setelah persalinan (Fraser dan cooper, 2010).

Kondisi ibu harus dipantau setiap empat jam selama 24 jam setelah melahirkan karena masih terdapat kemungkinan yang membahayakan bahwa ibu akan menderita eklampsia. Bidan harus mewaspadai adanya tanda dan gejala terjadinya eklampsia. Tujuan asuhan yang diberikan adalah menghindari terjadinya eklampsia yang dapat menyebabkan kematian ibu dengan mengendalikan hipertensi, menghambat konvulsi dan mencegah koma (Fraser dan cooper, 2010).

Pengkajian yang cermat pada ibu riwayat preeklampsia terus dilakukan sepanjang periode masa nifas. Tekanan darah diperiksa, setidaknya setiap empat jam selama 48 jam atau lebih sering sesuai keadaan ibu. Infus MgSO₄ dianjurkan sampai

48 jam setelah melahirkan. Pemeriksaan yang sama terus dilanjutkan sampai obat dihentikan (Bobak, Lowdermilk, dan Jensen., 2005)

Ibu nifas dengan riwayat preeklampsia memiliki resiko mengalami pembesaran rahim dan jumlah lochea yang banyak akibat terapi MgSO₄. Oleh karena itu, pengkajian tonus uterus perlu dilakukan. Ibu preeklampsia mengalami homokonsentrasi dan tidak mampu menoleransi kehilangan darah nifas yang berlebihan. Obat-obat oksitosin dan prostaglandin dipakai untuk mengurangi perdarahan (Bobak, Lowdermilk, dan Jensen., 2005)

Bidan menginformasikan kepada ibu, apabila ibu mengalami tanda gejala seperti nyeri kepala dan penglihatan kabur. Pengkajian tingkat kesadaran, denyut nadi, dan status pernapasan sebelum memberi analgesik untuk nyeri kepala. Ibu mungkin perlu melanjutkan pengobatan jika tekanan darah diastoliknya melebihi 100 mmHg saat ia keluar dari rumah sakit (Bobak, Lowdermilk, dan Jensen., 2005)

Respon ibu dan keluarga terhadap persalinan, kelahiran dan bayi baru lahir selalu dipantau. Interaksi dan keterlibatan dalam merawat bayi baru lahir dianjurkan sebanyak mungkin sesuai keinginan ibu dan keluarganya. Selain itu, ibu dan keluarganya perlu diberi kesempatan untuk mendiskusikan respon emosional mereka terhadap komplikasi (Bobak, Lowdermilk, dan Jensen., 2005)

c. Perubahan fisiologis dan psikologis pada masa nifas

1) Perubahan fisiologis pada masa nifas

Perubahan fisiologis yang terjadi pada masa nifas yaitu :

a) Perubahan involusi

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 70 gram. Penurunan ukuran uterus dapat diketahui dengan perubahan lokasi uterus, yaitu uterus turun dari abdomen dan kembali menjadi organ panggul. Segera setelah lahir, tinggi fundus uteri (TFU) terletak sekitar dua pertiga hingga tiga perempat bagian atas antara simpisis pubis dan umbilicus. Uterus akan mengecil menjadi setengahnya dalam satu minggu, dan kembali ke ukuran normal sehingga tidak dapat dipalpasi lagi di atas *simpisis pubis* setelah hari kesepuluh *pascapartum* (Varney, 2008).

b) *Lochea*

Varney (2008) memaparkan, *Lochea* adalah sekret cairan dari rahim yang keluar melalui vagina selama masa nifas. *Lochea* mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus.

Lochea terdiri dari empat tahapan, yaitu :

- (1) *Lochea rubra*, *lochea* ini muncul pada hari pertama sampai hari ketiga masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi daerah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan meconium.
- (2) *Lochea sangonolenta*, *lochea* cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir dan berlangsung dari hari keempat sampai hari ketujuh.

- (3) *Lochea serosa*, yaitu *lochea* yang berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, jaringan desidua, leukosit dan eritrosit. Muncul pada hari ketujuh sampai hari ke-14.
- (4) *Lochea alba*, yaitu *lochea* yang mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. *Lochea alba* bisa berlangsung selama dua sampai enam minggu masa nifas.

c) Vagina

Segera setelah persalinan, vagina tetap terbuka lebar, setelah satu hingga dua hari pertama pascapartum, tonus otot vagina kembali normal dan vagina tidak lagi edema. Latihan pengencangan otot perineum akan mengembalikan tonusnya dan memungkinkan wanita secara perlahan mengencangkan vagina. Pengencangan ini sempurna pada akhir masa nifas (Varney, 2008)

d) Laktasi

Masa laktasi sudah disiapkan sejak kehamilan. Air susu ibu akan mengalami perubahan mulai dari ASI yang disebut kolostrum sampai dengan ASI matur. Kolostrum merupakan ASI yang muncul dari hari pertama sampai hari ketiga berwarna kekuningan dan agak kasar karena banyak mengandung lemak dan sel-sel epitel, dan mengandung kadar protein tinggi. ASI peralihan sudah terbentuk pada hari keempat sampai kesepuluh dan ASI matur akan dihasilkan dimulai dari hari kesepuluh dan seterusnya. Dua refleks ibu yang penting pada laktasi adalah:

- (1) Refleks prolaktin untuk merangsang puting yang memiliki ujung saraf sensoris. Rangsangan keputing membuat hipofisis anterior mengeluarkan hormon prolaktin yang memacu alveoli untuk memproduksi air susu.

(2) Refleks aliran atau *let down refleks*, rangsang puting susu selain juga mempengaruhi hipofisis posterior hingga merangsang pengeluaran hormone oksitosin. Hormone ini berfungsi memacu kontraksi otot polos yang ada didinding alveoli dan dinding saluran sehingga ASI dipompa keluar.

2) Perubahan psikologis masa nifas

Perubahan psikologis masa nifas yaitu ibu mengalami penyesuaian sangat besar dimana ibu mengalami stimulasi dan kegembiraan yang sangat luar biasa. Ibu nifas berada dibawah tekanan untuk cepat menyerap pembelajaran yang diperlukan tentang apa yang harus diketahuinya dan perawatan untuk bayinya, dan merasa bertanggung jawab luar biasa yang dipikulnya sekarang menjadi nyata dan tuntutan ditempatkan pada dirinya menjadi seorang ibu. Masa ini adalah masa rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran, ibu nifas mungkin merasa frustrasi apabila merasa tidak kompeten dan tidak mampu mengontrol situasi. Perasaan frustrasi dan rentan dapat berlanjut sehingga terjadi yang dikenal sebagai *post partum blues* atau *baby blues* (Varney, 2008).

d. Kebutuhan dasar masa nifas

1) Nutrisi

Ibu *postpartum* harus mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup. Selain itu, minum sedikitnya 3 liter setiap hari dan minum setiap kali menyusui. Ibu *postpartum* harus mengkonsumsi pil zat besi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin

untuk menambah zat gizi dan minum kapsul vitamin A 2 x 200.000 IU agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI (Saifuddin, 2009).

2) Istirahat cukup

Pada masa nifas banyak ibu mengalami perubahan pola tidur karena bayi masih belum mempunyai pola tidur yang benar. Oleh karena itu, ibu nifas dianjurkan untuk dapat beristirahat cukup dengan cara ibu tidur saat bayi tertidur (Kemenkes R.I., 2014).

3) Perawatan payudara

Ibu nifas dan menyusui harus menjaga payudara tetap bersih dan kering, terutama puting susu dan menggunakan bra yang menyokong payudara. Jika puting susu lecet, oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali menyusui. Menyusui dilakukan dari puting susu yang tidak lecet. Apabila puting susu lecet berat, maka dapat diistirahatkan dan ASI dapat diminumkan dengan menggunakan sendok (Saifuddin, 2009)

4) Keluarga berencana (KB)

Macam-macam alat kontrasepsi yang dapat digunakan setelah persalinan menurut Varney (2010) yaitu: metode hormonal (metode progestin saja dapat diprogramkan setelah melahirkan bagi ibu yang memberikan susu formula kepada bayinya, dan pada enam minggu postpartum bagi ibu yang menyusui bayinya), Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR), Metode amenore laktasi (MAL), dan kondom.

5) Senam nifas

Senam nifas dapat menegangkan otot-otot dan perut yang mengendur akibat kehamilan, begitu juga dengan vagina, otot-otot sekitar vagina dan otot-otot dasar panggul. Dengan melakukan senam nifas, pemulihan ibu menjadi lebih cepat dan ibu tidak merasa lesu (Roito dkk, 2013).

e. **Tanda bahaya pada masa nifas**

Adapun tanda bahaya masa nifas menurut Kemenkes (2017) adalah sebagai berikut:

1) Perdarahan lewat jalan lahir

Perdarahan kembali banyak padahal sebelumnya sudah sedikit, misalnya : seminggu setelah melahirkan, perdarahan mulai berkurang tetapi tiba-tiba darah kembali banyak keluar.

2) Keluar cairan berbau dari jalan lahir

Keluar cairan seperti nanah dari jalan lahir, cairan tersebut disertai bau yang menyengat keluarnya cairan disertai dengan rasa nyeri diperut.

3) Demam lebih dari dua hari

4) Payudara bengkak, merah disertai rasa sakit.

5) Bengkak diwajah, tangan dan kaki, atau sakit kepala dan kejang-kejang.

6) Depresi

f. **Standar asuhan masa nifas**

Kemeknes R.I (2017) memaparkan standar dalam pelayanan nifas serta pelayanan yang diberikan pada masa nifas, yaitu:

- 1) Kunjungan nifas pertama (KF1) diberikan pada enam jam sampai tiga hari setelah persalinan. Asuhan yang diberikan berupa pemeriksaan tanda-tanda vital, pemantauan jumlah darah yang keluar, pemeriksaan cairan yang keluar dari

cairan vagina, pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif enam bulan, pemberian kapsul vitamin A dua kali dosis 200.000 IU, minum tablet tambah darah setiap hari dan pelayanan KB pasca persalinan.

- 2) Kunjungan nifas kedua (KF2) diberikan pada hari keempat sampai hari ke-28 setelah persalinan. Pelayanan yang diberikan adalah pemeriksaan tanda-tanda vital, pemantauan jumlah darah yang keluar, pemeriksaan cairan yang keluar dari vagina, pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif enam bulan, minum tablet tambah darah setiap hari, dan pelayanan KB pasca persalinan.
- 3) Kunjungan nifas lengkap (KF3) dilakukan hari ke-29 sampai hari ke-42 setelah persalinan. Asuhan pelayanan yang diberikan sama dengan asuhan pada KF2.

5. BAYI BARU LAHIR (BBL)

a. Pengertian

Neonatus adalah bayi baru lahir sampai dengan 28 hari pada masa tersebut terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan didalam rahim dan terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem (Kemenkes R.I., 2017).

b. Perubahan pada bayi baru lahir

Perubahan pada bayi baru lahir terjadi dalam empat area menurut Varney (2010), yaitu :

1) Perubahan pernapasan

Sistem pernapasan adalah sistem yang paling tertantang ketika perubahan dari lingkungan intrauterine ke lingkungan ekstrauterin. Bayi baru lahir harus mulai bernapas begitu lahir ke dunia. Bayi baru lahir yang sehat mengatur sendiri aspek usaha napasnya sehingga mencapai keseimbangan yang tepat antara oksigen dan

karbondioksida. Bayi baru lahir berusaha napas megap-megap dan bahkan menangis pada saat itu. Pernapasan normal pada bayi baru lahir rata-rata 40 kali/menit.

2) Perubahan sirkulasi

Aliran darah dari plasenta dapat berhenti ketika tali pusat diklem. Sistem sirkulasi bayi baru lahir merupakan sistem sirkulasi tertutup dan bertekanan tinggi. Kombinasi tekanan yang meningkat dalam sirkulasi sistemik, tetapi menurunkan dalam sirkulasi paru menyebabkan perubahan tekanan aliran udara dalam jantung.

3) Termogulasi

Bayi baru lahir mudah stress karena perubahan suhu lingkungan. Pada saat lahir, faktor yang berperan dalam kehilangan panas pada Bayi baru lahir meliputi area permukaan tubuh Bayi baru lahir yang luas, berbagai tingkat insulasi lemak subkutan, dan derajat fleksi otot. Bidan berkewajiban untuk mengorganisasikan lingkungan kelairan sehingga kehilangan panas pada bayi baru lahir yang basah dapat diminimalkan.

4) Hipotermi

Gejala hipotermi pada bayi baru lahir mungkin samar-samar, termasuk *takipnea* dan *takikardi*. Bayi baru lahir yang mengalami hipotermi harus dievaluasi untuk mengetahui terjadinya hipoglikemia dan hipoksia. Butuh waktu beberapa jam untuk menghangatkan kembali.

5) Pengaturan glukosa

Pada Bayi baru lahir, kadar glukosa darah turun selama periode waktu hingga yang singkat (1-2 jam setelah kelahiran). Pada Bayi baru lahir yang sehat berusaha secara mandiri untuk meningkatkan kadar glukosa darah dapat terjadi dalam tiga cara yaitu : 1) melalui penggunaan air susu ibu atau asi formula; 2) melalui penggunaan cadangan glikogen; 3) melalui pembuatan glukosa dari sumber lipid.

c. Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir Normal

Komponen asuhan kebidanan pada bayi baru lahir menurut JNPK-KR (2017), yaitu:

1) Pencegahan infeksi

BBL sangat rentan terhadap infeksi mikroorganisme yang terpapar atau terkontaminasi selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Untuk tidak menambah resiko infeksi maka sebelumnya menangani BBL, pastikan penolong persalinan dan pemberi asuhan BBL telah melakukan upaya pencegahan infeksi seperti cuci tangan, pakai sarung tangan bersih, pastikan semua perlatan yang digunakan dalam keadaan bersih.

2) Penilaian awal pada BBL, meliputi apakah bayi cukup bulan, air ketuban jernih atau tidak tercampur meconium, bayi menangis atau bernafas dan tonus otot bayi baik. Apabila semua dalam keadaan normal maka segera lakukan manajemen bayi baru lahir.

3) Pencegahan kehilangan panas, melalui upaya seperti keringkan tubuh bayi tanpa membersihkan verniks, letakan bayi agar terjadi kontak kulit ibu dan kulit bayi, selimuti ibu dan bayi dan pakaikan topi di kepala bayi, jangan memandikan bayi segera bayi baru lahir atau memandikan bayi enam jam setelah lahir.

4) Merawat tali pusat, bidan menasehati ibu untuk merawat tali pusat seperti jangan membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan atau bahan apapun keujung tali pusat.

5) Lakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

Inisiasi menyusui dini merupakan kegiatan yang dilakukan segera setelah bayi lahir, diletakan diatas dada atau perut atas ibu selama paling sedikit satu jam untuk memberi kesempatan pada bayi untuk mencari dan menemukan puting susu ibunya. Inisiasi menyusui dini memiliki banyak manfaat baik bagi ibu dan bayi.

Manfaat untuk bayi, yaitu membantu stabilisasi pernapasn, mengendalikan suhu tubuh bayi, mencegah infeksi nosokomeal, mempercepat menormalkan kadar bilirubin bayi sehingga dapa mencegah bayi ikterus. Kegiatan IMD juga dapat meningkatkan berat badan bayi dan merasa nyaman sehingga mendapatkan pola tidur yang baik. Manfaat IMD bagi ibu yaitu mengoptimalkan pengeluaran hormone oksitosin, prolaktin, dan secara psikologis dapat meningkatkan ikatan batin ibu dan bayi.

6) Pencegahan infeksi mata, salep mata untuk mencegah terjadinya infeksi pada mata bayi, pencegahan infeksi tersebut menggunakan antibiotika tertaseklin 1 % pada kedua mata bayi.

7) Pemberian vitamin K, beri suntikan vitamin K 1 mg secara Intramuskular pada paha kiri anterolateral. Vitamin K dapat mencegah terjadinya perdarahan karena terjadinya defisiensi Vitamin K pada bayi baru lahir.

8) Pemberian imunisasi bayi baru lahir, imunisasi Hepatitis B untuk mencegah penyakit hepatitis pada bayi baru lahir, 1-2 jam setelah bayi baru lahir sebanyak 0,5 ml suntik secara Intramuskular pada paha kiri diberikan.

9) Pemeriksaan bayi baru lahir

Pada enam jam pertama bayi baru lahir dilakukan pemeriksaan fisik lengkap dari ujung kepala sampai kaki, pengukuran antropometri dan pengukuran tanda-tanda vital. Apabila kondisi bayi normal maka bayi dapat dimandikan dan tetap menjaga kehangatannya.

d. Standar asuhan kebidanan pada neonatus

Pelayanan kesehatan neonatus diberikan sedikitnya tiga kali, selama periode nol sampai 28 hari setelah lahir, baik difasilitas kesehatan maupun kunjungan rumah (Kemenkes R.I., 2014). Adapun pelaksanaannya adalah sebagai berikut :

- 1) Kunjungan neonatal pertama (KN1), yaitu kunjungan dilakukan dari enam hingga 48 jam setelah kelahiran bayi, asuhan yang diberikan adalah menjaga kehangatan tubuh bayi, memberikan ASI eksklusif, pencegahan infeksi, perawatan mata, perawatan tali pusat, injeksi vitamin K, dan imunisasi HB0.
- 2) Kunjungan neonatal kedua (KN2), yaitu kunjungan dilakukan dari tiga sampai tujuh hari setelah bayi lahir. Asuhan yang diberikan adalah menjaga kehangatan tubuh bayi, memberikan ASI eksklusif, memandikan bayi, perawatan tali pusat, dan imunisasi.
- 3) Kunjungan neonatal lengkap (KN3) yaitu kunjungan dilakukan pada saat bayi delapan sampai 28 hari setelah lahir. Asuhan yang diberikan pada bayi adalah memeriksa tanda bahaya dan gejala sakit, menjaga kehangatan tubuh bayi, memberik ASI eksklusif dan imunisasi.

6. BAYI USIA 29 SAMPAI 42 HARI

a. Pengertian

Pada usia 0 – 12 bulan merupakan periode emas bagi pertumbuhan dan perkembangan bayi. Pada usia nol sampai enam bulan bayi cukup diberikan ASI saja sedangkan setelah setelah usia enam bulan bayi sudah bisa diberikan makanan pendamping ASI karena organ pencernaan bayi telah berfungsi baik (Saifuddin, 2009).

b. Pertumbuhan

Pada usia nol sampai enam bulan badan bayi akan mengalami pertumbuhan setiap minggu sekitar 140-200 gram. Penambahan tinggi badan sekitar 2,5 cm setiap bulan, (Kemenkes RI, 2011).

c. Perkembangan

Perkembangan pada bayi meliputi perkembangan motorik kasar, motorik halus, sosial dan kemandirian. Perkembangan usia satu bulan memiliki kemampuan melihat dan kelenjar air mata sudah berfungsi. Perkembangan bayi umur satu bulan meliputi perkembangan motorik kasar yaitu tangan dan kaki bergerak aktif, perkembangan motorik halus yaitu kepala bayi menoleh kesamping, perkembangan komunikasi atau bahas yaitu bayi mulai bereaksi terhadap bunyi lonceng, perkembangan sosial dan kemandirian yaitu bayi dapat menutup wajah (Kemenkes RI, 2011).

d. Kebutuhan dasar pada bayi

Kemenkes RI (2010) memaparkan kebutuhan dasar pada bayi, yaitu :

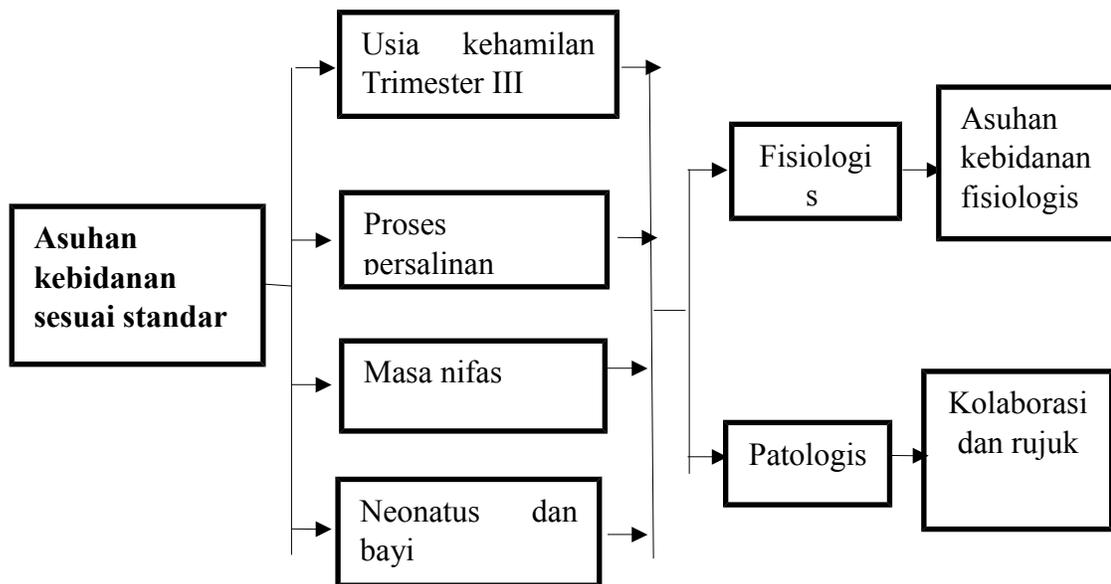
- 1) Asuh, yaitu kebutuhan yang terdiri dari
 - a) Pangan atau kebutuhan gizi seperti ASI eksklusif, pemantauan panjang badan dan berat badan secara teratur.
 - b) Perawatan kesehatan dasar seperti imunisasi.

Imunisasi adalah suatu tindakan atau usaha untuk memberikan perlindungan (kekebalan) pada tubuh bayi dan anak dengan memasukan vaksin kedalam tubuh agar tubuh membuat zat anti untuk mencegah suatu penyakit tertentu. Jenis imunisasi dasar, yaitu : Hepatitis B yang bertujuan untuk mencegah penyakit hepatitis B dan kerusakan hati; BCG yaitu mencegah penyakit TBC (*tuberkolusis*) yang berat; Polio, yaitu mencegah penyakit polio yang dapat menyebabkan lumpuh layu pada tungkai dan atau lengan; DPT-HB-HIB, yaitu mencegah penyakit difteri yang menyebabkan penyumbatan jalan nafas, batuk rejan (batuk 100 hari), tetanus, hepatitis B, infeksi HIB yang menyebabkan meningitis (radang selaput otak); dan Campak yaitu mencegah penyakit yang dapat mengakibatkan radang paru, radang otak dan kebutaan.

- 2) Asih adalah ikatan yang erat, serasi, dan selaras antara ibu dan anaknya yang diperlukan pada tahun-tahun pertama kehidupan anak untuk menjamin mantapnya tumbuh kembang fisik, mental dan psikiologis anak, seperti kontak kulit antara ibu dan bayi.
- 3) Asah merupakan proses pembelajaran pada anak agar tumbuh dan berkembang menjadi anak yang cerdas, ceria dan berkarakter mulia.

B. KERANGKA PIKIR

Pada bagan dibawah ini menjelaskan bahwa asuhan kebidanan sesuai standar diberikan selama kehamilan trimester III, proses persalinan, masa nifas, dan neonatus. Apabila asuhan yang diberikan pada ibu “AK” dalam keadaan yang fisiologis, maka akan dilakukan asuhan kebidanan fisiologis. Jika hal tersebut berlangsung patologis maka akan dilakukan kolaborasi dan rujukan.



Gambar 1. Bagan Kerangka Pikir Asuhan Kebidanan Pada Ibu “AK” Dari Kehamilan Trimester III, Bersalin, Nifas, Neonatus Dan Bayi.