

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Asuhan Kebidanan

1. Kehamilan Trimester III

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum lalu dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Kehamilan trimester III merupakan kehamilan dari usia 28 – 40 minggu dimana merupakan waktu mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua, seperti terpusatnya perhatian pada kelahiran bayi, sehingga disebut juga sebagai periode penantian (Saiffudin, 2011).

a. Perubahan Anatomi Dan Fisiologi pada Ibu Hamil Trimester III

Dengan terjadinya kehamilan maka seluruh sistem genitalia wanita mengalami perubahan seperti berikut:

1) Uterus

Uterus yang semula beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hyperplasia, sehingga otot rahim menjadi lebih besar lunak dan mengikuti pembesaran rahim menjadi 1000 gram akhir kehamilan. Perlunakan isthmus (tanda hegar) merupakan perubahan pada isthmus uteri yang menyebabkan isthmus menjadi lebih panjang dan lunak sehingga pada pemeriksaan dalam seolah – olah kedua jari dapat saling sentuh. Tanda *piscaseck* merupakan bentuk rahim yang berbeda yang disebabkan oleh pertumbuhan yang cepat didaerah implantasi plasenta, sedangkan Braxton Hick merupakan kontraksi rahim yang disebabkan oleh perubahan konsentrasi hormonal yang menyebabkan progesterone mengalami penurunan (Manuaba, dkk, 2012).

2) Serviks Uteri

Serviks Uteri pada kehamilan juga mengalami perubahan Karena hormon estrogen. Akibat kadar estrogen yang meningkat, maka konsistensi serviks menjadi lunak. Serviks uteri lebih banyak mengandung jaringan ikat yang terdiri atas kolagen. Karena servik terdiri atas jaringan ikat dan hanya sedikit mengandung jaringan otot, sehingga pada saat partus serviks akan membuka saja mengikuti tarikan – tarikan *corpus* uteri keatas dan tekanan bagian bawah janin kebawa. Sesudah partus, serviks akan tampak berlipat – lipat dan tidak menutup. Perubahan – perubahan pada serviks perlu diketahui sedini mungkin pada kehamilan, akan tetapi yang memeriksa hendaknya berhati – hati dan tidak dibenarkan melakukannya dengan kasar, sehingga dapat mengganggu kehamilan. Kelenjar – kelenjar di serviks akan berfungsi lebih dan akan mengeluarkan sekresi lebih banyak. Kadang – kadang wanita yang sedang hamil mengeluh mengeluarkan cairan pervaginam lebih banyak. Pada keadaan ini sampai batas tertentu masih merupakan keadaan fisiologis, karena peningkatan hormon progesteron. Selain itu prostaglandin bekerja pada serabut kolagen, terutama pada minggu – minggu akhir kehamilan. Serviks menjadi lunak dan lebih mudah berdilatasi pada waktu persalinan (Manuaba, dkk, 2010).

3) Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi. Hormon yang mempengaruhi dalam laktasi yaitu hormon estrogen, progesterone, somatomammotropin (Manuaba, dkk, 2012).

4) Kulit

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh melanophor stimulating hormon dan pengaruh kelenjar suprarenalis. Hiperpigmentasi ini terjadi pada striae gravidarum livide atau alba, areola, mammae (Manuaba, dkk, 2010).

5) Sirkulasi Darah Ibu

Volume darah semakin meningkat dan jumlah serum lebih besar dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi pengenceran darah (hemodilusi). Sel darah merah semakin meningkat jumlahnya untuk dapat mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim, tetapi penambahan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga hemodelusi yang disertai anemia fisiologis (Manuaba, dkk, 2010).

6) Metabolisme Dalam Kehamilan

Tingkat Metabolisme Basal (BMR) meningkat hingga 15 – 20% yang umumnya ditemukan pada trimester III. Kalori yang dibutuhkan untuk itu diperoleh terutama dari pembakaran karbohidrat, khususnya pada kehamilan 32 minggu ke atas, akan tetapi bila dibutuhkan, dipakailah lemak ibu untuk mendapatkan tambahan kalori dalam pekerjaan sehari – hari. Dalam keadaan biasa wanita hamil cukup hemat dalam hal pemakaian tenaganya. Janin membutuhkan 30 – 40 g kalsium untuk pembentukan tulang – tulangnya dan hal ini terjadi terutama dalam trimester terakhir. Makanan tiap harinya diperkirakan telah mengandung 1,5 – 2,5 g kalsium. Diperkirakan 0,2 – 0,7 g kalsium tertahan dalam badan untuk keperluan semasa hamil. Ini kiranya telah cukup untuk pertumbuhan janin tanpa mengganggu kalsium ibu. Kadar kalsium

dalam serum memang lebih rendah, mungkin oleh karena adanya hidremia, akan tetapi kadar kalsium tersebut masih cukup tinggi hingga dapat menanggulangi kemungkinan terjadinya kejang tetani (Manuaba, dkk, 2010).

7) Sistem Respirasi

Pernafasaan masih diafragmatik selama kehamilan, tetapi karena pergerakan diafragma terbatas setelah minggu ke-30, wanita hamil bernafas lebih dalam, dengan meningkatkan volume tidal dan kecepatan ventilasi, sehingga memungkinkan pencampuran gas meningkat dan konsumsi oksigen meningkat 20%. Diperkirakan efek ini disebabkan oleh meningkatnya sekresi progesteron. Keadaan tersebut dapat menyebabkan pernafasaan berlebih dan PO₂ arteri lebih rendah. Pada kehamilan lanjut, kerangka iga bawah melebar keluar sedikit dan mungkin tidak kembali pada keadaan sebelum hamil, sehingga menimbulkan kekhawatiran bagi wanita yang memperhatikan penampilan bandannya (Manuaba, dkk, 2010).

b. Perubahan dan adaptasi psikologi dalam masa kehamilan

Trimester ketiga sering disebut sebagai periode penantian dengan penuh kewaspadaan dimana ibu mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga ia tidak sadar menanti kehadiran sang bayi dan menjadi orang tua. Kadang - kadang ibu merasa takut akan proses persalinannya, mulai timbul perasaan khawatir apabila bayi tidak lahir tepat waktu dan khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan normal atau tidak normal. Pada trimester III ini, ibu memerlukan dukungan dari suami, keluarga dan bidan (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007).

c. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil Trimester III

1) Nutrisi

Pada kehamilan trimester III nafsu makan sangat baik, akan tetapi tidak mengkonsumsi makanan secara berlebihan, kurangi karbohidrat, tingkatkan protein, sayur-sayuran dan buah-buahan, lemak harus tetap dikonsumsi. Minum air putih juga sangat penting (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007).

2) Kebutuhan istirahat

Ibu hamil dianjurkan untuk tidur malam paling sedikit 6 – 7 jam dan tidur siang 1 – 2 jam. Posisi tidur ibu sebaiknya miring kiri, dan lakukan rangsangan pada janin dengan sering mengelus – elus perut ibu dan ajak janin bicara (Kementerian Kesehatan RI, 2016a).

3) Personal hygiene

Kebersihan diri ibu hamil juga perlu dijaga demi kesehatan ibu dan janinnya. Untuk menjaga kebersihan diri yaitu, mencuci tangan dengan air mengalir sebelum makan dan sesudah makan, setelah buang air besar dan buang air kecil, mandi setidaknya dua kali sehari, menggosok gigi setelah sarapan dan sebelum tidur, bersihkan payudara dan daerah kemaluan, dan ganti pakaian setiap hari (Kementerian Kesehatan RI, 2016a).

4) Seksual

Ibu hamil pada TW III khususnya pada kehamilan aterm diinformasikan bahwa berhubungan seksual tidak membahayakan janin dalam kandungan. Prostaglandin pada sperma dapat menyebabkan kontraksi yang memicu terjadinya persalinan (Varney, Kriebs dan Gegor, 2008).

5) Kebutuhan *exercise*

Aktifitas gerak bagi ibu hamil sangat direkomendasikan karena dapat meningkatkan kebugaran. Aktifitas ini bisa dilakukan dengan senam hamil. Senam hamil merupakan suatu program latihan fisik yang penting bagi ibu hamil untuk mempersiapkan dirinya secara fisik maupun mental saat menghadapi persalinan. Suami dapat berperan dalam membantu istri untuk kegiatan sehari – hari (Kementerian Kesehatan RI, 2016a).

d. Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda bahaya pada kehamilan menurut Kementerian Kesehatan RI, 2016, tanda bahaya pada kehamilan adalah sebagai berikut:

- 1) Muntah terus dan tidak mau makan
- 2) Demam tinggi
- 3) Bengkak pada kaki, tangan dan wajah, atau sakit kepala disertai kejang
- 4) Janin dirasakan kurang bergerak dibandingkan sebelumnya
- 5) Perdarahan pada hamil muda dan hamil tua
- 6) Air ketuban keluar sebelum waktunya atau sebelum usia kehamilan aterm

e. Standar Pelayanan *Ante Natal Care* (ANC)

Standar pelayanan *antenatal* menurut Kementerian Kesehatan RI (2017) meliputi:

1. Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan

Dalam keadaan normal kenaikan berat badan ibu dari sebelum hamil dihitung dari TM I sampai TM III yang berkisar antara 9-13,9 kg dan kenaikan berat badan setiap minggu yang tergolong normal adalah 0,4 – 0,5 kg tiap minggu mulai TM II. Berat badan ideal untuk ibu hamil sendiri tergantung

dari IMT (Indeks Masa Tubuh) ibu sebelum hamil. Pengukuran tinggi badan ibu hamil dilakukan untuk mendeteksi faktor risiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan rongga panggul.

2. Pengukuran tekanan darah

Diukur dan diperiksa setiap kali ibu datang dan berkunjung. Pemeriksaan tekanan darah sangat penting untuk mengetahui standar normal, tinggi atau rendah. Tekanan darah yang normal 110/80 – 120/80 mmHg.

3. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)

Pengukuran LILA wajib dilakukan untuk menilai status gizi ibu hamil. Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama untuk skrining ibu hamil berisiko Kekurangan Energi Kronis (KEK) yaitu LILA kurang dari 23,5 cm.

4. Pengukuran tinggi puncak rahim (*fundus uteri*)

Tujuan pemeriksaan tinggi fundus uteri (TFU) menggunakan tehnik Mc. Donald adalah menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan hasilnya bisa dibandingkan dengan hasil anamnesis hari pertama haid terakhir (HPHT) dan kapan gerakan janin mulai dirasakan. TFU yang normal harus sama dengan UK dalam minggu yang dicantumkan dalam HPHT.

5. Penentuan status Imunisasi Tetanus Toksoid (TT) dan pemberian imunisasi TT sesuai status imunisasi. Imunisasi TT diberikan untuk mencegah *tetanus neonatorum*.

Tabel 1

Tabel rentang waktu pemberian imunisasi TT dan lama perlindungannya

Imunisasi TT	Selang Waktu Minimal	Lama Perlindungan
TT 1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit
TT 2	1 bulan setelah TT 1	3 Tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 Tahun
TT 4	12 bulan setelah TT 3	10 Tahun
TT 5	12 bulan setelah TT 4	>25 Tahun

Sumber : Buku Kesehatan Ibu Dan Anak (KIA), 2017

6. Pemberian tablet tambah darah selama kehamilan

Tujuan pemberian tablet Fe adalah untuk memenuhi kebutuhan Zat besi pada ibu hamil dan nifas, karena pada masa kehamilan kebutuhannya meningkat seiring pertumbuhan janin. Dosis pemberian zat besi adalah 1 x 200 mg. Zat besi ini penting untuk mengkompensasi peningkatan volume darah yang terjadi selama kehamilan dan untuk memastikan pertumbuhan dan perkembangan janin.

7. Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu setiap kunjungan antenatal yang bertujuan untuk mengetahui letak janin. Penilaian detak jantung janin dilakukan untuk mendeteksi adanya gawat janin. Denyut jantung janin normal antara 120 – 160 kali/menit. Bila denyut jantung janin kurang dari 120 kali/menit atau lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya tanda gawat janin.

8. Pelaksanaan temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling, termasuk keluarga berencana).

9. Pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya).

10. Tatalaksana kasus

Berdasarkan pemeriksaan antenatal dan hasil laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani dengan standar dan kewenangan bidan. Kasus – kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan system rujukan.

f. Kelas Ibu hamil

Di kelas ibu hamil, ibu mendapatkan informasi dan saling bertukar informasi dengan ibu hamil yang lainnya mengenai kehamilan, persalinan, nifas serta perawatan bayi baru lahir. Ikuti kelas ibu hamil paling sedikit 4 kali pertemuan dan sebaiknya 1 kali pertemuan dihadiri bersama suami atau keluarga (Kementerian Kesehatan RI, 2016a).

g. Kebijakan Program Kunjungan Kehamilan

Pemeriksaan kehamilan dilakukan paling sedikit empat kali kunjungan antara lain minimal satu kali kunjungan pada trimester I di usia kehamilan sebelum 16 minggu, minimal satu kali kunjungan pada trimester II di usia kehamilan antara minggu ke 24-28, dan minimal dua kali kunjungan pada trimester III di usia kehamilan antara minggu ke 30-32 dan antara minggu ke 36-38 (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

f. Anemia

Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi dengan kadar hemoglobin di bawah 11 gr/dL pada trimester I dan trimester III atau kadar hemoglobin di bawah 10,5 g/dL pada trimester II. Jika persediaan zat besi minimal, maka setiap kehamilan akan mengurangi persediaan zat besi tubuh dan akhirnya menimbulkan anemia. Pada kehamilan relative terjadi anemia karena darah ibu hamil mengalami hemodelusi atau pengenceran dengan peningkatan volume 30% sampai 40% yang puncaknya pada kehamilan 32 sampai 34 minggu (Saifuddin, 2011).

Dampak anemia pada kehamilan adalah bayi lahir premature, bayi lahir dengan berat badan rendah, kelainan bawaan, dampak pada persalinan yaitu gangguan his, kala II lama sehingga dapat menyebabkan kelelahan, kala III dapat terjadi retensio plasenta, dan kala VI terjadi perdarahan *postpartum*. Dampak pada masa nifas dapat terjadi subinvolusi, infeksi masa nifas, dan pengeluaran ASI berkurang (Manuaba, dkk, 2007).

Penanganan umum anemia yaitu dengan pemberian kalori 300 kalori/hari dan suplemen besi sebanyak 60 mg/hari kiranya cukup untuk mencegah anemia. Pemberian suplemen besi sebanyak 60 mg/hari dapat menaikkan kadar hemoglobin sebanyak 1gr/Dl (Saifuddin, dkk, 2009).

h. Oligohidramnion

1). Pengertian Oligohidramnion

Oligohidramnion merupakan suatu keadaan ketika cairan amnion kurang dari 500cc (Saifuddin, 2008).

a) Etiologi Oligohidramnion

Penyebab oligohidramnion adalah kelainan kongenital, pertumbuhan janin terhambat, ketuban pecah, kehamilan posterm, insufisiensi plasenta, dan obat – obatan (misalnya dari golongan antiprostaglandin). Kelainan kongenital yang paling sering menimbulkan oligohidramnion adalah kelainan sistem saluran kemih sehingga tidak menimbulkan oligohidramnion. Insufisiensi plasenta oleh sebab apapun dapat menyebabkan hipoksia janin. Hipoksia janin yang berlangsung kronis akan memicu mekanisme retribusi darah. Salah satu dampaknya adalah terjadi penurunan aliran darah ke ginjal.

b) Patofisiologi

Sindroma potter dan fenotif potter merupakan suatu keadaan kompleks yang berhubungan dengan gagal ginjal bawaan dan berhubungan dengan oligohidramnion. Fenotip potter digambarkan sebagai suatu keadaan khas pada bayi baru lahir dimana ketubannya sangat sedikit atau tidak ada, sehingga menyebabkan bayi tidak memiliki bantalan pada dinding rahim. Tekanan pada dinding rahim menyebabkan gambaran yang khas pada wajah (wajah potter). Selain itu karena ruang sempit pada rahim menyebabkan ruang gerak menjadi abnormal atau mengalami kontraktur dan terpaku pada posisi abnormal. Oligohidramnion juga menyebabkan terhentinya perkembangan paru (paru – paru hipoplasi) sehingga pada saat lahir paru – paru tidak berfungsi sebagaimana mestinya.

Oligohidramnion mempengaruhi umbilikus sehingga menimbulkan gangguan aliran darah menuju janin serta menimbulkan asfiksia intrauterine. Air ketuban yang kental akan akan diaspirasi sehingga menambah sfiksia

neonatorum. Oligohidramnion dapat menjadi tanda ada kelainan pada saluran pengeluaran atau saluran kemih janin tidak berfungsi baik, kemungkinan besar air ketuban jumlahnya sedikit. Keringnya ketuban berarti janin tidak mengeluarkan air ketuban yang ditelan sebagai urine.

c) Komplikasi

Menurut Saifuddin (2009), Komplikasi yang sering terjadi pada oligohidramnion yang berpengaruh pada janin yaitu cacat bawaan, Hipoplasia paru, kompresi tali pusat, deformitas pada wajah dan skelet, Aspirasi meconium pada intrapartum, *IUGR (Intra Uterine Grow Reterdation)*, kematian janin.

2. Asuhan Kebidanan Persalinan

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum dapat dikategorikan in partu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan atau pembukaan serviks (JNPK-KR,2017).

a. Perubahan fisiologis dan psikologis pada persalinan

1) Perubahan fisiologis ibu selama persalinan menurut Varney, Kriebs, dan Gegor , (2007).

Selama proses persalinan akan terjadi perubahan – perubahan fisiologis pada ibu bersalin antara lain:

a) Tekanan darah, selama selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata – rata 15 mmHg dan diastolic rata – rata 5-10 mmHg. Peningkatan tekanan darah ini terjadi karena nyeri, rasa takut, dan kekhawatiran menghadapi persalinan.

b) Metabolisme, peningkatan aktivitas metabolic terlihat dari peningkatan suhu tubuh 0,5-1°C, denyut nadi, pernapasan, curah jantung dan cairan yang hilang.

c) Perubahan pada saluran cerna, dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. mual dan muntah umum terjadi selama fase transisi, yang menandai akhir fase pertama persalinan. untuk itu dianjurkan mengkonsumsi makanan yang mudah dicerna seperti susu, teh hangat, dan roti.

1) Perubahan psikologis pada ibu bersalin

Kondisi psikologis ibu bersalin tergantung pada persiapan dan bimbingan antisipasi yang diterima selama persiapan menghadapi persalinan, dukungan oleh suami, keluarga terdekat, lingkungan serta perawatan (Varney, Kriebs dan Gegor,2007).

b. Tahapan persalinaan

Tahapan persalinan menurut (JNPK-KR,2017) yaitu:

1) Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur danmeningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

2) Kala dua persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi.

3) Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban.

4) Kala IV Persalinan dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu

c. Kebutuhan dasar ibu bersalin

Asuhan yang mendukung selama persalinan sangat penting dalam proses persalinan. Tindakan ini mempunyai efek positif baik secara emosional maupun fisiologis, sehingga persalinan dapat berlangsung secara aman. Adapun kebutuhan dasar ibu bersalin menurut Saifuddin (2009) adalah:

1) Dukungan emosional

Bidan harus melibatkan keluarga khususnya suami dalam memberikan dukungan emosional. Ajak suami dan keluarga untuk memijat punggung, menyeka wajah ibu dengan air hangat serta menciptakan suasana aman dan nyaman, mendampingi selama persalinan dan proses kelahiran bayi.

2) Membantu pengaturan posisi

Informasikan dan bimbing ibu untuk menemukan posisi yang nyaman selama persalinan. Ajak pendamping untuk membantu dalam pengaturan posisi. Ibu dapat memilih posisi berjalan, jongkok, berdiri, duduk, miring atau merangkak selama masih memungkinkan.

3) Kebutuhan akan makanan dan cairan

Mencukupi kebutuhan dan kalori dengan makanan dan minuman yang mudah dan diserap tubuh.

4) Kebutuhan eliminasi

Menganjurkan ibu bersalin untuk berkemih minimal setiap dua jam. Kandung kemih yang penuh dapat menghambat penurunan bagian terendah janin.

5) Mengurangi rasa nyeri

Meredakan ketegangan pada *ligamentsakroiliaka* dapat dilakukan dengan melakukan penekanan pada kedua sisi pinggul, melakukan kompres hangat, maupun dengan pemijatan.

d. Lima benang merah

Ada lima aspek dasar atau lima benang merah yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan baik normal maupun patologis. Lima benang merah menurut JNPK-KR (2017) tersebut antara lain:

1) Membuat Keputusan Klinik

Membuat keputusan klinik berdasarkan empat langkah penting yang harus dilakukan yaitu pengumpulan data, interpretasi data untuk mendukung diagnosis atau identifikasi masalah, menetapkan diagnosis kerja atau merumuskan masalah, memantau dan mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi solusi.

2) Asuhan Sayang Ibu dan Bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Adapun prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan sampai dengan kelahiran bayi.

3) Pencegahan Infeksi

Tindakan pencegahan infeksi (PI) tidak terpisah dari komponen – komponen lain dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk 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 misalnya Hepatitis dan HIV/AIDS.

4) Pencatatan (rekam medik) asuhan persalinan

Tujuan dari pencatatan rekam medic yaitu dapat digunakan sebagai alat bantu untuk membuat keputusan klinik dan mengevaluasi apakah asuhan atau perawatan sudah sesuai dan efektif, sebagai tolak ukur keberhasilan proses membuat keputusan klinik, sebagai catatan permanen tentang asuhan perawatan dan obat yang diberikan, dan dapat mempermudah kelangsungan asuhan dari satu kunjungan ke kunjungan berikutnya.

5) Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana lebih lengkap, diharapkan mampu

menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Persiapan rujukan yang penting diingat dalam melakukan rujukan untuk ibu dan bayi yaitu BAKSOKU (Bidan, Alat, Keluarga, Surat, Obat, Kendaraan dan Uang).

e. Faktor – faktor yang mempengaruhi persalinan

Bobak *et al.*, (2005) memaparkan lima faktor yang mempengaruhi proses persalinan dan kelahiran yang dikenal dengan lima P sebagai berikut *passenger* (janin dan plasenta), *passage* (jalan lahir), *power* (kekuatan), posisi ibu dan psikologi ibu.

f. Kala I persalinaan

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif. Pada fase ini mulai diperhatikan tanda mulainya inpartu yaitu adanya kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit) dan keluarnya lender bercampur darah (*show*) melalui vagina. Bidan memberikan asuhan sayang ibu yang baik dan aman pada kala I persalinaan, berupa anamnesa dan pemeriksaan fisik yang dilakukan secara seksama. Pertama, sapa ibu dan beritahu tindakan yang akan dilakukan, serta jawab dengan baik setiap pertanyaan yang diajukan oleh ibu. Kemudian dilakukan pemeriksaan abdomen yaitu menentukan tinggi fundus uteri, memantau kontraksi uterus, memantau DJJ, menentukan presentasi janin dan menentukan bagian terbawah janin melalui pemeriksaan dalam.

Partograf dapat digunakan untuk memantau kemajuan persalinan (memantau pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah janin atau

presentasi janin), kesejahteraan janin (kondisi janin, DJJ, warna dan adanya air ketuban, penyusupan (molase) kepala janin) selama persalinan kala I, garis waspada (dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan 1cm per jam, dan pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada) serta garis bertindak jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (pembukaan kurang dari 1 cm per jam, maka harus dipertimbangkan pula adanya tindakan intervensi seperti amniotomi, atau persiapan rujukan).

g. Kala II Persalinan

Pada fase ini bidan melakukan pertolongan persalinan dengan terlebih dahulu mengamati tanda dan gejala persalinan kala II, kemudian menyiapkan pertolongan persalinan, menyiapkan lingkungan yang sesuai bagi bayi baru lahir dengan memastikan ruangan bersih dan hangat (minimal 25°C), memberikan asuhan sayang ibu, mengatur posisi persalinan dan membimbing meneran efektif saat ada kontraksi dan beristirahat diantara kontraksi, kemudian menolong persalinan sesuai APN. Bidan juga memastikan penerapan prinsip dan praktik pencegahan infeksi (PI).

h. Asuhan Kala III Persalinan

Bidan melakukan manajemen aktif kala tiga untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah perdarahan, dan mengurangi kehilangan darah pada kala tiga persalinan. Manajemen aktif kala tiga dimulai setelah palpasi uterus untuk memastikan adanya janin kedua, lalu dilanjutkan pemberian oksitosin 10 IU

secara intramuscular (IM) pada 1/3 paha kanan atas bagian luar dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, penegangan tali pusat terkendali (PTT) dilakukan ketika adanya kontraksi dan tanda – tanda lepasnya plasenta yaitu dengan melihat perubahan bentuk dan tinggi fundus uterus, tali pusat memanjang, dan semburan darah mendadak lalu dilanjutkan massase fundus uteri selama 15 detik. Segera setelah kelahiran bayi dapat dilakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD), dimana bayi diletakan di dada ibu dan bayi secara mandiri mencari puting untuk segera menyusui. Melakukan IMD dapat memberi kesempatan terjadinya kontak kulit, merangsang oksitosin dan prolactin yang memberikan keuntungan bagi ibu dan bayi.

i. Asuhan Kala IV Persalinan

Setelah melakukan massase fundus uteri selama 15 detik, bidan melakukan evaluasi tinggi fundus uteri dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokannya, memperkirakan kehilangan darah secara keseluruhan, memeriksa kemungkinan adanya rbekan perineum, melakukan evaluasi keadaan umum ibu yaitu pada satu jam pertama dipantau tekanan darah, suhu, (satu kali pada satu jam pertama dan satu kali satu jam kedua), nadi, tinggi fundus, kontraksi, kandung kemih dan jumlah perdarahan setiap 15 menit pada satu jam pertama pasca persalinan dan 30 menit pada jam kedua pasca persalinan serta pemberian Vitamin A yang pertama dengan dosis 200.000 IU.

j. Tanda bahaya persalinan

Saat persalinan berlangsung terdapat kemungkinan penyulit dan tanda bahaya yang dapat terjadi diantaranya adalah; perdarahan lewat jalan lahir, tali

pusat atau tangan bayi keluar dari jalan lahir, ibu mengalami kejang, ibu tidak kuat mengejan, air ketuban keruh dan berbau, ibu gelisah atau mengalami kesakitan yang hebat (Kementerian Kesehatan RI, 2016a).

K. Persiapan Persalinan

Ada beberapa hal yang harus disiapkan ibu mengenai Program Persiapan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi (P4K). Komponen persiapan persalinan meliputi (Kemenkes RI, 2016a):

1) Tafsiran persalinan

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

2) 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 di fasilitas kesehatan dapat mengurangi resiko terjadinya komplikasi yang dapat membahayakan ibu maupun bayinya.

3) Pendanaan

Ibu hamil dan keluarga perlu menyiapkan dana melalui tabungan ibu bersalin (Tabulin).

4) Transportasi

Keluarga perlu menyiapkan kendaraan atau transportasi untuk mengantar ibu yang akan melahirkan di fasilitas kesehatan.

5) Calon donor darah

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

6) KB

KB pasca persalinan merupakan suatu program yang dimaksudkan untuk mengatur kehamilan melalui penggunaan alat / obat kontrasepsi setelah melahirkan. Konseling tentang KB dimulai saat kunjungan asuhan antenatal ke fasilitas pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan.

7) 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).

L. Induksi persalinan

1. Pengertian induksi persalinan

Induksi persalinan adalah suatu upaya untuk melahirkan janin menjelang aterm dalam keadaan belum terdapat tanda – tanda persalinan atau belum inpartu, dengan kemungkinan janin dapat hidup di luar kandungan (umur diatas 28 minggu) (Manuaba, 2010).

2. Indikasi induksi persalinan

Adapun indikasi induksi persalinan yaitu, ketuban pecah dini, kehamilan lewat waktu, oligohidramnion, korioamnionitis, preeklamsi berat,

hipertensi akibat kehamilan, *Intrauterine Fetal Death* (IUFD) dan pertumbuhan janin terhambat (PJT), insufisiensi plasenta, perdarahan antepartum, dan *umbilical abnormal arteriodoppler* (Oxorn, 2010).

3. Persyaratan yang harus dipenuhi untuk dapat melakukan induksi persalinan adalah sebagai berikut:

a. Tidak ada disproporsi sefalopelvik (CPD).

b. Sebaiknya serviks uteri sudah matang yakni serviks sudah mendatar dan menipis, hal ini dapat dinilai menggunakan tabel skor Bishop. Jika kondisi tersebut belum terpenuhi maka kita dapat melakukan pematangan serviks dengan metode farmakologis atau dengan metode mekanis.

c. Presentasi harus kepala, atau tidak terdapat kelainan letak janin.

d. Sebaiknya kepala janin sudah mulai turun kedalam rongga panggul.

Jika setelah mengikuti protokol tetap belum terbentuk pola kontraksi yang baik dengan penggunaan konsentrasi oksitosin yang tinggi maka pada multigravida induksi dinyatakan gagal, dan lahirkan janin dengan *Sectio Caesarea (SC)* (Oxorn, 2010).

M. *Sectio Caesarea*

1. Pengertian *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan da dinding uterus melalui dinding depan perut. *Sectio Caesarea* adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Saifuddin, 2007).

2. Indikasi SC

indikasi SC dilakukan jika terjadi kondisi yang tidak diinginkan selama kehamilan dan persalinan. Berikut ini beberapa indikasi alasan dilakukan *sectio caesarea* yaitu riwayat SC sebelumnya, perdarahan antepartum, prolapse tali pusat, ruptur uterus, disproporsi sefalopelvik yang terdiagnosis pada persalinan, pre-eklamsia berat, kegagalan induksi persalinan, plasenta previa, disproporsi kepala panggul, gemeli, persalinan macet pada kala I atau kala II dan perburukan kondisi janin jika tidak dilahirkan (Saifuddin, 2007)

3. Persiapan pasien sebelum dilakukan operasi SC menurut (Saifuddin, 2007)

antara lain:

- a. Bantu dan usahakan keluarganya kuat mental
- b. Cek kemungkinan adanya riwayat alergi dan riwayat medic lain yang diperlukan.
- c. Lakukan anamnesis dan pemeriksaan awal baik merupakan langkah esensial setiap pembedahan.
- d. Siapkan untuk pemeriksaan darah dan hemoglobin dan golongan darah.
- e. Pemeriksaan laboratorium.
- f. Pantau dan catat tanda – tanda vital.
- g. Sebaiknya pasien harus puasa 4 jam sebelumnya.
- h. Gigi palsu dilepas dan cat kuku dihapus, tetapi melepas perhiasan merupakan pilihan yang bergantung kepada kebijakan rumah sakit. Selama persiapan operasi, orang terdekat yang selalu mendampingi dan memberikan dukungan emosional secara berkelanjutan (Bobak, *et al.*, 2005).

i. Pasang kateter dan monitor pengeluaran urine

Ketika ibu dan bayi sudah dipindahkan ke ruang perawatan, tekanan darah, suhu, nadi dan respirasi biasanya diukur setiap empat jam, infus intravena terus diberikan, kateter urine dapat tetap terpasang sampai ibu mampu menuju ke toilet. Pada periode awal, luka dan lochea harus diobservasi sedikitnya setiap jam. Ibu dianjurkan untuk menggerakkan kakinya dan melakukan latihan tungkai dan pernafasan. Setelah pembedahan selesai ibu akan dipindahkan ke ruang pemulihan dari efek anestesi, status pasca operasi pasca melahirkan, dan derajat nyeri. Kondisi balutan insisi, tinggi fundus dan jumlah lochea dikaji dan dicatat. Ketika bersama bayi, ibu dan ayah diberi waktu tersendiri untuk memfasilitasi *bounding attachment*. Pasien biasanya dipindahkan ke ruang perawatan setelah satu sampai dua jam setelah kondisinya stabil (Bobak, *et al.*, 2005).

4. Perawatan pasca operatif

a. Perawatan lanjutan menurut Saifuddin 2007:

Lakukan pemeriksaan tanda – tanda vital setiap 4 jam, kontraksi uterus, dan perdarahan

1) Mobilisasi

Mobilisasi menyebabkan perbaikan sirkulasi, membuat nafas dalam, dan menstimulasi kembali fungsi gastrointestinal normal. Pasien dapat miring kanan dan kiri pada 6 jam pasca operasi, kemudian dapat duduk pada 8 – 12 jam pasca operasi (bila tidak ada kontraindikasi anestesi) serta berjalan apabila mampu dalam waktu 24 jam pasca operasi, bahkan mandi sendiri pada hari kedua (Saifuddin 2007).

2) Fungsi gastrointestinal

Fungsi gastrointestinal pada pasien obstetric yang tindakannya tidak terlalu berat akan kembali normal dalam waktu 12 jam.

- a) Jika tindakan bedah tidak berat, berikan pasien diet cair, misalnya 6-8 jam pasca bedah dengan anastesi spinal, infuse dan kateter dapat dilepas
- b) Bila peristaltic baik dan pasien dapat flatus, muai berikan makanan padat.
- c) Pemberian infuse diteruskan sampai pasien dapat minum dengan baik.
- d) Berikan setiap 24 jam sekali sekitar 2 liter cairan, dengan monitor produksi urine tidak kurang dari 30 ml/jam. Bila kurang, kemungkinan ada kehilangan darah yang tidak kelihatan atas efek antiduretik dan oksitosin.
- e) Sebelum keluar dari rumah sakit, pasien sudah bisa makan seperti biasanya.

3) Pembalutan dan perawatan luka

Pembalutan luka berfungsi sebagai penghalang dan pelindung terhadap infeksi selama proses penyembuhan yang dikenal dengan reepitelisasi. Pertahankan penutup luka ini selama hari pertama setelah pembedahan untuk mencegah infeksi selama proses reepitelisasi berlangsung. Luka harus dijaga agar tetap kering dan bersih, tidak boleh terdapat infeksi atau seroma sampai ibu diperbolehkan pulang dari rumah sakit.

4) Perawatan fungsi kandung kemih

Pemakaian kateter dibutuhkan pada prosedur bedah. Semakin cepat melepas kateter akan lebih baik untuk mencegah kemungkinan infeksi dan membuat pasien cepat mobilisasi. Jika urine jernih, kateter dilepas 8 jam setelah bedah. Jika urine tidak jernih, biarkan kateter dipasang sampai urine jernih. Kateter dipasang 48 jam pada kasus seperti bedah karena ruptur uteri, partus lama

atau partus macet, edema perineum yang luas, sepsis puerperalis/ plevio peritonitis.

5) Antibiotika

Jika tanda infeksi atau pasien demam, berikan antibiotika sampai bebas demam selama 48 jam.

6) Perawatan gabung

7) Pasien dapat rawat gabung dengan bayi dan memberikan ASI dalam posisi duduk atau tidur.

8) Memulangkan pasien

a) Dua hari pasca section caesarea berencana tanpa komplikasi

b) Perawatan 3-4 hari cukup untuk pasien. Berikan intruksi mengenai perawatan luka (mengganti kasa).

c) Pasien diminta datang untuk control 7 hari pasien pulang.

d) Pasien perlu datang bila terdapat perdarahan, demam, dan nyeri perut berlebihan atau jika ada keluhan.

3. Konsep dasar asuhan kebidanan masa nifas

Periode pascapartum adalah masa dari kelahiran plasenta dan selaput janin (menandakan akhir periode intrapartum) hingga kembalinya *traktus* reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil (Varney, Kriebs dan Gegor, 2008).

a. Perubahan fisiologis dan psikologis masa nifas

1) Uterus

Involusi uterus meliputi reorganisasi dan pengeluaran desidua endometrium dan eksfoliasi tempat perlekatan plasenta yang ditandai dengan perubahan ukuran dan berat serta perubahan pada lokasi uterus juga ditandai

dengan warna dan jumlah lokia. Regenerasi jumlah endometrium lengkap pada tempat perlekatan plasenta memakan waktu hampir enam minggu (Varney, Kriebs dan Gegor, 2010).

2) *Lochea*

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Perubahan lokia terdiri dari *lochea rubra* merupakan cairan bercampur darah dan sisa-sisa penebalan dinding rahim, dan sisa-sisa penanaman plasenta. *Lochea Rubra* berwarna merah kehitaman dan keluar sampai hari pertama sampai ketiga. *Lochea sanguinolenta* merupakan cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung dari hari ketiga sampai ketujuh. *Lochea serosa* merupakan lokia yang mengandung cairan darah dengan jumlah darah yang lebih sedikit dan lebih banyak mengandung serum dan leukosit serta robekan laesari plasenta. *Lochea serosa* berwarna kecoklatan atau kekuningan dan keluar dari hari ketujuh sampai hari ke empat belas. *Lochea alba* terdiri dari leukosit, selaput lendir leher rahim, jaringan-jaringan mati yang lepas dalam proses penyembuhan. *Lochea alba* berwarna putih dan berlangsung selama dua sampai enam minggu (Bobak, Lowdermik, Jensen, dan Perry, 2005).

3) Vagina dan perineum

Segera setelah kelahiran, vagina tetap membuka, mungkin mengalami edema dan memar dan celah pada *introitus*. Setelah satu hingga dua hari pertama pasca partum, tonus otot vagina kembali, celah vagina tidak lebar dan tidak lagi edema (Varney, Kriebs dan Gegor, 2010).

4) Laktasi

Air Susu Ibu (ASI) dalam stadium laktasi menurut Kementerian Kesehatan RI (2015) dibedakan menjadi:

a) Kolostrum merupakan yang pertama kali keluar dari payudara, berwarna kekuningan (lebih kuning dari susu matur). kolostrum disekresikan dari hari pertama dan hari ketiga.

b) Air Susu Ibu pada masa persalinan merupakan ASI peralihan dari kolostrum

menjadi ASI yang matur, disekresikan dari hari keempat sampai kesepuluh masa laktasi dan banyak mengandung karbohidrat dan lemak.

c) Air Susu Ibu yang matur adalah ASI yang disekresikan dari hari kesepuluh sampai seterusnya komposisinya relative konstan dan tidak menggumpal jika dipanaskan.

b. Adaptasi Psikologis masa Nifas

Adaptasi psikologi masa nifas menurut Rubin (1977) dalam Varney, Kriebs dan Gegor, (2007) dibagi menjadi tiga yaitu:

1) *Taking In* (1-2 hari *postpartum*)

Ibu cenderung pasif dan bergantung, ibu akan mengulang – ulang pengalamannya waktu bersalin dan melahirkan serta ibu akan mengkhawatirkan tubuhnya.

2) *Taking Hold* (2-4 hari *postpartum*)

Ibu nifas pada tahap ini lebih memperhatikan kemampuan dan tanggung jawabnya menjadi orang tua dengan berusaha keras menguasai kemampuan merawat bayi serta lebih memperhatikan fungsi – fungsi tubuh.

3) *Letting Go* (setelah ibu pulang ke rumah)

Pada tahap ini ibu beradaptasi dengan kebutuhan bayi yang menyebabkan berkurangnya hak ibu dalam kebebasan dan hubungan social. Pada periode ini umumnya terjadi depresi *postpartum* sehingga sangat bergantung pada waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarganya.

c. Kebutuhan masa nifas

Kebutuhan ibu pada masa nifas yang harus dipenuhi adalah sebagai berikut:

1) Nutrisi dan cairan

Asupan kalori pada ibu nifas ditingkatkan sampai 2700 kalori. Asupan cairan ditingkatkan sampai 3000 ml perhari. Suplemen zat besi diberikan pada ibu nifas selama empat minggu pertama setelah melahirkan. Pemberian vitamin A 200.000 IU diberikan pada ibu nifas sebanyak dua kapsul. Satu kapsul diberikan setelah melahirkan dan pemberian kapsul kedua diberikan pada 24 jam setelah melahirkan (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

2) Ambulasi dan mobilisasi dini

Ambulasi dini (*early ambulation*) ialah kebijakan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu postpartum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan. Ambulasi dini tidak diperbolehkan untuk ibu post partum dengan penyulit misalnya anemia, penyakit jantung, paru – paru, demam dan sebagainya (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

3) Eleminasi

Ibu nifas harus berkemih dalam empat sampai delapan jam pertama minimal sebanyak 200 cc (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

4) Istirahat

Istirahat, kebutuhan istirahat ibu nifas harus cukup untuk mencegah kelelahan. Ibu dapat beristirahat disaat bayinya tidur disiang hari (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

5) Kebersihan diri

Ibu nifas perlu memperhatikan kebersihan tubuhnya terutama kebersihan alat kelamin yaitu dengan membersihkan vulva dari arah depan ke belakang, mengganti pembalut minimal dua kali sehari, mencuci tangan dengan sabun dan air, sebelum dan sesudah menyentuh alat kelamin, hindari menyentuh luka jalan lahir (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

d. Tanda bahaya masa nifas

Selama masa nifas akan berlangsung proses involusi uterus dimana dalam proses tersebut mungkin akan ada penyulit dan komplikasi. Adapun tanda bahaya masa nifas Kementerian Kesehatan RI, (2016a) adalah sebagai berikut:

- 1) Pendarahan lewat jalan lahir
- 2) Keluar cairan berbau dari jalan lahir
- 3) Bengkak di wajah, tangan dan kaki, atau sakit kepala dan kejang – kejang
- 4) Demam lebih dari dua hari
- 5) Payudara bengkak, merah dan disertai rasa sakit
- 6) Ibu terlihat sedih, murung dan menangis tanpa sebab (depresi)

e. Standar pelayanan nifas

Kementerian Kesehatan RI (2015) menyebutkan standar pelayanan masa nifas meliputi:

1) Kunjungan nifas pertama (KF 1)

Pada enam jam sampai tiga hari setelah persalinan. Asuhan yang diberikan berupa pemeriksaan tanda – tanda vital, pemantauan lokia dan perdarahan, pemeriksaan kondisi jalan lahir dan tanda infeksi, pemeriksaan kontraksi rahim dan tinggi fundus uteri, pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif enam bulan, pemberian kapsul Vitamin A 200.00 IU dua kali, minum tablet tambah darah setiap hari, dan pelayanan KB pasca persalinan.

2) Kujungan nifas kedua (KF 2)

Diberikan pada hari ke-4 sampai hari ke-28 setelah persalinan. Pelayanan yang diberikan adalah pemeriksaan tanda – tanda vital, pemantauan lokia dan perdarahan, pemeriksaan kondisi jalan lahir dan tanda infeksi, pemeriksaan kontraksi rahim dan tinggi fundus uteri, pemeriksaan payudara dan ajuran ASI eksklusif enam bulan, minum tablet tambah darah setiap hari dan pelayanan KB pasca persalinan.

3) Kujungan nifas lengkap (KF 3)

Pelayanan yang dilakukan hari ke-29 sampai hari ke-42 setelah persalinan. Asuhan pelayanan diberikan sama dengan asuhan pada KF 2.

4. Konsep dasar asuhan bayi baru lahir, neonates dan bayi

a. Bayi baru lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir bayi 2500-4000 gram, cukup

bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan kongenital (cacat bawaan) yang berat (Saifuddin, 2011).

1) Penilaian Segera Bayi Baru Lahir

Penilaian awal pada bayi baru lahir meliputi bayi cukup bulan, bayi menangis atau bernapas dan tonus otot bayi baik. Apabila semua dalam keadaan normal maka segera setelah bayi lahir, lakukan manajemen bayi baru lahir normal (JNPK-KR, 2017).

2) Perubahan fisiologis pada Bayi Baru Lahir

Adapun perubahan – perubahan fisiologis yang terjadi pada bayi baru lahir antara lain:

a) Sistem pernapasan

Sistem pernapasan, upaya merangsang nafas pertama pada bayi berfungsi untuk mengeluarkan cairan (surfaktan) dalam paru – paru untuk pertama kali. Setelah pernapasan mulai berfungsi, nafas bayi menjadi dangkal dan tidak teratur (bervariasi 30-60 kali permenit) disertai apnea singkat (kurang dari 15 detik). Bayi baru lahir biasanya bernafas melalui hidung (Bobak, Lowdermik, Jensen, dan Perry, 2005).

b) Sistem Gastasional

Bayi baru lahir memiliki kemampuan untuk mencerna karbohidrat, lemak dan protein yang diatur oleh beberapa enzim kecuali enzim *amylase*. Enzim *lipase* diperlukan untuk mencerna lemak. Oleh karena itu, bayi baru lahir normal mampu mencerna karbohidrat sederhana, protein tetapi terbatas dalam mencerna lemak. Kolostrum merupakan pencahar untuk

membersihkan meconium dari usus bayi dan mempersiapkan saluran pencernaan bayi (Bobak, Lowdermik, Jensen, dan Perry, 2005).

c) Sirkulasi darah

Nifas pertama pada bayi baru lahir mengakibatkan perubahan tekanan pada arteri kiri dan kanan mengakibatkan tertutupnya *foramenovale*. Selain itu, tindakan mengklem dan memotong tali pusat mengakibatkan arteri umbilikus, vena umbilikus, dan duktus venosus segera menutup dan menjadi ligamentum (Bobak, Lowdermik, Jensen, dan Perry, 2005).

d) Termoregulasi

Bayi baru lahir memiliki kecenderungan menjadi cepat stress karena perubahan suhu lingkungan. BBL dapat kehilangan panas melalui 4 mekanisme yaitu evaporasi, konduksi, konveksi dan radiasi. Salah satu cara untuk menghasilkan panas yang biasanya dilakukan oleh neonatus adalah dengan penggunaan lemak coklat (brown fat) yang terdapat pada area sekitar tulang belakang bagian atas, klavikula, sternum, ginjal dan pembuluh darah besar (Varney, Kriebs, Dan Gegor, 2007).

3) Asuhan Bayi Baru Lahir

Asuhan yang diberikan setelah bayi baru lahir yaitu: menjaga kehangatan bayi, membersihkan jalan nafas, mengeringkan bayi, pemantauan tanda bahaya bayi baru lahir, klem potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun kira – kira 2 menit setelah lahir, lakukan Inisiasi Menyusui Dini, beri suntikan vitamin K 1 mg di paha kiri anterolateral setelah melakukan IMD, beri salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata, lakukan pemeriksaan fisik dan beri imunisasi Hepatitis B 0,5 ml intramuskular

di paha kanan anterolateral kira – kira 1-2jam setelah pemberian vitamin K (JNPK-KR, 2017).

4) Asuhan Bayi Enam Jam Pertama

Asuhan yang diberikan kepada bayi baru lahir pada enam jam pertama yaitu pemeriksaan fisik lengkap mulai dari pengukuran tanda – tanda vital, lingkaran kepala, lingkaran dada, panjang badan, hingga pemeriksaan dari kepala sampai kaki. Selain itu, ibu juga dianjurkan untuk menjaga agar bayi tetap hangat dan terjadi kontak antara kulit ibu dengan kulit bayi (JNPK-KR, 2017).

5) Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

Segera setelah lahir, bayi diletakkan di dada atau diatas perut ibu selama paling sedikit satu jam untuk memberikan kesempatan pada bayi mencari puting susu ibunya, manfaat IMD bagi bayi adalah membantu stabilisasi pernapasan, mengendalikan suhu tubuh bayi, mencegah infeksi, nosokomial, dapat menurunkan insiden ikterus pada bayi baru lahir, memperkuat reflek hisap bayi dan membuat bayi lebih tenang. Bagi ibu, IMD dapat mengoptimalkan pengeluaran oksitosin, prolaktin, dan secara psikologis dapat menguatkan ikatan batin antara ibu dan bayi (Saifuddin, 2011).

6) Standar kunjungan pada neonatus

Pelayanan kesehatan bayi baru lahir dilaksanakan minimal 3 kali (Kementerian Kesehatan RI, 2016a) yaitu:

a) Kunjungan neonatal pertama (KN 1)

Dilakukan dari 6 hingga 48 jam setelah kelahiran bayi, asuhan yang diberikan adalah menjaga kehangatan tubuh bayi, memberikan ASI eksklusif,

pengecahan infeksi, perawatan tali pusat, injeksi Vitamin K1 dan imunisasi HB 0.

b) Kunjungan neonatal kedua (KN 2)

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.

c) Kunjungan neonatal lengkap (KN 3)

Dilakukan pada saat usia bayi delapan sampai 28 hari setelah lahir. Asuhan yang diberikan kepada bayi adalah memeriksa tanda bahaya dan gejala sakit, menjaga kehangatan tubuh bayi, memberikan ASI eksklusif, dan imunisasi.

7) Bayi 29 hari sampai 42 hari

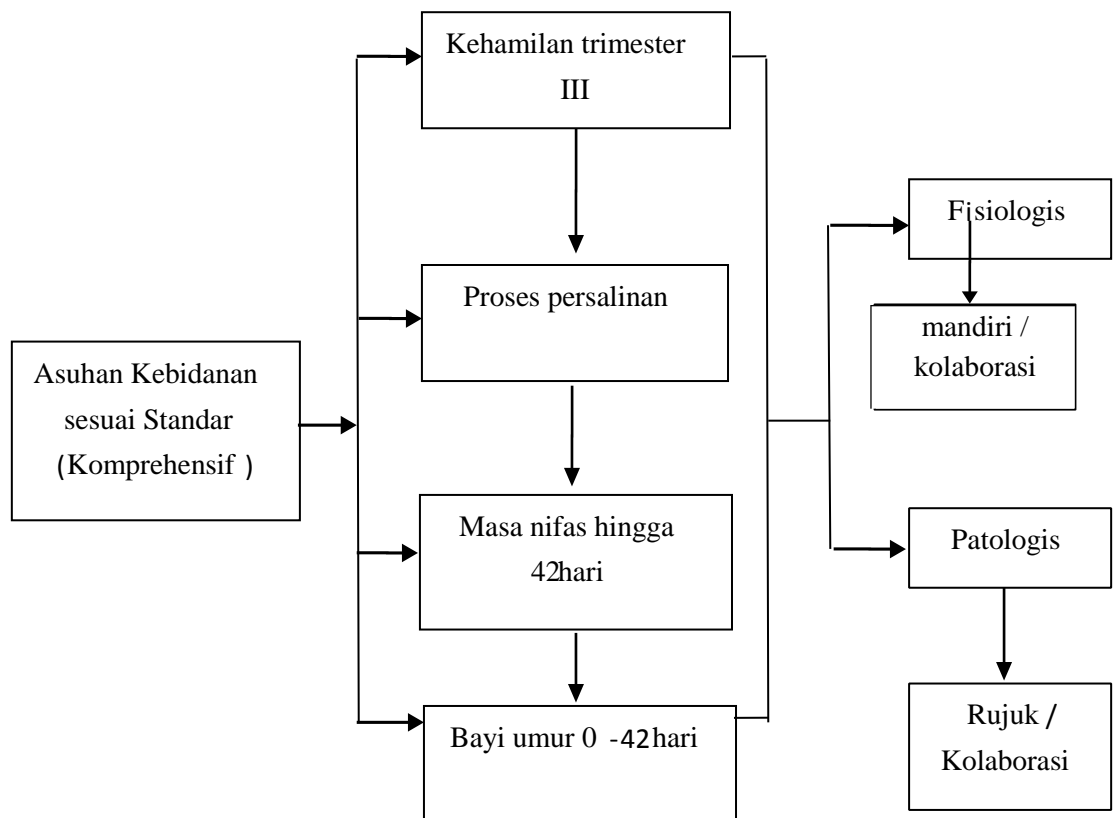
Deteksi dini penyimpangan pertumbuhan pada bayi dilakukan untuk mengetahui keadaan status gizi bayi, *stunting* dan *makrocephali* atau *mikrocephali* pada bayi. Pertumbuhan berat badan bayi usia nol sampai tiga bulan mengalami penambahan sekitar 200 gram/minggu. Panjang badan bayi akan bertambah 2,5 cm setiap bulannya. Lingkar kepala bayi akan bertambah sekitar 0,5 cm sampai 1 cm setiap bulannya (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Perkembangan motorik halus pada bayi (0 sampai 3 bulan) yaitu dapat memegang suatu objek, mengikuti objek dari sisi ke sisi, mencoba memegang dan memasukan benda ke dalam mulut. Perkembangan motorik kasar yang dapat dicapai pada usia ini diawali dengan seimbang (menggerakkan tangan dan kaki), mengangkat kepala tegak ketika tengkurap. Stimulasi yang dapat

diberikan untuk bayi 0 sampai 3 bulan adalah sering memeluk dan menimang bayi dengan penuh kasih sayang, gantung benda berwarna cerah yang bergerak dan bisa dilihat bayi, tatap mata bayi dan ajak tersenyum, bicara dan bernyanyi serta dengarkan musik atau suara kepada bayi (Kementerian Kesehatan RI, 2015)

B. Kerangka Pikir

Asuhan kebidanan yang komprehensif diberikan selama kehamilan, persalinan, nifas dan neonatus. Diharapkan asuhan yang diberikan pada ibu “R” mengarah ke dalam kondisi yang fisiologi tetapi juga bisa mengarah ke kondisi yang patologi baik pada masa kehamilan, persalinan, nifas dan neonatus. Pada kondisi patologi akan dilakukan kolaborasi dan rujukan.



Gambar 1. Bagan Kerangka Pikir Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Sampai Masa Nifas Beserta Bayinya