

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kajian Teori

1. Kehamilan trimester III

a. Pengertian

Kehamilan trimester III merupakan trimester yang lebih berorientasi menjadi orang tua dan menantikan kelahiran dari anaknya. Kehamilan trimester III ini perkembangan ikatan ibu dan janin semakin bertambah. Ketidaknyamanan fisik dan semakin terjadinya pembesaran uterus ke posisi depan mengakibatkan ibu merasa tidak nyaman di bagian punggung serta semakin kepala janin mulai turun mendesak kandung kemih mengakibatkan ibu mengeluh sering kencing (Varney *et al.*, 2007).

b. Kompetensi dan kewenangan bidan

Praktik kebidanan menurut UU Republik Indonesia Nomor 4 tahun 2019 dalam menyelenggarakan praktik kebidanan, bidan bertugas memberikan pelayanan yang meliputi pelayanan kesehatan ibu, anak, reproduksi perempuan dan keluarga berencana, pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang dan pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu. Bidan dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam UU Republik Indonesia Nomor 4 tahun 2019 pasal 46 ayat (1) huruf a, Bidan berwenang:

- 1) Memberikan asuhan kebidanan pada masa sebelum hamil, kehamilan normal, persalinan dan menolong persalinan normal, nifas.

2) Melakukan pertolongan pertama kegawatdaruratan ibu hamil, bersalin, nifas, dan rujukan.

3) Melakukan deteksi dini kasus risiko dan komplikasi pada masa kehamilan, masa persalinan, pascapersalinan, masa nifas, serta asuhan pasca keguguran dan dilanjutkan dengan rujukan.

c. Adaptasi fisiologis pada kehamilan trimester III

1) Uterus

Kapasitas uterus pada kehamilan cukup bulan adalah lebih dari 4000 cc, memungkinkan bagi adekuatnya akomodasi perkembangan janin. Pada kehamilan 40 minggu, fundus uteri akan turun kembali ke 3 jari bawah *proccus xifoideus* oleh kepala janin yang masuk kedalam rongga panggul (Bobak *et al.*, 2005).

2) Serviks, vulva dan vagina

Memasuki trimester III kehamilan, hormon kehamilan mempersiapkan vagina supaya distensi selama persalinan dengan memproduksi mukosa vagina yang tebal, jaringan ikat longgar dan hipertrofi otot polos (Bobak *et al.*, 2005).

3) Payudara

Saat kehamilan kolostrum dapat keluar dari payudara, tetapi belum dapat diproduksi. Peningkatan prolaktin akan merangsang sintesis laktose dan akhirnya akan meningkatkan produksi air susu.(Bobak *et al.*, 2005)

4) Kenaikan berat badan

Trimester III merupakan proses pertumbuhan janin. Rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan berdasarkan indeks masa tubuh yaitu $IMT < 19,9$ peningkatan berat badan yaitu 12,5-18 kg, $IMT 19,8-26$ peningkatan

berat badan yaitu 11,5-16 kg, IMT 26-29 peningkatan berat badan yaitu 7-11,5 kg, dan IMT > 29 rekomendasi peningkatan berat badan yaitu ≥ 7 (Bobak *et al.*, 2005)

5) Sistem pencernaan

Aliran darah ke panggul dan tekanan vena yang meningkat dapat mengakibatkan hemoroid pada akhir kehamilan. Selain itu terjadi juga perubahan peristaltic dengan gejala sering kembung, dan konstipasi (Kemenkes RI, 2016a).

6) Sistem perkemihan

Laju filtrasi glumerulus meningkat sampai 69%. Dinding saluran kemih dapat tertekan oleh pembesaran uterus yang terjadi pada trimester I dan III. Wanita hamil trimester I dan III lebih sering BAK (Kemenkes RI, 2016a).

7) Sistem muskuloskeletal

Peningkatan distensi abdomen menyebabkan punggung miring ke depan, dan peningkatan beban berat badan pada akhir kehamilan, membutuhkan penyesuaian tulang *kurvatura spinalis*. Pusat gravitasi bergeser ke depan sehingga ibu akan mengalami sakit pinggang (Bobak *et al.*, 2005).

8) Sistem pernapasan

Wanita hamil sering mengeluh sesak napas, disebabkan uterus semakin membesar sehingga menekan usus dan mendorong ke atas menyebabkan tinggi diafragma bergeser 4 cm sehingga kurang leluasa bergerak (Kemenkes RI, 2016a).

b. Perubahan pada masa kehamilan trimester III

Trimester III sering disebut dengan periode penantian penuh dengan kewaspadaan. Dalam periode ini wanita mulai menyadari bahwa akan ada kehadiran bayi yang sangat di nanti tetapi rasa tidak nyaman itu mulai muncul dan ibu sering menilai dirinya aneh atau jelek. Ibu juga merasakan kekhawatiran

yang berlebihan dengan proses persalinan yang akan di alaminya (Bobak *et al.*, 2005).

c. Kebutuhan ibu hamil trimester III

1) Nutrisi

Kalori yang dibutuhkan oleh ibu hamil perhari 2.500 kalori. Trimester III ini asupan makan pada ibu sangat baik tetapi ibu di hindari makan yang terlalu berlebihan yang mengandung karbohidrat. Ibu harus meningkatkan makanan yang mengandung protein, buah- buahan dan sayur – sayuran. Kebutuhan untuk minum minimal 8 gelas per hari (Bobak *et al.*, 2005).

2) *Personal hygiene*

Ibu hamil sangat perlu menjaga kebersihan seperti mencuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir sebelum makan, setelah buang air kecil dan buang air besar, mandi di anjurkan paling sedikit 2 kali sehari, menyikat gigi setelah makan dan sebelum tidur, bersihkan daerah kemaluan dan payudara, ganti pakaian dan pakaian dalam setiap hari atau jika pakaian dalam terasa basah bisa langsung diganti (Kementerian Kesehatan R.I, 2017).

3) Kebutuhan oksigen

Ibu hamil yang memasuki trimester III sering mengeluh bahwa ia sesak, sesak ini di akibatkan oleh diafragma yang tertekan akibat semakin membesarnya uterus sehingga kebutuhan oksigen akan meningkat hingga 20%, (Nugroho, 2014).

4) Kebutuhan seksual

Pada ibu kehamilan aterm diberikan informasi bahwa hubungan seksual tidak membahayakan kandungan dan janinnya. Sperma dapat membuat kontraksi yang memicu terjadinya persalinan (Bobak *et al.*, 2005).

5) Senam hamil

Ibu hamil bisa melakukan senam hamil di mulai pada umur kehamilan 24 minggu sampai menjelang persalinan untuk melakukan gerakan senam hamil tersebut. Senam hamil ini bermanfaat untuk memperkuat otot dasar panggul untuk mengurangi rasa sakit pinggang yang sering di alami ibu pada trimester III, melatih pernafasan, dan memperlancar sirkulasi darah (Bobak *et al.*, 2005).

6) Istirahat

Ibu hamil dianjurkan untuk tidur malam paling sedikit 6-7 jam dan tidur siang 1-2 jam. Posisi tidur ibu hamil sebaiknya miring kiri dan lakukan rangsangan pada janin dengan mengelus – elus perut ibu dan ajak janin lebih sering berbicara (Bobak *et al.*, 2005).

d. Tanda bahaya pada kehamilan

Menurut Kementerian Kesehatan R.I, (2017), terdapat tanda bahaya saat kehamilan meliputi demam tinggi, bengkak pada kaki, tangan dan wajah atau sakit kepala disertai kejang, perdarahan pada hamil muda dan tua, janin dirasakan kurang bergerak dibandingkan sebelumnya, dan air ketuban keluar sebelum kehamilan aterm.

e. Keluhan umum pada trimester III

Keluhan umum yang sering di alami oleh ibu hamil pada trimester III antara lain:

1) Sering kencing

Keluhan yang di alami oleh ibu hamil pada trimester III diakibatkan dari penekan kandung kemih oleh bagian terendah janin. Cara untuk mengatasinya dengan minum lebih sedikit pada malam hari dan memperbanyak minum pada saat pagi hari serta membatasi konsumsi minuman bersoda atau kafein, (Varney *et al.*, 2007).

2) Hemoroid

Pada saat kehamilan kurangi untuk mengejan karena dapat mengakibatkan hemoroid. Untuk mengatasinya bisa dengan berendam pada air hangat dan kompres dingin untuk mengurangi hemoroid, (Varney *et al.*, 2007).

3) Kram pada kaki

Kurangnya kalsium menyebabkan sirkulasi darah yang menurun dan hal ini yang menyebabkan terjadinya kram pada kaki. Cara mengatasinya dengan cara meningkatkan konsumsi makanan yang banyak mengandung kalsium serta bisa melakukan pijatan pada bagian yang kram, (Varney *et al.*, 2007).

4) Nyeri pada bagian pinggang bawah

Gangguan ini sering di alami pada kehamilan yang sudah memasuki trimester III dan nyeri ini dirasakan pada saat ibu hamil menyeimbangkan berat tubuh serta berusaha untuk berdiri dengan tubuh condong ke belakang. Untuk mengurangi rasa nyeri pada bagian pinggang bisa melakukan gerakan senam hamil (Varney *et al.*, 2007).

5) Sesak nafas

Pada kehamilan yang sudah memasuki trimester III biasanya ibu sering mengeluh sesak nafas hal ini disebabkan oleh tekanan uterus yang membesar

menekan diafragma. Untuk mengatasi keluhan ini ibu hamil dianjurkan untuk lebih sering latihan pernafasan (Varney *et al.*, 2007).

f. Standar pelayanan *antenatal care* (ANC) pada kehamilan

Menurut JNPK-KR (2017), standar asuhan kehamilan yang sering disebut pelayanan *antenatal care*/ ANC antara lain:

1) Pengukuran berat badan dan tinggi badan

Jika pada ibu hamil normal penambahan berat badan (BB) dari trimester I hingga trimester III yaitu 9 -13,9 kg dari kenaikan berat badan setiap minggu yang tergolong normal 0,4 - 0,5 kg per minggu mulai dari trimester II. Indeks Masa Tubuh ibu hamil sebelum hamil ditentukan oleh berat badan ideal ibu setelah hamil. Dilakukannya pengukuran tinggi badan bertujuan untuk mendeteksi faktor risiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan rongga panggul.

2) Pengukuran Tekanan Darah

Pengukuran tekanan darah dilakukan setiap kali ibu melakukan kunjungan yang bertujuan untuk mengetahui standar tinggi, normal atau rendah. Tekanan darah normal adalah 120/80 mmHg, jika tekanan darah lebih tinggi atau sama 140/90 mmHg , kemungkinan akan termasuk faktor risiko hipertensi.

3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)

Pada saat kontak pertama dengan ibu hamil petugas wajib melakukan skrining pengukuran LILA. Pengukuran ini dilakukan untuk mengetahui status gizi pada ibu hamil tersebut. Jika ibu hamil memiliki lingkar lengan atas < 23,5 cm maka ibu hamil tersebut bisa di kategorikan menderita Kurang Energi Kronis (KEK). KEK dapat menyebabkan melahirkan bayi BBLR, kematian saat persalinan, perdarahan, persalinan yang sulit karena lemah dan mudah mengalami

gangguan kesehatan.

4) Pengukuran tinggi puncak rahim

Dilakukan pengukuran tinggi rahim bertujuan untuk melihat pertumbuhan janin apakah sudah sesuai dengan usia kehamilan atau tidak dengan menggunakan metode Mc. Donald. Metode Mc. Donald merupakan metode yang bisa menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan jika sudah mendapatkan hasil bisa dibandingkan dengan hasil anamnesis dari hari pertama haid terakhir dan mulai kapan gerakan janin bisa dirasakan. Umur kehamilan dan tinggi fundus uteri (TFU) harus sama dengan minggu yang dicantumkan pada HPHT.

5) Penentuan status imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Untuk selanjutnya petugas kesehatan jika diperlukan melakukan penyuntikkan tetanus toksoid sesuai dengan anjuran untuk melakukan pencegahan tetanus pada ibu hamil dan bayi, dan status imunisasi lengkap yaitu hingga TT5.

6) Pemberian tablet tambah darah

Pemberian tablet penambah darah bertujuan untuk mencegah terjadinya anemia serta memenuhi kebutuhan Fe pada ibu hamil dan nifas. Awal kehamilan ibu hamil dianjurkan minum 1 tablet tambah darah setiap hari minimal selama 90 tablet, menurut Direktorat Bina Kesehatan Ibu Kemenkes R.I (2013a), tablet zat besi sebaiknya di minum pada malam hari setelah makan atau sebelum tidur untuk mengurangi efek mual. Tablet zat besi ini baik di minum jika bersamaan dengan Vitamin C yang bertujuan untuk penyerapan dari tablet zat besi tersebut.

7) Tes Laboratorium

Tes golongan darah dilakukan untuk mengetahui golongan darah ibu untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan, tes hemoglobin (Hb) yang

fungsinya untuk mengetahui ibu hamil tersebut kekurangan darah atau tidak, pemeriksaan urin serta pemeriksaan darah untuk mengetahui HIV, Malaria dan Sifilis dan HBsAG. Pemeriksaan sifilis dilakukan dengan uji *nontreponemal*. Uji *nontreponemal* dibagi menjadi 2 yaitu:

- a) Uji *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL)
 - b) Uji *Rapid Plasma Reagin* (RPR)
- 8) Penentuan letak janin (presentasi kepala) dan perhitungan denyut jantung janin

Pada pemeriksaan Trimester III pada saat ibu hamil melakukan kunjungan antenatal yang tujuannya untuk mengetahui letak janin. Kemudian dilakukan pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ), denyut jantung janin normal yaitu 120 kali/ menit - 160 kali/menit. Jika DJJ kurang dari 120x/menit atau lebih dari 160x/menit menunjukkan adanya gawat jani segera lakukan rujukan.

- 9) Pelaksanaan temu wicara

Setelah dilakukan pemeriksaan lengkap, dilanjutkan pemberian komunikasi interpersonal dan konseling oleh tenaga kesehatan menjelaskan mengenai perawatan dalam kehamilan pada ibu untuk mengetahui , pencegahan kelainan bawaan, persalinan, inisiasi menyusui dini (IMD), nifas, perawatan bayi baru lahir, ASI Eksklusif, (KB) Keluarga Berencana serta Imunisasi pada bayi.

- 10) Tatalaksana atau mendapatkan pengobatan

Berdasarkan hasil pemeriksaan *antenatal* yang dilakukan setiap keluhan atau kelainan akan segera ditangani dengan di rujuk dengan sistem rujukan yang sesuai dengan standar.

g. Asuhan kebidanan trimester III

Menurut Kemenkes RI (2013c) ibu hamil dianjurkan melakukan kunjungan antenatal berkualitas minimal 4 kali, trimester I satu kali sebelum minggu ke-16, trimester II satu kali antara minggu ke-24-28, dan trimester III dua kali antara minggu 30-32 dan minggu 36-38. Pemeriksaan yang dilakukan pada trimester III yaitu:

- 1) Pemeriksaan keadaan umum, tekanan darah, suhu tubuh, berat badan, periksa gejala anemia, edema, tanda bahaya,
- 2) Pemeriksaan fisik obstetric seperti, tinggi fundus, pemeriksaan obstetri dengan maneuver Leopold, denyut jantung janin,
- 3) Pemeriksaan penunjang kadar Hb.

h. Persiapan persalinan dan kelahiran bayi

Menurut Kemenkes RI (2016a) Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) merupakan kegiatan dalam menghadapi kemungkinan terjadinya komplikasi pada saat hamil, bersalin dan nifas dengan menggunakan stiker P4K sebagai media pencatatan. Menurut Kemenkes RI (2016b) komponen dalam P4K yang harus dipersiapkan untuk persalinan adalah:

- 1) Tanggal perkiraan persalinan
- 2) Penolong persalinan
- 3) Biaya persalinan
- 4) Calon pendonor darah
- 5) Kendaraan atau transportasi untuk ke fasilitas kesehatan
- 6) Kebutuhan persalinan seperti perlengkapan ibu bersalin, perlengkapan bayi baru lahir, alat kebersihan, buku KIA dan alat komunikasi (bila ada).

7) Metode kontrasepsi yang dipilih setelah melahirkan.

2. Gawat janin

a. Definisi gawat janin

Gawat janin yaitu denyut jantung janin kurang dari 100 permenit atau lebih dari 180 permenit, diagnosis lebih pasti jika disertai air ketuban hijau dan kental/sedikit (Saifuddin, 2010). Menurut Kemenkes RI (2013a) gawat janin terjadi bila janin tidak menerima cukup oksigen sehingga terjadi hipoksia. Gawat janin dalam persalinan dapat terjadi bila persalinan berlangsung lama, induksi persalinan dengan oksitosin (kontraksi hipertonic), terjadi perdarahan atau infeksi dan insufisiensi plasenta (post term atau preeklampsia).

DJJ normal dapat melambat sewaktu his, dan segera kembali normal setelah relaksasi. DJJ cepat (lebih dari 180 permenit) yang disertai takhikardi ibu, bisa karena ibu demam, efek obat, hipertensi, atau amnionitis. Jika denyut jantung ibu normal, denyut jantung janin yang cepat sebaiknya dianggap sebagai tanda gawat janin (Saifuddin, 2010)

b. Tatalaksana gawat janin

Menurut Kemenkes RI (2013a) tatalaksana gawat janin yaitu:

- a) Bila sedang dalam infus oksitosin: segera hentikan infus, posisikan ibu berbaring miring ke kiri, berikan oksigen.
- b) Jika sebab dari ibu tidak diketahui dan DJJ tetap abnormal sepanjang paling sedikit 3 kontraksi, lakukan pemeriksaan dalam untuk mencari penyebab gawat janin

c) Jika DJJ tetap abnormal atau jika terdapat tanda-tanda lain gawat janin (mekonium kental pada cairan amnion) rencanakan persalinan dengan ekstraksi vakum atau cunam, atau seksio sesarea dan siapkan segera resusitasi neonatus.

3. Persalinan

a. Pengertian persalinan

Persalinan merupakan suatu proses membuka serta menipisnya serviks dan janin mulai turun menuju jalan lahir. Persalinan yaitu proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan umur kehamilan (37 - 42 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) serta berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu, (Varney *et al.*, 2007).

Menurut JNPK-KR (2017), ada lima aspek dasar atau lima benang merah yang penting dan saling berkaitan dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Aspek ini dilakukan pada setiap persalinan baik persalinan fisiologis maupun patologis meliputi:

1) Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan klinik yaitu suatu proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah serta menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien. Keputusan itu harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan. Keputusan klinik di dapatkan melalui serangkaian proses dan metode yang sistematis menggunakan informasi dan hasil dari olah kognitif dan intuitif serta dipadukan dengan kajian teoritis dan intervensi.

2) Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu merupakan asuhan yang menghargai budaya, keinginan sang ibu dan kepercayaan. Prinsip sayang ibu yaitu dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

3) Pencegahan infeksi

Pencegahan infeksi harus diterapkan dalam setiap setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatan lainnya dengan mengurangi infeksi karena bakteri atau jamur serta untuk menurunkan risiko penularan penyakit berbahaya seperti IMS, HIV/AIDS dan Hepatitis.

4) Pencatatan asuhan persalinan (rekam medik)

Pencatatan (pendokumentasian) 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 terpenting dari proses pencatatan selama persalinan.

5) Rujukan

Petugas kesehatan harus memiliki kesiapan untuk merujuk ibu dan bayi ke fasilitas kesehatan rujukan dengan optimal dan tepat waktu menjadi syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan. Untuk mengingat hal penting dalam persiapan rujukan ibu dan bayi meliputi BAKSOKUDA (Bidan, Alat, Keluarga, Surat, Obat, Kendaraan, Uang, dan Darah).

b. Fase dalam persalinan

Menurut JNPK-KR (2017), terdapat empat tahapan dalam persalinan meliputi:

1) Kala I

Dimulai dari setelah tercapai kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks dengan frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit, penipisan dan pembukaan serviks, intensitas, pengeluaran cairan lendir bercampur darah dan durasi yang cukup untuk menghasilkan pendataran dan dilatasi serviks mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Kala I persalinan dibagi menjadi dua fase laten dan fase aktif. Fase laten di mulai dari awal kontraksi yang membuat pembukaan dan penipisan serviks secara bertahap dan berlangsung (6 - 8 jam) ditandai dengan pembukaan serviks sampai 4 cm yang berkisar delapan jam dan fase aktif dimulai dari pembukaan 4 cm hingga pembukaan lengkap (10 cm) dalam yang berkisar selama 7 jam. Fase aktif terjadi penurunan bagian terbawah janin dan mencapai pembukaan lengkap dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) dan lebih dari 1 cm hingga 2 cm pada multipara serta kontraksi uterus yang semakin adekuat jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik. Pencatatan pada fase aktif kala I persalinan menggunakan partograf.

Dokumentasi pada kala I persalinan dengan menggunakan lembar observasi dan partograf. Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala I persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik. Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah untuk mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan, mendeteksi apakah proses persalinan

berjalan secara normal, dan sebagai data pelengkap terkait pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik pemantauan kemajuan persalinan (JNPK-KR, 2017).

Halaman depan partograf menginstruksikan observasi fase aktif persalinan dimulai dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil – hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan meliputi:

d) Informasi ibu tentang: nama, umur ibu, gravida, para abortus (keguguran), nomor catatan medik/nomor puskesmas, tanggal dan waktu mulai dirawat, waktu pecahnya selaput ketuban.

e) Kondisi Janin: Denyut Jantung Janin (DJJ), warna dan adanya air ketuban, penyusupan (molase) kepala janin.

f) Kemajuan persalinan: pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah atau presentasi janin, garis waspada dan garis bertindak, jam dan waktu, waktu mulainya fase aktif persalinan, waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian.

Kontraksi Uterus: frekuensi kontraksi dalam waktu 10 menit, lama kontraksi (dalam detik), obat-obatan dan cairan yang diberikan seperti oksitosin, obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan.

g) Kondisi Ibu: Nadi, tekanan darah, dan temperatur tubuh, Urine (volume, aseton, atau protein).

Tabel 1
Parameter Penilaian dan Intervensi selama Kala I

Parameter	Frekuensi pada kala I Fase Laten	Frekuensi pada Kala I Fase Aktif
1	2	3
Tekanan darah	Setiap 4 jam	Setiap 4 Jam
Suhu badan	Setiap 2 jam	Setiap 2 atau 4 jam
Nadi	Setiap 30-60 menit	Setiap 30-60 menit
DJJ	Setiap 30 menit	Setiap 30 menit
Kontraksi	Setiap 30 menit	Setiap 30 menit
*Pembukaan serviks	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
*Penurunan kepala	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
*Warna cairan *amnion	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam

Sumber: Kemenkes RI., Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan, 2013

Keterangan: *dinilai pada setiap pemeriksaan dalam.

2) Kala II

Kala II persalinan ditandai dengan adanya dorongan meneran yang dirasakan oleh ibu, tekanan pada anus, perineum menonjol dan vulva membuka. Tanda pasti kala II ditentukan melalui pemeriksaan dalam yaitu pembukaan serviks telah lengkap atau terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina, sehingga dapat diambil keputusan klinik untuk memimpin persalinan sesuai Asuhan Persalinan Normal (APN) 60 langkah (JNPK-KR, 2017).

Asuhan sayang ibu yang dapat diterapkan pada kala II persalinan yaitu menawarkan posisi bersalin sesuai dengan kenyamanan ibu, tidak melakukan episiotomi jika tidak ada indikasi, memberikan motivasi kepada ibu agar mampu melewati proses kelahiran bayinya dengan lancar, membimbing ibu meneran,

membersihkan perineum ibu, serta mencegah laserasi (JNPK-KR, 2017).

Pencegahan infeksi pada kala II persalinan dapat dilakukan dengan menggunakan alat perlindungan diri yang lengkap dan menjaga kebersihan vagina dan payudara ibu. Kondisi ibu, bayi dan kemajuan persalinan harus selalu dipantau secara berkala dan ketat selama berlangsungnya kala II persalinan.

Pencatatan atau dokumentasi asuhan yang dapat dipantau pada kala II persalinan diantaranya nadi ibu setiap 30 menit, frekuensi dan lama kontraksi selama 30 menit, DJJ setiap 5-10 menit, penurunan kepala bayi, warna cairan ketuban jika selaput ketuban sudah pecah, menentukan adanya presentasi majemuk atau tali pusat di samping atau terkemuka, putaran paksi luar segera setelah bayi lahir (JNPK-KR, 2017).

3) Kala III

Keputusan klinik yang dibuat dalam asuhan kala III persalinan yaitu melakukan manajemen aktif kala III yang bertujuan untuk membuat uterus berkontraksi lebih efektif sehingga dapat mencegah pendarahan. Asuhan dalam kala III persalinan menggunakan manajemen aktif kala III yaitu (JNPK-KR, 2017): Pemberian suntikan oksitosin 10 IU secara IM pada 1/3 paha bagian luar dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, melakukan penegangan tali pusat terkendali dengan tekanan dorsokranial selama uterus berkontraksi, dan melakukan massase fundus uteri selama 15 detik segera setelah plasenta lahir untuk menghasilkan kontraksi (JNPK-KR, 2017).

Asuhan sayang ibu dan bayi selama kala III persalinan yaitu dapat dilakukan dengan memfasilitasi bayi untuk Inisiasi Menyusu Dini (IMD) sehingga ibu dan bayi memiliki keterikatan satu sama lain melalui kontak skin to skin.

Memberikan dukungan selama persalinan dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan juga termasuk asuhan sayang ibu.

Pencegahan infeksi bertujuan melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, dan penolong persalinan dari risiko penularan penyakit yang menular. Pencegahan infeksi dalam asuhan persalinan kala III dapat dilakukan dengan memakai sarung tangan steril dan mengenakan alat perlindungan diri yang dapat melindungi petugas terhadap percikan yang dapat mengontaminasi dan menularkan penyakit. Pencegahan infeksi tersebut, tidak hanya bagi penolong persalinan, melainkan juga terhadap ibu dan bayi (JNPK-KR, 2017).

Pendokumentasian asuhan kala III dapat dicatat pada lembar partograf bagian belakang dan pada catatan perkembangan ibu dan bayi. Rujukan yang tepat waktu dapat mendukung asuhan sayang ibu dalam mencapai keselamatan ibu dan bayi baru lahir. Sebagian besar ibu akan mengalami persalinan fisiologis namun sekitar 10-15% diantaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran bayi sehingga perlu dilakukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih memadai. Rujukan yang dilakukan saat kala III persalinan yaitu jika ibu maupun bayi mengalami penyulit seperti retensio plasenta dan asfiksia pada bayi (JNPK-KR, 2017).

4) Kala IV

Serangkaian asuhan yang perlu dilakukan dalam menentukan keputusan klinik dalam asuhan kala IV persalinan yaitu memperkirakan kehilangan darah, memantau tanda-tanda vital, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri, dan kandung kemih. Pemantauan tersebut dilakukan setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada 1 jam kedua. Perdarahan menyebabkan ibu lemas, pusing

dan kesadaran menurun, bila ibu mengalami syok hipovolemik maka ibu telah kehilangan darah 50% dari total jumlah darah ibu (JNPK-KR 2017).

Asuhan sayang ibu dan bayi selama kala IV persalinan yaitu dengan menganjurkan ibu berdekatan dengan bayinya, membimbing menyusui, membantu memenuhi nutrisi dan cairannya, serta menganjurkan suami dan keluarga untuk mendampingi ibu dan bayi. Pencegahan infeksi pada kala IV persalinan dapat dilakukan dengan melakukan dekontaminasi alat-alat persalinan yang digunakan dalam larutan klorin 0,5 % selama 15 menit, menangani peralatan tajam dengan aman, mencuci tangan, dan menjaga kebersihan dan sanitasi lingkungan khususnya di ruang bersalin (JNPK-KR 2017).

Pendokumentasian asuhan kala IV persalinan dicatat di lembar belakang partograf dan pada catatan perkembangan ibu. Rujukan dilakukan jika terjadi komplikasi pada ibu maupun janin. Derajat luka laserasi ada 4 derajat yang menyebabkan perdarahan dari laserasi atau robekan perinium dan vagina (JNPK-KR 2017). Derajat satu meliputi robekan pada mukosa vagina, komisura posterior serta kulit perinium. Robekan derajat dua meliputi mukosa vagina, komisura posterior, kulit perinium serta otot perinium. Robekan derajat tiga meliputi laserasi derajat dua hingga otot sfingter ani dan terakhir robekan derajat empat hingga dinding depan rektum. Rujukan dilakukan jika robekan sampai pada derajat tiga dan empat (JNPK-KR 2017).

c. Faktor – faktor yang mempengaruhi persalinan

Faktor yang mempengaruhi persalinan yang sering disebut dengan 5 P, JNPK-KR (2017), meliputi:

- 1) Tenaga (*power*) meliputi:
 - a) Kekuatan primer yaitu kontraksi involuter yaitu frekuensi, waktu antara awal suatu kontraksi dan awal kontraksi berikutnya, durasi, dan intensitas (kekuatan kontraksi).
 - b) Kekuatan sekunder yaitu segera setelah bagian bawah janin mencapai panggul, sifat kontraksi berubah yakni bersifat mendorong keluar, dan ibu merasa ingin mencedan. Usaha untuk mendorong ke bawah inilah yang disebut dengan kekuatan sekunder.
 - 2) Jalan Lahir (*Passage*) yaitu panggul ibu, yang meliputi tulang yang padat, dasar panggul, vagina, introitus (lubang luar vagina).
 - 3) *Passenger* yang meliputi janin dan plasenta
 - 4) Faktor psikologis ibu yaitu pengalaman sebelumnya, kesiapan emosional terhadap persiapan persalinan, dukungan dari keluarga maupun lingkungan yang berpengaruh terhadap proses persalinan.
 - 5) Faktor posisi ibu, mengubah posisi membuat rasa letih hilang, member rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi.
- d. Perubahan fisiologis dan psikologis ibu selama persalinan
- 1) Perubahan fisiologis ibu selama persalinan

Perubahan fisiologis yang di alami ibu selama persalinan (Varney *et al.*, 2007), diantaranya meliputi:

- a) Tekanan darah, selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Nyeri, rasa takut, dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah.

- b) Metabolisme, peningkatan aktivitas metabolik terlihat dari peningkatan suhu tubuh 0,5 – 1 °C, denyut nadi, pernafasan, curah jantung, dan cairan yang hilang.
- c) Perubahan pada ginjal, poliuria sering terjadi selama persalinan diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal.
- d) Perubahan pada saluran pencernaan, 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.

2) Perubahan psikologi pada ibu bersalin

Perubahan psikologi pada ibu bersalin, perubahan psikologis keseluruhan seorang wanita yang sedang mengalami persalinan sangat bervariasi. Salah satu upaya untuk pemenuhan kebutuhan psikologis wanita dalam persalinan dengan membarikan asuhan sayang ibu (Varney *et al.*, 2007).

4. Persalinan dengan Ketuban Pecah Dini

a. Definisi Ketuban Pecah Dini

Menurut Kemenkes RI (2013a) Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan atau dimulainya tanda inpartu.

b. Diagnosis dan komplikasi ketuban pecah dini

Menurut Kemenkes RI (2013a) diagnosa ketuban pecah dini dapat ditegakan berdasarkan hasil anamnesis dimana pasien merasa keluar cairan secara tiba-tiba, kemudian dilakukan satu kali pemeriksaan inspekulo dengan spekulum steril untuk melihat adanya cairan yang keluar dari serviks atau menggenang di fornix posterior dan jika tidak ada, gerakkan sedikit bagian terbawah janin, atau minta

ibu untuk mengedan/batuk. Pastikan bahwa Cairan tersebut adalah cairan amnion dengan memperhatikan:

- a) Bau cairan ketuban yang khas.
- b) Tes Nitrazin: lihat apakah kertas lakmus berubah dari merah menjadi biru dan perhatikan bahwa darah, semen, dan infeksi dapat menyebabkan hasil positif palsu
- c) Gambaran pakis yang terlihat di mikroskop ketika mengamati sekret servikovaginal yang mengering.
- d) Tidak ada tanda-tanda in partu.

Komplikasi yang paling sering terjadi pada ibu dengan KPD adalah korioamnionitis dengan atau tanpa sepsis dan menyebabkan infeksi pada ibu dan bayi. Risiko pada bayi dengan KPD yaitu infeksi, gawat janin, dan persalinan traumatik (Lowing dkk., 2015).

c. Faktor resiko ketuban pecah dini

Menurut Kemenkes RI (2013a) faktor resiko ketuban pecah dini yaitu adanya riwayat ketuban pecah dini pada kehamilan sebelumnya, infeksi traktus genital, perdarahan antepartum dan merokok.

d. Tatalaksana pada ketuban pecah dini

Menurut Kemenkes RI (2013a) tatalaksana pada ketuban pecah dini:

- a) Usia kehamilan > 34 minggu: Lakukan induksi persalinan dengan oksitosin bila tidak ada kontraindikasi.
- b) Usia kehamilan 24-33 minggu: Bila terdapat amnionitis, abrupsi plasenta, dan kematian janin, lakukan persalinan segera. Berikan deksametason 6 mg IM tiap 12 jam selama 48 jam atau betametason 12 mg IM tiap 24 jam selama 48 jam. Lakukan pemeriksaan serial untuk menilai kondisi ibu dan janin.

c) Usia kehamilan < 24 minggu: Pertimbangan dilakukan dengan melihat risiko ibu dan janin. Lakukan konseling pada pasien, terminasi kehamilan mungkin menjadi pilihan dan jika terjadi infeksi (korioamnionitis) lakukan tatalaksana korioamnionitis.

5. Persalinan *sectio caesarea*

a. Pengertian *Sectio Caesarea* (SC)

Sectio Caesarea (SC) adalah jenis persalinan dengan tindakan yang membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. SC merupakan persalinan buatan yang melahirkan janin melalui insisi pada dinding perut dan dinding uterus dengan syarat uterus dalam keadaan utuh dan berat janin diatas 500 gram (Oxorn dkk., 2010).

b. Indikasi *Sectio Caesarea*

Indikasi SC pada ibu meliputi, disproporsi kepala panggul (CPD), ancaman rupture uteri, partus lama (prolong labor), tidak ada kemajuan/kemajuan persalinan normal terbatas, preeklampsia dan hipertensi, induksi persalinan gagal. Sedangkan indikasi SC pada janin yaitu, janin besar, gawat janin, kelainan letak janin, hidrocephalus (Oxorn dkk., 2010).

c. Persiapan sebelum dilakukan *sectio caesarea*

Menurut Saifuddin (2009), persiapan yang dilakukan sebelum tindakan *sectio caesarea* yaitu:

1. Kaji ulang indikasi, periksa kembali apakah persalinan pervaginam tidak memungkinkan. Periksa kembali DJJ dan presentasi janin.

2. Cek kemungkinan adanya riwayat alergi dan riwayat medis lain yang

diperlukan

3. Melakukan informed consent kepada suami atau salah satu keluarga pasien untuk melengkapi surat persetujuan tindakan medis.

4. Memberikan pendidikan kesehatan sebelum dilakukan *sectio caesarea*

5. Persiapan diet atau puas dan kulit

6. Pemenuhan cairan

7. Pemasangan kateter

8. Pemberian antibiotik

9. 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)

- d. Perawatan post *sectio caesarea*

1. Kaji tekanan darah, nadi, pernapasan, warna kulit maternal setiap 15 menit sampai stabil, ukur suhu setiap dua jam, setiap 30 menit kaji rembesan dari luka operasi, kontraksi uterus, pengeluaran darah dan pantau keseimbangan cairan (Medforth, 2011)

2. Mobilisasi

Pasien dapat miring kanan dan kiri pada 6 jam pasca operasi, kemudian dapat duduk pada 8 – 12 jam pasca operasi (bila tidak ada kontraindikasi anastesi) serta berjalan dalam waktu 24 jam pasca operasi (Saifuddin, 2010).

3. Fungsi gastrointestinal

Fungsi gastrointestinal pada pasien obstetric yang tindakannya tidak terlalu berat akan kembali normal dalam waktu 6 jam, berikan pasien diet cair.

Bila peristaltic baik dan pasien dapat flatus mulai berikan makanan padat. Pemberian infuse diteruskan sampai pasien dapat minum dengan baik. 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. (Saifuddin, 2010).

4. Pembalutan dan perawatan luka

Penutup luka harus dipertahankan selama hari pertama setelah pembedahan untuk mencegah infeksi selama proses proses reepitelisasi berlangsung, pantau keluarnya cairan dan darah. Luka harus dijaga tetap kering dan bersih sampai di perbolehkan pulang dari rumah sakit. Melepaskan jahitan kulit 5 hari setelah pembedahan (Saifuddin, 2010).

5. Perawatan fungsi kandung kemih

Pemakaian kateter dibutuhkan pada prosedur bedah, 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 (Saifuddin, 2010).

6. Rawat gabung

Pasien dapat rawat gabung dengan bayi dan memberikan ASI. Ibu dan bayi harus tidur dalam satu ruangan selama 24 jam. Idealnya BBL ditempatkan di tempat tidur yang sama dengan ibunya sehingga bayi bisa menyusu sesering mungkin (Kemkes RI, 2010). Menurut Prawirohardjo (2011) rawat gabung bayi baru lahir dengan *sectio caesarea* yang menggunakan pembiusan umum, rawat gabung dilakukan setelah ibu dan bayi sadar, misalnya 4-6 jam setelah operasi.

Apabila pembiusan secara spinal, bayi dapat segera disusui. Syarat usia kehamilan > 34 minggu dan berat lahir > 1800 gram, refleks menelan dan mengisap sudah baik, tidak ada kelainan kongenital dan trauma lahir.

7. Memulangkan pasien

Dua hari paska *sectio caesarea* tanpa komplikasi bisa pulang. Berikan intruksi mengenai perawatan luka, dimintan untuk control 7 hari pasien pulang.

e. Penyulit post *sectio caesarea*

Penyulit post SC menurut Kemenkes RI (2018) yaitu infeksi nifas, perdarahan akibat atonia uteri, trauma kandung kemih, resiko ruptur uteri pada kehamilan, dan trauma persalinan.

6. Nifas

a. Pengertian nifas

Masa nifas adalah masa dari bayi lahir, kelahiran plasenta dan selaput ketuban sampai kembalinya sistem reproduksi wanita pada kondisi sebelum hamil, pada periode masa nifas ini berlangsung selama 6 minggu (Varney *et al.*, 2007). Menurut (Kemenkes RI, 2018) memaparkan tahapan pada masa nifas adalah sebagai berikut:

1) Periode *immediate postpartum* yaitu masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini merupakan fase kritis, sering terjadi insiden perdarahan postpartum karena atonia uteri. Bidan perlu melakukan pemantauan secara kontinu, yang meliputi; kontraksi uterus, pengeluaran lokia, kandung kemih, tekanan darah dan suhu.

2) Periode *early postpartum* (>24 jam-1 minggu) yaitu bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lokia tidak berbau

busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3) Periode late postpartum (>1 minggu-6 minggu) yaitu bidan tetap melakukan asuhan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling perencanaan KB.

4) Remote puerperium yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki penyulit atau komplikasi.

b. Perubahan fisiologis dan psikologis masa nifas

Perubahan fisiologis yang terjadi pada masa nifas (Varney *et al.*, 2007), antara lain:

1) Perubahan Involusi

Involusi uterus adalah perubahan yang merupakan proses kembalinya alat kandung atau uterus dan jalan lahir setelah bayi dilahirkan hingga mencapai keadaan seperti sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram.

Tabel 2
Perubahan uterus selama masa nifas

Involusi	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Plasenta lahir	± 3 jari bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat simfisis	500 gram
Involusi	TFU	Berat Uterus
2 minggu	Tidak teraba di atas simfisis	300 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram

(Sumber: Varney *et al.*, 2007)

2) *Lochea*

Lochea adalah cairan secret yang keluar melalui vagina dan mengandung sisa jaringan uterus meliputi:

- a) *Lochea rubra*, merupakan darah yang keluar pada hari ke 1- 4 setelah post partum, berwarna merah berisi darah segar terang sampai merah tua yang mengandung jaringan desidua.
- b) *Lochea sanguinolenta*, yaitu cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir, yang berlangsung dari hari ke- 4 sampai ke- 7 *postpartum*.
- c) *Lochea serosa*, pengeluaran secret pada hari ke 7-14 yang berwarna kuning kecoklata dan mengandung cairan serosa, jaringan desidua, leukosit serta eritrosit.
- d) *Lochea alba*, selaput lendir serviks serta serabut jaringan mati. Dapat dimulai pada hari ke – 14 kemudian makin lama semakin sedikit hingga sama sekali berhenti sampai 1 atau 2 minggu.

3) Laktasi

Laktasi adalah keseluruhan proses menyusui mulai dari ASI di produksi sampai proses bayi menghisap dan menelan ASI. Maka laktasi mempunyai tujuan meningkatkan pemberian ASI eksklusif dan meneruskan pemberian ASI sampai anak umur 2 tahun secara baik dan benar serta anak mendapatkan kekebalan tubuh secara alami.

c. Tanda bahaya masa nifas

Beberapa tanda bahaya yang mungkin dapat dialami pada masa nifas seperti: pendarahan lewat jalan lahir, keluar cairan berbau dari jalan lahir, bengkak di wajah, tangan dan kaki, atau sakit kepala dan kejang-kejang, demam lebih dari dua hari, payudara bengkak, merah disertai rasa sakit, ibu terlihat sedih, murung

dan menangis tanpa sebab (Kemenkes RI, 2016).

d. Perubahan psikologi pada masa nifas

Menurut (Varney *et al.*, 2007), proses adaptasi psikologi masa nifas dibagi menjadi 3 yaitu:

1) Fase *Taking In*, ini adalah fase ketergantungan yang terjadi pada hari pertama sampai kedua setelah melahirkan, Ibu akan memfokuskan energinya pada perhatian tubuhnya sendiri sehingga mengharapkan segala kebutuhannya terpenuhi oleh orang lain. Ibu merasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya atau dampak kritikan suami dan keluarga tentang perawatan bayinya.

2) Fase *Taking Hold*, merupakan fase ketergantungan dan ketidakgantungan yang berlangsung selama 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir atas ketidakmampuannya merawat anak, gampang tersinggung dan tergantung pada orang lain terutama dukungan keluarga sehingga ibu mulai berinisiatif merawat dirinya sendiri dan bayinya.

3) Fase *Letting Go*, adalah periode saling ketergantungan yang berlangsung selama 10 hari setelah melahirkan. Kini keinginan merawat dirinya dan bayinya semakin meningkat dan menerima tanggung jawab perawatan bayi dan memahami kebutuhan bayinya.

e. Kebutuhan ibu selama masa nifas

1) Nutrisi

Asupan kalori ibu nifas perlu mendapatkan tambahan 500 kalori tiap hari. Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari, dan 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari. Ibu nifas yang menyusui konsumsi tambahan protein dan energi meliputi umur bayi 0-6 bulan

membutuhkan 700 kalori dan 16 gram protein. Menyusui bayi umur 7-12 bulan 500 kalori dan 12 gram protein. Ibu nifas perlu mengonsumsi konsumsi Vitamin A 200.000 iu segera setelah melahirkan dan pada hari kedua jarak minum kapsul pertama dengan kedua minimal 24 jam (Varney *et al.*, 2007).

2) Kebersihan diri

Membersihkan daerah vulva dari depan ke belakang setelah buang air kecil atau besar dengan sabun dan air. Mengganti pembalut dua kali sehari, mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelamin, menghindari menyentuh daerah luka episiotomi atau laserasi (Kementerian Kesehatan R.I, 2017).

3) Istirahat

Beristirahat yang cukup dan kembali melakukan rutinitas rumah tangga secara bertahap (Kementerian Kesehatan R.I, 2017).

4) Eliminasi

Pengeluaran air seni akan meningkat 12 jam setelah melahirkan. Buang air besar akan sulit karena ketakutan rasa sakit, takut jahitan terbuka atau karena adanya hemoroid. Kesulitan ini dapat dibantu dengan mobilisasi dini, mengonsumsi makanan berserat, dan cukup minum (Bobak *et al.*, 2005).

5) *Exercise*

Aktivitas gerak bagi ibu hamil sangat diperlukan karena dapat meningkatkan kebugaran. Senam hamil dilakukan bertujuan untuk membantu ibu mengatasi kecemasan, melatih pernafasan menjelang persalinan dan melancarkan sirkulasi darah. Mengajarkan latihan untuk otot perut dan panggul, menarik otot perut bagian bawah selagi menarik napas dalam posisi tidur terlentang dengan

lengan di samping, tahan nafas sampai hitungan 5, angkat dagu ke dada, ulangi sebanyak 10 kali. berdiri dengan kedua tungkai dirapatkan. Tahan dan kecangkan otot pantat, pinggul sampai hitungan 5, ulangi sebanyak 5 kali (Kementerian Kesehatan R.I, 2013a).

6) Metode kontrasepsi

Pada pemilihan alat kontrasepsi harus mempertimbangkan sebelum 42 hari masa nifas. Jika ibu ingin memberikan ASI Eksklusif terhadap anaknya ibu bisa menggunakan Metode Amenore Laktasi (MAL). Ibu juga bisa memilih alat kontrasepsi kondom (Kementerian Kesehatan R.I, 2017).

f. Standar pelayanan pada masa nifas

Pelayanan nifas yang menurut Kementerian Kesehatan RI (2017), asuhan yang dapat dilakukan pada masa nifas yaitu pelayanan kesehatan ibu nifas dilaksanakan minimal 3 kali yaitu:

1) KF 1 (6 jam – 3 hari setelah pasca melahirkan)

Kunjungan nifas yang ke-1 diberikan pada 6 jam pertama sampai 3 hari setelah persalinan. Asuhan yang diberikan berupa pemeriksaan tanda-tanda vital, pemantauan jumlah darah yang keluar dari vagina, pemeriksaan payudara dan anjuran ASI Eksklusif 6 bulan, pemberian kapsul Vitamin A 200.000 IU segera setelah melahirkan dan pemberian dosis kedua pada 24 jam setelah melahirkan, minum tablet tambah darah setiap hari, dan pelayanan KB pasca persalinan.

2) KF 2 (hari ke-4 sampai 28 hari pasca persalinan)

Kunjungan nifas ke-2 diberikan pada hari ke-4 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 6 bulan, minum tablet tambah darah setiap hari, dan pelayanan KB pasca persalinan.

3) KF 3 (hari ke -29 sampai 42 hari setelah melahirkan)

Kunjungan nifas ke-3 dilakukan hari ke-29 sampai hari ke-24 setelah persalinan. Asuhan yang diberikan yaitu pelayanan sama dengan asuhan KF 2.

7. Bayi usia 0 – 42 hari

a. Asuhan bayi baru lahir

Menurut Saifuddin (2010), bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari usia kehamilan 37 sampai 42 minggu dengan berat badan lahir 2500 – 4000 gram. Penilaian awal pada bayi baru lahir meliputi bayi cukup bulan, bayi menagis atau bernafas dan tonus otot bayi baik (JNPK-KR, 2017).

b. Adaptasi bayi baru lahir terhadap lingkungan luar

1) Perubahan suhu tubuh

Bayi baru lahir dapat mengalami kehilangan panas melalui empat mekanisme yaitu evaporasi, konduksi, konveksi dan radiasi. Oleh karena itu, segera setelah lahir kehilangan panas pada bayi harus dicegah (JNPK-KR, 2017).

2) Perubahan sistem peredaran darah

Saat dilakukan klem tali pusat terjadi peningkatan volume darah yang cepat yang menekan vaskularisasi jantung dan paru. Frekuensi nadi cenderung tidak stabil, nadi BBL normal yaitu 120–160 kali/menit (Kemenkes RI, 2016b).

3) Sistem endokrin.

Bayi baru lahir masih berkaitan dengan hormon ibu saat hamil. BBL sering mengalami *pseudomenstruasi* dan *breast* (Kemenkes RI, 2016b).

4) Perubahan sistem gastrointestinal

Kapasitas lambung 6 ml/Kg saat lahir tapi bertambah sekitar 90 ml pada hari pertama kehidupan. Udara masuk ke saluran gastrointestinal setelah lahir dan bising usus terdengar pada jam pertama. BBL yang memiliki kadar glukosa stabil 50–60mg/dl (jika dibawah 40mg/dl hipoglikemi) (Kemenkes RI, 2016b).

5) Perubahan berat badan dan tinggi badan

Panjang bayi baru lahir normal adalah 48-52 cm. Kebanyakan bayi baru lahir akan kehilangan 5-10% berat badannya selama beberapa hari kedepan karena urine, tinja, dan cairan diekskresi melalui paru-paru dan arena asupan bayi. Bayi memperoleh berat badannya semula pada hari ke-10 sampai 14 (Bobak *et al.*,2005).

6) Perubahan sistem pernapasan

Bayi saat jam pertama sering disebut periode reaktivitas. *Respirasi Rate* BBL normal 30–60x/menit (Kemenkes RI, 2016b).

c. Penanganan awal bayi dengan gawat janin

Segera setelah bayi lahir, jaga kehangatan bayi dan lakukan penilaian bayi yaitu untuk menjawab usia gestasi cukup bulan, warna ketuban, nafas dan tangan bayi, tonus otot bayi. Asuhan bayi baru lahir normal diberikan pada bayi dengan kondisi umur cukup bulan, air ketuban jernih, bayi menangis, dan tonus otot baik (JNPK-KR, 2017). Tim persalinan harus bekerjasama dengan tim neonatus memastikan neonatus neonatus telah stabil dan dipindahkan ke ruang perawatan bayi dan ersiapkan untuk resusitasi pada BBL. Penilaian status sirkulasi neonatus khusus yaitu penilaian kehilangan volume perinatal, waktu pengisian ulang kapiler, denyut nadi, jumlah urine, pH darah dan nilai hematokrit (Kemenkes,

2010).

d. Standar asuhan kebidanan pada bayi baru lahir

Perawatan bayi baru lahir menurut (JNPK-KR, 2017), yaitu sebagai berikut:

- 1) Penilaian yaitu apakah bayi cukup bulan, air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium, bayi menangis atau bernafas, tonus otot bayi baik.
- 2) Asuhan bayi baru lahir.
 - a) Jaga bayi tetap hangat,
 - b) Bersihkan jalan napas (bila perlu),
 - c) Keringkan dan jaga bayi tetap hangat,
 - d) Potong dan ikat tali pusat, kira-kira 2 menit setelah lahir,
 - e) Segera lakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD),
 - f) Beri salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata,
 - g) Beri suntikan Vitamin K1 1 mg secara IM, di paha kiri anterolateral setelah IMD,
 - h) Beri imunisasi Hepatitis B0 (HB-0) 0,5 ml, intramuskular, di paha kanan anteroleteral, diberikan kira-kira 1-2 jam setelah pemberian Vitamin K1,
 - i) Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik.

3) Perawatan bayi baru lahir 6 jam

Asuhan yang diberikan kepada bayi baru lahir pada 6 jam pertama yaitu pemeriksaan fisik lengkap mulai dari pengukuran tanda – tanda vital, lingkar kepala, lingkar 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 serta memnadikan bayi apabila suhu tubuh normal (JNPK-KR, 2017).

e. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

IMD adalah proses membiarkan bayi dengan nalurinya menyusu segera setelah melahirkan paling sedikit satu jam, dan bersamaan dengan kontak kulit ibu dengan kulit bayinya. Segera setelah bayi lahir lakukan penilaian, jika bayi stabil dan tidak memerlukan resusitasi, keringkan tubuh bayi tanpa menghilangkan verniks dan hindari mengeringkan punggung tangan bayi. Lakukan segera kontak kulit ibu dan bayi paling sedikit satu jam (Kemenkes RI, 2010). Manfaat IMD untuk ibu yaitu menurunkan risiko perdarahan dan untuk bayi yaitu mencegah kehilangan panas dan mengurangi infeksi dengan kolostrum (JNPK-KR, 2017).

f. Perubahan fisiologis pada neonatus meliputi:

1) Sistem Pernafasan

Sistem pernafasan, upaya rangsangan nafas pertama pada bayi berfungsi untuk mengeluarkan cairan (surfaktan) dalam paru-paru untuk pertama kali. Setelah pernafasan mulai berfungsi, nafas bayi menjadi dangkal dan tidak teratur (bervariasi 30-60 kali per menit) disertai *apneu* singkat (kurang dari 15 detik). Neonatus biasanya bernafas melalui hidung (Bobak *et al.*, 2005).

2) Sistem Gestasional

Neonatus memiliki kemampuan untuk mencerna karbohidrat, lemak, dan protein yang diatur oleh beberapa enzim kecuali enzim *amylase*. Enzim *lipase* diperlukan untuk mencernas lemak. Oleh karena itu, neonatus 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 *et al.*, 2005).

3) Sirkulasi Darah

Nafas pertama pada neonatus mengakibatkan perubahan tekanan pada arteri kiri dan kanan mengakibatkan tertutupnya *faramenovale*. Selain itu, tindakan mengklem dan memotong tali pusat mengakibatkan arteri umbilikus, vena umbilicus, dan duktus venosus segera menutup dan menjadi ligamentum (Bobak *et al.*, 2005).

4) Termoregulasi

Neonatus memiliki kecendrungan 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 sekitar tulang belakang bagian atas, klavikula, sternum, ginjal dan pembuluh darah besar (Varney *et al.*, 2007).

g. Standar pelayanan pada neonatus

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2017), memaparkan pelayanan yang dapat diberikan untuk neonatus yaitu:

- 1) Asuhan yang diberikan pada kunjungan neonatus menurut (Kemenkes R.I, 2017) yaitu:
 - a) Pemeriksaan berat badan
 - b) Pengukuran panjang badan
 - c) Pengukuran suhu badan
 - d) Memeriksa kemungkinan penyakit berat
 - e) Frekuensi nafas

- f) Frekuensi denyut jantung janin
- g) Memeriksa adanya diare
- h) Memeriksa ikterus/bayi kuning
- i) Pemberian imunisasi BCG dan polio 1
- h. Asuhan pada neonatus

Menurut Kementerian Kesehatan R.I (2010), asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir hingga memasuki periode neonatus meliputi:

- 1) KN 1 kunjungan neonatal pertama dilakukan dari 6 jam sampai 48 jam setelah lahirnya bayi, asuhan yang diberikan adalah menjaga kehangatan tubuh bayi, memberikan ASI Eksklusif, pencegahan infeksi, perawatan mata, perawatan tali pusat, injeksi Vitamin K, dan imunisasi Hepatitis B.
- 2) KN 2 kunjungan neonatal kedua dilakukan pada hari ke-3 sampai 7 hari setelah bayi lahir. Asuhan yang diberikan adalah menjaga kehangatan tubuh bayi, memberikan ASI Eksklusif, memandikan bayi perawatan tali pusat, dan imunisasi.
- 3) KN 3 kunjungan neonatal ketiga dilakukan pada hari ke-8 sampai 28 hari lahir. Asuhan yang diberikan kepada bayi adalah memeriksa tanda bahaya dan gejala sakit, menjaga kehangatan tubuh bayi, memberikan ASI Eksklusif, dan imunisasi.

- i. Asuhan pada bayi umur 29 hari hingga 42 hari

Menurut (Kemenkes RI, 2017) tolak ukur dari kemajuan pertumbuhan adalah berat badan dan panjang badan serta lingkar kepala. Perkembangan pada bayi umur 1 bulan yaitu bayi sudah bisa menatap ke ibu, mengoceh dengan spontan, tersenyum, menggerakkan tangan dan kaki., selain itu kebutuhan gizi yang dapat diberikan yaitu dengan pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif selama

6 bulan. Asuhan yang dapat diberikan pada kurun waktu ini yaitu pemberian imunisasi berupa BCG dan Polio 1 pada saat bayi berumur di bawah 2 bulan. Ibu dan keluarga dapat melakukan asuhan kepada bayi untuk melatih perkembangan bayi dengan cara menimang bayi dengan penuh kasih sayang, menggantung benda berwarna yang dapat dilihat oleh bayi, mengajak bayi untuk berbicara, dan mendengarkan musik kepada bayi (Kemenkes RI, 2017).

i. Deteksi dini penyimpangan pertumbuhan

Deteksi dini penyimpangan pertumbuhan dilakukan untuk mendeteksi status gizi, *stunting*, serta *macro / microcephal* dan normal pada bayi. Bayi usia 29 – 42 hari berat badan akan meningkat 150 – 200g/mg, tinggi badan 23,5 cm per bulan, lingkar kepala 1,5 cm per bulan. Besarnya kenaikan seperti ini akan berlangsung sampai bayi berumur 6 bulan (Kementerian Kesehatan R.I, 2017)

j. Deteksi dini penyimpangan perkembangan

Bayi usia 1 bulan memiliki kemampuan melihat untuk mengikuti gerakan dalam rentang 90 derajat, dapat melihat orang secara terus-menerus, dan kelenjar air mata sudah mulai berfungsi. Bayi sudah dapat merespon terhadap bunyi yang keras dengan reflek. Perkembangan bayi umur 1 bulan meliputi perkembangan motorik kasar yaitu tangan dan kaki bergerak aktif, perkembangan motorik halus yaitu kepala bayi dapat menoleh ke samping, perkembangan komunikasi/bahasa yaitu bayi mulai bereaksi terhadap bunyi lonceng dan bayi mengeluarkan suara o...o, tersenyum, perkembangan sosial dan kemandirian yaitu bayi dapat menatap wajah ibu (Kementerian Kesehatan R.I 2017).

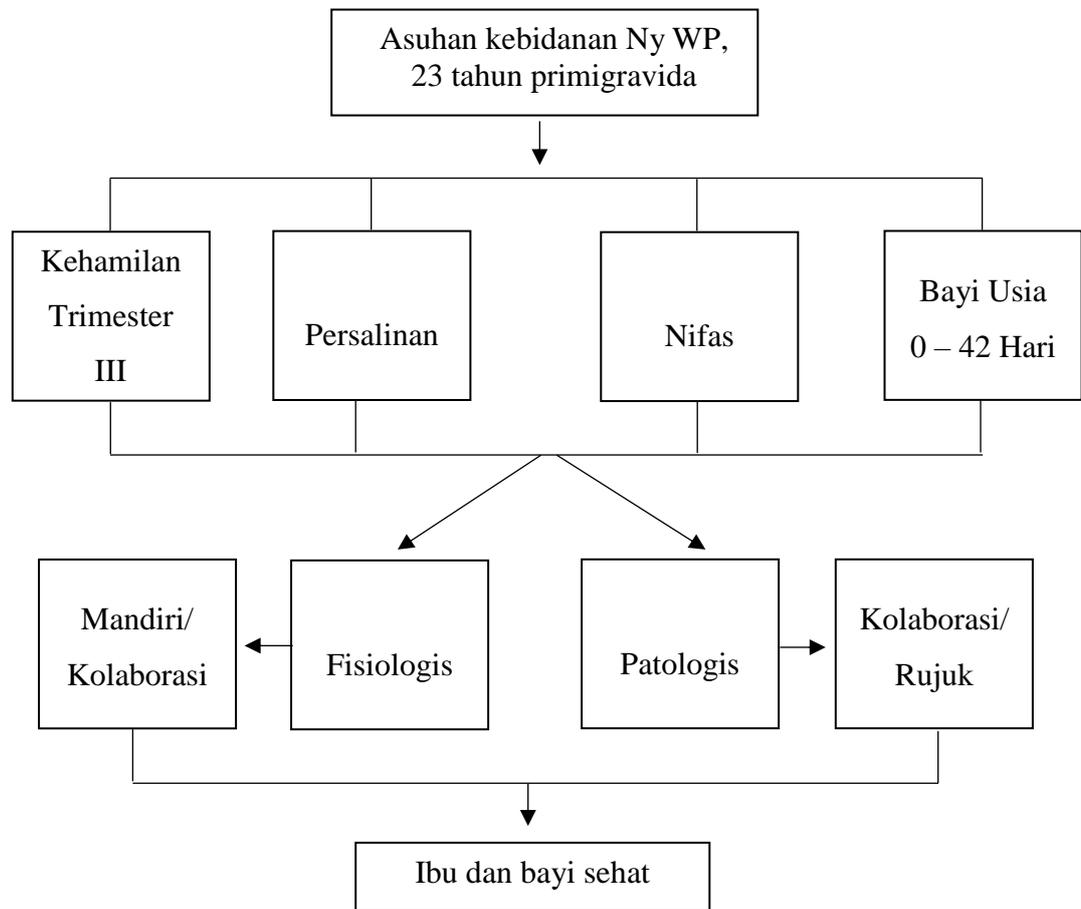
k. Kebutuhan gizi

Kebutuhan gizi pada bayi cukup terpenuhi dari ASI saja (ASI Eksklusif). Berikan ASI yang pertama keluar dan berwarna kuning (kolostrum). Jangan berikan makanan/ minuman tambahan selain ASI. Susui bayi sesering mungkin, paling sedikit delapan kali sehari. Susui dengan payudara kanan dan kiri.

l. Imunisasi BCG dan Polio 1

Imunisasi BCG dan Polio 1 diberikan pada bayi umur 0 – 1 bulan dari kelahiran. Vaksin BCG bertujuan untuk mencegah penyakit *tuberculosis*/ TBC yang berat. Vaksin polio untuk mencegah penyakit polio yang dapat menyebabkan layuh pada tungkai dan tangan.

B. Kerangka Konsep



Gambar 1. Bagan Kerangka Konsep Asuhan Kebidanan Ny “WP” Pada Usia Kehamilan 32 Minggu 2 Hari Sampai Dengan 42 Hari Masa Nifas