BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kajian Teori

1. Konsep asuhan kebidanan

a. 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, 2010).

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 denganrujukan.

c. 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 pertambahan 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 ibu melahirkan bayi berat badan lahir rendah (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 tersebut merupakan metode yang bisa menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan jika sudah mendapatkan hasil bisa dibandingkan dengan hasil anamesis 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 Hari Pertama Haid Terakhir (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 RI, (2013) 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) dilakukan pada kehamilan trimester I dan trimester III yang fungsinya untuk mengetahui ibu hamil tersebut kekurangan darah atau tidak, pemeriksaan urin serta pemeriksaan darah untuk mengetahui *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), Malaria dan Sifilis dan *Hepatitis B Surface Antigen* (HBsAG). Pemeriksaan sifilis dilakukan dengan uji *nontreponem*al. Uji *nontreponem*al 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 pemeriksan 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 segara lakukan rujukan.

9) Pelaksanaan temuwicara

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 Menyusu Dini (IMD), nifas, perawatan bayi

baru lahir, ASI ekslusif, Keluarga Berencana (KB) serta Imunisasi pada bayi.

10) Tatalaksana atau mendapatkan pengobatan

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

c. Asuhan kebidanan trimester III

Menurut Kemenkes RI, (2013) 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 obstetrik seperti, tinggi fundus, pemeriksaan obstetrik dengan manuver leopold, denyut jantung janin.

3) Pemeriksaan penunjang kadar Hb.

d. Adaptasi fisiologis pada kehamilan trimester III

1) Uterus

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta, amnion) sampai persalinan. Uterus mempunyai kemampuan yang luar biasa untuk bertambah besar dengan cepat selama kehamilan dan pulih kembali seperti keadaan semula. Pada perempuan yang tidak hamil uterus mempunyai berat 70 gram dan kapasitas 10 ml atau kurang. Selama kehamilan, uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu

menampung janin, plasenta, dan cairan amnion (Prawirohardjo, 2011).

2) Vulva /vagina

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hiperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot di perinium dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat berwarna keungu-unguan yang dikenal dengan tanda Chadwick (Prawirohardjo, 2011).

3) Sistem perkemihan

Pada kehamilan trimester III kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul, pada trimester ini ibu akan mengeluh sering kencing karena kandungan sering akan tertekan oleh penurunan kepala janin (Saifuddin, 2010).

4) Sistem muskuloskeletal

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

5) Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena dibawah kulit akan terlihat. Puting payudara akan terlihat besar, kehitaman, tegak dan terdapat kolostrum (Prawirohardjo, 2011).

6) Sistem pencernaan

Pengaruh hormon estrogen yang menyebabkan pengeluaran asam lambung meningkat hal ini menyebabkan pengeluaran air liur berlebihan (hipersaliva) daerah lambung terasa panas dan mual muntah. Pengaruh estrogen

menyebabkan gerakan usus semakin berkurang dan dapat menyebabkan sembelit (Manuaba, 2010).

7) Perubahan sistem pernafasan

Pada kehimilan 32 minggu keatas oleh karena usus-usus tertekan oleh uterus yang membesar kearah diafragma, sehingga diafragma kurang leluasa bergerak. Untuk memenuhi kebutuhan oksigen yang meningkat kira-kira 20%, seorang wanita selalu bernafas lebih dalam, dan bagian bawah tengkoraknya juga melebar kebagian sisi bawah diafragma (Saiffudin, 2010).

e. 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 (Kemenkes RI, 2017).

3) Kebutuhan oksigen

Ibu hamil yang memasuki trimester III sering mengeluh bahwa ia sesak, sesak ini diakibatkan 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

Manfaat senam hamil menurut Kemenkes RI, (2012) yaitu memperkuat otot-otot untuk menyangga tubuh dan memperbaiki postur tubuh sehingga mengurangi keluhan nyeri pinggang. Kondisi yang tidak memungkinkan ibu hamil melakukan senam hamil yaitu ketuban pecah sebelum waktunya, perdarahan, kehamilan kembar, anemia berat, tekanan darah tinggi selama kehamilan, penyakit jantung.

6) Istirahat

Ibu hamil dianjurkan tidur malam sedikitnya 6-7 jam dan siang hari setidaknya 1-2 jam. Pada kehamilan trimester III seiring dengan bertambahnya ukuran janin, terkadang ibu kesulitan untuk menentukan posisi yang paling baik dan nyaman untuk tidur. Posisi tidur yang dianjurkan pada ibu hamil yaitu miring kiri, kaki kiri lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan diganjal dengan bantal, perut bawah sebelah kiri diganjal dengan bantal untuk mengurangi rasa nyeri pada perut (Sulistyawati, 2012).

7) Tanda bahaya pada kehamilan

Menurut Kementerian Kesehatan RI, (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.

f. Nyeri pinggang

Nyeri pinggang adalah keluhan yang sering dikatakan oleh ibu hamil trimester III. Nyeri pinggang ini disebabkan karena semakin besarnya perut dan bertambahnya berat badan ibu selama kehamilan maka pusat gravitasi ibu akan bergeser kearah depan yang menyebabkan postur tubuh berubah sehingga memberikan penekanan pada punggung (Varney *et al*., 2007). Cara mengatasi nyeri pinggang pada ibu hamil trimester III yaitu kompres hangat, memberikan kompres hangat pada bagian yang nyeri akan mengurangi nyeri, kemudian panas akan meningkatkan sirkulasi ke area nyeri.

g. Asuhan komplementer pada ibu hamil

1) Yoga ibu hamil

Melakukan latihan yoga pada saat hamil, akan mempersiapkan tubuh maupun pikiran untuk siap dan tegar menghadapi persalinan. Manfaat yoga *antenatal* dikatakan dapat memudahkan proses persalinan, mengurangi kecemasan dan mempersiapkan mental sang ibu untuk menghadapi persalinan, melancarkan sirkulasi darah dan asupan oksigen ke janin, selain itu dengan melakukan yoga dapat melatih otot tubuh melalui gerakan tubuh disertai teknik pengaturan nafas dan pemusatan konsentrasi, fisik akan lebih sehat, bugar, kuat dan emosi akan

lebih stabil. Yoga yang dilakukan selama kehamilan akan mengurangi terjadinya komplikasi (Wiadnyana, 2011).

2) Menggunakan *essential oil*

Ada beberapa ibu hamil yang mungkin ingin menggunakan *essential oil* untuk pijat hamil. Karena minyak essensial sendiri memiliki sensasi menenangkan. Manfaat dari pijat hamil yaitu mengurangi nyeri pinggang, mengurangi nyeri sendi, sirkulasi darah meningkat, mengurangi ketegangan otot dan sakit kepala, mengurangi stress dan kecemasan.Selain itu minyak essensial dapat membantu merangsang drainase limfatik dan mengurangi cairan dari pergelangan kaki ibu hamil, sehingga mengurangi kaki bengkak.

2. Konsep dasar persalinan

a. Pengertian 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 adanya penyulit. Persalinan dimulai sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir sampai lahirnya plasenta secara lengkap (JNPK-KR, 2017).

b. Tahapan 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 seviks, 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 seviks 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 (nulipara 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 menggunakan partograf dimulai pada fase aktif kala I. Partogaf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan persalinan dan membuat keputusan klinik, hasil pemeriksaan selama fase aktif meliputi: informasi tentang ibu, kondisi janin, kemajuan persalinan, jam dan waktu, kontraksi uterus, obat-obatan dan cairan yang diberikan, kondisi ibu dan keputusan klinik lainnya dilakukan pencatatan.

2) Kala II

Kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah 10 cm atau pembukaan lengkap dilanjutkan dengan upaya untuk mendorong bayi agar keluar dari jalan lahir dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II ini sering disebut dengan kala pengeluaran bayi. Proses ini biasanya berlangsung dua jam pada primigravida dan satu jam pada multigravida. Tanda gejala kala II yaitu ibu merasa ingin meneran

saat ada kontraksi, terlihat tekanan pada anus dan vagina, perineum menonjol, vulva dan sfingter ani membuka, meningkatnya pengeluaran darah dan lendir, kepala telah turun di dasar panggul. Pencatatan yang dapat dipantau pada kala II persalinan adalah nadi ibu setiap 30 menit, frekuensi dan lama kontraksi setiap 30 menit, DJJ setiap 5-10 menit, penurunan kepala bayi, cairan ketuban jika selaput ketuban sudah pecah, menentukan adanya presentasi majemuk atau tali pusat disamping atau terkemuka, putaran paksi luar setelah bayi lahir.

a) Pengertian kala II lama

Lama Kala II adalah persalinan yang sudah dipimpin mengejan pada primigravida dibatasi 2 jam dan diperpanjang sampai 3 jam apabila digunakan analgesia regional, sedangkan pada multigravida dibatasi 1 jam dan diperpanjang sampai 2 jam apabila digunakan analgesia regional (Saifuddin, 2010). Diagnosis Kala II lama yaitu pembukaan serviks lengkap, dilatasi serviks di kanan garis waspada pada partograf, kondisi ibu ingin mengedan tetapi tidak ada kemajuan persalinan.

Istilah partus lama, ada juga yang menyebutnya dengan partus kasep dan partus terlantar. Persalinan pada primi biasanya lebih lama 5-6 jam dari pada multi. Bila persalinan berlangsung lama, dapat mmenimbulkan kompilikasi-komplikasi baik terhadap ibu maupun terhadap janin, dan dapat meningkatkan angka kematian ibu dan janin. Partus kasep merupakan fase terakhir dari suatu partus yang macet dan berlangsung terlalu lama sehingga timbul gejala-gejala seperti dehidrasi, infeksi, kelelahan ibu, serta asfiksia dan Kematian Janin Dalam Kandungan (KJDK).

Partus lama adalah persalinan dengan tidak ada penurunan kepala > 1 jam untuk nulipara dan multipara (Saifuddin, 2010). Sebagian besar partus lama menunjukan pemanjangan kala I. Adapun yang menjadi penyebabnya yaitu, serviks gagal membuka penuh dalam jangaka waktu yang layak. Harus pula kita bedakan dengan partus tak maju, yaitu suatu persalinan dengan his yang adekuat yang tidak menunjukkan kemajuan pada pembukaan serviks, turunnya kepala dan putaran paksi selama 2 jam terakhir. Persalinan pada primi tua biasanya lebih lama. Pendapat umum ada yang mengatakan bahwa persalinan banyak terjadi pada malam hari, ini disebabkan keyataan bahwa biasanya persalinan berlangsung selama 12 jam atau lebih, jadi permulaan dan berakhirnya partus biasanya malam hari. Insiden partus lama menurut penelitian adalah 2,8-4,9%.

b) Etiologi partus lama, sebab-sebab terjadinya partus lama adalah multikomplek dan tentu saja bergantung pada pengawasan selagi hamil, pertolongan persalinan yang baik dan penatalaksanaannya. Faktor-faktor penyebabnya adalah:

(1) Kelainan letak janin.

(2) Kelainan-kelainan panggul.

(3) Kelainan his.

(4) Pimpin partus yang salah.

(5) Janin besar atau kelainan congenital.

(6) Primitua.

(7) Perut gantung, grandemulti.

(8) Ketuban pecah dini menurut Saifuddin, (2010) sebab-sebabnya dapat dibagi menjadi 3 golongan, yaitu:

(a) Kelainan tenaga (kelainan his)

His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan kerintangan pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalian, tidak dapat diatasi sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan.

(b) Kelainan janin

Persalinan dapat mengalami gangguan atau kemacetn karena kelainan dalam letak atau dalam bentuk janin.

(c) Kelainan jalan lahir

Kelainan dalam ukuran atau bentuk jalan lahir bisa menghilangkan kemajuan persalinan atau menyebabkan kemacetan.

c) Komplikasi-komplikasi yang timbul karena perjalanan persalinan lama adalah ibu menglami kelelahan karena tanpa makan dan minum serta berpengaruh pada kondisi janin dalam rahim. Ibu mengalami dehidrasi, tampak sakit, pucat, mata cekung, dan berkeringat dingin, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah menurun, dan suhu tubuh meningkat. His mulai melemah dan perut tampak kembung. Pada pemeriksaan dalam, terdapat tanda infeksi intrauterine (*lochea* berbau, berwarna keruh, tampak bercampur mekonium, dan edema vulva), ada kaput sucsedaneum, terjadi edema porsio, dan bagian terendah janin sulit di dorong ke atas. Pada janin dapat mengalami asfiksia smpai terjadi kematian dalam rahim (Manuaba, 2010). Tampak persalinan lama dapat menimbulkan konsekuensi serius bagi salah satu atau keduanya sekaligus. Dampak persalinan lama yang terjadi pada ibu antara lain infeksi interpartum, ruptura uteri, cincin retraksi patologis, pembentukan fisula, dan cedera otot-otot panggul, sedangkan

yang terjadi pada bayi antara lain caput sucsedaneum dan molase kepala janin (Saifuddin, 2010).

d) Gejala klinik pada partus lama yaitu:

(1) Pada ibu

Gelisah, letih, suhu badan meningkat, berkeringat, nadi cepat, pernafasan cepat, dan meteorismus. Di daerah lokal sering dijumpai edema vulva, edema serviks, cairan ketuban berbau, terdapat mekonium.

(2) Pada janin

Denyut jantung janin cept/ tidak teratur, air ketuban terdapat mekonium, kental kehijau-hijauan, berbau, kaput suksedaneum yang membesar, moulage kepala yang hebat, kematian janin dalam kandungan, kematian janin intrapartum.

e) Menurut Manuaba, (2012) gejala utama partus lama adalah:

(1) Dehidrasi.

(2) Tanda infeksi (suhu tinggi, nadi dan pernafasan cepat, abdomen meteorimus)

(3) Pada pemeriksaan abdomen terdapat meteorimus, lingkaran bandl tinggi, nyeri segmen bawah rahim.

(4) Pada pemeriksaan lokal vulva vagina terdapat edema vulva, cairan ketuban berbau, cairan ketuban bercampur mekonium.

(5) Pada pemeriksaan dalam terdapat edema serviks, bagian terendah sulit didorong ke atas, terdapat kaput pada bagian terendah.

(6) Keadaan janin dalam rahim mengalami asfiksia sampai terjadi kematian.

(7) Akhir dari partus lama adalah ruptur uteri imminens sampai ruptur uteri atau kematian karena perdarahan atau infeksi.

f) Penatalaksanan kala II lama menurut Saifuddin, (2010), penanganan yang dapat dilakukan pada ibu bersalin dengan kala II lama antara lain:

(1) Ibu dianjurkan mengejan secara spontan.

2) Jika malpresentasi dan tanda-tanda obstruksi bisa disingkirkan berikan oksitosin drip mulai dengan 8 tetes per menit, setiap 15 menit ditambah 4 tetes sampai his adekuat (maksimum 40 tetes per menit).

(3) Bila pemberian oksitosin drip tidak ada kemajuan dalam 1 jam, lahirkan dengan bantuan vakum atau forseps bila persyaratan dipenuhi.

3) Kala III

Kala III persalinan merupakan kala dimana plasenta terlepas dari uterus dan dilahirkan.Jarak waktu plasenta lahir dengan lahirnya bayi lahir dengan spontan biasanya 5 – 15 menit. Bidan melakukan manajemen aktif kala III untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah perdarahan, dan mengurangi kehilangan darah pada kala III persalinan. Manajemen aktif kala III dimulai setelah palpasi uterus untuk memastikan adanya janin kedua, kemudian dilanjutkan dengan 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 diletakkan di dada ibu dan bayi secara mandiri mencari putting untuk segera menyusu. Melakukan IMD dapat memberi kesempatan terjadinya kontak

kulit, merangsang oksitosin dan prolaktin yang memberi keuntungan pada bayi.

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. Rujukan yang dilakukan saat kala III persalinan yaitu jika ibu maupun bayi mengalami penyulit seperti retensio plasenta dan asfiksia pada bayi.

4) Kala IV

Kala empat persalinan dilakukan pengawasan setelah lahirnya bayi dan plasenta. Kala empat ini juga perlu dilakukan pemantauan pendarahan dan observasi secara cermat dengan pemeriksaan tanda- tanda vital, kontraksi otot rahim, dan kandung kemih setiap ±15 menit. Pendokumentasian asuhan kala IV persalinan dicatat pada 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. Derajat satu meliputi robekan pada mukosa vagina, komisura posterior serta kulit perineum. Robekan derajat dua meliputi mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum serta otot perinium. Robekan ketiga meliputi laserasi derajat dua hingga sfingter ani dan terakhir yaitu robekan derajat empat hingga dinding depan rektum. Rujukan dilakukan jika robekan sampai pada derajat tiga dan empat.

c. *Cephalopelvic Disproportion* (CPD)

Chephalopelvic disproportion (CPD) atau Disproporsi sefalo-Pelvik adalah ketidak cocokan antara kepala janin dan bagian pelvis tertentu yang harus dilaluinya. *Chephalopelvic disproportion* (CPD) adalah disproporsi antara ukuran

janin dan ukuran pelvis, yakni ukuran pelvis tertentu tidak cukup besar untuk mengakomodasi keluarnya janin tertentu melalui pelvis sampai terjadi kelahiran pervaginam (Varney *et al.*, 2007).

1) Etiologi

Menurut Cuningham (2006), *Chephalopelvic disproportion* (CPD) timbul karena berkurangnya ukuran panggul, ukuran janin terlalu besar dan karena kombinasi keduanya. Setiap penyempitan pada diameter panggul yang mengurangi kapasitas panggul dapat menyebabkan distosia saat persalinan. Apabila persalinan dengan CPD dibiarkan berlangsung sendiri tanpa pengambilan tindakan yang tepat akan menimbulkan bahaya bagi ibu dan janin, antara lain dijabarkan sebagai berikut:

a) Bahaya pada ibu

(1) Partus lama yang sering disertai pecahnya ketuban pada pembukaan kecil dapat menimbulkan dehidrasi serta asidosis dan infeksi intrapartum.

(2) Dengan his yang kuat, sedangkan kemajuan janin dalam jalan lahir tertahan dapat timbul regangan segmen bawah uterus dan pembentukan lingkaran retrasi patologik. Keadaan ini dikenal dengan rupture uteri mengancam, apabila tidak segera diambil tindakan untuk mengurangi regangan akan timbul rupture uteri.

(3) Gangguan sirkulasi dengan akibat terjadinya iskemia dan kemudian nekrosis pada tempat tersebut. Beberapa hari post partum akan terjadi fistula vesiko servikalis atau fitula vesiko vaginalis atau fistula rekto vaginalis.

b) Bahaya pada janin

(1) Partus lama dapat meningkatkan kematian perinatal, apabila jika ditambah dengan infeksi intrapartum.

(2) Propalus funikuli, mengandung bahaya yang sangat besar bagi janin.

(3) Dengan adanya disproporsi sefalopelvik kepala janin dapat melewati rintangan pada panggul dengan mengadakan moulage dapat dialami oleh kepala janin tanpa akibat yang jelek sampai batas-batas tertentu. Akan tetapi apabila batas-batas tersebut dilampaui maka akan terjadi sobekan pada tentorium serebelli dan perdarahan intrakranial.

(4) Selanjutnya tekanan oleh promontoroium atau kadang-kadang oleh simfiksi pada panggul picak menyebabkan perlukaan pada jaringan diatas tulang kepala janin, ini akan menimbulkan fraktur pada osparietalis.

2) Indikasi CPD

a) Primipara kepala janin belum turun setelah minggu ke 36

b) Pada primipara ada perut menggantung

c) Pada mutipara persalinan yang dulu sulit

d) Kelainan letak pada hamil tua

e) Kelainan bentuk badan (kifosis, skoliosis)

f) Apabila janin memiliki kelainan panjang tali pusat misalnya tali pusat terlalu pendek atau terlalu panjang sehingga dapat menghambat masuknya kepala pada jalan lahir (Manuaba, 2010).

d. 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 mengedan. 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) *Passanger* 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, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi.

e. Pengertian persalinan *Section Caesaria* (SC)

Section Caesarea (SC) adalah jenis persalinan dengan tindakan yang membuat sayatan pada dinding uterus melalui diding 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).

1) Indikasi *Section Caesarea* (SC)

Indikasi SC pada ibu meliputi, disproporsi kepala panggul (CPD), ancaman ruptur 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, hidrocepalus (Oxorn dkk., 2010).

2) Persiapan sebelum dilakukan *section caesarea*

Menurut Saifuddin (2010), persiapan yang dilakukan sebelum tindakan *section caesarea* yaitu:

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

b) Cek kemungkinan adanya riwayat alergi dan riwayat medis lain yang diperlukan

c) Melakukan *Informed Consent* kepada suami atau salah satu keluarga pasien untuk melengkapi surat persetujuan tindakan medis.

d) Memberikan pendidikan kesehatan sebelum dilakukan *section caesarea*

e) Persiapan diet atau puasa

f) Pemenuhan cairan

g) Pemasangan kateter

h) Pemberian antibiotik

i) 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)

3) Perawatan post *section caesarea*

a) 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)

b) 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).

c) Fungsi gastrointestinal

Fungsi gastrointestinal pada pasien obstetrik 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 infus 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).

d) Pembalutan dan perawatan luka

Penutup luka harus dipertahankan selama hari pertama setelah pembedahan untuk mencegah infeksi selama proses proses reepitelisasi berlansung, 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).

e) 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 (Saifuddin, 2010).

f) 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 (Kemenkes RI, 2010). Rawat gabung bayi baru lahir dengan *section 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, reflek menelan dan mengisap sudah baik, tidak ada kelainan kongenital dan trauma lahir.

g) Memulangkan pasien

Dua hari pasca *section caesarea* tanpa komplikasi bisa pulang. Berikan intruksi mengenai perawatan luka, diminta untuk kontrol 7 hari pasien pulang.

3) Penyulit post *section caesarea*

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

f. Kebutuhan dasar ibu bersalin

Kebutuhan dasar ibu bersalin menurut Saifuddin (2010), adalah dukungan fisik dan psikologis, dimana saat memasuki masa persalinan biasanya ibu merasa takut, khawatir, ataupun cemas yang dapat meningkatkan rasa nyeri, dan ibu menjadi lebih cepat lelah, yang dapat menghambat proses persalinan. Bidan diharapkan mampu memberikan dukungan dan bimbingan, selain itu dukungan dapat diberikan oleh orang-orang terdekat ibu. Kebutuhan makanan dan

cairan, seperti jus, susu, air putih dan lainnya selama persalinan dapat diberikan pada ibu untuk mencegah dehidrasi. Aktifitas dan posisi, dukungan fisik dan emosional dalam persalinan dilakukan dengan cara penuh kasih sayang dengan memberikan kebebasan pada ibu untuk memilih posisi bersalin yang dikehendakinya.

g. Lima benang merah

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

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

2) Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu adalah 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

Tujuan dari pencegahan infeksi yaitu untuk meminimalkan dan menurunkan risiko infeksi yang disebabkan oleh mikroorganismes seperti bakteri, virus, jamur dan risiko penularan penyakit yang mengancam jiwa seperti HIV dan hepatitis.

4) Pencatatan (rekam medik) asuhan persalinan

Tujuan dari pencatatan 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 ibu dan bayi baru lahir. Persiapan rujukan untuk ibu dan bayi yaitu Bidan, Alat, Keluarga, Surat, Obat, Kendaraan, dan Uang (BAKSOKU).

3. Konsep Dasar Nifas

a. Pengertian nifas

Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil berlangsung kira-kira 6 minggu (Prawirohardjo, 2011).

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 1

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
2 minggu	Tidak teraba di atas simfisis	300 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram

(*Sumber: Varney,Kriebs, Gegor, 2007*)

2) Lochea, adalah cairan sekret yang keluar melalui vagina dan mengandung sisa jaringan uterus meliputi:

a) *Lochea rubra*, merupakan darah yang keluar pada hari ke 1-4 setelah postpartum, 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 sekret pada hari ke 7-14 yang berwarna kuning kecoklata dan mengandung cairan serosa, jaringan desidua, leukosit sertaeritrosit.

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 pemberan ASI eksklusif dan meneruskan pemberian ASI sampai anak umur 2 tahun secara baik dan benar serta anak mendapatkan kekebalan tubuh

secara alami.

c. 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 ketidak tergantungan yang berlangsung selama 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir atas ketidak mampuannya merawat anak, gampang tersinggung dan tergantung pada orang lain terutama dukungan keluarga sehinga ibu mulai berinisiatif merawat dirinya sendiri danbayinya.

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 kebutuhanbayinya.

d. Kebutuhan ibu selama masa nifas

1) Nutrisi

Asupan kalori ibu nifas perlu mendapatkan tambahan 500 kalori tiap hari. Kebutuhan cairan ibu sedikitnya 3 liter perhari.Ibu nifas juga perlu mengkonsumsi tablet zat besi (Fe) 40 tablet satu kali sehari selama nifas dan Vitamin A 200.000 IU (Saifuddin, 2010). Menurut Kementerian Kesehatan RI (2016), kapsul Vitamin

A 200.000 IU diberikan dua kali, yaitu setelah persalinan dan 24 jam setelah Vitamin yang pertama. Tujuan pemberian Vitamin A yaitu untuk memperbaiki kadar Vitamin A pada ASI dan dapat meningkatkan daya tahan ibu terhadap infeksi perlukaan atau laserasi akibat proses persalinan ibu nifas harus minum 2 kapsul Vitamin A karena bayi lahir dengan cadangan Vitamin A yang rendah, kebutuhan Vitamin A tinggi untuk pertumbuhan dan peningkatan daya tahan tubuh, pemberian 1 kapsul Vitamin A 200.000 IU warna merah pada ibu nifas hanya cukup untuk meningkatkan kandungan Vitamin A dalam ASI selama 60 hari, sedangkan dengan pemberian 2 kapsul dapat memenuhi kandungan Vitamin A sampai bayi berumur 6 bulan.

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 (Kemenkes RI, 2017).

3) Istirahat

Beristirahat yang cukup dan kembali melakukan rutinitas rumah tangga secara bertahap (Kemenkes RI, 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, mengkomsumsi 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 (Kemenkes RI, 2017).

6) Metode kontrasepsi

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

e. Standar pelayanan pada masa nifas

Pelayanan nifas yang menurut Kemenkes 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 persalinan)

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 ekslusif 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 Ekslusif 6 bulan, minum tablet tambah darah setiap hari, dan pelayanan KB pasca persalinan.

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

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

3. Konsep dasar bayi baru lahir dan neonatus

a. Asuhan bayi baru lahir

Asuhan diberikan segera setelah bayi baru lahir dengan menjaga bayi agar bayi tetap merasa hangat, mengevaluasi keadaan bayi, memastikan bayi bernafas atau menangis, memfasilitasi untuk IMD dan sambil memperhatikan tanda bahaya bayi baru lahir. Menurut JNPK-KR, (2017) asuhan bayi baru lahir di bagi menjadi 2 yaitu:

1) Asuhan pada bayi 1 jam

Asuhan yang diberikan pada bayi satu jam meliputi perawatan mata dengan tetrasiklin 1%, melakukan injeksi Vitamin K, memasang identifikasi tanda pengenal pada bayi, perawatan tali pusat serta selalu mengingatkan ibu untuk tetap melihat kondisi dan kehangatan bayinya.

2) Asuhan pada bayi 6 jam

Asuhan yang diberikan yaitu pemeriksaan fisik pada bayi, pengukuran tanda-tanda vital, pemeriksaan dari kepala sampai kaki dan selalu dijaga kehangatan bayi, serta arjukan pada ibu untuk kontak langsung dengan bayinya.

b. Neonatus

Neonatus adalah bayi baru lahir yang berusia sampai dengan 28 hari sesudah kelahiran. Neonatus adalah bayi berumur 0-28 hari. Masa neontal dibagi menjadi neonatal dini yaitu berusia 0-7 hari, dan neonatal lanjut 8-28 hari (Kemenkes RI, 2017).

c. Asuhan Neonatus

Pada enam jam pertama asuhan yang diberikan kepada bayi yaitu menjaga bayi tetap hangat, perawatan tali pusat, pemeriksaan bayi baru lahir, perawatan dengan metode kanguru pada bayi berat lahir rendah, pemeriksaan status Vitamin K1 dan imunisasi, dan penanganan bayi baru lahir sakit dan kelainan bawaan (Kemenkes RI, 2014).

d. Standar Pelayanan Neonatus

Berdasarkan Kemenkes RI, (2017) pelayanan yang dapat diberikan untuk neonatus yaitu:

1) Kunjungan Neonatal I (KN1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir.

Asuhan yang diberikan meliputi menjaga bayi tetap hangat, menilai keadaan umum bayi, pernapasan, denyut jantung dan suhu badan 6 jam pertama, imunisasi HB0, memeriksa adanya cairan atau bau busuk pada tali pusat, menjaga agar tali pusat tetap bersih dan kering, pemantauan pemberian ASI awal serta memantau tanda bahaya seperti bayi tidak mau menyusu, kejang-kejang, merintih

atau menangis terus menerus, demam, tali pusar kemerahan, tinja saat buang air besar berwarna pucat dan menganjurkan ibu untuk melakukan imunisasi BCG, diberikan secara intrakutan pada lengan kanan bayi dengan dosis 0,05 cc untuk memberikan kekebalan aktif terhadap penyakit Tuberkulosis (TBC) dan Polio 1, diberikan secara oral dengan dosis dua tetes untuk memberikan kekebalan aktif terhadap penyakit Polio.

2) Kunjungan Neonatal II (KN2) pada hari ke-3 sampai 7 hari

Asuhan yang diberikan adalah menjaga kehangatan tubuh bayi, memantau berat badan bayi, panjang badan, memeriksa suhu, respirasi, dan frekuensi denyut jantung, memberikan ASI eksklusif, memijat dan memandikan bayi, perawatan tali pusat, memeriksa adanya tanda bahaya seperti ikterus, diare, penurunan berat badan dan masalah pemberian ASI.

3) Kunjungan Neonatal III (KN3) pada hari ke-8 sampai 28 hari

Asuhan yang diberikan kepada bayi adalah menjaga kehangatan tubuh bayi, memantau berat badan bayi, panjang badan, memeriksa suhu, respirasi, dan frekuensi denyut jantung, memberikan ASI eksklusif, memijat dan memandikan bayi, perawatan tali pusat, memeriksa adanya tanda bahaya seperti ikterus, diare, penurunan berat badan dan masalah pemberian ASI, memastikan imunisasi yang telah didapatkan serta pemantauan keadaan tali pusat.

e. 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 ASI ekslusif 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).

f. Deteksi dini penyimpangan pertumbuhan

Deteksi dini penyimpangan pertumbuhan dilakukan untuk mendeteksi status gizi, *stunting*, serta *macro / microcepal* dan normal pada bayi. Bayi usia 29-42 hari berat badan akan meningkat 150-200g/mg, tinggi badan 2,5 cm per bulan. Besarnya kenaikan seperti ini akan berlangsung sampai bayi berumur 6 bulan (Kemenkes RI, 2017)

g. 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 atau 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 (Kemenkes RI, 2017).

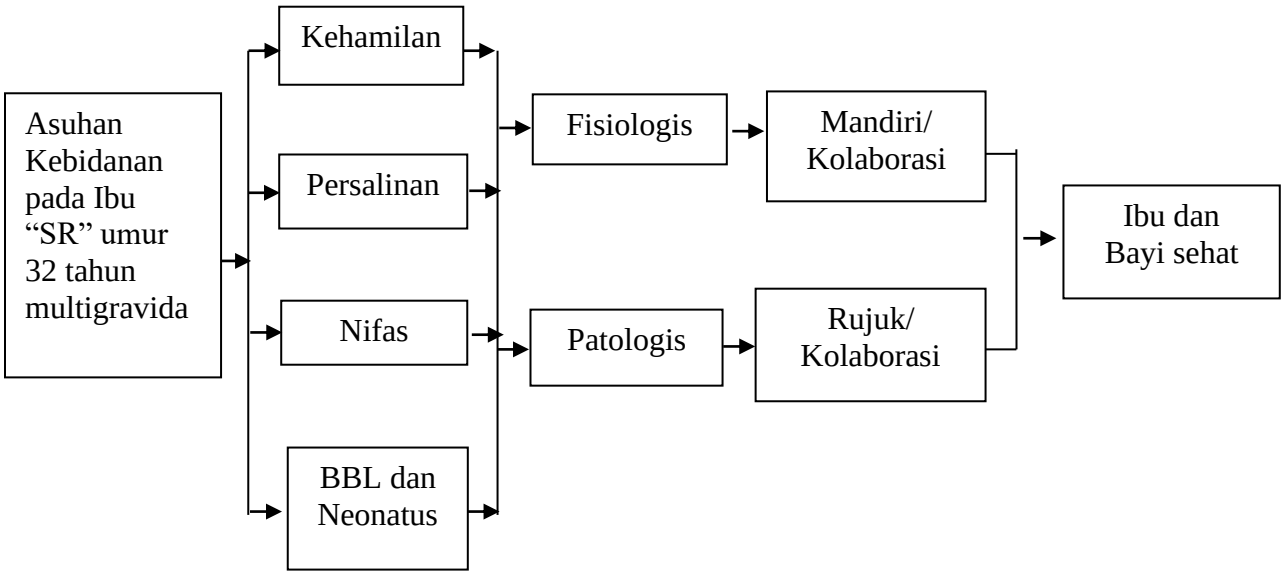
h. Kebutuhan gizi

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

i. Imunisasi BCG dan Polio1

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

B. Kerangka Konsep



Gambar 1. Kerangka Pikir Asuhan Kebidanan pada ibu "SR" multigravida dari umur kehamilan 29 minggu sampai 42 hari masa nifas