

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Kajian Teori**

##### **1. Bidan dan Asuhan Kebidanan**

###### **Bidan**

Bidan merupakan salah satu dari jenis tenaga kesehatan yang memiliki kewenangan untuk menyelenggarakan pelayanan asuhan kebidanan sesuai dengan bidang keahlian yang dimiliki.

Bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang telah terregistrasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (PMK RI No. 28 Tahun 2017).

###### **a. Wewenang bidan**

Izin dan penyelenggaraan praktik bidan diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017.

Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:

###### **1) Pelayanan kesehatan ibu;**

Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf a diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.

###### **2) Pelayanan kesehatan anak;**

Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak prasekolah.

3) Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

Dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 huruf c, Bidan berwenang memberikan:

- a) Penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana; dan
- b) Pelayanan kontrasepsi oral, kondom, dan suntikan.

### **Asuhan Kebidanan**

Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan yang telah diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan No. 938/Menkes/SK/VII/2007. Standar ini dibagi menjadi enam yaitu:

#### 1. Standar I (Pengkajian)

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

#### 2. Standar II (Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan)

Bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnose dan masalah kebidanan yang tepat.

#### 3. Standar III (Perencanaan)

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnose masalah yang ditegakkan.

#### 4. Standar IV (Implementasi)

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

#### 5. Standar V (Evaluasi)

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

#### 6. Standar VI (Pencatatan Asuhan Kebidanan)

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

### **Asuhan Kebidanan Komperhensif**

Asuhan kebidanan komperhensif adalah suatu pemeriksaan yang dilakukan secara lengkap dengan adanya pemeriksaan sederhana dan konseling asuhan kebidanan yang mencakup pemeriksaan berkesinambungan diantaranya asuhan kebidanan kehamilan, persalinan, bayi baru lahir dan masa nifas. (Varney, 2006).

#### Kriteria Pencatatan Asuhan Kebidanan

1. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam medi/KMS/Status pasien/ buku KIA).
2. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.
3. S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.
4. O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.
5. A adalah hasil analisa, mencatat diagnosis dan masalah kebidanan.

6. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komperhensif ; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/ follow up dan rujukan.

## **2. Kehamilan Trimester III**

### **1. Pengertian Kehamilan**

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Purwoastuti, 2015).

#### **a. Kunjungan pemeriksaan antenatal**

Setiap ibu hamil wajib melakukan kunjungan antenatal komprehensif yang berkualitas minimal empat kali, termasuk minimal satu kali kunjungan diantar suami/pasangan atau anggota keluarga. Pada trimester I kunjungan minimal satu kali sebelum minggu ke 16, trimester II kunjungan minimal satu kali antara minggu ke 24-28, trimester III kunjungan minimal dua kali antara minggu 30-32 dan antara minggu 36-38 ( Kemenkes RI 2013).

#### **b. Pemeriksaan Kehamilan Trimester III**

Pemeriksaan yang dilakukan pada ibu hamil trimester III yaitu pada anamnesis memeriksa catatan pada kunjungan sebelumnya dan menanyakan keluhan yang mungkin dialami selama hamil. Pemeriksaan fisik khusus trimester III yaitu keadaan

umum, tekanan darah, suhu tubuh, berat badan, gejala anemia (pucat, nadi cepat), edema, tanda bahaya lainnya (sesak, perdarahan, dan lain-lain), pemeriksaan terkait masalah yang ditemukan pada kunjungan sebelumnya. Pemeriksaan fisik obstetrik yang dilakukan adalah tinggi fundus, pemeriksaan obstetri dengan *manuver Leopold*, denyut jantung janin (DJJ). Pemeriksaan penunjang yang dilakukan ialah kadar hemoglobin, pemeriksaan sesuai indikasi meliputi kadar glukosa darah, kadar protein urin, tes BTA, tes HIV, tes Malaria, tes Sifilis, dan USG. Suplementasi dan KIE yang perlu diperoleh ibu yaitu zat besi dan asam folat, aspirin dan kalsium sesuai indikasi, serta KIE sesuai materi (Kemenkes RI, 2013).

### c. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil Trimester III

#### 1) Nutrisi

Ibu hamil trimester III memerlukan nutrisi dengan makan beragam makanan secara proporsional dengan pola gizi seimbang dan lebih banyak daripada sebelum hamil. Peningkatan konsumsi makanan hingga 300 kalori/hari dari menu seimbang. Tidak ada pantangan makanan selama hamil. Cukupi kebutuhan air minum pada saat hamil. Kebutuhan air minum ibu hamil 10 gelas perhari.

#### 2) Istirahat

Tidur malam paling sedikit enam sampai tujuh jam dan tidur siang/berbaring satu sampai dua jam. Posisi tidur sebaiknya miring ke kiri. Bersama dengan suami lakukan rangsangan/stimulasi pada janin dengan sering mengelus-elus perut ibu dan ajak janin bicara.

#### 3) Kebersihan diri

Mencuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir sebelum makan, setelah buang air besar dan buang air kecil, menyikat gigi secara benar dan teratur minimal

setelah sarapan dan sebelum tidur, mandi dua kali sehari, membersihkan payudara dan daerah kemaluan, mengganti pakaian dan pakaian dalam setiap hari, mencuci rambut minimal dua sampai tiga kali dalam seminggu.

#### 4) Aktivitas fisik

Ibu hamil yang sehat dapat melakukan aktivitas fisik sehari-hari dengan memperhatikan kondisi ibu dan keamanan janin yang dikandungnya. Suami membantu istrinya yang sedang hamil untuk melakukan pekerjaan sehari-hari. Ikuti senam ibu hamil sesuai dengan anjuran petugas kesehatan.

#### 5) Persiapan melahirkan (bersalin)

Suami atau keluarga mendampingi ibu saat pemeriksaan kehamilan. Siapkan tabungan atau dana cadangan untuk biaya persalinan dan biaya lainnya. Rencanakan melahirkan ditolong oleh dokter atau bidan di fasilitas kesehatan. Siapkan KTP, Kartu Keluarga, Kartu Jaminan Kesehatan Nasional dan keperluan lain untuk ibu dan bayi yang akan dilahirkan. Siapkan lebih dari satu orang yang memiliki golongan darah yang sama dan bersedia menjadi pendonor jika diperlukan. Suami, keluarga dan masyarakat menyiapkan kendaraan jika sewaktu-waktu diperlukan. Rencanakan ikut Keluarga Berencana (KB) setelah bersalin (Kemenkes RI, 2016b).

#### 6) Perubahan Psikologis pada Kehamilan Trimester III

Kehamilan trimester III seringkali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Kadang ibu merasa khawatir jika bayinya lahir tidak normal. Kebanyakan ibu juga akan bersikap melindungi bayinya dan cenderung menghindari orang atau benda yang dianggapnya membahayakan bayi. Ketidaknyamanan juga dirasakan ibu, ibu

merasa dirinya jelek, mengalami perubahan bentuk tubuh, merasa kehilangan perhatian khusus dari suami dan keluarga. Ketidaknyamanan tersebut perlu mendapat dukungan emosional dari seluruh anggota keluarga serta tenaga kesehatan khususnya bidan (Asrinah, dkk., 2010).

#### 7) Keluhan Umum Hamil Trimester III dan Cara Mengatasinya

Menurut Pantikawati dan Saryono (2012), keluhan yang lazim terjadi pada trimester III serta cara mengatasinya, yaitu:

- a) Sesak napas, cara mengatasinya yaitu dengan mengambil sikap tubuh yang benar, makan jangan terlalu kenyang dengan porsi kecil tetapi sering serta tidak merokok.
- b) Sering kencing, cara mengatasinya yakni dengan batasi minum sebelum tidur, jika kencing terasa sakit disertai nyeri segera pergi ke pelayanan kesehatan.
- c) Kram pada kaki, cara mengatasinya dengan istirahat, pengurutan daerah betis dan selama kram kaki harus difleksikan.
- d) Edema, dapat diatasi dengan minum cukup, istirahat, paha dan kaki ditinggikan.
- e) *Varises*, dengan istirahat dan kaki ditinggikan, serta jangan terlalu lama berdiri.
- f) *Hemoroid*, dengan banyak mengkonsumsi makanan yang berserat seperti sayur dan buah agar feses tidak keras. Duduk jangan terlalu lama, posisi tidur miring, obat suppositoria atas indikasi dokter.

#### g) Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Tanda bahaya kehamilan trimester III menurut Kemenkes RI (2016b), yaitu demam tinggi, bengkak kaki, tangan dan wajah, atau sakit kepala disertai kejang, perdarahan pervaginam, pandangan kabur, janin dirasakan kurang bergerak dibandingkan sebelumnya, dan air ketuban keluar sebelum waktunya. Jika diantara

hal tersebut dialami oleh ibu hamil, maka segera bawa ibu hamil ke fasilitas kesehatan terdekat.

#### h) Pelayanan Antenatal

Pelayanan kesehatan pada ibu hamil tidak dapat dipisahkan dengan pelayanan persalinan, pelayanan nifas dan pelayanan kesehatan bayi baru lahir. Kualitas pelayanan antenatal yang diberikan akan mempengaruhi kesehatan ibu hamil dan janinnya, ibu bersalin dan bayinya serta ibu nifas.

Dalam pelayanan antenatal terpadu, tenaga kesehatan harus dapat memastikan bahwa kehamilan berlangsung normal, mampu mendeteksi dini masalah dan penyakit yang dialami ibu hamil, melakukan intervensi secara adekuat sehingga ibu hamil siap untuk menjalani persalinan normal( Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu 2013).

Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar terdiri dari :

##### 1) Timbang berat badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin.

##### 2) Tekanan darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah  $\geq$  140/90 mmHg) pada kehamilan pada preeklampsia (hipertensi disertai edema wajah dan tungkai bawah atau proteinuria).



3) Ukur lingkar lengan atas (LiLA)

Pengukuran LiLA hanya dilakukan pada kontak pertama untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energi kronik (KEK). Kurang energi kronis dimana LiLA kurang dari 23,5cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

4) Ukur tinggi fundus uteri

Pengukuran tinggi fundus uteri pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukur menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

5) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika, pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala janin belum masuk kepanggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain. Sedangkan penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ kurang dari 120x/menit atau DJJ cepat lebih dari 160x/menit menunjukkan adanya gawat janin.

6) Beri imunisasi tetanus toksoid

Mencegah terjadinya *tetanus neonatorum*, ibu harus mendapatkan imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskriming status imunisasi TTnya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil disesuaikan dengan status imunisasi ibu saat ini.

Tabel 1  
Lama perlindungan dan interval pemberian imunisasi TT

Status TT	Interval (Selang waktu minimal)	Lama Perlindungan
TT1		0 tahun
TT2	1 bulan setelah TT1	3 tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun
TT5	1 tahun setelah TT4	≥ 25 tahun

*Sumber: Kementerian Kesehatan RI., 2016.*

7) Beri tablet tambah darah (tablet besi)

Untuk mencegah anemia gizi besi setiap ibu hamil harus mendapatkan tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama.

8) Test laboratorium

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal meliputi:

a) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu tetapi juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.

b) Pemeriksaan kadar haemoglobin

Pemeriksaan kadar haemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya

karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan.

c) Pemeriksaan protein dalam urin

Pemeriksaan protein dalam urin ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan trimester ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya preklampsia pada ibu hamil.

d) Pemeriksaan kadar gula darah

Ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes mellitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester pertama, sekali pada trimester kedua dan sekali pada trimester ketiga (terutama pada akhir trimester ketiga).

e) Pemeriksaan darah malaria

Semua ibu hamil di daerah endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria dalam rangka skrining pada kontak pertama. Ibu hamil di daerah non endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria atas indikasi.

f) Pemeriksaan tes sifilis

Pemeriksaan tes sifilis dilakukan di daerah dengan risiko tinggi dan ibu hamil yang diduga sifilis. Pemeriksaan sifilis sebaiknya dilakukan sendiri sedini mungkin pada kehamilan.

g) Pemeriksaan HIV

Pemeriksaan HIV terutama untuk daerah dengan resiko tinggi kasus HIV dan ibu hamil yang dicurigai menderita HIV. Ibu hamil setelah menjalani konseling,

kemudian diberikan kesempatan untuk menetapkan sendiri keputusannya untuk menjalani tes HIV.

h) Pemeriksaan HBsAg

Hepatitis B merupakan penyakit pada hepar / hati yang ditemukan oleh HBV. Pemeriksaan skrinning / uji saring dari ada atau tidaknya HBsAg secara umum dilakukan untuk menegakkan diagnosis yang berkaitan dengan infeksi.

i) Pemeriksaan BTA

Pemeriksaan BTA dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai menderita tuberculosi sebagai pencegahan agar infeksi tuberkolosis tidak mempengaruhi kesehatan janin. Selain pemeriksaan tersebut diatas, apabila diperlukan dapat dilakukan pemeriksaan penunjang lainnya di fasilitas rujukan.

j) Tatalaksana kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

k) KIE Efektif

KIE efektif dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi:

1. Kesehatan ibu

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memeriksakan kehamilannya secara rutin ke tenaga kesehatan dan menganjurkan ibu hamil agar beristirahat yang cukup selama kehamilannya.

2. Perilaku hidup bersih dan sehat

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk menjaga kebersihan badan selama kehamilannya misalnya mencuci tangan sebelum makan, mandi 2 kali sehari dengan menggunakan sabun, menggosok sisi setelah sarapan dan sebelum tidur serta melakukan olah raga ringan.

### 3. Peran suami atau keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan

Setiap ibu hamil perlu mendapatkan dukungan dari keluarga terutama suami dalam kehamilannya. Suami, keluarga perlu menyiapkan biaya persalinan, kebutuhan ibu dan bayi, transportasi rujukan dan calon pendonor. Hal ini penting apabila terjadi komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas agar segera dibawa ke fasilitas kesehatan.

### 4. Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan, nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi

Setiap ibu hamil diperkenalkan mengenai tanda-tanda bahaya baik selama kehamilan, persalinan dan nifas misalnya perdarahan pada hamil muda maupun hamil tua, keluar cairan berbau pada jalan lahir saat nifas. Mengenal tanda-tanda bahaya ini penting agar ibu hamil segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan.

### 5. Asupan gizi seimbang

Selama hamil, ibu dianjurkan untuk mendapatkan asupan makanan yang cukup dengan pola gizi yang seimbang karena hal ini penting untuk proses tumbuh kembang janin dan derajat kesehatan ibu. Misalnya ibu hamil disarankan minum tablet tambah darah secara rutin untuk mencegah anemia pada kehamilannya.

### 6. Gejala penyakit menular dan tidak menular

Setiap ibu hamil harus mengetahui mengenai gejala-gejala penyakit menular (misalnya penyakit IMS, tuberkulosis) dan penyakit tidak menular (misalnya hipertensi) karena dapat mempengaruhi pada kesehatan ibu dan janinnya.

7. Penawaran untuk melakukan konseling dan testing HIV di daerah tertentu (resiko tinggi)

Konseling HIV menjadi salah satu komponen standar dari pelayanan kesehatan ibu dan anak. Ibu hamil diberikan penjelasan tentang resiko penularan HIV dari ibu ke janinnya dan kesempatan untuk menetapkan sendiri keputusannya untuk menjalani tes HIV atau tidak. Apabila ibu hamil tersebut HIV positif maka dicegah agar tidak terjadi penularan HIV ke janin, namun sebaliknya apabila ibu hamil tersebut HIV negatif maka diberikan bimbingan untuk tetap HIV negatif selama kehamilan, menyusui dan seterusnya.

8. Inisiasi menyusui dini dan pemberian ASI eksklusif

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memberikan ASI kepada bayinya segera setelah lahir karena ASI mengandung zat kekebalan tubuh yang penting untuk kesehatan bayi. Pemberian ASI dilanjutkan sampai bayi berusia 6 bulan.

9. KB paska persalinan

Ibu hamil diberikan pengarahan tentang pentingnya ikut KB setelah persalinan untuk menjarangkan kehamilan dan agar ibu mempunyai waktu untuk merawat kesehatan diri, anak dan keluarga.

10. Imunisasi

Setiap ibu hamil harus mendapatkan imunisasi tetanus toksoid (TT) untuk mencegah bayi mengalami *tetanusneonatorum*.

11. Peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan

Untuk dapat meningkatkan intelegensia bayi yang akan dilahirkan, ibu hamil dianjurkan untuk memberikan stimulasi auditori dan pemenuhan nutrisi pengungkit otak (*brain booster*) secara bersamaan pada periode kehamilan.

## **2. Gawat Janin dalam Persalinan**

### **a. Pengertian Gawat Janin**

Gawat janin adalah Denyut jantung janin (DJJ) kurang dari 100 per menit atau lebih dari 180 per menit (Nugroho, 2012). Gawat janin terjadi bila janin tidak menerima O<sub>2</sub> yang cukup, sehingga akan mengalami hipoksia. Situasi ini dapat terjadi (kronik) dalam jangka waktu yang lama atau akut. Disebut gawat janin bila ditemukan denyut jantung janin diatas 160/menit atau dibawah 100/menit, denyut 21 jantung tidak teratur, atau keluarnya mekonium yang kental pada awal persalinan (Prawirohardjo, 2009). Gawat janin merupakan suatu reaksi ketika janin tidak memperoleh oksigen yang cukup (Dewi.A.h., Cristine.C.P., 2010).

### **b. Penyebab Gawat Janin**

Menurut Prawirohardjo (2007) penyebab gawat janin sebagai berikut :

1) Persalinan berlangsung lama Persalinan lama adalah persalinan yang terjadi lebih dari 24 jam pada primigravida dan lebih dari 18 jam pada multigravida (Nugrahaeni, 2010). Persalinan lama dapat mengakibatkan ibu menjadi Gelisah, letih, suhu badan meningkat, berkeringat, nadi cepat, pernapasan cepat dan meteorismus. Di daerah lokal sering dijumpai: *Bandle Ring*, *oedema serviks*, cairan ketuban berbau, terdapat mekonium.

2) Induksi persalinan dengan oksitosin Induksi persalinan ialah suatu tindakan terhadap ibu hamil belum inpartu baik secara operatif maupun mesinal, untuk

merangsang timbulnya kontraksi rahim sehingga terjadi persalinan. Akibat pemberian oksitosin yang berlebih-lebihan dalam persalinan dapat mengakibatkan relaksasi uterus tidak cukup memberikan pengisian plasenta.

3) Ada perdarahan Perdarahan yang dapat mengakibatkan gawat janin yaitu karena solusio plasenta. Terjadinya solusio plasenta dipicu oleh perdarahan kedalam desidua basalis. Desidua tersebut kemudian terbelah sehingga meninggalkan lapisan tipis yang melekat pada miometrium. Sebagai akibatnya, proses tersebut dalam stadium awal akan terdiri dari pembentukan hematoma desidua yang menyebabkan pelepasan, kompresi dan akhirnya penghancuran plasenta yang berdekatan dengan bagian tersebut.

4) Infeksi Infeksi, yang disebabkan oleh pecahnya ketuban pada partus lama dapat membahayakan ibu dan janin, karena bakteri didalam amnion menembus amnion dan menginvasi desidua serta pembuluh korion sehingga terjadi bakteremia dan sepsis pada ibu dan janin. Pneomonia pada janin, akibat aspirasi cairan amnion yang terinfeksi, adalah konsekuensi serius lainnya (Prawirohadjo, 2009).

#### 5) *Insufisiensi plasenta*

a) *Insufisiensi uteroplaster* akut hal ini terjadi karena akibat berkurangnya aliran darah uterusplasenta dalam waktu singkat, berupa: aktivitas uterus yang berlebihan, hipertonia uterus, dapat dihubungkan dengan pemberian oksitosin, hipotensi ibu, kompresi vena kava, posisi 23 terlentang, perdarahan ibu karena solusio plasenta.

b) *Insufisiensi uteroplaster* kronis Hal ini terjadi karena kurangnya aliran darah dalam uterusplasenta dalam waktu yang lama. Misalnya : pada ibu dengan riwayat penyakit hipertensi.

#### 6) Kehamilan Postterm



Meningkatnya resiko pada janin postterm adalah bahwa dengan diameter tali pusat yang mengecil, diukur dengan USG, bersifat prediktif terhadap gawat janin pada intrapartum, terutama bila disertai dengan *oligohidramnion*. Penurunan cairan amnion biasanya terjadi ketika usia kehamilan telah melewati 42 minggu, mungkin juga pengeluaran mekonium oleh janin ke dalam volume cairan amnion yang sudah berkurang merupakan penyebabnya terbentuknya mek 24 darah dalam plasenta menjadi terhambat dan menimbulkan hipoksia pada janin yang akan menjadian gawat janin.

#### 7) Preeklamsia

Menurut Prawirohardjo (2009), Preeklamsia dapat menyebabkan kegawatan janin seperti sindroma distres napas. Hal tersebut dapat terjadi karena vasopasme yang merupakan akibat dari kegagalan invasi trofoblas kedalam lapisan otot pembuluh darah sehingga pembuluh darah mengalami kerusakan dan menyebabkan aliran 24 darah dalam plasenta menjadi terhambat dan menimbulkan hipoksia pada janin yang akan menjadian gawat janin.

#### c. Penilaian Klinik Gawat Janin

Menurut Prawirohardjo (2007) tanda gejala gawat janin dapat diketahui dengan :

1) DJJ Abnormal dibawah ini dijelaskan denyut jantung janin abnormal adalah sebagai berikut :

a) Denyut jantung janinirreguller dalam persalinan sangat bervariasi dan dapat kembali setelah beberapa watu. Bila DJJ tidak kembali normal setelah kontraksi, hal ini menunjukkan adanya hipoksia.

b) Bradikardi yang terjadi diluar saat kontraksi, atau tidak menghilang setelah kontraksi menunjukkan adanya gawat janin.

c) *Takchikardi* dapat merupakan reaksi terhadap adanya :

(1) Demam pada ibu

(2) Obat-obat yang menyebabkan takhikardi (misal: obat tokolitik)

Bila ibu tidak mengalami takhikardi, DJJ yang lebih dari 160 per menit menunjukkan adanya anval hipoksia.

Denyut jantung janin abnormal dapat disebut juga dengan fetal distress. Fetal distress dibagi menjadi dua yaitu fetal distress akut dan fetal distress kronis. Menurut Marmi, Retno A.M.S., 25 Fatmawaty.E (2010) dibawah ini dijelaskan beberapa faktor yang mempengaruhinya.

a) Faktor yang mempengaruhi *fetal distress* akut

(1) Kontraksi uterus Kontraksi uterus hipertonic yang lama dan kuat adalah abnormal dan uterus dalam keadaan istirahat yang lama dapat mempengaruhi sirkulasi utero plasenta, ketika kontraksi sehingga mengakibatkan hipoksia uterus.

(2) Kompresi tali pusat Kompresi tali pusat akan mengganggu sirkulasi darah fetus dan dapat mengakibatkan hipoksia. Tali pusat dapat tertekan pada prolapsus, lilitan talu pusat.

(3) Kondisi tali pusat Plasenta terlepas, terjadi solusio plasenta. Hal ini berhubungan dengan kelainan fetus.

(4) Depresi pusat pada sistem pernafasan Depresi sistem pernafasan pada bayi baru lahir sebagai akibat pemberian analgetika pada ibu dalam persalinan dan perlukaan pada proses kelahiran menyebabkan hipoksia.

b) Faktor yang mempengaruhi fetal distress kronis Fetal distress kronis berhubungan dengan faktor sosial yang kompleks.

- (1) Status sosial ekonomi rendah Hal ini berhubungan dengan peningkatan morbiditas dan mortalitas. Status sosial ekonomi adalah suatu gambaran kekurangan penghasilan tetapi juga kekurangan pendidikan, nutrisi, kesehatan fisik dan psikis.
- (2) Umur maternal Umur ibu yang sangat muda dan tua lebih dari 35 tahun merupakan umur resiko tinggi.
- (3) Merokok Nikotin dapat menyebabkan vasokonstriksi, dan menyebabkan penurunan aliran darah uterus dimana karbonmonoksida mengurangi transport oksigen. Angka mortalitas perinatal meningkat.
- (4) Penyalahgunaan obat terlarang Penyalahgunaan obat terlarang dalam kehamilan berhubungan dengan banyak komplikasi meliputi IUGR, hipoksia dan persalinan preterm yang semuanya meningkatkan resiko kematian perinatal.
- (5) Riwayat obstetrik yang buruk Riwayat abortus sebelumnya, persalinan preterm atau lahir mati berhubungan dengan resiko tinggi pada janin dalam kehamilan ini.
- (6) Penyakit maternal Kondisi yang meningkatkan resiko fetal distress kronis dapat mempengaruhi sistem sirkulasi maternal dan menyebabkan insufisiensi aliran darah dalam uterus seperti: Hipertensi yang diinduksi kehamilan, hipertensi kronik, diabetes, penyakit ginjal kronis. Sedangkan faktor yang mempengaruhi penurunan oksigenasi arteri maternal seperti: penyakit sel darah merah, anemia berat (Hb kurang dari 9% dl atau kurang), penyakit paru-paru, penyakit jantung, epilepsi (jika tidak terkontrol dengan baik), infeksi maternal berat. Kondisi tersebut meliputi insufisiensi plasenta, post matur, perdarahan antepartum yang dapat mengakibatkan pengurangan suplai oksigen ke fetus.

(7) Kondisi plasenta Kondisi tersebut meliputi: insufisiensi plasenta, postmatur, perdarahan antepartum yang dapat mengakibatkan resiko hipoksia intra uterin. Resiko ini mengakibatkan pengurangan suplai oksigen ke fetus.

(8) Kondisi fetal malformasi konginetal tertentu, infeksi intra uterin dan incompatibilitas resus yang meningkatkan resiko hipoksia intra uterin. Resiko ini meningkat pada kehamilan ganda.

(9) Faktor resiko intra partum Selama persalinan faktor yang berhubungan dengan peningkatan resiko fetal distress, yaitu: malpresentasi seperti presentasi bokong, kelahiran dengan forcep, SC, sedatif atau analgetik yang berlebihan, komplikasi anestesi (meliputi: hipotensi dan hipoksia), partum presipitatus atau partus lama.

c) Deteksi fetus melalui pemeriksaan antenatal Pemeriksaan yang digunakan untuk mendeteksi fetus meliputi:

(1) USG untuk menilai pertumbuhan fetus

(2) Profil biofisikal Pemeriksaan fisik pada fetus menggunakan USG parameter yang digunakan untuk menilai meliputi: gerakan pernafasan fetus, gerakan fetus, tonus fetus indeks cairan amnion dan NST.

(3) Non Stress Tes (NST) Eksternal kardiotokograf (CTG), Kriteria yang seharusnya diamati meliputi 2 hal atau lebih, yaitu : denyut jantung janin, mengalami penurunan sedikitnya 15 denyutan permenit, menetap sedikitnya 15 detik dalam 20 menit.

(4) Doppler Menurut Marmi, Retno A.M.S., Fatmawaty.E (2010) tanda fetal distress dalam persalinan, sebagai berikut :

(a) Denyut jantung

1) Takikardi diatas 160 kali perdetik atau brakikardi dibawah 120 kali perdetik.

2) Deselerasi dini Ketika denyut jantung turun lebih dari 15 kali permenit pada saat kontraksi, kontraksi deselerasi menggambarkan kontraksi dan biasanya dianggap masalah serius.

3) Deselerasi yang berubah-ubah Deselerasi yang berubah-ubah hal ini sangat sulit dijelaskan Ini dapat terjadi pada awal atau akhir penurunan denyut jantung dan bentuknya tidak sama. Hubungan antar peningkatan asidosis fetus dengan dalam dan lamanya deselerasi adalah adanya abnormalitas denyut jantung janin.

4) Deselerasi lambat Penurunan denyut jantung janin menunjukkan tingkat deselerasi paling rendah tetapi menunjukkan kontraksi pada saat tingkat yang paling tinggi. Deselerasi yang lambat menyebabkan penurunan 30 aliran darah fetus dan pengurangan transfer oksigen selama kontraksi. Penurunan tersebut mempengaruhi oksigenasi serebral fetus. Jika pola tersebut terjadi disertai dengan abnormalitas denyut jantung janin harus dipikirkan untuk ancaman yang serius dalam kesejahteraan fetus.

5) Tidak adanya denyut jantung Ini mungkin disebabkan oleh karena hipoksia kronis atau berat dimana sistem syaraf otonom tidak dapat merespon stress.

6) Mekonium bercampur air ketuban.

(b) Mekonium cairan amnion yang hijau kental menunjukkan bahwa air ketuban jumlahnya sedikit. Kondisi ini mengharuskan adanya intervensi. Intervensi ini tidak perlu dilakukan bila air ketuban kehijauan tanpa tanda kegawatan lainnya, atau pada fase akhir suatu persalinan letak bokong.

d. Penanganan Gawat Janin pada Persalinan

Menurut Prawirohardjo (2009) penanganan gawat janin saat persalinan adalah sebagai berikut :

- 1) Cara pemantauan
  - a) Kasus resiko rendah – auskultasi DJJ selama persalinan :
    - (1) Setiap 15 menit kala I
    - (2) Setiap setelah his kala II
    - (3) Hitung selama satu menit setelah his selesai
  - b) Kasus resiko tinggi – gunakan pemantauan DJJ elektronik secara berkesinambungan
  - c) Hendaknya sarana untuk pemeriksaan pH darah janin disediakan
- 2) Interpretasi data dan pengelolaan
  - a) Untuk memperbaiki aliran darah uterus : Pasien dibaringkan miring ke kiri, untuk memperbaiki sirkulasi plasenta
  - b) Hentikan infus oksitosin (jika sedang diberikan)
  - c) Berikan oksigen 6-8 L/menit
  - d) Untuk memperbaiki hipotensi ibu (setelah pemberian anastesi epidural) segera berikan infus 1 L infus RL
  - e) Kecepatan infus cairan-cairan intravaskular hendaknya dinaikkan untuk meningkatkan aliran darah dalam arteri uterina.
- 3) Untuk memperbaiki aliran darah umbilikus
  - a) Pasien dibaringkan miring ke kiri, untuk memperbaiki sirkulasi plasenta.
  - b) Berikan ibu oksigen 6-8 L/menit
  - c) Perlu kehadiran dokter spesialis anak Biasanya resusitasi intrauterin tersebut diatas dilakukan selama 20 menit.
- 4) Tergantung terpenuhinya syarat-syarat, melahirkan janin dapat pervaginam atau perabdominal.

### **3. Persalinan**

#### **1. Pengertian Persalinan Normal**

Persalinan merupakan kejadian fisiologis yang normal yaitu terjadinya proses dimana bayi, selaput ketuban, plasenta keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada servik dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap.(JNPK-KR, 2012).

#### **2. Tahapan Persalinan Normal**

**a.** Kala I atau kala pembukaan dimulai dari adanya his yang adekuat sampai dengan pembukaan lengkap. Kala I dibagi menjadi 2 fase: fase laten (1-3 cm) membutuhkan waktu 8 jam, fase aktif (pembukaan 4-10cm) membutuhkan waktu 6 jam. Biasanya dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm akan terjadi kecepatan rata-rata yaitu 1 cm perjam untuk primigravida dan 2 cm perjam untuk multigravida (JNPK-KR, 2012).

1) Tanda dan gejala in partu termasuk :

a) Penipisan dan pembukaan serviks.

b) Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit.

c) Cairan lendir bercampur darah ("*show*") melalui vagina.

2) Proses membukanya serviks akibat his dibagi dalam 2 fase, yaitu :

a) Fase laten : berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm. Fase laten diawali dengan mulai timbulnya kontraksi uterus yang teratur yang menghasilkan perubahan serviks.

b) Fase aktif : dibagi dalam 3 fase lagi yakni :

(a) Fase akselerasi. Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm tadi menjadi 4 cm.

(b) Fase dilatasi maksimal. Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.

(c) Fase deselerasi. Pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam, pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap. Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida. Pada multigravida pun terjadi demikian akan tetapi terjadi dalam waktu yang lebih pendek .

b. Kala II/kala pengeluaran: Dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi. Kala II pada primigravida biasanya berlangsung selama 2 jam dan 1 jam pada multigravida (JNPK-KR, 2012).

1) Gejala dan Tanda Kala Dua Persalinan

Gejala dan tanda kala dua persalinan adalah :

a) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.

b) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan rectum dan vaginanya.

c) Perineum menonjol.

d) Vulva dan sfingter ani membuka.

e) Meningkatnya pengeluaran lender bercampur darah.

c. Kala III/kala uri: Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta dan selaput ketuban (JNPK-KR, 2012), untuk menghindari terjadinya komplikasi seperti perdarahan diperlukan adanya manajemen aktif kala III yang terdiri dari pemberian oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT) massase fundus uteri.

1) Tanda-Tanda lepasnya Plasenta mencakup beberapa hal seperti berikut :



a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus

Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat (discoid) dan tinggi fundus berada 3 jari di bawah pusat.

b) Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva (tanda *Ahfeld*).

c) Semburan darah mendadak dan singkat

Darah yang terkumpul di retroplasenter (diantara tempat implantasi dan permukaan maternal plasenta) akan melepas plasenta (dengan gaya gravitasi) dari tempat perlekatannya di dinding uterus.

2) Manajemen Aktif Kala III

Tujuan MAK III adalah membuat uterus berkontraksi lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah perdarahan dan mengurangi kehilangan darah selama kala III persalinan jika dibandingkan dengan pelepasan plasenta secara spontan. Sebagian besar (25-29%) morbiditas dan mortalitas ibu di Indonesia disebabkan oleh perdarahan pascapersalinan akibat atonia uteri dan separasi parsial / retensio plasenta yang dapat dicegah dengan Manajemen Aktif Kala III.

a) Keuntungan MAK III :

(1) Persalinan kala tiga yang lebih singkat.

(2) Mengurangi jumlah kehilangan darah.

(3) Mengurangi kejadian retensio plasenta.

b) Manajemen aktif kala tiga terdiri dari tiga langkah utama :

(1) Pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir.

(2) Melakukan penegangan tali pusat terkendali.

(3) Masase fundus uteri.

- (a) Letakkan bayi baru lahir diatas kain bersih yang telah disiapkan di perut bawah ibu dan minta ibu atau pendampingnya untuk membantu memegang bayi tersebut.
- (b) Pastikan tidak ada bayi lain ( *Undiagnosed twin*) di dalam uterus.
- (c) Beritahu ibu bahwa akan disuntik.
- (d) Segera (dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir) suntikkan oksitosin 10 I.U IM di perbatasan  $\frac{1}{3}$  bawah dan tengah lateral paha (*aspektus lateralis*).
- (e) Letakkan kembali alat suntikan pada tempatnya, ganti kain alas dan penutup tubuh bayi dengan kain bersih dan kering yang baru kemudian lakukan penjepitan (2-3 menit setelah bayi lahir) dan pemotongan tali pusat sehingga dari langkah 4 dan 5 ini akan tersedia cukup waktu bagi bayi untuk memperoleh sejumlah darah kaya zat besi dari ibunya.
- (f) Serahkan bayi yang telah terbungkus kain pada ibu untuk IMD kontak kulit dengan ibu dan tutupi ibu-bayi dengan kain.
- (g) Tutup kembali perut bawah ibu dengan kain bersih.

### 3) Penegangan Tali Pusat Terkendali.

- a) Berdiri di samping ibu.
- b) Pindahkan klem (penjepit tali pusat) ke sekitar 5-10 cm dari vulva.
- c) Letakkan tangan lain pada abdomen ibu (beralaskan kain) tepat di atas simfisis pubis. Gunakan tangan ini untuk meraba kontraksi uterus dan menekan uterus pada saat melakukan penegangan pada tali pusat setelah terjadi kontraksi kuat, tegangkan tali pusat dengan satu tangan dan tangan yang lain (pada dinding abdomen) menekan uterus kearah lumbal dan kepala ibu (dorsa-kranial). Lakukan secara hati-hati untuk mencegah terjadinya inversion uteri.

d) Bila plasenta belum lepas, tunggu hingga uterus berkontraksi kembali (sekitar dua atau tiga menit berselang) untuk mengulangi kembali penegangan tali pusat terkendali.

e) Saat mulai kontraksi (uterus menjadi bulat atau tali pusat menjulur) tegangkan tali pusat ke arah bawah, lakukan tekanan dorso-kranial hingga tali pusat makin menjulur dan korpus uteri bergerak ke atas yang menandakan plasenta telah lepas dan dapat dilahirkan.

f) Tetapi jika langkah 5 di atas tidak berjalan sebagaimana mestinya dan plasenta tidak turun setelah 30-40 detik sejak dimulainya penegangan tali pusat dan tidak ada tanda-tanda yang menunjukkan lepasnya plasenta, jangan teruskan penegangan tali pusat.

(1) Pegang klem dan tali pusat dengan lembut dan tunggu sampai kontraksi berikutnya. Jika perlu, pindahkan klem lebih dekat ke perineum pada saat tali pusat menjadi lebih panjang.

(2) Pada saat kontraksi berikutnya terjadi, ulangi penegangan tali pusat terkendali dan tekanan dorso-kranial pada korpus uteri secara serentak. Ikuti langkah-langkah tersebut pada setiap kontraksi hingga terasa plasenta terlepas dari dinding uterus

(3) Jika setelah 15 menit melakukan PTT dan dorongan *dorso-kranial*, plasenta belum juga lahir maka ulangi pemberian oksitosin 10 I.U IM, tunggu kontraksi yang kuat kemudian ulangi PTT dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta dapat dilahirkan.

(4) Setelah plasenta terlepas dari dinding uterus (bentuk uterus menjadi globuler dan tali pusat menjulur ke luar maka anjurkan ibu untuk meneran agar plasenta terdorong keluar melalui introitus vagina). Bantu kelahiran plasenta dengan cara

menegangkan dan mengarahkan tali pusat sejajar dengan lantai (mengikuti poros jalan lahir).

g) Pada saat plasenta terlihat pada introitus vagina, lahirkan plasenta dengan mengangkat tali pusat keatas dan menopang plasenta dengan tangan lainnya untuk diletakkan dalam wadah penampung. Karena selaput ketuban mudah robek, pegang plasenta dengan kedua tangan dan secara lembut putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil menjadi satu.

h) Lakukan penarikan dengan lembut dan perlahan-lahan untuk melahirkan selaput ketuban.

i) Jika selaput ketuban robek dan tertinggal di jalan lahir saat melahirkan plasenta, dengan hati-hati periksa vagina dan serviks secara seksama. Gunakan jari-jari tangan anda atau klem atau cunam ovum DTT / steril untuk mengeluarkan selaput ketuban tersebut.

(1) Rangsangan Taktil (*Masase*) Fundus Uteri.

Segera setelah plasenta lahir, lakukan masase fundus uterus :

(a) Letakkan telapak tangan pada fundus uteri.

(b) Jelaskan tindakan kepada ibu, katakan bahwa ibu mungkin merasa agak tidak nyaman karena tindakan yang diberikan. Anjurkan ibu untuk menarik nafas dalam dan perlahan serta rileks.

(c) Dengan lembut tapi mantap gerakkan tangan dengan arah memutar pada fundus uterisupaya uterus berkontraksi. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik, lakukan penatalaksanaan atonia uteri.

(d) Periksa plasenta dan selaputnya untuk memastikan keduanya lengkap dan utuh:

- i. Periksa plasenta sisa maternal (yang melekat pada dinding uterus) untuk memastikan bahwa semuanya lengkap dan utuh (tidak ada bagian yang hilang).
- ii. Pasangkan bagian-bagian plasenta yang robek atau terpisah untuk memastikan tidak ada bagian yang hilang.
- iii. Periksa plasenta sisi foetal (yang menghadap ke bayi) untuk memastikan tidak adanya kemungkinan lobus tambahan (suksenturiata).
- iv. Evaluasi selaput untuk memastikan kelengkapannya
  - a. Periksa kembali uterus setelah satu hingga dua menit untuk memastikan uterus berkontraksi. Jika uterus masih belum berkontraksi baik, ulangi masase fundus uteri. Ajarkan ibu dan keluarganya cara melakukan masase uterus sehingga mampu untuk segera mengetahui jika uterus tidak berkontraksi baik.
  - b. Periksa kontraksi uterus setiap 15 menit selama satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama satu jam kedua pascapersalinan.
- d. Kala IV/ kala pengawasan:** Kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam postpartum. Pemantauan dan observasi harus dilakukan pada kala IV sebab perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama setelah persalinan.

#### 1) Asuhan dan Pemantauan Kala IV

Setelah plasenta lahir :

- a) Lakukan rangsangan taktil (masase) uterus, dapat membuat uterus berkontraksi secara adekuat dan efektif.
- b) Evaluasi tinggi fundus dilakukan dengan cara meletakkan telunjuk sejajar tepi atas fundus. Umumnya, fundus uteri setinggi atau 2 jari di bawah pusat. Hasil pemeriksaan dapat dituliskan sebagai berikut : “tinggi fundus uteri, dua jari di bawah pusat”.

- c) Estimasi kehilangan darah secara keseluruhan.
- d) Periksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomi) perineum.
- e) Evaluasi keadaan umum ibu.
- f) Dokumentasikan semua asuhan / temuan selama persalinan kala empat di halaman 2 partograf, segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan.

### **3.Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan**

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi persalinan antara lain :

#### *a. Passenger*

Pada faktor *passenger*, terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melalui jalan lahir, maka ia dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin (Bobak, 2004).

#### *b. Passageaway*

Panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan, janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku (Bobak, 2004).

#### *c. Powers*

His adalah salah satu kekuatan pada ibu yang menyebabkan serviks membuka dan mendorong janin ke bawah. Pada presentasi kepala, bila his sudah cukup kuat, kepala akan turun dan mulai masuk ke dalam rongga panggul (Wiknjosastro dkk, 2005).

#### *d. Position*

Mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk dan jongkok (Bobak, 2004).

e. *Psychologic Respons*

Pada kebanyakan wanita, persalinan dimulai saat terjadi kontraksi uterus pertama dan dilanjutkan dengan kerja keras selama jam-jam dilatasi dan melahirkan kemudian berakhir ketika wanita dan keluarganya memulai proses ikatan dengan bayi

(Bobak, 2004).

#### **4. Lima Benang Merah Asuhan Persalinan Normal**

Lima Benang Merah dalam Asuhan Persalinan Normal ada lima aspek dasar, atau lima benang merah, yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan normal yang bersih dan aman, termasuk Inisiasi Menyusu Dini dan beberapa hal yang wajib dilaksanakan bidan yaitu:

**a. Aspek Pengambilan Keputusan Klinik**

Membuat keputusan klinik adalah proses pemecahan masalah yang digunakan untuk merencanakan asuhan bagi ibu dan bayi baru lahir. Hal ini merupakan proses sistematis dalam mengumpulkan data, mengidentifikasi masalah, membuat diagnosis kerja atau membuat rencana tindakan yang sesuai dengan diagnosis, melaksanakan rencana tindakan dan akhirnya mengevaluasi hasil asuhan atau tindakan yang telah diberikan kepada ibu atau bayi baru lahir.

**b. Asuhan Sayang Ibu dan Bayi**

Asuhan sayang ibu dan bayi adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan, dan keinginan sang ibu. Tujuan asuhan sayang ibu dan bayi

adalah memberikan rasa nyaman pada ibu dalam proses persalinan dan pada masa pasca persalinan. Salah satu prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah mengikutsertakan suami dan keluarga untuk memberi dukungan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Asuhan tersebut bisa mengurangi jumlah persalinan dengan tindakan.

#### **c. Pencegahan Infeksi**

Pencegahan Infeksi mutlak dilakukan pada setiap melaksanakan pertolongan persalinan, hal ini tidak hanya bertujuan melindungi ibu dan bayi dari infeksi atau sepsis namun juga melindungi penolong persalinan dan orang sekitar ataupun yang terlibat dari terkenanya infeksi yang tidak sengaja. Tindakan pencegahan infeksi (PI) tidak terpisah dari komponen-komponen lain dalam asuhan sebelum persalinan, selama dan setelah persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatan dari infeksi bakteri, virus dan jamur. Dilakukan pula upaya untuk menurunkan risiko penularan penyakit-penyakit berbahaya yang hingga kini belum ditemukan pengobatannya seperti Hepatitis dan HIV.

#### **d. Pencatatan (Rekam Medik) Asuhan Persalinan**

Pencatatan SOAP dan Partograf Pendokumentasian adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik dalam memberikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

Pendokumentasian SOAP dalam persalinan:

- 1) Pencatatan selama fase laten kala I persalinan.
- 2) Dicatat dalam SOAP pertama dilanjutkan dilembar berikutnya.



- 3) Observasi denyut jantung janin, his, nadi setiap 30 menit.
- 4) Observasi pembukaan, penurunan bagian terendah, tekanan darah, suhu setiap 4 jam kecuali ada indikasi. Partograf merupakan alat untuk memantau kemajuan persalinan yang dimulai sejak fase aktif.

#### e. Rujukan

Sistem Rujukan adalah suatu sistem pelayanan kesehatan dimana terjadi pelimpahan tugas dan tanggung jawab timbal balik atas kasus atau masalah kesehatan yang timbul secara horizontal maupun vertikal, baik untuk kegiatan pengiriman penderita, pendidikan, maupun penelitian.

Sistem rujukan paripurna terpadu merupakan suatu tatanan, di mana berbagai komponen dalam jaringan pelayanan kebidanan dapat berinteraksi dua arah timbal balik, antara bidan desa, bidan dan dokter Puskesmas di pelayanan kesehatan dasar, dengan para dokter spesialis di RS Kabupaten untuk mencapai rasionalisasi penggunaan sumber daya kesehatan dalam penyelamatan ibu dan bayi baru lahir yaitu penanganan ibu risiko tinggi dengan gawat-obstetrik atau gawat-darurat-obstetrik secara efisien, efektif, profesional, rasional, dan relevan dalam pola rujukan terencana ( Azwar, 2008 ).

## **4. Sectio Caesarea**

### **a. Pengertian SC**

Sectio Caesarea adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka perut dan dinding rahim. Tujuan dasar kelahiran adalah memelihara kehidupan atau kesehatan ibu dan anak. Atau SC adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut

dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Mochtar, 2011).

#### **b. Indikasi SC**

Sectio Sesarea efektif dilakukan kalau sebelumnya sudah diperkirakan bahwa kelahiran pervaginam tidak cocok atau tidak aman. Pelahiran dengan Sectio Sesarea dilakukan atas indikasi umum (Marmi, 2010).

##### 1) Faktor ibu:

- a) Plasenta Previa
- b) Riwayat obstetric yang jelek
- c) Disproporsi sefalopelvik
- d) Herpesvirus tipe II (genetalia)
- e) Mencangkup panggul yang sempit
- f) Riwayat Sectio Sesarea klasik
- g) Diabetes (kadang-kadang)

##### 2) Faktor Janin:

- a) Letak janin yang tidak stabil dan tidak bisa dikoreksi
- b) Fetus yang tumbuhnya terlampau terlalu besar/ adanya ketidakseimbangan relative antara ukuran bayi dan ukuran fetus
- c) Presentasi bokong (kadang-kadang) (mal presentasi) dan malnutrisi
- d) Penyakit atau kelainan yang berat pada janin, seperti Eritroblastosis atau retardasi pertumbuhan yang nyata

#### **c. Tipe-Tipe Sectio Caesarea**

- 1) Sectio Sesarea Transperitonealis

Profunda dengan insisi di segmen bawah uterus. Segmen bawah uterus tidak begitu banyak mengandung pembuluh darah dibanding segmen atas sehingga resiko perdarahan lebih kecil (Marmi, 2010).

2) Sectio sesarea klasik (korporal) menurut Sanger

Insisi dibuat pada korpus uteri. Dilakukan kala segmen bawah tidak terjangkau karena melekat eratnya dinding uterus pada perut karena section sesarea.

3) Sectio sesarea ekstrapertoneal

Dahulu dilakukan untuk mengurangi bahaya infeksi puerperal, sekarang tidak banyak dilakukan karena sulit dalam tehniknya dan seringkali terjadi sobekan peritoneam.

4) Sectio sesarea histerektomi menurut Porro

Operasi SC Histerektomi dilakukan secara Histerektomi supra vaginal untuk menyelamatkan jiwa ibu dan janin dengan indikasi :

#### **d.Komplikasi**

1) Pada Ibu

a) Infeksi Puerperal

Bersifat ringan seperti kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas atau bersifat berat seperti peritonitis, sepsis dan sebagainya. Infeksi postoperative terjadi apabila sebelum pembedahan sudah ada gejala infeksi intrapartum atau ada factor yang merupakan predisposisi terhadap kelainan itu (partus lama khususnya setelah ketuban pecah, tindakan vaginal sebelumnya) (Marmi, 2010).

b) Perdarahan

Perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang-cabang arteria uterine ikut terbuka atau karena atonia uteri.

c) Komplikasi-komplikasi lain seperti luka pada kandung kencing, embolisme paru-paru, ruptur uteri dan sebagainya sangat jarang terjadi

d) Suatu komplikasi yang baru kemudian tampak ialah kurang kuatnya parut pada dinding uterus sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptur uteri.

Kemungkinan ini lebih banyak ditemukan sesudah Sectio Sesarea klasik.

## 2) Pada Anak

Nasib anak yang dilahirkan dengan sectio sesarea banyak tergantung dari keadaan yang menjadi alasan untuk melakukan section sesarea . Menurut statistic di negara-negara dengan pengawasan antenatal dan intra natal yang baik, kematian perinatal pasca SC berkisar antara 4 dan 7 %.

## e. Penatalaksanaan

### 1) Perawatan selama kelahiran sesarea (pre Op)

Pre operasi (pre-bedah) merupakan masa sebelum dilakukannya tindakan pembedahan, dimulai sejak persiapan pembedahan dan berakhir sampai pasien di meja bedah. Hal-hal yang perlu dikaji dalam tahap pre operasi adalah pengetahuan tentang persiapan pembedahan, dan kesiapan psikologis. Prioritas pada prosedur pembedahan yang utama adalah inform consent yaitu pernyataan persetujuan klien dan keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan yang berguna untuk mencegah ketidak tahuan klien tentang prosedur yang akan dilaksanakan dan juga menjaga rumah rumah sakit serta petugas kesehatan dari klien dan keluarganya mengenai tindakan tersebut. Rencana tindakan diantaranya :

- a) Pemberian pendidikan kesehatan pre operasi
- b) Persiapan diet
- c) Persiapan kulit
- d) Latihan nafas dan batuk efektif
- e) Latihan kaki
- f) Pencegahan cedera
- g) Latihan mobilisasi
- h) Persiapan fisik
- i) Inform consent

a) Penatalaksanaan Pre Operasi :

(1) Persiapan fisik praoperatif dilakukan dengan mencukur rambut pubis, memasang kateter untuk mengosongkan kandung kemih, dan memberi obat preoperative sesuai resep. Antasida seringkali diberikan untuk mencegah aspirasi akibat sekresi asam lambung kedalam paru-paru pasien.

(2) Cairan intravena mulai diberikan untuk mempertahankan hidrasi dan menyediakan suatu saluran terbuka (openline) untuk pemberian darah / obat yang diperlukan.

(3) Sample darah dan urin diambil dan dikirim ke laboratorium untuk dianalisis.

(4) Selama preoperative orang terdekat didorong untuk terus bersama wanita tersebut selama mungkin untuk memberikan dukungan emosional secara berkelanjutan.

(5) Perawat memberikan informasi esensial tentang prosedur, mengkaji persepsi wanita dan pasangan atau suaminya tentang kelahiran sesarea. Ketika wanita

mengungkapkan , perawat dapat mengidentifikasi gangguan potensial konsep diri selama periode pasca partum.

(6) Jika ada waktu sebelum melahirkan, perawat dapat mengajari wanita tersebut tentang harapan pasca operasi, cara meredakan nyeri, mengubah posisi, batuk dan napas dalam.

(7) Perawat dikamar bedah bisa membantu mengatur posisi wanita tersebut diatas meja operasi,. Adalah penting untuk mengatur posisi wanita tersebut sehingga uterus berada pada posisi lateral untuk menghindari penekanan pada vena cava inferior yang dapat menurunkan perfusi plasenta.

(8) Perawatan bayi didelegasi kepada dokter anak dan perawat yang melakukan resusitasi neonatus karena bayi ini dianggap beresiko sampai ada bukti kondisi fisiologis bayi stabil setelah lahir (Marmi, 2010).

## 2) Perawatan pasca partum (post Op)

Post operasi (pasca bedah) merupakan masa setelah dilakukan pembedahan yang dimulai sejak pasien memasuki ruang pemulihan dan berakhir sampai evaluasi selanjutnya. Setelah tindakan pembedahan (pra operasi), beberapa hal yang perlu dikaji diantaranya adalah status kesadaran, kualitas jalan nafas, sirkulasi dan perubahan tanda vital yang lain, keseimbangan elektrolit, kardiovaskuler, lokasi daerah pembedahan dan sekitarnya, serta alat-alat yang digunakan dalam pembedahan. Selama periode ini proses asuhan diarahkan pada menstabilkan kondisi pasien pada keadaan equilibrium fisiologis pasien, menghilangkan nyeri dan pencegahan komplikasi (Marmi, 2010).

### a) Penatalaksanaan Post Operasi :

- (1) Pengkajian keperawatan segera setelah melahirkan meliputi pemulihan dari efek anestesi, status pasca operasi dan pasca melahirkan dan derajat nyeri.
- (2) Kepatenan jalan napas dipertahankan dan posisi wanita tersebut diatur untuk mencegah kemungkinan aspirasi.
- (3) Tanda-tanda vital diukur setiap 15 menit selama 1-2 jam sampai wanita itu stabil. Kondisi balutan insisi, fundus dan jumlah lokea, dikaji demikian pula masukan dan haluaran.
- (4) Perawat membantu wanita tersebut untuk mengubah posisi dan melakukan napas dalam serta melatih gerakan kaki. Obat-obatan untuk mengatasi nyeri dapat diberikan
- (5) Masalah fisiologis selama beberapa hari pertama dapat didominasi oleh nyeri akibat insisi dan nyeri dari gas di usus halus dan kebutuhan untuk menghilangkan nyeri.
- (6) Tindakan lain untuk mengupayakan kenyamanan, seperti mengubah posisi, mengganjal insisi dengan bantal, memberi kompres panas pada abdomen dan tehnik relaksasi.
- (7) Ambulasi dan upaya menghindari makanan yang menghasilkan gas dan minuman berkarbonat bisa mengurangi nyeri yang disebabkan gas.
- (8) Perawatan sehari-hari meliputi perawatan perineum, perawatan payudara dan perawatan higienis rutin termasuk mandi siram setelah balutan luka diangkat.
- (9) Setiap kali berdinas perawat mengkaji tanda-tanda vital, insisi, fundus uterus, dan lokia. Bunyi napas, bising usus, tanda homans, eliminasi urine serta defekasi juga dikaji.

(10) Pasangan atau suami dapat dilibatkan dalam sesi pengajaran dan penjelasan tentang pemulihan pasangannya. Beberapa orangtua akan marah,frustasi atau kecewa karena wanita tidak dapat melahirkan pervaginam. Beberapa wanita mengungkapkan perasaan seperti harga diri rendah atau citra diri yang negative. Akan sangat berguna bila ada perawat yang hadir selama wanita melahirkan, mengunjungi dan membantu mengisi “kesenjangan” tentang pengalaman tersebut.

(11) Rencana pulang terdiri dari informasi tentang diet, latihan fisik, pembatasan aktifitas, perawatan payudara, aktifitas seksual dan kontrasepsi, medikasi, dan tanda-tanda komplikasi serta perawatan bayi.

#### **f. Tanda-TandaKomplikasi Pasca OperasiSetelah Pemulangan**

- 1) Laporkan tanda-tanda berikut kepada petugas perawatan kesehatan :
  - a) Demam lebih dari 38 °C, AL > 20,0 10<sup>3</sup>/ul
  - b) Nyeri saat buang air kecil
  - c) Lochea lebih banyak daripada periode menstruasi normal
  - d) Luka terbuka
  - e) Kemerahan dan berdarah pada tempat insisi
  - f) Nyeri abdomen yang parah (Marmi, 2010).

#### **g.Penatalaksanaan Pasca Tindakan (Medis)**

- 1) Kaji ulang prinsip perawatan pasca bedah
- 2) Jika masih terdapat perdarahan :
  - a) Lakukan massage uterus
  - b) Beri oksitosin 10 unit



- c) Beri oksitosin 10 unit dalam 500 ML cairan IV (garam fisiologik/ringer laktat) 60 tetes permenit, ergometsin 0,2 mg IM dan prostaglandin
- 3) Jika terdapat tanda infeksi, berikan antibiotic kombinasi sampai pasien bebas demam selama 48 jam :
  - a) Ampisilin 2g IV setiap 6 jam
  - b) Ditambah gentamicin 5mg/kgBB IV setiap 24 jam
  - c) Ditambah metronidazol 500mg IV setiap 8 jam
  - 4) Beri analgesik jika perlu (Marmi, 2010).

## **6. Nifas**

### **Konsep Dasar Nifas**

#### **a. Pengertian Nifas**

Masa nifas atau *puerperium* adalah setelah kala IV sampai dengan enam minggu berikutnya (pulihnya alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil). Akan tetapi seluruh otot genitalia baru pulih kembali seperti sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 bulan. Masa ini merupakan periode kritis baik bagi ibu maupun bayinya maka perlu diperhatikan (Nurjasmi, E., dkk. 2016).

Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan (Kemenkes RI, 2015).

#### **b. Fisiologis Nifas**

Masa nifas alat-alat genetalia interna maupun eksterna akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan semula sebelum hamil. Perubahan alat-alat genital ini dalam keseluruhannya disebut involusio (Kemenkes RI, 2015).

#### 2) Uterus

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 30 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot – otot polos uterus. Segera setelah *plasenta* lahir tinggi *fundus uteri* 2 jari bawah pusat, *uterus* dapat diraba dari luar berukuran panjang  $\pm 15$  cm, lebar  $\pm 12$  cm dan tebal  $\pm 10$  cm. Uterus secara berangsur-angsur kembali kecil sehingga kembali seperti sebelum hamil atau berinvolusi. Perubahan involusi berlangsung dengan cepat penurunan TFU kira-kira 1-2 cm selama 24 jam. Dan pada hari ke 9 uterus tidak teraba (Bobak et all, 2004)

#### 3) Serviks

Setelah persalinan bentuk serviks agak menganga seperti corong berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat perlukaan-perlukaan kecil. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim, setelah 2 jam dapat dilalui 2-3 jari dan setelah 7 hari hanya dapat dilalui 1 jari.

#### 4) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Pemeriksaan lochea meliputi perubahan warna dan bau karena lochea memiliki ciri khas : bau amis atau khas darah dan adanya bau busuk menandakan adanya infeksi. Jumlah total pengeluaran seluruh periode lochea rata – rata  $\pm 240-270$  ml.

#### 5) Vulva, Vagina dan Perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan (Marmi, 2015).

#### 6) Sistem Pencernaan

Pasca melahirkan, kadar progesterone juga mulai menurun. Namun demikian fungsi usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal. Buang air besar secara spontan bisa tertunda selama 2-3 hari setelah ibu melahirkan. Suppositoria dibutuhkan untuk membantu eliminasi pada ibu nifas (Marmi, 2015).

#### 7) Sistem Perkemihan

Ibu postpartum dianjurkan segera buang air kecil, agar tidak mengganggu proses involusi uteri dan ibu merasa nyaman. Namun demikian, pasca melahirkan ibu sulit merasa buang air kecil dikarenakan trauma yang terjadi pada uretra dan kandung kemih selama proses melahirkan, yakni sewaktu bayi melewati jalan lahir (Marmi, 2015).

#### 8) Tanda – tanda Vital

##### i. Suhu tubuh

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2°C. Pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang lebih 0,5°C dari keadaan normal.

##### ii. Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80x/menit. Pasca melahirkan, denyut nadi dapat mejadi bradikardi maupun lebih cepat.

iii. Tekanan Darah

Tekanan darah adalah tekanan yang dialami darah pada pembuluh arteri ketika darah dipompa oleh jantung ke seluruh anggota tubuh manusia. Pasca melahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah.

iv. Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16-24x/menit. pada ibu postpartum umumnya pernafasan lambat atau normal. Hal ini dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat (Marmi, 2015).

v. Proses Laktasi

Selama masa nifas payudara bagian alveolus mulai optimal memproduksi air susu (ASI). Dari *alveolus* ini, ASI disalurkan ke dalam saluran kecil (*duktulus*), dimana beberapa saluran kecil bergabung membentuk saluran yang lebih besar (*duktus*). Di bawah *areola*, saluran yang besar ini mengalami pelebaran yang disebut sinus. Akhirnya semua saluran yang besar ini memusat ke dalam puting dan bermuara ke luar. Di dalam dinding alveolus maupun saluran, terdapat otot yang apabila berkontraksi dapat memompa ASI keluar.

**c) Perubahan Psikis Masa Nifas**

Kelahiran anggota baru bagi suatu keluarga memerlukan penyesuaian bagi ibu. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi yang harus dijalani, perubahan tersebut berupa perubahan emosi dan sosial. Proses penyesuaian ibu atas perubahan yang dialaminya terdiri atas tiga fase yaitu:

(1) *Fase taking in*

*Fase taking in* yaitu periode ketergantungan. Periode ini berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir. Ibu perlu bicara tentang dirinya sendiri.

(2) *Fase taking hold*

*Fase taking hold* yaitu periode yang berlangsung 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi.

(3) *Fase letting go*

*Fase letting go* yaitu periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. (Nugroho, dkk. 2014).

**d) Asuhan Nifas**

Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi ( Saifuddin, A.B. 2009).

(1) Perawatan Masa Nifas

Perawatan masa nifas adalah perawatan terhadap wanita hamil yang telah selesai bersalin sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil, lamanya kira-kira 6-8 minggu. Akan tetapi, seluruh alat genitalia baru pulih kembali seperti sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 bulan.

(a) Macam-macam perawatan diri Masa Nifas

Perawatan diri ibu nifas terdiri dari berbagai macam, meliputi :

i. Memelihara Kesehatan Perseorangan (*Personal Hygiene*)

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan kesejahteraan ibu.

ii. Perawatan perineum

Perawatan khusus perineum bagi wanita setelah melahirkan bayi bertujuan untuk pencegahan terjadinya infeksi, mengurangi rasa tidak nyaman dan meningkatkan penyembuhan.

iii. Perawatan Payudara

Perawatan payudara adalah suatu tindakan untuk merawat payudara terutama pada masa nifas (masa menyusui) untuk melancarkan pengeluaran ASI.

iv. Mobilisasi Dini dan Senam Nifas

Mobilisasi Dini adalah secepat mungkin membimbing ibu keluar dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin segera berjalan. Senam nifas dilakukan sejak hari pertama setelah melahirkan hingga hari kesepuluh, terdiri atas beberapa gerakan tubuh yang dilakukan untuk mempercepat pemulihan keadaan ibu.

v. Defekasi

Buang air besar harus dilakukan 3-4 hari setelah melahirkan. Namun buang air besar secara spontan biasanya tertunda selama 2-3 hari setelah ibu melahirkan.

vi. Diet

Diet harus mendapat perhatian dalam nifas karena makanan yang baik mempercepat penyembuhan ibu, makanan ibu juga sangat mempengaruhi air susu ibu.

vii. Eliminasi Urine

Miksi atau eliminasi urin sebaiknya dilakukan sendiri secepatnya. Kadang-kadang wanita mengalami sulit buang air kecil selama 24 jam pertama setelah melahirkan. Hal ini terjadi karena kandung kemih mengalami trauma atau lebam selama melahirkan akibat tertekan oleh janin sehingga ketika sudah penuh tidak mampu untuk mengirim pesan agar mengosongkan isinya.

#### viii. Istirahat

Setelah persalinan, ibu mengalami kelelahan dan butuh istirahat/tidur telentang selama 8 jam kemudian miring kiri dan kanan. Ibu harus bisa mengatur istirahatnya.

#### (2) Asuhan Masa Nifas

Pelayanan masa nifas yang diberikan sebanyak tiga kali yaitu:

(a) Kunjungan nifas pertama (KF 1) diberikan pada enam jam sampai tiga hari setelah persalinan. Asuhan yang diberikan berupa keadaan ibu secara umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, perdarahan pervaginam, pemeriksaan cairan yang keluar dari vagina, kondisi perineum, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri, menilai adanya tanda-tanda infeksi, memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat, memastikan ibu menyusui dengan baik, bagaimana perawatan bayi sehari-hari, pemeriksaan payudara, ASI eksklusif, pemberian kapsul Vitamin A satu kapsul 200.000 IU 24 jam setelah Vitamin A sebelumnya, minum tablet tambah darah setiap hari selama 40 hari pascasalin.

(b) Kunjungan nifas kedua (KF 2) diberikan pada hari ke-4 sampai hari ke-28 setelah persalinan. Pelayanan yang diberikan adalah keadaan ibu secara umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, perdarahan pervaginam, pemeriksaan cairan yang keluar dari vagina, kondisi perineum, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri, menilai adanya tanda-tanda infeksi, produksi ASI, bagaimana persepsi ibu tentang

persalinan dan kelahiran bayi, kondisi payudara, ASI eksklusif, ketidaknyamanan yang dirasakan ibu, istirahat ibu, minum tablet tambah darah setiap hari selama 40 hari pascasalin.

(c) Kunjungan nifas lengkap (KF 3), pelayanan yang dilakukan hari ke-29 sampai hari ke-42 setelah persalinan. Asuhan pelayanan yang diberikan pada keadaan ibu secara umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, perdarahan pervaginam, pemeriksaan cairan yang keluar dari vagina, menilai adanya tanda-tanda infeksi, permulaan hubungan seksual, metode KB yang digunakan, fungsi pencernaan, konstipasi, dan bagaimana penanganannya (Kemenkes RI, 2016b).

#### **e) Asuhan Nifas Post SC**

##### **(1) Involusi Alat-Alat Kandungan**

###### **(a) Uterus**

Secara berangsur-angsur menjadi kecil ( involusi ) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.

###### **(b) Bekas implantasi uri**

Plasental bed mengecil karena kontraksi dan menonjol ke kavum uteri dengan diameter 7,5 cm. Sesudah 2 minggu menjadi 3,5 cm, pada minggu keenam 2,4 cm, dan akhirnya pulih.

###### **(c) Luka**

luka Pada jalan lahir bila tidak disertai infeksi akan sembuh dalam 6-7 hari.

###### **(d) Rasa sakit**

Disebut after pains (meriang atau mules-mules) disebabkan kontraksi rahim, biasanya berlangsung 2-4 hari pasca persalinan.



(e) Lochea

Lochea adalah cairan secret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas (Norwitz, 2008).

- i. Lochea rubra (cruenta) : berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium selama 2 hari pasca persalinan.
- ii. Lochea Sanguinolenta : berwarna merah kuning berisi darah dan lendir, hari ke 3-7 pasca persalinan.
- iii. Lochea Serosa : berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke7-14 pasca persalinan.
- iv. Lochea Alba : cairan putih, setelah 2 minggu.
- v. Lochea Purulenta : terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
- vi. Lochiostasis : lochea tidak lancar keluar.

(f) Serviks

Setelah persalinan, bentuk serviks agak menganga seperti corong berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lunak, kadang terdapat perlukaan kecil. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim, setelah 2 jam dapat dilalui oleh 2-3 jari dan setelah 7 hari hanya dapat dilalui 1 jari

(g) Ligamen - ligament

Ligament, fasia, dan diafragma felvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena ligamentum rotundum menjadi kendur. ( Mochtar, 2011 ).

(2) **Perawatan Masa Nifas**

Perawatan puerperium dilakukan dalam bentuk pengawasan sebagai berikut :

(a) Rawat gabung

Perawatan ibu dan bayi dalam satu ruangan bersama-sama, sehingga ibu lebih banyak memperhatikan bayinya, memberikan ASI sehingga kelancaran pengeluaran ASI terjamin.

- i. Pemeriksaan umum; kesadaran penderita, keluhan yang terjadi setelah persalinan.
- ii. Pemeriksaan khusus; fisik, tekanan darah, nadi, suhu, respirasi, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus.
- iii. Payudara; puting susu atau stuwing ASI, pengeluaran ASI. Perawatan payudara sudah dimulai sejak hamil sebagai persiapan untuk menyusui bayinya. Bila bayi mulai disusui, isapan pada puting susu merupakan rangsangan psikis yang secara reflektoris mengakibatkan oksitosin dikeluarkan oleh hipofisis. Produksi akan lebih banyak dan involusi uteri akan lebih sempurna.
- iv. Lochea; lochea rubra, lochea sanguinolenta.
- v. Luka jahitan; apakah baik atau terbuka, apakah ada tanda-tanda infeksi (kotor, dolor/fungsi laesa dan pus ).
- vi. Mobilisasi; karena lelah sehabis bersalin, ibu harus istirahat, tidur terlentang selama 8 jam pasca persalinan. Kemudian boleh miring ke kiri dan kekanan serta diperbolehkan untuk duduk, atau pada hari ke – 4 dan ke- 5 diperbolehkan pulang.
- vii. Diet; makan harus bermutu, bergizi dan cukup kalori. Sebaiknya makan makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayuran dan buah-buahan.
- viii. Miksi; hendaknya buang air kecil dapat dilakukan sendiri secepatnya, paling tidak 4 jam setelah kelahiran. Bila sakit, kencing dikaterisasi.

- ix. Defekasi; buang air besar dapat dilakukan 3-4 hari pasca persalinan. Bila sulit bab dan terjadi obstipasi apabila bab keras dapat diberikan laksans per oral atau perrektal. Jika belum biasa dilakukan klisma.
- x. Kebersihan diri; anjurkan kebersihan seluruh tubuh, membersihkan daerah kelamin dengan air dan sabun. Dari vulva terlebih dahulu dari depan ke belakang kemudian anus. Mengganti pembalut setidaknya dua kali sehari, mencuci tangan sebelum dan sesudah membersihkan kelamin.
- xi. Menganjurkan pada ibu agar mengikuti KB sendiri mungkin setelah 40 hari (16 minggu post partum).
- xii. Nasehat untuk ibu post partum; sebaiknya bayi disusui. Psikoterapi post natal sangat baik bila diberikan. Kerjakan gimnastik sehabis bersalin. Sebaiknya ikut KB (Mochtar, 2011).

### **3. Bayi**

#### **a. Bayi Baru Lahir**

Bayi baru lahir adalah bayi yang lahir selama satu jam pertama kelahiran (Saifuddin, 2009). Menurut Bobak, dkk., (2005) ciri-ciri atau karakteristik bayi baru lahir normal adalah berat badan lahir 2500-4000 gram, panjang badan lahir 45-55 cm, lingkar dada 32-36,8 cm dan lingkar kepala 30-33 cm.

##### **1) Penilaian segera bayi baru lahir**

Segera setelah bayi lahir, jaga kehangatan bayi dan lakukan penilaian bayi yaitu nafas bayi dan tonus otot bayi. Bersihkan jalan napas (bila diperlukan). Asuhan bayi baru lahir normal diberikan pada bayi dengan kondisi umur cukup bulan, bayi menangis, dan tonus otot baik (JNPK-KR, 2012).

2) Asuhan bayi baru lahir

Asuhan bayi baru lahir yang dapat diberikan menurut adalah sebagai berikut:

a) Mencegah kehilangan panas

Mencegah terjadinya kehilangan panas dapat dilakukan dengan mengeringkan tubuh bayi tanpa membersihkan verniks, meletakkan bayi agar terjadi kontak kulit ibu ke kulit bayi, menyelimuti ibu dan bayi serta memakaikan topi di kepala bayi, dan jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir.

b) Perawatan tali pusat

Potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira dua menit setelah bayi lahir.

c) Inisiasi menyusui dini (IMD)

Segera setelah bayi lahir dan tali pusat diikat, letakkan bayi tengkurap di dada ibu dengan kulit bayi bersentuhan langsung ke kulit ibu. Biarkan kontak kulit ke kulit ini berlangsung setidaknya satu jam atau lebih, bahkan sampai bayi dapat menyusui sendiri. Bayi diberi topi dan diselimuti, ayah atau keluarga dapat memberi dukungan dan membantu ibu selama proses ini. Ibu diberi dukungan untuk mengenali saat bayi siap untuk menyusui, menolong bayi bila diperlukan.

d) Pencegahan infeksi mata

Salep mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan setelah satu jam kontak kulit dan bayi selesai menyusui. Pencegahan infeksi tersebut menggunakan antibiotika tetrasiklin 1%. Upaya profilaksis infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari satu jam setelah kelahiran.

e) Suntikan Vitamin K1

Semua bayi baru lahir harus diberikan Vitamin K1 injeksi 1 mg *intramuscular* di paha kiri *anterolateral* setelah satu jam kontak kulit ke kulit dan bayi selesai menyusui untuk mencegah perdarahan bayi baru lahir akibat defisiensi Vitamin K1 yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir.

f) Pemberian imunisasi bayi baru lahir

Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Imunisasi Hepatitis B pertama diberikan satu jam setelah pemberian Vitamin K1, pada saat bayi berumur dua jam. Hepatitis B diberikan 0,5 ml *intramuscular* di paha kanan *anterolateral*.

g) Pemberian identitas

Semua bayi baru lahir di fasilitas kesehatan harus segera mendapatkan tanda pengenal berupa gelang yang dikenakan pada bayi dan ibunya untuk menghindari tertukarnya bayi. Apabila fasilitas memungkinkan, dilakukan pula cap telapak kaki bayi pada rekam medis kelahiran.

h) Anamnesis dan pemeriksaan fisik

Adapun anamnesis dan pemeriksaan bayi yang dilakukan yaitu keadaan umum, memeriksa pernapasan, melihat gerakan, melihat warna kulit, melihat adanya muntah, melihat adanya kelainan bawaan, melihat kepala ada bengkak atau memar, melihat abdomen, memeriksa adanya pengeluaran mekonium dan air seni, menimbang bayi, mengukur panjang badan, mengukur lingkar kepala, mengukur lingkar dada, dan menilai cara menyusui (Kemenkes RI (2016b)).

b. Neonatus

Neonatus ialah bayi yang baru mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri. Beralih dari ketergantungan mutlak pada ibu menuju kemandirian fisiologi. Tiga faktor yang mempengaruhi perubahan fungsi dan proses vital neonatus yaitu maturasi, adaptasi dan toleransi. Selain itu pengaruh kehamilan dan proses persalinan mempunyai peranan penting dalam morbiditas dan mortalitas bayi (Rukiyah, 2010). Menurut Kemenkes RI (2009), neonatus merupakan masa dari bayi baru lahir hingga 28 hari.

Kunjungan ulang yang dapat diberikan untuk bayi baru lahir sampai masa neonatus sebanyak tiga kali yaitu:

1) Kunjungan neonatal pertama (KN 1) dilakukan dari jam ke enam hingga 48 jam setelah kelahiran bayi, asuhan yang diberikan adalah menimbang berat badan bayi, mengukur panjang badan, memeriksa suhu, memeriksa frekuensi nafas, memeriksa frekuensi denyut jantung, pemeriksaan fisik lengkap untuk melihat adanya kelainan kongenital, memeriksa ikterus, memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan masalah pemberian ASI, memeriksa status Vitamin K1, memeriksa status Imunisasi HB0. Memeriksa Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK), skrining ini dilakukan dalam waktu 24 jam setelah kelahiran bayi.

2) Kunjungan neonatal kedua (KN 2) dilakukan dari tiga sampai tujuh hari setelah bayi lahir. Asuhan yang diberikan adalah menimbang berat badan bayi, mengukur panjang badan, memeriksa suhu, memeriksa frekuensi nafas, memeriksa frekuensi denyut jantung, perawatan tali pusat, memeriksa ikterus, memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri, memeriksa diare, memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan masalah pemberian ASI, memeriksa status Imunisasi HB0.

3) Kunjungan neonatal lengkap (KN 3) dilakukan pada saat usia bayi delapan sampai 28 hari setelah lahir. Asuhan yang diberikan adalah menimbang berat badan bayi, mengukur panjang badan, memeriksa suhu, memeriksa frekuensi nafas, memeriksa frekuensi denyut jantung, perawatan tali pusat, memeriksa ikterus, memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri, memeriksa diare, memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan masalah pemberian ASI, penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan (Menurut Kemenkes RI (2016b)).

c. Bayi umur 29 hari hingga 42 hari

pertumbuhan terjadi secara simultan dengan perkembangan bayi. Pertumbuhan merupakan bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh sehingga dapat diukur dengan satuan. Perkembangan merupakan bertambahnya fungsi/kemampuan gerak kasar dan gerak halus, bicara dan bahasa, serta sosialisasi dan kemandirian (Menurut Kemenkes RI (2014)). Menurut Kemenkes RI (2016b), asuhan yang diberikan pada bayi umur 29 hari hingga 42 hari adalah sebagai berikut:

1) Deteksi dini penyimpangan pertumbuhan

Deteksi dini penyimpangan pertumbuhan dilakukan untuk mendeteksi status gizi, *stunting*, serta *macro/microcephal* dan normal pada bayi. Berat badan bayi perempuan normal usia 1 bulan adalah 3200-5500 gram dan berat badan bayi laki-laki normal adalah 3300-5700 gram. Panjang badan bayi perempuan normal 49,8-57,6 cm dan laki-laki 50,8-56,8 cm. Status gizi bayi umur nol sampai dua tahun berdasarkan berat badan menurut panjang badan baik itu laki-laki maupun perempuan, yaitu jika dalam grafik  $\leq 3$  Standard Deviation (SD) maka dikategorikan sangat kurus. Hasil grafik -3 sampai dengan  $\leq 2$  SD dikategorikan

kurus. Hasil grafik -2 sampai dengan 2 SD dikategorikan normal. Hasil grafik -2 SD dikategorikan gemuk. Begitu juga dalam grafik berdasarkan panjang badan menurut umur.

Lingkar kepala bayi perempuan normal 34,1-38,7 cm dan laki-laki 35-39,5 cm. Jika hasil pengukuran lingkar kepala pada grafik menunjukkan + 2 SD maka diklasifikasikan *macrocephal* (lingkar kepala lebih dari normal). Jika hasilnya berada dalam zona hijau/*mean* dalam grafik maka diklasifikasikan normal. Jika hasilnya - 2 SD maka diklasifikasikan *microcephal* (lingkar kepala kurang dari normal) (Kemenkes RI, 2016b).

## 2) Deteksi dini penyimpangan perkembangan

Umur satu bulan, bayi bisa menatap ke ibu, mengeluarkan suara o...o..., tersenyum, serta menggerakkan tangan dan kaki. Bidan dapat memberikan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) kepada keluarga untuk melakukan stimulasi kepada bayi yaitu sering memeluk dan menimang bayi dengan penuh kasih sayang, gantung benda berwarna cerah yang bergerak dan bisa dilihat bayi, tatap mata bayi dan ajak tersenyum, bicara dan bernyanyi, serta perdengarkan musik/suara kepada bayi. Lakukan rangsangan/stimulasi setiap saat dalam suasana yang menyenangkan.

## 3) Kebutuhan gizi

Kebutuhan gizi pada bayi cukup terpenuhi dari ASI saja (ASI eksklusif). Berikan ASI yang pertama keluar dan berwarna kekuningan (kolostrum). Jangan beri makanan/minuman selain ASI. Susui bayi sesering mungkin. Susui setiap bayi menginginkan, paling sedikit delapan kali sehari. Jika bayi tidur lebih dari tiga jam,

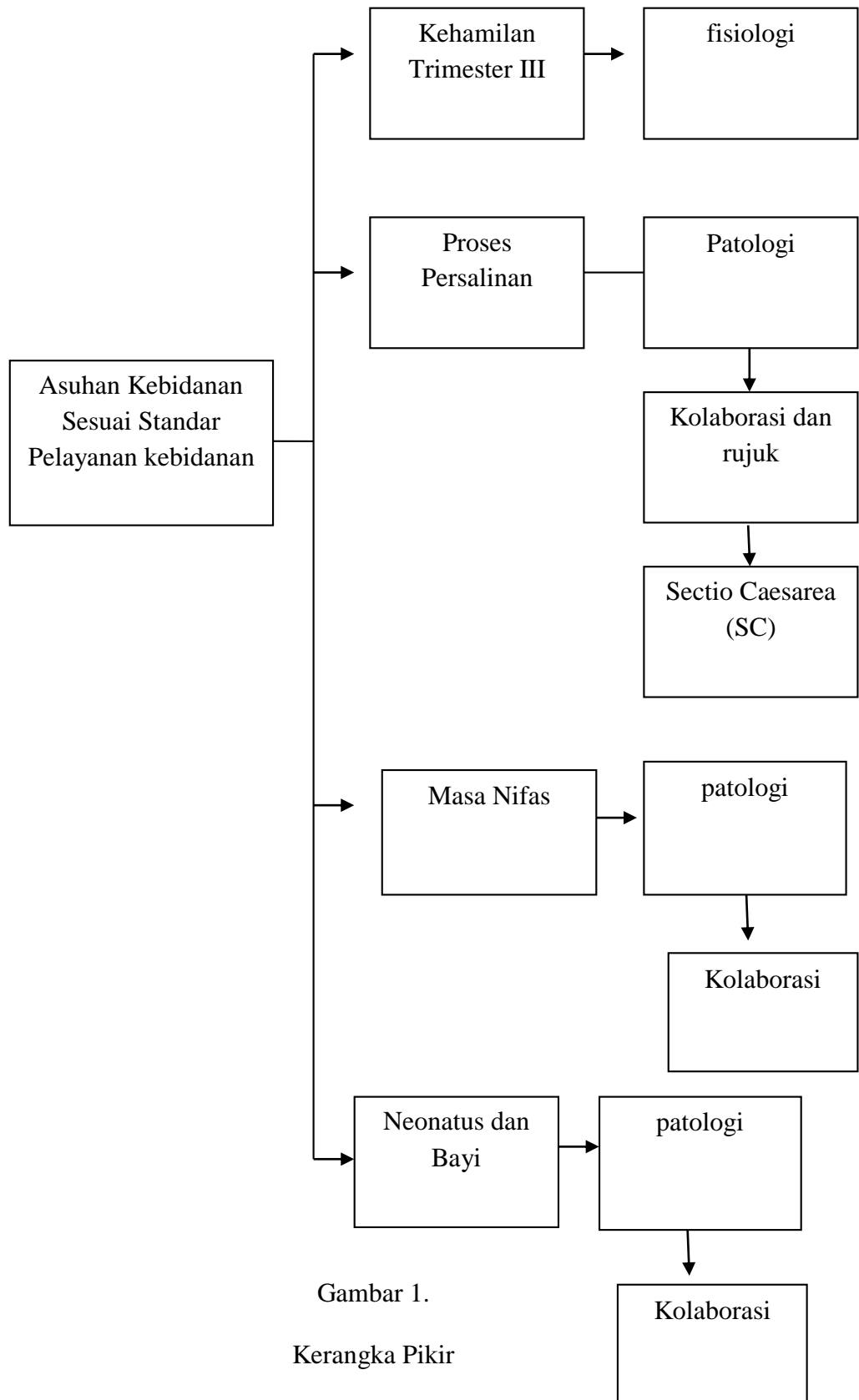


bangunkan lalu susui. Susui dengan payudara kanan dan kiri secara bergantian. Susui sampai payudara terasa kosong, lalu pindah ke payudara sisi lainnya.

#### 4) Imunisasi BCG dan Polio 1

Imunisasi BCG dan Polio 1 diberikan pada bayi umur satu bulan. Vaksin BCG bertujuan untuk mencegah penyakit *tuberculosis* (TBC) yang berat. Vaksin Polio untuk mencegah penyakit polio yang dapat menyebabkan lumpuh layuh pada tungkai dan atau lengan.

## B. Kerangka Pikir



Gambar 1.  
Kerangka Pikir