

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan

2.1.1 Definisi Kehamilan

Kehamilan adalah proses alamiah yang dialami oleh setiap wanita dalam siklus reproduksi. Kehamilan dimulai dari konsepsi dan berakhir dengan permulaan persalinan. Selama kehamilan ini terjadi perubahan-perubahan, baik perut, fisik maupun psikologi ibu (Varney, 2007).

Kehamilan adalah merupakan suatu proses merantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi pelepasan sel telur, migrasi spermatozoz dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi (Manuaba, 2010).

2.1.2 Perubahan Fisiologi Kehamilan Trimester 3

Perubahan Anatomis dan fisiologis pada perempuan hamil sebagian besar sudah terjadi segera setelah fertilisasi dan terus berlanjut selama kehamilan. Kebanyakan perubahan ini merupakan respons terhadap janin. Satu hal yang menakjubkan adalah bahwa hampir semua perubahan ini akan kembali seperti keadaan sebelum hamil setelah proses persalinan dan menyusui selesai. (Prawirahardjo, 2014)

Pada kehamilan terdapat perubahan pada seluruh tubuh wanita. Khususnya pada alat genitalia eksterna dan interna serta pada payudara (mammae). Dalam hal ini hormon somatomammotropin, estrogen dan progesteron mempunyai peranan penting. Perubahan yang terdapat pada ibu hamil trimester III antara lain :

1. Berat Badan dan indeks masa tubuh

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah dan cairan ekstraseluler. Selama kehamilan berat badan bertambah 12.5 kg. Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan perminggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang sebesar 0,5 kg dan pada perempuan dengan gizi berlebih sebesar 0,3 kg (Prawirohardjo, 2014).

Tabel 2.1 Penambahan berat badan yang dianjurkan pada kehamilan berdasarkan indeks masa tubuh

Kategori	IMT
Berat badan kurang (underweight)	< 18,5 kg/m ²
Berat badan normal	18,5-24,9 kg/m ²
Berat badan berlebih (overweight)	25 – 29,9 kg/m ²
Obesitas (tingkat 1)	30 – 34,9 kg/m ²
Obesitas (tingkat 2)	35 – 39,9 kg/m ²
Obesitas (tingkat 3)	>40 kg/m ²

Sumber: National Institutes of Health-National Heart, Lung, and Blood Institute. The practical guide to Identification, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. 2000

2. Sistem Reproduksi

1. Uterus

Selama masa kehamilan, uterus berubah bentuk menjadi sebuah organ muskular ber dinding relative tipis dengan kapasitas yang cukup untuk menampung janin, plasenta, dan cairan amnion. pembesaran uterus meliputi peregangan dan hipertrofi nyata dari sel-sel otot, sementara miosit baru diproduksi dalam jumlah terbatas. Sel otot polos miometrium dikelilingi oleh suatu rangkaian fibril-fibril kolagen yang tersusun secara tak beraturan.

a. Kontraktilitas

Sejak trimester pertama kehamilan sampai seterusnya, uterus mengalami kontraksi (*Braxton Hicks*) tak teratur yang normalnya tidak nyeri. Pada trimester kedua, kontraksi dapat dideteksi secara bimanual. Kontraksi ini tidak dapat diperkirakan dan bersifat sporadis, biasanya tidak ritmik, dan intensitasnya bervariasi antara sekitar 5 dan 25mmHg.

b. Aliran darah uteroplasenta

Perfusi plasenta bergantung pada aliran darah uterus melalui arteri uterina dan ovarika. Terdapat peningkatan aliran darah utero plasenta yang progresif selama kehamilan antara 450 sampai 650 ml/menit pada akhir kehamilan. Peningkatan aliran darah maternal-plasenta pada dasarnya terjadi melalui

vasodilatasi, sementara aliran darah fetus plasenta bertambah dengan cara penambahan pembuluh darah plasenta (Cunningham, 2006).

2. Serviks

Serviks akan mengalami suatu pengaturan ulang pada jaringan ikat kolagenya, yang menyebabkan penurunan kekuatan mekanis sebanyak 12 kali lipat pada aterm. Kelenjar-kelenjar serviks mengalami poliferasi yang sangat besar, sehingga pada akhir kehamilan kelenjar ini dapat menempati setengah dari seluruh massa serviks (Cunningham, 2006).

3. Ovarium

Ovulasi berhenti selama kehamilan dan pematangan folikel baru ditangguhkan. Biasanya hanya satu korpus luteum gravidarum yang dapat ditemukan di dalam ovarium wanita hamil, yang berfungsi secara maksimal pada 6 sampai 7 minggu pertama kehamilan (Cunningham, 2006).

4. Vagina

Estrogen menyebabkan perubahan pada lapisan otot dan epithelium. Lapisan otot membesar, vagina lebih elastis yang memungkinkan turunnya bagian bawah janin (Cunningham, 2006).

3. Sistem Kardiovaskular

Hipertrofi (pembesaran) atau dilatasi ringan jantung disebabkan oleh peningkatan volume darah dan curah jantung. Karena diafragma terdorong ke atas, jantung terangkat ke atas dan berotasi ke depan dan ke kiri. Implus pada apeks, titik implus maksimum bergeser ke atas dan lateral sekitar 1 – 1,5 cm. Pergeseran bergantung pada lama kehamilan dan ukuran serta posisi uterus (Cunningham, 2006).

a. Tekanan darah

Tekanan darah arteri (arteri brakialis) bervariasi sesuai usia. Ada faktor – faktor tambahan yang harus dipertimbangkan, yang meliputi posisi ibu, kecemasan ibu, dan ukuran manset. Posisi ibu dapat mempengaruhi hasil karena posisi uterus dapat menghambat aliran balik vena, dengan demikian curah jantung dan tekanan darah menurun. Tekanan darah brakialis tertinggi saat wanita duduk, terendah saat wanita berbaring pada posisi rekumben lateral kiri; sedangkan pada posisi terlentang, tekanan darah berada di antara kedua posisi tersebut. Oleh karena itu, pada setiap kunjungan gunakan lengan dan posisi yang sama untuk mengukur tekanan darah. Selama pertengahan masa hamil, tekanan sistolik dan diastolik menurun 5 sampai 10 mmHg, yang dapat disebabkan karena vasodilatasi perifer akibat perubahan hormonal selama hamil. Tekanan arteri rata – rata/ MAP (mean arterial pressure) yaitu

meningkatkan nilai diagnostik hasil pengukuran. Dengan menambahkan sepertiga tekanan nadi dengan tekanan diastolik.

$$MAP = (S + 2D)/3$$

MAP = Mean Arterial Pressure/tekanan arteri rata-rata

S = Tekanan darah sistolik

D = Tekanan darah diastolic

Roll over test (ROT)

Perbedaan tekanan darah sistolik posisi terlentang dan posisi miring.

Perbedaan ≥ 20 mmHg maka resiko positif .

b. Volume dan komposisi darah

Derajat ekspansi volume darah sangat bervariasi (cunningham, dkk, 1993). volume darah meningkat sekitar 1500 ml (nilai normal ; 8,5% sampai 9% berat badan). Peningkatan terdiri atas 1000 ml plasma ditambah 450 sel darah merah. Peningkatan volume mulai terjadi pada minggu ke 10 sampai 12, peningkatan volume merupakan mekanisme protektif. Keadaan ini sangat penting untuk : sistem vaskular yang mengalami hipertrofi akibat pembesaran uterus, hidrasi jaringan janin dan ibu yang adekuat saat ibu berdiri atau terlentang, dan cadangan cairan untuk mengganti darah yang hilang selama proses melahirkan dan puerperium. Masa sel darah merah meningkat 30% sampai 33% pada kehamilan aterm, jika ibu mengkonsumsi suplemen besi. Apabila tidak mengkonsumsi

suplemen besi, sel darah merah hanya meningkat 17% pada beberapa wanita. Walaupun produksi sel darah merah meningkat, nilai normal hemoglobin (12 – 16 gr/dl) dan nilai normal hematokrit (37% - 47%). apabila hematokrit turun sampai 35% atau lebih wanita dalam keadaan anemik.

c. Curah jantung

Curah jantung meningkat dari 30% sampai 50% pada minggu ke-32 gestasi, kemudian menurun sampai sekitar 20% pada minggu ke 40. peningkatan curah jantung disebabkan oleh peningkatan volume sekuncup dan peningkatan ini merupakan respon terhadap peningkatan kebutuhan oksigen jaringan (nilai normalnya ialah 5 – 5,5 L/menit) (Bobak, 2012).

4. Sistem Pernapasan

Adaptasi dan struktural selama masa hamil bertujuan menyediakan kebutuhan ibu dan janin. Kebutuhan oksigen ibu meningkat sebagai respons terhadap percepatan laju metabolik dan peningkatan kebutuhan oksigen jaringan uterus dan payudara. Peningkatan kadar estrogen menyebabkan ligamentum pada kerangka iga berelaksasi sehingga ekspansi rongga dada meningkat. Karena rahim membesar, panjang paru – paru berkurang. Diameter transversal kerangka toraks meningkat sekitar 2 cm dan lingkaran kerangka iga meningkat 5 – 7 cm. peningkatan vaskularisasi, yang merupakan respon terhadap

peningkatan kadar estrogen, juga terjadi pada traktus pernapasan atas. Karena kapiler membesar terbentuklah edema dan hiperemia di hidung, faring, laring, trakea dan bronkus.

a. Laju Metabolisme Basal

Laju metabolisme basal (*basal metabolism rate/BMR*) biasanya meningkat pada bulan keempat gestasi. BMR meningkat 15% sampai 20% pada akhir kehamilan (aterm). BMR kembali ke nilai sebelum hamil pada hari ke 5 atau ke 6 pascapartum (Bobak, 2012).

5. Sistem Ginjal

Pada kehamilan tahap lanjut pelvis ginjal kanan dan ureter lebih berdilatasi dari pada pelvis kiri akibat pergeseran uterus yang berat ke kanan akibat terdapat kolon rektosigmoid disebelah kiri. Iritabilitas kandung kemih, nokturia dan sering berkemih (*urinary frequency*) dan *urgency* (tanpa disuria) terjadi pada awal kehamilan dan mendekati aterm. Pada trimester kedua, kandung kemih tertarik ke atas dan keluar ke kongesti panggul pada masa hamil ditunjukkan oleh hiperemia kandung kemih dan uretra. Peningkatan vaskularisasi ini membuat mukosa kandung kemih menjadi mudah luka dan berdarah. Tonus kandung kemih dapat menurun. Hal ini memungkinkan distensi kandung kemih sampai sekitar 1500 ml (Bobak, 2012).

6. Sistem Integumen

a. *Pigmentasi*

Timbul akibat peningkatan hormon hipofisis anterior melanotropin selama masa hamil. Melasma di wajah, yang juga disebut cloasma atau *topeng kehamilan*, adalah bercak hiperpigmentasi kecoklatan pada kulit di daerah maksila dan dahi, khususnya pada wanita hamil berkulit hitam. Kloasma dialami 50% sampai 70% wanita hamil, dimulai minggu ke 16 dan meningkat secara bertahap sampai bayi lahir.

b. Linea nigra

Adalah garis pigmentasi dari simfisis pubis sampai ke bagian atas fundus di garis tengah tubuh. Pada primigravida linea nigra yang mulai terlihat pada bulan ketiga terus memanjang seiring dengan meningginya fundus. Pada multigravida keseluruhan garis seringkali muncul sebelum bulan ketiga. Linea nigra tidak muncul pada semua wanita hamil

(Bobak, 2012).

c. Striae gravidarum atau tanda regangan

Dapat terlihat di bagian bawah abdomen yang timbul pada 50% - 90% wanita selama pertengahan kedua kehamilan dapat disebabkan kerja adenokortkosteroid. Sesudah melahirkan biasanya stria memudar, walaupun tidak hilang sama sekali.

7. Sistem musculoskeletal

Relaksasi ringan dan peningkatan mobilitas sendi panggul normal selama masa hamil. Hal ini merupakan akibat elastisitas dan perlunakan berlebihan jaringan kolagen dan jaringan ikat dan merupakan akibat peningkatan hormon seks steroid yang bersirkulasi. Adaptasi ini memungkinkan pembesaran dimensi panggul. Otot dinding perut meregang dan akhirnya kehilangan sedikit tonus otot. Selama trimester ketiga, otot rektus abdominalis dapat memisah. Menyebabkan isi perut menonjol di garis tengah tubuh. Umbilikus menjadi lebih datar atau menonjol. Setelah melahirkan, tonus otot secara bertahap kembali, tetapi pemisahan otot (diastasis recti abdominalis) menetap (Bobak, 2012)

8. Sistem Neurologi

- a. Kompresi saraf panggul atau statis vaskular akibat pembesaran uterus dapat menyebabkan perubahan sensori di tungkai bawah.
- b. Lordosis dorsolumbal dapat menyebabkan nyeri akibat tarikan pada syaraf atau kompresi akar syaraf.
- c. Edema yang melibatkan saraf perifer dapat menyebabkan carpal tunnel syndrome selama trimester akhir kehamilan. Edema menekan saraf median dibawah ligamentum karpalis pergelangan tangan.
- d. Akroestesia rasa gatal di tangan akibat posisi bahu yang membungkuk dan dirasakan oleh beberapa wanita hamil. Keadaan ini berkaitan dengan tarikan pada segmen pleksus brakialis

- e. Nyeri kepala akibat ketegangan umum timbul saat ibu merasa cemas dan tidak pasti tenang kehamilannya.
- f. “nyeri kepala ringan” rasa ingin pingsan dan bahkan pingsan (sinkop) sering terjadi pada awal kehamilan.
- g. Hipokalsemia dapat menyebabkan timbulnya masalah neuromuskular seperti kram otot atau tetani (Bobak, 2012).

9. Sistem Pencernaan

Fungsi saluran cerna selama masa hamil menunjukkan gambaran yang sangat menarik. Nafsu makan meningkat. Sekresi usus berkurang, fungsi hati berubah dan adaptasi nutrien meningkat. Usus besar bergeser ke arah lateral atas dan posterior. Aktivitas peristaltik menurun, akibatnya bising usus menghilang dan konstipasi, mual, dan muntah umum terjadi. Aliran darah ke panggul dan tekanan vena meningkat, menyebabkan hemoroid terbentuk pada akhir kehamilan.

a. Mulut

Gusi hiperemi, berongga, dan membengkak. Gusi cenderung mudah berdarah karena kadar estrogen yang meningkat menyebabkan peningkatan vaskularisasi selektif dan proliferasi jaringan ikat.

b. Gigi

Wanita hamil memerlukan sekitar 1,2 gram kalsium dan fosfor dalam jumlah yang kira-kira sama setiap hari selama hamil. Diet yang seimbang dapat memenuhi kebutuhan ibu hamil, namun

defisiensi diet yang berat dapat mengurangi simpanan unsur di dalam tulang, tetapi tidak menarik kalsium dari gigi. Higiene gigi yang buruk selama masa hamil atau pada setiap waktu dan gingivitis dapat menimbulkan karies gigi yang dapat menyebabkan gigi hilang (Bobak, 2012).

c. Nafsu makan

Nafsu makan berubah saat ibu hamil. Pada trimester pertama sering terjadi penurunan nafsu makan akibat nausea . Gejala ini muncul akibat perubahan pada saluran cerna dan peningkatan kadar *HCG* dalam darah. Pada trimester kedua dan ketiga nausea jarang terjadi, dan nafsu makan meningkat. Peningkatan nafsu makan ini memenuhi untuk kebutuhan janin (Bobak, 2012)

10. Sistem Endokrin

Perubahan besar pada sistem endokrin yang esensial terjadi untuk mempertahankan kehamilan, pertumbuhan normal janin, dan pemulihan pascapartum.

a. Kelenjar tiroid

Selama masa hamil, pembesaran kelenjar tiroid merupakan akibat hiperplasia jaringan glandular dan peningkatan vaskularitas (cunningham, 1993).

b. Kelenjar paratiroid

Kehamilan menginduksi hiperparatiroidisme sekunder ringan, suatu refleksi peningkatan kebutuhan kalsium dan vitamin D.

c. Pankreas

Seiring dengan peningkatan usia kehamilan, plasenta bertumbuh dan secara progresif memproduksi hormon dalam jumlah besar (misalnya, human placental lactogen [*hPL*], estrogen, dan progesteron). Produksi kortisol oleh kelenjar adrenal juga meningkat. Estrogen, progesteron, *hPL*, dan kortisol secara kolektif menurunkan kemampuan ibu untuk menggunakan insulin. Akibatnya, tubuh wanita hamil membutuhkan lebih banyak insulin. Sel – sel beta normal pulau langerhans di pankreas dapat memenuhi kebutuhan insulin yang secara kontinu tetap meningkat sampai aterm.

d. Prolaktin hipofise

Pada kehamilan, prolaktin serum mulai meningkat pada trimester pertama dan meningkat secara progresif sampai aterm. Secara umum diyakini bahwa walaupun semua unsur hormonal yang diperlukan untuk pertumbuhan payudara dan produksi susu terdapat pada kadar yang meningkat selama kehamilan, kadar estrogen yang tinggi dapat menghambat sekresi alveolar aktif dengan menghambat

pengikatan prolaktin pada jaringan payudara, sehingga menghambat efek prolaktin pada epitel target (Bobak, 2012).

2.1.3 Perubahan dan Adaptasi Psikologi pada Trimester 3

1. Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.
2. Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak hadir tepat waktu.
3. Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
4. Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
5. Merasa sedih karena merasa akan terpisah dari bayinya.
6. Merasa kehilangan perhatian.
7. Libido menurun (Romauli, 2011).

2.1.4 Konsep Dasar Nokturia Pada Kehamilan

1. Definisi Nokturia

Nokturia adalah berkemih empat kali atau lebih di malam hari. Seperti frekuensi nokturia biasanya dijelaskan dalam beberapa hal berapa kali seseorang bangun dari tempat tidur untuk berkemih (Varney, 2007).

Nokturia merupakan gangguan kesehatan manusia berupa keinginan untuk buang air kecil berulang-ulang ketika tidur. Penderita

sering bangun pada malam hari karena ingin buang air kecil. Pada kehamilan banyak sekali ketidaknyamanan yang ditimbulkan selama trimester III salah satunya adalah sering kencing, jika tidak mendapat penanganan yang tepat akan mengakibatkan infeksi saluran kencing (Manuaba, 2010).

2. Etiologi

Nokturia diduga memiliki dasar fisiologis karena aliran balik vena dari ekstremitas difasilitasi saat wanita sedang berbaring, pada posisi lateral rekumben karena uterus tidak lagi menekan pembuluh darah panggul dan vena kava inferior. Bila wanita berbaring dalam posisi ini pada saat tidur malam hari, akibatnya adalah pola diural kebalikan sehingga terjadi peningkatan saluran urine pada saat ini (Varney, 2007).

Nokturia pada trimester tiga disebabkan oleh tertekan uterus, karena turunnya bagian bawah janin sehingga kandung kemih tertekan dan mengakibatkan frekuensi berkemih meningkat. (Medforth, 2006).

3. Patofisiologi

Urinary Frequency merupakan akibat peningkatan sensitivitas kandung kemih dan tahap selanjutnya merupakan akibat kompresi pada kandung kemih. Pada trimester kedua, kandung kemih tertarik ke atas dan keluar dari panggul sejati ke arah abdomen. Uretra memanjang sampai 7,5cm karena kandung kemih bergeser ke arah

atas. Kongesti panggul pada masa hamil ditunjukkan oleh penyempitan kandung kemih dan uretra. Peningkatan vaskularisasi ini membuat mukosa kandung kemih dapat menurun. Hal ini memungkinkan distensi kandung kemih sampai sekitar 1500ml. Pada saat yang sama, penurunan kepala janin menekan kandung kemih, menimbulkan rasa ingin berkemih walaupun kandung kemih hanya berisi sedikit urine.

Urine yang mengalami stagnansi merupakan medium yang sangat baik untuk pertumbuhan mikroorganisme. Selain itu, urine wanita hamil mengandung nutrien dalam jumlah yang lebih besar, termasuk glukosa. Oleh karena itu, selama hamil, wanita lebih rentan terhadap infeksi saluran kemih (Hani, 2010).

4. Perubahan Anatomi Pada Sistem Urinaria

Selama kehamilan ginjal bekerja lebih berat. Ginjal menyaring darah yang volumenya meningkat (sampai 30-50% atau lebih) yang puncaknya terjadi pada usia kehamilan 16-24 minggu sampai sesaat sebelum persalinan (pada saat ini aliran darah ke ginjal berkurang akibat penekanan rahim yang membesar). Dalam keadaan normal aktivitas ginjal meningkat ketika berbaring dan menurun ketika berdiri. Keadaan ini semakin menguat pada saat kehamilan, karena itu wanita sering ingin berkemih ketika mereka mencoba untuk berbaring/tidur. Pada akhir kehamilan peningkatan aktivitas ginjal yang lebih besar

terjadi saat wanita hamil yang tidur miring. Tidur miring mengurangi tekanan dari rahim pada vena yang membawa darah dari tungkai sehingga terjadi perbaikan aliran darah yang selanjutnya akan mengakibatkan aktivitas ginjal dan curah jantung (Sulistyawati, 2011).

5. Tanda Bahaya

- a. Wanita hamil beresiko untuk terkena infeksi saluran kemih dan pyelonefritis karena ginjal dan kantong kemih berubah.
- b. Dysuria (tidak bisa buang air kecil).
- c. Oliguria (produksi urine sedikit).
- d. Asimptomatik bakteri urin yang umum dijumpai pada kehamilan (Vivian, 2011).

6. Cara Mengatasi Nokturia

1. Menjelaskan mengenai penyebab terjadinya nokturia.
2. Segera mengosongkan kandung kemih saat terasa ingin berkemih
3. Perbanyak minum pada siang hari.
4. Jangan mengurangi porsi air minum di malam hari kecuali apabila nokturia mengganggu tidur sehingga menyebabkan kelelahan.
5. Membatasi minuman yang mengandung bahan cafein (teh, kopi, cola).
6. Jelaskan tentang tanda bahaya infeksi saluran kemih dengan menjaga posisi tidur, yaitu berbaring miring ke kiri dan kaki ditinggikan untuk mencegah diuresis (Marmi, 2011).

2.1.5 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil TM III

1. Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernafasan bisa terjadi pada saat hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandung. Untuk mencegah hal tersebut diatas dan untuk memenuhi kebutuhan oksigen maka ibu hamil perlu:

- a. latihan nafas melalui senam hamil
- b. tidak dengan bantal yang lebih tinggi.
- c. makna tidak terlalu banyak
- d. kurangi atau hentikan merokok
- e. konsul ke dokter bila ada kelainan atau gangguan pernapasan seperti asma dan lain-lain.
- f. Posisi miring kiri dianjurkan untuk meningkatkan perfusi uterus dan oksigen fetoplasenta dengan mengurangi tekanan pada vena asenden (hipotensi supine).

2. Nutrisi Dalam Kehamilan

Pada saat hamil ibu harus makan-makanan yang mengandung nilai gizi bermutu tinggi meskipun tidak berarti makanan yang mahal harganya. Gizi pada waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori/hari, ibu hamil seharusnya mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, dan minum cukup cairan (menu seimbang)

a. Kalori

Di Indonesia kebutuhan kalori untuk orang tidak hamil adalah 2000 Kkal, sedangkan untuk orang hamil dan menyusui masing-masing adalah 2300 dan 2800Kkal. Kalori dipergunakan untuk produksi energy. Bila kurang energy akan diambil dari pembakaran protein yang mestinya di pakai untuk pertumbuhan. Pada trimester 3, janin mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Perkembangan janin yang pesat ini terjadi pada 20 minggu terakhir kehamilan. Umumnya nafsu makan sangat baik dan ibu sangat merasa lapar.

b. Protein

Protein sangat dibutuhkan untuk perkembangan buah kehamilan yaitu untuk pertumbuhan janin, uterus, plasenta, selain itu untuk ibu penting untuk pertumbuhan payudara dan kenaikan sirkulasi ibu. Bila wanita tidak hamil, konsumsi protein yang ideal adalah 0,9 g/kg BB/ hari tetapi selama kehamilan di butuhkan tambahan protein hingga 30 kg/ hari. Protein yang dianjurkan adalah protein hewani seperti daging, susu, telur, keju, dan ikan karena mereka mengandung komposisi asam amino yang lengkap. Susu dan produksi susu disamping sebagai sumber protein adalah juga kaya dengan kalsium.

c. Mineral

Pada prinsipnya semua mineral dapat terpenuhi dengan makanan-makanan sehari-hari yaitu buah-buahan, sayur-sayuran, dan susu. Kebutuhan akan zat besi pada pertengahan kedua kehamilan kira-kira 17 mg/hari untuk memenuhi kebutuhan ini dibutuhkan suplemen besi 30 mg sebagai ferosus, ferokumara atau feroglukonat/ hari dan pada kehamilan kembar atau pada wanita yang sedikit anemi, dibutuhkan 60-100 mg/ hari. Kebutuhan kalsium umumnya terpenuhi dengan minum susu. Satu liter susu sapi mengandung kira-kira 0,9 g kalsium. Bila ibu hamil tidak dapat minum susu, suplemen kalsium dapat diberikan dengan dosis 1 g/hari. Pada umumnya dokter selalu memberi suplemen mineral dan vitamin prenatal untuk mencegah kemungkinan defisiensi.

d. Vitamin

Vitamin sebenarnya telah terpenuhi dengan makan sayur dan buah-buahan, tetapi dapat pula diberikan ekstra vitamin. Pemberian asam folat terbukti mencegah kecacatan pada bayi.

3. Personal Hygiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya 2 kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan. Kebersihan gigi dan mulut, perlu mendapat perhatian karena sering kali

mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium. Rasa mual selama masa hamil dapat mengakibatkan perburukan hygiene mulut dan dapat menimbulkan karies gigi.

4. Pakaian Selama Kehamilan

Pada dasarnya pakaian apa saja bisa dapat dipakai, baju hendaknya yang longgar dan mudah dipakai serta bahan yang mudah menyerap keringat.

Ada dua hal yang diperhatikan dan hindari yaitu :

- a. Sabuk dan stoking yang terlalu ketat, karena akan mengganggu aliran balik
- b. Sepatu dengan hak tinggi, akan menambah lordosis sehingga sakit pinggang akan bertambah.

5. Eliminasi

Dengan kehamilan terjadi perubahan hormonal, sehingga daerah kelamin menjadi lebih basah. Situasi basah ini menyebabkan jamur (trikomona) tumbuh sehingga wanita hamil mengeluh gatal dan mengeluarkan keputihan. Rasa gatal sangat mengganggu, sehingga sering digaruk dan menyebabkan saat berkemih terdapat residu (sisa) yang memudahkan infeksi kandung kemih. Untuk melancarkan dan mengurangi infeksi kandung kemih yaitu dengan minum dan menjaga kebersihan sekitar alat kelamin. Wanita perlu mempelajari cara membersihkan alat kelamin yaitu dengan gerakan dari depan ke belakang setiap kali selesai berkemih atau buang air besar dan harus menggunakan tisu atau lap atau handuk yang

bersih setiap kali melakukannya. Memberihkan dan mengelap dari belakang ke depan akan membawa bakteri dari daerah rectum ke muara uretra dan meningkatkan risiko infeksi. Sebaiknya gunakan tisu yang lembut dan menyerap air, lebih disukai yang berwarna putih, dan tidak diberi wewangian, karena tisu yang kasar diberi wewangian atau bergambar dapat menimbulkan iritasi. Wanita harus sering mengganti pelapis atau pelindung celana dalam. Apabila perasaan ingin berkemih muncul jangan diabaikan, menahan berkemih akan membuat bakteri didalam kandung kemih berlipat ganda.

6. Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat sebaiknya tidak lagi berhubungan seks selama 14 hari menjelang kelahiran. Koitus tidak dibenarkan bila:

- a. terdapat perdarahan pervaginam
- b. terdapat riwayat abortus berulang
- c. abortus atau partus prematurus imminens
- d. ketuban pecah
- e. serviks telah membuka

7. Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan/ aktivitas fisik selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dapat melakukan pekerjaan seperti menyapu,

mengepel, masak dan mengajar. Semua pekerjaan tersebut harus sesuai dengan kemampuan wanita tersebut dan mempunyai cukup waktu untuk istirahat. Sikap yang perlu diperhatikan oleh ibu hamil:

a. Duduk

Tempatkan tangan dilutut dan Tarik tubuh ke posisi tegak. Atur dagu ibu dan Tarik bagian atas seperti ketika ibu berdiri.

b. Berdiri

Sikap berdiri yang benar sanagn membantu sewaktu hamil disaat berat janin bertambah, jangan berdiri untuk jangka waktu yang lama. Berdiri dengan menegakkan bahu dan mengangkat pantat. Tegak lurus dengan telinga sampai ketumit kaki.

c. Berjalan

Ibu hamil penting untuk tidak memakai sepatu ber hak tinggi atau tanpa hak. Hindari juga sepatu bertumit runcing karena mudah menghilangkan keseimbangan. Bila memiliki anak balita usahakan upaya tinggi pegangan keretanya sesuai untuk ibu.

d. Tidur

Ibu boleh tidur tengkurap, kalau sudah terbiasa, namun tekuklah sebelah kaki dan pakailah guling, supaya ada ruang bagi bayi anda. Posisi miring juga menyenangkan, namun jangan lupa memakai guling untuk menompang berat bayi anda. Sebaiknya setelah usia kehamilan

6 bulan, hindari tidur terlentang, karena tekanan Rahim pada pembuluh darah utama dapat menyebabkan pingsan.

e. Bangun dari berbaring

Untuk bangun dari bangun tidur, geser dahulu tubuh ibu ketepi tempat tidur, kemudian tekuk lutut. Angkat tubuh ibu perlahan dengan kedua tangan, putar tubuh lalu perlahan turunkan kaki ibu. Diamlah dulu dalam posisi duduk beberapa saat sebelum berdiri. Lakukan setiap ibu bangun dari berbaring.

f. Membungkuk dan mengangkat

Terlebih dahulu menekuk lutut dan gunakan otot kaki untuk tegak kembali. Hindari membungkuk yang dapat membuat punggung tegang, termasuk untuk mengambil sesuatu yang ringan sekalipun.

8. Senam Hamil

Ibu hamil perlu menjaga kesehatan tubuhnya dengan cara berjalan-jalan dipagi hari, renang, olahraga ringan, dan senam hamil.

- a. Berjalan-jalan di pagi hari yang banyak dianjurkan adalah jalan-jalan dipagi hari untuk ketenangan dan mendapatkan udara segar. Jalan-jalan saat hamil terutama pagi hari mempunyai arti penting untuk dapat menghirup udara pagi yang bersih dan segar, menguatkan otot dasar panggul dapat mempercepat turunnya kepala bayi kedalam posisi optimal atau normal, dan mempersiapkan mental menghadapi persalinan. Berjalan juga dapat dengan cukup lembut sehingga

walaupun anda belum pernah mengerjakannya anda dapat memulainya pada waktu hamil.

b. Senam hamil

Senam hamil dimulai pada umur kehamilan setelah 22 minggu. Senam hamil bertujuan untuk mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat berfungsi secara optimal dalam persalinan normal serta mengimbangi perubahan titik berat tubuh. Senam hamil ditujukan pada ibu hamil tanpa kelainan atau tidak terdapat penyakit yang menyertai kehamilannya, yaitu penyakit jantung, ginjal, dan penyulit kehamilan (hamil dengan perdarahan, kelainan letak, kehamilan yang disertai dengan anemia). Syarat-syarat senam hamil :

- 1) telah dilakukan pemeriksaan kesehatan dan kehamilan oleh dokter atau bidan.
- 2) latihan dilakukan setelah kehamilannya setelah 22 minggu.
- 3) latihan dilakukan secara teratur dan disiplin.
- 4) sebaiknya latihan dilakukan dirumah sakit atau klinik di bawah instruktur senam hamil.

9. Istirahat / Tidur

Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan istirahat yang teratur khususnya seiring kemajuan kehamilannya. Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik. Tidur pada malam hari selama kurang lebih 8 jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari selama satu jam. Ibu

hamil harus menghindari posisi duduk dan berdiri dalam menggunakan kedua ibu jari, dilakukan 2 kali sehari selama lima menit (Kusmiyati, 2009).

10. Imunisasi

Imunisasi TT merupakan perlindungan terbaik untuk melawan tetanus baik untuk diimunisasi sesuai jadwal. Wanita dan keluarganya harus merencanakan untuk memilih tempat persalinan yang bersih dan aman serta tenaga kesehatan yang terampil. Untuk mencegah tetanus neonatorum, tali pusat bayi harus dijaga agar tetap bersih dan kering setelah lahir sampai lepas.

Tabel 2.2 Jadwal Pemberian Imunisasi TT

Antigen	Interval	Lama Perlindungan	% Perlindungan
TT 1	Pada kunjungan antenatal pertama	-	-
TT 2	4 minggu setelah TT 1	3 tahun	80
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun	95
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun	99
TT 5	1 tahun setelah TT 4	25 tahun atau seumur hidup	99

Sumber: (Kusmiyati, 2009)

2.1.6 Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda-tanda bahaya yang perlu diperhatikan dan diantisipasi dalam kehamilan lanjut, adalah:

1. Perdarahan pervaginam
2. Sakit kepala yang hebat
3. Penglihatan kabur

4. Bengkak di wajah dan jari-jari tangan
5. Bengkak pada muka dan jari tangan
6. Keluar cairan pervaginam
7. Gerakan janin tidak terasa

Selama pemeriksaan antenatal, ibu mungkin tidak memberitahukan jika ia memiliki tanda-tanda bahaya tersebut atau dapat terdeteksi oleh tenaga kesehatan. Penting bagi bidan untuk memeriksa tanda-tanda bahaya tersebut pada setiap kunjungan. Jika bidan menemukan suatu tanda bahaya ini, maka tindakan selanjutnya adalah melaksanakan semua kemungkinan untuk membuat suatu assessmen/diagnosa dan membuat rencana penatalaksanaan yang sesuai.

(Yuni Kusmiyati, 2009)

2.1.7 Asuhan Kehamilan Terpadu

1. Timbang berat badan

Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kg selama kehamilan atau kurang dari 1 kg setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin.

2. Ukur lingkaran lengan atas (LiLA)

Ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi memiliki LiLA kurang dari 23,5cm.

3. Ukur tekanan darah

Untuk mendeteksi adanya hipertensi dalam kehamilan dan preeklamsia.

4. Ukur tinggi fundus uteri

Untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai dengan usia kehamilan.

Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

5. Hitung denyut jantung janin (DJJ)

DJJ lambat kurang dari 120 x/menit atau DJJ cepat lebih dari 160 x/menit menunjukkan adanya gawat janin.

6. Tentukan presentasi janin

Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin.

7. Beri imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Untuk mencegah terjadinya *Tetanus neonatorum*, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT.

8. Beri tablet tambah darah (tablet besi)

Untuk mencegah anemia gizi, setiap ibu hamil harus mendapat minimal 90 tablet selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama.

9. Periksa laboratorium (rutin dan khusus) meliputi :

a. Pemeriksaan golongan darah. Untuk mempersiapkan calon pendonor sewaktu-waktu diperlukan jika terjadi kegawatdaruratan.

- b. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb). Untuk mengetahui ibu hamil mengalami anemia atau tidak. Pemeriksaan dilakukan minimal 1 kali pada trimester 1 dan 1 kali pada trimester 3.
- c. Pemeriksaan protein dalam urin. Untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Pemeriksaan dilakukan pada trimester 2 dan 3 atas indikasi.
- d. Pemeriksaan kadar gula darah. Ibu hamil yang dicurigai menderita Diabetes Mellitus maka harus dilakukan pemeriksaan minimal 1 kali pada trimester 1, 1 kali pada trimester 2 dan 1 kali pada akhir kehamilan trimester 3.
- e. Pemeriksaan darah malaria. Di daerah endemis malaria, semua ibu hamil dilakukan pemeriksaan darah. Ibu hamil di daerah non endemis malaria, pemeriksaan dilakukan jika ada indikasi.
- f. Pemeriksaan HIV (*Human Immunodeficiency Virus*). Pemeriksaan HIV terutama untuk daerah dengan risiko tinggi kasus HIV. Risiko bayi tertular HIV bisa ditekan melalui program *Prevention Mother to Child HIV Transmission* (PMTCT), yakni mengonsumsi obat ARV (Anti Retroviral) profilaksis saat hamil dan pasca melahirkan, melahirkan secara Caesar dan memberikan susu formula pada bayi yang dilahirkan.
- g. Pemeriksaan BTA (Bakteri Tahan Asam). Pemeriksaan dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai menderita tuberkulosis.

10. Tatalaksana/penanganan kasus. Penanganan kasus harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan bidan.
11. KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) efektif. KIE efektif dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi :
 - a. Kesehatan ibu
 - b. Perilaku hidup bersih dan sehat
 - c. Peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan
 - d. Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi
 - e. Asupan gizi seimbang
 - f. Gejala penyakit menular dan tidak menular
 - g. Penawaran untuk melakukan konseling dan test HIV di daerah tertentu (risiko tinggi).
 - h. Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan pemberian ASI (Air Susu Ibu) eksklusif
 - i. KB (Keluarga Berencana) paska persalinan
 - j. Imunisasi
 - k. Peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (*Brain booster*)

(Kementerian Kesehatan, 2010)

2.1.8 Kunjungan Kehamilan

Bila kehamilan termasuk resiko tinggi perhatian dan jadwal kunjungan harus lebih ketat. Namun, bila kehamilan normal jadwal asuhan cukup empat kali. Dalam bahasa program kesehatan ibu dan dan anak, kunjungan antenatal ini diberi kode angka K yang merupakan singkatan dari kunjungan.

Pemeriksaan antenatal yang lengkap adalah K1, K2, K3 dan K4. Hal ini berarti, minimal dilakukan sekali kunjungan antenatal hingga usia kehamilan 28 minggu, sekali kunjungan antenatal selama kehamilan 28-36 minggu dan sebanyak dua kali kunjungan antenatal pada usia diatas 36 minggu (Prawirohardjo, 2014).

Menurut buku Bagian Obstetri & Ginekologi FK Unpad (1983: 213) Pada umumnya pemeriksaan kehamilan dilakukan sebulan sekali sampai dengan usia kehamilan bulan ke-6, sebulan dua kali dari usia kehamilan bulan ke-6 sampai dengan bulan ke-9 dan seminggu sekali pada bulan terakhir.

Sedangkan menurut Saifuddin, Abdul (2012: N-2), setiap wanita hamil menghadapi resiko komplikasi yang bisa mengancam jiwa. Oleh karena itu, setiap wanita hamil memerlukan sedikitnya 4 kali kunjungan selama periode antenatal:

1. Satu kali kunjungan selama trimester pertama (sebelum 14 minggu)
2. Satu kali kunjungan selama trimester kedua (antaraminggu 14-28)

3. Dua kali kunjungan selama trimester ketiga (antara minggu 28-36 dan sesudah minggu ke-36).

2.2 Persalinan

2.2.1 Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi janin dan plasenta yang telah cukup bulan atau hamper cukup bulan dan dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba, 1998).

Partus normal adalah proses lahirnya bayi dengan letak belakang kepala dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung 24 jam (Mochtar, 1998)

Persalinan adalah proses fisiologis pengeluaran janin, plasenta, dan ketuban melalui jalan lahir. Kala satu persalinan berlangsung sejak awal kontraksi uteri secara teratur sampai dilatasi serviks secara lengkap (Medforth, 2006)

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janinnya turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir (Prawirohardjo, 2014).

2.2.2 Tanda-tanda Persalinan Sudah Dekat

1. Lightening

Pada minggu ke-36 pada primigravida terjadi penurunan fundus karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh :

- a. Kontraksi *Braxton hicks*
- b. Ketegangan otot perut
- c. Ketegangan ligamentum rotundum
- d. Gaya berat janin kepala kearah bawah

2. Terjadinya his persalinan

His persalinan mempunyai sifat:

- a. Pinggang terasa sakit yang menjalar kedepan
- b. Sifatnya teratur, intervalnya makin pendek dan kekuatannya makin besar
- c. Kontraksi uterus mengakibatkan perubahan uterus
- d. Makin beraktivitas (jalan), kekuatan makin bertambah

3. *Bloody Show* (pengeluaran lendir disertai darah melalui vagina)

Dengan his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lendir yang terdapat di kanalis servikalis lepas, kapiler pembuluh darah pecah, yang menjadikan perdaraha sedikit

4. Pengeluarann Cairan

Terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tetapi kadang pecah pada pembukaan kecil (Asrinah, 2010).

1.2.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

1. Kekuatan (*Power*)

Power adalah kekuatan atau tenaga yang mendorong janin keluar.

Kekuatan tersebut meliputi

a. His (Kontraksi Uterus)

His adalah kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna.

Pembagian his dan sifat-sifatnya :

1) His pendahuluan

His tidak kuat, datangnya tidak teratur, menyebabkan keluarnya lendir darah atau *bloody show*

2) His Pembukaan (kala I)

Menyebabkan pembukaan serviks, semakin kuat dan teratur dan sakit.

3) His pengeluaran (kala II)

Untuk mengeluarkan janin, sangat kuat, teratur simetris, terkoordinasi.

4) His pelepasan plasenta (kala III)

Kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.

5) His pengiring (kala IV)

Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, terjadi pengecilan dalam beberapa jam atau hari.

2. Jalan lahir (*passage*)

Jalan lahir terbagi atas dua, yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak. Hal-hal yang perlu diperhatikan dari jalan lahir keras adalah ukuran dan bentuk tulang panggul. Sedangkan yang perlu diperhatikan pada jalan lahir lunak adalah segmen bawah uterus yang dapat merenggang, serviks, otot dasar panggul, vagina, dan introitus vagina.

3. Penumpang (*passenger*)

Penumpang dalam persalinan adalah janin dan plasenta. Hal-hal yang perlu diperhatikan mengenai janin adalah ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Sedangkan yang perlu diperhatikan pada plasenta adalah letak, besar, dan luasnya.

4. Psikologis

Keadaan psikologis ibu mempengaruhi proses persalinan, ibu bersalin yang didampingi oleh suami dan orang yang dicintainya cenderung mengalami proses persalinan yang lebih lancar

dibanding dengan ibu bersalin tanpa pendamping. Ini menunjukkan bahwa dukungan mental berdampak positif bagi keadaan psikis ibu, yang berpengaruh terhadap kelancaran proses persalinan (Asrinah, 2010:21)

5. Pysician (penolong)

Kompetensi yang dimiliki penolong sangat bermanfaat untuk memperlancar proses persalinan dan mencegah kematian maternal dan neonatal. Dengan pengetahuan dan kompetensi yang baik diharapkan kesalahan atau malpraktik dalam memberikan asuhan tidak terjadi. Bidan mempunyai tanggungjawab yang besar dalam proses persalinan.

1.2.4 Perubahan Psikologis Ibu Bersalin

1.2.5 Fase Persalinan

Kala I (Pembukaan)

Inpartu (mulai partus) ditandai dengan penipisan dan pembukaan serviks, kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit), cairan lender bercampur darah melalui vagina. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran ketika serviks mendatar dan membuka. Kala I dibagi atas 2 fase, yaitu :

1. Fase laten

- a. Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- b. Berlangsung hingga serviks membuka kurang 4 cm
- c. Pada umumnya fase laten berlangsung hampir 8 jam.

2. Fase aktif

- a. Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/ memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih)
- b. Dari pembukaan 4 hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata per jam (primipara) atau lebih 1 cm hingga 2 cm (multipara)
- c. Terjadi penurunan bagian terbawah janin (Depkes, 2008)

Selama kala I bidan harus melakukan pemantauan dan pencatatan. Hal ini bertujuan untuk mendeteksi adanya komplikasi pada kala I.

Kala II (kala pengeluaran janin)

Gejala utama kala II adalah sebagai berikut:

1. His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.

2. Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
3. Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan akibat tertekannya pleksus frankenhauser.
4. Kedua kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi:
 - a. Kepala membuka pintu.
 - b. Subocciput bertindak sebagai hipomoglion, kemudian secara berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, serta kepala seluruhnya.
 - c. Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
 - d. Setelah putar paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan cara:
 - a. Kepala dipegang pada os occiput dan dibawah dagu, kemudian ditarik dengan menggunakan cunam kebawah untuk melahirkan bahu depan dan keatas untuk melahirkan bahu belakang.
 - b. Setelah kedua bahu lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi.
 - c. Bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.

5. Lamanya kala II untuk primigravida 1,5-2 jam dan multigravida 1,5-1 jam.

Kala III (Pelepasan plasenta)

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Proses lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan mempertahankan tanda-tanda di bawah ini.

1. Perubahan bentuk dan tinggi fundus uteri
2. Tali pusat memanjang
3. Semburan darah mendadak singkat.

Cara melahirkan plasenta adalah menggunakan teknik dorsokraniol Pengeluaran selaput ketuban. Selaput janin biasanya lahir dengan mudah, namunkadang-kadang masih ada bagian plasenta yang tertinggal. Bagian tertinggal tersebut dapat dikeluarkan dengan cara:

1. Menarik pelan-pelan.
2. Memutar atau memilinya seperti tali.
3. Memutar pada klem.
4. Manual atau digital.

Plasenta dan selaput ketuban harus diperiksa secara teliti setelah dilahirkan. Apakah setiap bagian plasenta lengkap atau tidak lengkap. Bagian plasenta yang diperiksa yaitu permukaan maternal yang pada normalnya memiliki 6-20 kotiledon, permukaan fetal, dan apakah terdapat tanda-tanda plasenta suksenturia. Jika plasenta

tidak lengkap, maka disebut ada sisa plasenta. Keadaan ini dapat menyebabkan perdarahan yang banyak dan infeksi.

Kala III terdiri dari fase, yaitu:

1. Fase pelepasan plasenta

Beberapa cara pelepasan plasenta antara lain:

- a. Schultze

Proses lepasnya plasenta seperti menutup payung. Cara ini merupakan cara yang paling sering terjadi (80%). Bagian yang lepas terlebih dulu adalah bagian tengah, kemudian seluruhnya. Menurut cara ini, perdarahan biasanya tidak ada sebelum plasenta lahir dan berjumlahnya banyak setelah plasenta lahir.

- b. Duncam

Berbeda dengan sebelumnya, pada cara ini lepasnya plasenta mulai dari pinggir 20%. Darah akan mengalir keluar antara selaput ketuban. Pengeluarannya juga serempak dari tengah dan pinggir plasenta.

2. Fase pengeluaran plasenta

Perasat-perasat untuk mengetahui lepasnya plasenta adalah:

- a. Kustner

Dengan meletakkan tangan disertai tekanan di atas simfisis, tali pusat ditegangkan, maka bila tali pusat masuk berarti belum lepas.

Jika diam atau maju berarti belum lepas. Jika diam atau maju berarti sudah lepas.

b. Klein

Sewaktu ada his, rahim didorong sedikit,. Bila tali pusat kembali berarti belum lepas, diam atau turun berarti lepas. (cara ini tidak digunakan lagi).

c. Stassman

Tegangkan pada tali pusat dan ketok pada fundus, bila tali pusat bergetar berarti tali pusat belum lepas, tidak bergetar berarti sudah lepas. Tanda-tanda plasenta sudah lepas adalah rahim menonjol diatas simfisis, tali pusat bertambah panjang, rahim bundar dan keras, serta ke;uar darah secara tiba-tiba.

Kala IV (kala pengawasan/observasi/pemulihan)

Kala IV dimulai saat lahirnya plasenta samapai 2 jam post partum. Kala ini terutama bertujuan untuk melakukan observasi karena perdarahan post partum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Darah yang keluar selama perdarahan harus ditakar sebaik-baiknya. Kehilangan darah selama persalinan biasanya disebabkan oleh luka pada saat pelepasan plasenta dan robekan pada serviks dan perineum. Rata-rata jumlah perdarahan yang dikatan normal adalah 250 cc biasanya, 100-300 cc. Jika perdarahan lebih dari 500 c, maka sudah dianggap abnormal, dengan demikian harus dicari penyebabnya. Penting untuk diingat:

jangan meninggalkan wanita bersalin 1 jam sesudah bayi dan plasenta lahir.

Sebelum pergi meninggalkan ibu yang baru melahirkan, periksa ulang terlebih dulu dan perhatikan 7 pokok penting berikut:

1. Kontraksi rahim: baik atau tidaknya dilakukan pemeriksaan palpasi. Jika perlu lakukan masase dan berikan uterotonika, seperti methergin atau ermetrin atau oksitosin.
2. Perdarahan: ada atau tidak, banyak atau biasa.
3. Kandung kemih: harus kosong. Jika penuh, ibu dianjurkan berkemih dan jika tidak bisa lakukan kateter.
4. Luka-luka: jahitannya baik atau tidak, ada perdarahan atau tidak.
5. Plasenta dan selaput ketuban harus lengkap.
6. Keadaan umum ibu, tekanan darah, nadi, pernapasan, dan masalah lain.
7. Bayi dalam keadaan baik (Sondakh, 2013).

1.2.6 Tanda Bahaya Persalinan

1. Riwayat seksio caesaria
2. Perdarahan per vaginam
3. Persalinan kurang bulan (kurang dari 37 minggu)
4. Ketuban pecah disertai dengan keluarnya mekonium kental
5. Ketuban pecah lama (lebih dari 24 jam)
6. Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (usia kehamilan <37 minggu)

7. Tanda atau gejala – gejala infeksi:

Temperatur $>38^{\circ}\text{C}$, Menggigil, Nyeri abdomen, Cairan ketuban berbau.

8. Preeklamsia atau hipertensi dalam kehamilan (tekanan darah lebih dari 160/110 dan atau terdapat protein dalam urin)

9. Tinggi fundus uteri 40cm atau lebih (makrosomia, polihidramnion, kehamilan ganda)

10. Gawat janin (DJJ $<100 >180$ x/menit) dua kali

11. Primi para dalam fase aktif persalinan dengan palpasi kepala 5/5

12. Presentasi bukan belakang kepala

13. Presentasi majemuk atau ganda

14. Tali pusat menumbung

15. Syok

16. Persalinan dengan fase laten memanjang

17. Belum inpartu

18. Partus lama (Rohani, 2011)

1.2.7 Standart Asuhan Persalinan Normal

Dasar asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermia, dan asfiksia bayi baru lahir. Sementara itu, focus utamanya adalah mencegah terjadinya komplikasi. Hal ini merupakan suatu pergeseran

paradigma dari sikap menunggu dan menangani komplikasi menjadi mencegah komplikasi yang mungkin terjadi (Prawirohardjo, 2014).

Untuk melakukan asuhan persalinan normal (APN) dirumuskan 60 langkah asuhan persalinan normal sebagai berikut:

1. Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua.
 - a. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - b. Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/atau vaginanya.
 - c. Perineum menonjol.
 - d. Vulva-vagina dan sfingter anal membuka.
2. Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partusset.
3. Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
4. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
5. Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
6. Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan

kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi, langkah # 9).
8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti di atas).

10. Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100 – 180 kali/menit).
 - a. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
 - b. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.
11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
 - a. Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.
 - b. Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
13. Melakukan pimpinan meneran saat Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran :
 - a. Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.

- b. Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.
 - c. Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang).
 - d. Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.
 - e. Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
 - f. Menganjurkan asupan cairan per oral.
 - g. Menilai DJJ setiap lima menit.
 - h. Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60/menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera.
- Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran
- a. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, menganjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi.
 - b. Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.
- 14. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
 - 15. Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
 - 16. Membuka partus set.

17. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
18. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kelapa bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir. Jika ada mekonium dalam cairan ketuban, segera hisap mulut dan hidung setelah kepala lahir menggunakan penghisap lendir DeLee disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau bola karet penghisap yang baru dan bersih.
19. Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.
20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi :
 - a. Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b. Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.
21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran

saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.

23. Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ketangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
24. Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.
25. Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan).
26. Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian pusat.

27. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
28. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
29. Mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, mengambil tindakan yang sesuai.
30. Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya.
31. Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
32. Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.
33. Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, memberikan suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.
34. Memindahkan klem pada tali pusat
35. Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi

kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.

36. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan ransangan puting susu.
37. Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.
 - a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 – 10 cm dari vulva.
 - b. Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit :
 1. Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.
 2. Menilai kandung kemih dan mengkateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.
 3. Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.

4. Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.
 5. Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.
38. Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinil. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forseps disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selapuk yang tertinggal.
39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).
40. Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus. Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai.

41. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.
42. Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
Mengevaluasi perdarahan persalinan vagina.
43. Mencilupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
44. Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
45. Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
46. Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5 %.
47. Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya.
Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
48. Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
49. Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam :
 - a. 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
 - b. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.

- c. Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.
 - d. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melaksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.

Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesia lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.
50. Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
51. Mengevaluasi kehilangan darah.
52. Memeriksa tekanan darah, nadi dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
- a. Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan.
 - b. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.
53. Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi
54. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.

55. Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
56. Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
57. Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
58. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
59. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
60. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

2.3 Nifas

2.3.1 Definisi Masa Nifas

Masa nifas merupakan masa selama persalinan dan segera setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali ke keadaan tidak hamil yang normal (Cunningham, 1995).

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Prawirohardjo, 2014).

Masa nifas (puerperium) dimulai sejak plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Saifuddin, 2012)

2.3.2 Tahapan Masa Nifas

Masa nifas terbagi menjadi tiga tahapan yaitu :

1. Puerperium Dini (*immediate puerperium*) : 0-24 jam postpartum
Masa kepulihan, yaitu masa ketika ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
2. Puerperium Intermedial (*early puerperium*) : 1-7 hari post partum
Masa kepulihan menyeluruh organ genetalian. Waktu yang dibutuhkan sekitar 6-8 minggu.
3. Remote puerperium (*later puerperium*) 11-6 minggu post partum
Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau pada saat persalinan mengalami komplikasi. Waktu untuj sehat sempurna ini bisaberminggu0minggu, bulanan atau tahunan tergantung pada kondisi kesehatan dan gangguan kesehatan lainnya (Lockhart dan Lyndon, 2014).

2.3.3 Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Adapun kebijakan program pemerintah dalam asuhan masa nifas dalam buku Kesehatan Ibu dan Anak adalah :

1. Menanyakan kondisi ibu nifas secara umum
2. Pengukuran tekanan darah, suhu tubuh, nadi dan pernapasan

3. Pemeriksaan lochia dan perdarahan
4. Pemeriksaan kondisi jalan lahir dan tanda infeksi
5. Pemeriksaan kontraksi rahim dan tinggi fundus uteri
6. Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian Asi Eksklusif
7. Pemberian kapsul vitamin A
8. Pelayanan kontrasepsi pasca persalinan
9. Konseling
10. Tatalaksana pada ibu nifas sakit atau ibu nifas dengan komplikasi
11. Memberikan nasihat yaitu :
 - a. Makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur dan buah-buahan.
 - b. Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari.
 - c. Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin.
 - d. Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat.
 - e. Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi.
 - f. Cara menyusui yang benar dan hanya memberi ASI saja selama 6 bulan.
 - g. Perawatan bayi yang benar.

- h. Jangan membiarkan bayi menagis terlalu lama, karena akan membuat bayi stress.
- i. Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga.
- j. Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan.

(Kemenkes RI, 2016)

2.3.4 Perubahan Fisik dan Adaptasi Psikologis Masa Nifas

1. Sistem Reproduksi

a. Involusi uterus

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil.

Tabel 2.3 Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum

Involusi uterus	Tinggi fundus uterus	Berat uterus	Diameter uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari (minggu 1)	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram	7,5 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	150 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

Sumber : (Lockhart dan Lyndon, 2014).

b. Involusi tempat plasenta

Uterus pada bengkas implantasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam kavum uteri. Segera setelah plasenta lahir, dengan cepat luka mengecil, pada akhir minggu ke dua hanya

sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. Pada permukaan nifas bekal plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh trombus.

c. Perubahan ligamen

Setelah bayi lahir, ligamen dandiafragma pelvis fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali seperti pada sedia kala. Perubahan ligamen yang dapat terjadi pasca melahirkan antara lain: ligamentum protundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retro fleksi, ligamen fasia, jaringan penunjang alat genetalia menjadi agak kendur.

d. Perubahan pada serviks

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antar korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa masih dapat dimasukkan dua sampai tiga jari dan setelah satu minggu hanya satu jari saja yang dapat masuk.

e. Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basah atau alkalis yang membuat organisme

berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochea mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Pengeluaran lochea dapat dibagi menjadi: lochea rubra, sanguilenta, serosa dan alba. Perbedaan masing-masing lochea dapat dilihat sebagai berikut:

Tabel 2.4 Perbedaan masing-masing lochea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7-14 hari	Kekuningan / kecokelatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
Alba	> 14	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jarinagn yang mati
Lochea purulenta			Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk
Lochea asis			Lochea tidak lancar keluar

Sumber : Anggraini, Yetti. 2010. Asuhan Kebidanan Masa Nifas. Yogyakarta: Pustaka Rihama

f. Vulva, vagina dan perinium

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa persalinan kedua organ ini kembali pada keadaan kendur. Rugae timbul kembali pada minggu ke tiga. Hymen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karunkulaemiformis yang khas bagi wanita multi para. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama. Perubahan pada perinium pasca melahirkan terjadi pada saat perinium mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikais tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perinium dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian.

2. Sistem pencernaan

Sistem gastrointestinal selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, di antaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolestrol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca persalinan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal.

Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain :

a. Nafsu makan

Pasca melahirkan biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

b. Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

c. Pengosongan usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal maasa pascapartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi jalan lahir. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal.

3. Sistem perkemihan

Pada masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar steroid tinggi yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pada pasca melahirkan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan.

Hal yang berkaitan dengan fungsi sistem perkemihan, antara lain :

- a. Hemostasis internal.
- b. Keseimbangan asam basa tubuh.
- c. Pengeluaran sisa metabolisme.

4. Sistem muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal terjadi pada saat umur kehamilan semakin bertambah. Adaptasi muskuloskeletal ini mencakup : peningkatan berat badan, bergesernya pusat akibat pembesaran rahim, relaksasi dan mobilitas. Namun demikian, pada saat post partum sistem muskuloskeletal akan berangsur-angsur pulih kembali. Ambulasi dini dilakukan segera setelah melahirkan untuk membantu mencegah komplikasi dan mempercepat involusi uteri.

Adaptasi sistem muskuloskeletal pada masa nifas, meliputi :

- a. Dinding perut dan peritoneum

- b. Kulit abdomen
- c. Striae
- d. Perubahan ligamen
- e. Simpisis pubis

5. Sistem endokrin

Selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin. Hormon-hormon yang berperan pada proses tersebut, antara lain :

- a. Hormon plasenta
- b. Hormon pituitary
- c. Hipotalamik pituitary ovarium
- d. Hormon oksitosin
- e. Hormon estrogen dan progesteron

6. Tanda-tanda Vital

Pada masa nifas, tanda-tanda vital harus dikaji antara lain :

- a. Suhu badan

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 derajat Celcius.

Pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang lebih 0,5 derajat Celcius dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan ini akibat dari kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan maupun kelelahan.

7. Sistem Kardiovaskuler.

a. Volume Darah

Perubahan volume darah tergantung pada beberapa faktor, misalnya kehilangan darah selama melahirkan dan mobilisasi serta pengeluaran darah ekstrasvaskuler. Respon wanita dalam menghadapi kehilangan darah selama masa pascapartum dini berbeda dari respon wanita tidak hamil. Tiga perubahan fisiologis pascapartum yang melindungi wanita : (1) hilangnya sirkulasi uteroplasenta yang mengurangi ukuran pembuluh darah maternal 10% sampai 15%, (2) hilangnya fungsi endokrin plasenta yang menghilangkan stimulus vasodilatasi, dan (3) terjadinya mobilisasi air ekstrasvaskular yang disimpan selama wanita hamil.

b. Curah Jantung

Denyut jantung, volume sekuncup, dan curah jantung meningkat sepanjang masa hamil. Segera setelah wanita melahirkan, keadaan ini akan meningkat bahkan lebih tinggi selama 30 sampai 60 menit karena darah yang biasanya melintasi sirkuit utero plasenta tiba – tiba kembali ke sirkulasi umum.

c. Tanda – Tanda Vital

Beberapa perubahan tanda-tanda vital bisa terlihat jika wanita normal. Fungsi pernafasan kembali ke fungsi pernafasan saat wanita tidak hamil pada bulan ke-6 setelah wanita melahirkan.

8. Sistem hematologi

Pada masa nifas terjadi perubahan darah, misalnya jumlah sel darah putih akan bertambah banyak. Jumlah sel darah merah dan Hb akan berfluktuasi, namun dalam 1 minggu pasca persalinan biasanya semuanya akan kembali pada keadaan semula. Curah jantung atau jumlah darah yang dipompa oleh jantung akan tetap tinggi pada awal masa nifas dan dalam 2 minggu akan kembali pada keadaan normal.

2. Perubahan Psikologi Masa Nifas

Menurut (Lockhart & Dr. Lyndon. 2014), fase psikologis postpartum dibagi menjadi beberapa fase yaitu :

- a. Fase *taking-in* (1 hingga 2 hari postpartum)
 1. Fase ini berlangsung secara pasif dan dependen
 2. Mengarahkan energi kepada diri sendiri dan bukan kepada bayi yang baru dilahirkan.
 3. Dapat memulihkan diri dari proses persalinan dan melahirkan untuk mengintegrasikan proses tersebut ke dalam kehidupannya.

4. Dapat mengalami kesulitan dalam pengambilan keputusan.

b. Fase *taking-hold* (2 hingga 7 hari postpartum)

1. Memiliki lebih banyak energi
2. Memperhatikan independensi dan memiliki inisiatif untuk memulai aktivitas perawatan diri.
3. Mengambil tanggung jawab yang bertambah atas bayinya.
4. Dapat mengambil tugas merawat bayi dan edukasi perawatan sendiri.
5. Dapat memperlihatkan kurangnya keyakinan diri dalam merawat bayinya.

c. Fase *letting-go* (7 hari postpartum)

1. Menyesuaikan kembali hubungan dengan anggota keluarga seperti menerima peranan sebagai ibu.
2. Menerima tanggung jawab atas bayinya yang tergantung pada dirinya.
3. Mengakui bayinya sebagai individu yang terpisah dengan dirinya dan melepaskan gambaran bayi yang menjadi khayalannya.
4. Dapat mengalami depresi.

2.3.5 Kebutuhan Dasar Masa Nifas

Untuk membantu proses penyembuhan pada masa nifas, maka ibu nifas membutuhkan diet yang cukup kalori dan protein, membutuhkan

istirahat yang cukup, dan sebagainya. Kebutuhan – kebutuhan tersebut adalah:

1. Nutrisi dan cairan

Ibu nifas membutuhkan nutrisi yang cukup, bergizi seimbang, terutama kebutuhan protein dan karbohidrat. Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari (ibu harus mengonsumsi 3 – 4 porsi setiap hari). Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari. Pil zat besi harus diminum, untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin. Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A pada bayinya melalui ASInya. Zat – zat yang ibu butuhkan pasca persalinan:

- a. Kalori

Kebutuhan kalori pada masa menyusui sekitar 400 – 500 kalori. Wanita dewasa memerlukan 1800 kalori per hari. Sebaiknya ibu nifas jangan mengurangi kebutuhan kalori, karena akan mengganggu proses metabolisme tubuh dan menyebabkan ASI berkurang.

- b. Protein

Kebutuhan protein yang dibutuhkan selama menyusui ibu membutuhkan tambahan protein diatas normal sebesar 20 gram/hari. Dasar ketentuan ini adalah tiap 100cc ASI mengandung 1,2 gram protein. Dengan demikian, 830 cc ASI

mengandung 10 gram protein. Efisiensi konversi protein makanan menjadi protein susu hanya 70% (dengan variasi perorangan). Peningkatan kebutuhan ini ditujukan bukan hanya transformasi menjadi protein susu, tetapi juga untuk sintesis hormone yang memproduksi (prolaktin), serta pengeluaran ASI (oksitosin) (Sulistyawati, 2009).

c. Kalsium dan vitamin D

Kalsium dan vitamin D berguna untuk pembentukan tulang dan gigi. Didapatkan dari minum susu rendah kalori atau berjemur dipagi hari. Konsumsi kalsium pada masa menyusui meningkat menjadi 5 porsi per hari. Satu setara dengan 50-60 gram keju, satu cangkir susu krim, 160 gram ikan salmon, 120 gram ikan sarden, atau 280 gram tahu kalsium.

d. Magnesium

Magnesium dibutuhkan sel tubuh untuk membantu gerak otot, fungsi syaraf dan memperkuat tulang. Kebutuhan magnesium didapat dari gandum dan kacang – kacangan.

e. Sayuran hijau dan buah

Kebutuhan yang diperlukan sedikitnya 3 porsi sehari. Satu porsi setara dengan 1/8 semangka, 1/4 mangga, 3/4 cangkir brokoli, 1/2 wortel, 1/4 - 1/2 cangkir sayuran hijau yang telah dimasak, satu tomat.

f. Karbohidrat kompleks

Selama menyusui, kebutuhan karbohidrat kompleks diperlukan enam porsi per hari. Satu porsi setara dengan $\frac{1}{2}$ cangkir nasi, $\frac{1}{4}$ cangkir jagung, satu porsi sereal atau oat, satu iris roti dari bijian utuh, 2 – 6 biskuit kering.

g. Lemak

Rata – rata kebutuhan lemak dewasa adalah $4 \frac{1}{2}$ porsi lemak (14 gram per porsi)perharinay. Satu porsi lema setara dengan 80 gram keju, tiga sendok makan kacang tanah atau kenari, empat sendok makan krim, secangkir es krim, $\frac{1}{2}$ buah alpukat, dua sendok makan selai kacang, 120 – 140 gram daging.

h. Garam

Selama periode nifas, hindari konsumsi garam berlebihan. Hindari makanan asin seperti kacang asin, keripik kentang.

i. Cairan

Konsumsi cairan sebanyak 8 gelas per hari. Minum sedikitnya 3 liter setiap hari. Kebutuhan akan cairan diperoleh dari air putih, sari buah, susu, dan sup.

j. Vitamin

Tabel 2.5 Perbandingan tambahan nutrisi ibu menyusui untuk wanita Asia dan Amerika

No.	Nutrisi	Wanita Asia	Wanita Amerika
1	Vitamin C	100 mg	40 mg
2	Vitamin B-1	1,3 mg	0,5 mg
3	Vitamin B-2	1,3 mg	0,5 mg
4	Vitamin B-12	2,6 mikrogram	1 mikrogram
5	Vitamin D	10 mikrogram	5mikrogram

Sumber : (Arisman, 2002)

k. Zinc

Berfungsi untuk kekebalan tubuh, penyembuhan luka dan pertumbuhan. Kebutuhan zinc didapat dari daging, telur dan gandum. Enzim dalam perencanaan dan metabolisme memerlukan zinc. Kebutuhan zinc setiap hari sekitar 12 mg.

1. DHA

DHA penting untuk perkembangan daya lihat dan mental bayi. Asupan DHA berpengaruh langsung pada kandungan ASI. Sumber DHA ada pada telur, hati dan ikan.

2. Ambulasi dini

Disebut juga *early ambulation*. Setelah bersalin, ibu akan merasa lelah. Oleh karena itu ibu butuh istirahat. Mobilisasi yang dilakukan tergantung pada komplikasi persalinan, nifas dan sembuhnya luka. Ambulasi dini adalah mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan

membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidur. Ibu postpartum diperbolehkan bangun dari tempat tidurnya 24 – 28 jam setelah melahirkan. Anjurkan ibu untuk memulai mobilisasi dengan miring kanan dan kiri, duduk dan kemudian berjalan.

Kuntungan ambulasi dini adalah:

- a. Ibu merasa lebih baik, lebih sehat, dan lebih kuat.
- b. Fungsi usus, sirkulasi darah, paru – paru, dan perkemihan lebih baik.
- c. Memungkinan untuk mengajarkan perawatan bayi pada ibu.
- d. Mencegah thrombosis pada pembuluh tungkai.

3. Eliminasi

Dalam 6 jam pertama post partum, pasien sudah harus dapat BAK. Semakin lama urine tertahan dalam kandung kemih maka dapat mengakibatkan kesulitan pada organ perkemihan. Dalam 24 jam pertama, pasien juga harus dapat BAB karena semakin lama feses tertahan dalam usus maka akan semakin sulit baginya untuk BAB secara lancar. Feses yang tertahan semakin lama akan mengeras karena cairan yang terkandung dalam feses akan selalu terserap oleh usus (Sulistyawati, 2009).

4. Kebersihan diri

Beberapa langkah penting dalam perawatan diri ibu post partum, antara lain:

- a. Jaga kebersihan seluruh tubuh untuk mencegah infeksi dan alergi pada kulit bayi
- b. Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan ibu membersihkan daerah vulva terlebih dahulu, dari depan kebelakang, baru kemudian membersihkan daerah anus.
- c. Menyarankan ibu mengganti pembalut setiap kali mandi, BAB/BAK, paling tidak dalam waktu 3 – 4 jam supaya ganti pembalut.
- d. Mencuci tangan dengan sabun dan air setiap kali selesai membersihkan daerah kelaminnya.
- e. Jika mempunyai luka episiotomi, hindari untuk menyentuh daerah luka karena apabila ibu kurang memperhatikan kebersihan tangannya bisa terjadi infeksi sekunder.

(Suherni, 2009)

5. Istirahat

Anjurkan ibu untuk:

- a. Istirahat cukup untuk mengurangi kelelahan
- b. Tidur siang atau istirahat selagi bayi tidur
- c. Kembali ke kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan
- d. Mengatur kegiatan rumahnya sendiri dapat menyediakan waktu untuk istirahat pada siang kira – kira 2 jam dan malam 7 – 8 jam.

Kurang istirahat pada ibu nifas dapat menyebabkan:

- a. Mengurangi jumlah ASI
- b. Memperlambat involusi yang akhirnya bisa menyebabkan perdarahan
- c. Depresi

(Suherni, 2009).

5. Seksual

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Tetapi, budaya dan agama melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah kelahiran (Sulistyawati, 2009).

6. Konseling KB (Keluarga Berencana)

Keluarga berencana adalah keluarga yang berkualitas yaitu keluarga yang sejahtera, sehat, maju, mandiri, memiliki jumlah anak yang ideal, berwawasan kedepan. (BPPPK, 2015). Konseling merupakan aspek yang sangat penting dalam pelayanan Keluarga Berencana (KB). Dengan melakukan konseling berarti petugas membantu klien dalam memilih dan memutuskan jenis kontrasepsi yang akan digunakan sesuai dengan pilihannya.

Konseling yang baik juga akan membantu klien dalam menggunakan kontrasepsinya lebih lama dan meningkatkan keberhasilan KB. Dalam memberikan konseling, hendaknya dapat diterapkan 6 langkah yang sudah dikenal dengan SATU TUJU yaitu:

- a. SA : sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.
- b. T : tanyakan pada klien informasi tentang dirinya.
- c. U : uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa jenis kontrasepsi post partum dibagi menjadi 2 yaitu metode sederhana dan metode modern. Metode sederhana dibagi dua, yaitu metode kontrasepsi sederhana dengan alat (kondom, diafragma, spermisida) dan tanpa alat (senggama terputus, MAL (Metode Amenores Laktasi). Sedangkan metode modern dibagi menjadi dua, yaitu hormonal (kontrasepsi progestin, pil progestin, implan) dan non hormonal (AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim), tubektomi, vasektomi).
- d. TU : bantulah klien untuk menemukan pilihannya dan tetap memotivasi pasien untuk melakukan ASI eksklusif beberapa alternatif KB yang bisa dipilih untuk ibu menyusui yaitu bisa dengan metode sederhana seperti alat (kondom, diafragma, spermisida) dan tanpa alat (senggama terputus, MAL (Metode Amenores Laktasi). Atau metode modern menggunakan hormonal yaitu pil laktasi, implant, dan suntik 3 bulan.

Setelah itu AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) bisa dijadikan alternatif untuk ibu menyusui.

- e. J : jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.
- f. U : perlunya dilakukan kunjungan ulang.

(BPPPK, 2015)

2.3.6 Ketidaknyamanan Pada Masa Nifas

Ketidaknyamanan yang dapat terjadi, diantaranya:

1. Belum berkemih

Penanganan : dirangsang dengan air yang dialirkan ke daerah kemaluannya. Jika dalam 4 jam post partum, ada kemungkinan bahwa ia tidak dapat berkemih maka dilakukan kateterisasi

2. Sembelit

Penanganan : dengan ambulasi dini dan pemberian makan dini, masalah sembelit akan berkurang

3. Rasa tidak nyaman pada daerah laserasi

Penanganan : setelah 24 jam post partum, ibu dapat melakukan rendam duduk untuk mengurangi keluhan. Jika terjadi infeksi, maka diperlukan pemberian antibiotika yang sesuai dibawah pengawasan dokter (Farmakologi Depkes RI, 2011).

4. Selama 24 jam post partum, payudara mengalami distensi, menjadi padat dan nodular.

Penanganan : pengompresan dengan es, tetapi dalam beberapa hari akan mereda (Kenneth, 2012).

2.3.7 Tanda Bahaya Masa Nifas

Menurut Prawirohardjo (2014), Tanda bahaya nifas yaitu suatu tanda yang abnormal yang mengindikasikan adanya bahaya/komplikasi yang dapat terjadi selama masa nifas. Tanda-tanda bahaya nifas diantaranya:

1. Perdarahan pervaginam.
2. Pengeluaran lochea yang berbau busuk.
3. Sub involusi uteri.
4. Nyeri pada perut dan pelvis.
5. Pusing dan lemas berlebihan.
6. Suhu tubuh ibu $>38^{\circ}\text{C}$.

2.3.8 Kunjungan ibu nifas

Untuk deteksi dini komplikasi pada ibu nifas diperlukan pemantauan pemeriksaan terhadap ibu nifas dengan melakukan kunjungan nifas minimal sebanyak 3 kali dengan ketentuan waktu:

1. Kunjungan nifas pertama pada masa 6 jam sampai dengan 3 hari setelah persalinan.
2. Kunjungan nifas ke dua dalam waktu 4-28 hari setelah persalinan.
3. Kunjungan nifas ke tiga dalam waktu 29-42 hari setelah persalinan.

(Kemenkes RI, 2016)

2.4 Bayi Baru Lahir

2.4.1 Definisi BBL

Bayi baru lahir normal adalah berat lahir antara 2500 – 4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan congenital (cacat bawaan) yang berat (M. Sholeh Kosim : 2007) dikutip dari buku Jenny J.S. Sondakh 2013.

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir cukup bulan, 38-42 minggu dengan berat badan sekitar 2500-3000 gram dan panjang badan sekitar 50-55 cm (Prawirohardjo, 2014).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2500 sampai 4000 gram (Dep. Kes. RI : 2005).

2.4.2 Ciri-ciri normal BBL

1. Berat badan 2500 – 4000 gram.
2. Panjang badan 48 – 50 cm.
3. Lingkar dada 32 – 34 cm.
4. Lingkar kepala 33 – 35 cm.
5. Bunyi jantung dalam menit pertama \pm 180 kali/menit, kemudian turun sampai 140-120 kali/menit pada saat bayi berumur 30 menit.
6. Pernafasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80 kali/menit disertai pernafasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit.

7. Kulit kemerah – merahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup terbentuk dan dilapisi verniks kaseosa.
8. Rambut lanugo telah hilang, rambut kepala tumbuh baik.
9. Kuku agak panjang dan lemas
10. Genetalia: testis sudah turun (pada bayi laki-laki) dan labia mayora telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan).
11. Reflek hisap, menelan, dan moro telah terbentuk.
12. Eliminasi, urin, dan mekonium normalnya keluar pada 24 jam pertama. Mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket.

(Jenny J.S. Sondakh, 2013)

2.4.3 Adaptasi BBL Terhadap Kehidupan di Luar Uteri

1. Adaptasi pernapasan
 - a. Pernapasan awal dipicu oleh faktor fisik, sensorik, dan kimia.
 - 1) Faktor-faktor fisik meliputi usaha yang diperlukan untuk mengembangkan paru-paru dan mengisi alveolus yang kolaps (misalnya, perubahan dalam gradien tekanan)
 - 2) Faktor-faktor sensorik, meliputi suhu, bunyi, cahaya, suara, dan penurunan suhu.
 - 3) Faktor-faktor kimia, meliputi perubahan dalam darah (misalnya, penurunan kadar oksigen, peningkatan kadar

karbon dioksida, dan penurunan pH) sebagai akibat asikfisia sementara selama kelahiran.

- b. Frekuensi pernapasan bayi baru lahir berkisar 30-60 kali/menit.
- c. Sekresi lendir mulut dapat menyebabkan bayi batuk dan muntah, terutama selama 12-18 jam pertama.
- d. Bayi baru lahir lazimnya bernapas melalui hidung. Repons refleks terhadap obstruksi nasal dan membuka mulut untuk mempertahankan jalan napas tidak ada pada sebagian besar bayi sampai 3 minggu setelah kelahiran.

Pernapasan pada bayi normal terjadi pada waktu 30 detik sesudah kelahiran. Pernapsan ini timbul sebagai akibat pernapasan normal sistem saraf pusat dan perifer yang dibantu oleh beberapa rangsangan lainnya. Semua ini menyebabkan perangsang pusat pernapasan dalam otak yang melanjutkan rangsangan tersebut untuk menggerakkan diafragma, serta otot-otot pernapasan lainnya. Tekanan rongga bayi pada saat melalui jalan lahir per vaginam mengakibatkan paru-paru kehilangan 1/3 dari cairan yang terdapat didalamnya, sehingga tersisa 80-100 ml. Setelah bayi lahir, cairan yang hilang tersebut akan diganti oleh udara.

2. Perubahan termoregulasi dan metabolic

- a. Suhu bayi baru lahir dapat turun beberapa derajat karena lingkungan eksternal lebih dingin dari pada lingkungan pada uterus.
- b. Suplai lemak subkutan yang terbatas dan area permukaan kulit yang besar dibandingkan dengan berat badan menyebabkan bayi mudah menghantarkan panas pada lingkungan.
- c. Kehilangan panas yang cepat pada lingkungan yang dingin terjadi melalui konduksi, konveksi, radiasi, dan evaporasi.
- d. Trauma dingin (hipotermi) pada bayi baru lahir dalam hubungan asidosis metabolik dapat bersifat mematikan, bahkan pada bayi cukup bulan yang sehat.

Tabel 2.6 Nilai Hematologi Normal pada Bayi

Parameter	Kisaran Normal
Hemoglobin	15-20 g/dl
Sel-sel darah merah	5,0-7,5 juta/mm ³
Hematokrit	43-61 %
Sel-sel darah putih	10.000-30.000/mm ³
Neutrofil	40-80 %
Eosinofil	2-3 %
Limfosit	3-10 %
Monosit	6-10 %
Sel-sel darag putih yang imatur	3-8 %
Trombosit	100.000-280.000/mm ³
Retikulosit	3-6 %
Volume darah	Pengklemman tali pusat dini: 78 mL/kg

Pengkleman tali pusat lambat: 98,6 mL/kg

Hari ketiga setelah pengkleman tali pusat dini: 82,3 mL/kg

Hari ketiga setelah pengkleman tali pusat lambat: 92,6 mL/kg

Sumber : (Jenny J.S. Sondakh, 2013)

Sesaat setelah bayi baru lahir dia akan berada pada suhu lebih rendah dari dalam kandungan dan dalam keadaan basah. Bila bayi dibiarkan dalam suhu kamar 25 C, maka bayi akan kehilangan panas melalui evaporasi, konveksi, konduksi, dan radiasi sebanyak 200 kalori/kg BB/menit. Sementara itu, pembentukan panas yang dapat diproduksi hanya sepersepuluh dari pada yang disebut di atas dalam waktu yang bersamaan. Hal ini akan menyebabkan penurunan suhu tubuh sebanyak 2 C dalam waktu 15 menit. Suhu lingkungan yang tidak baik akan menyebabkan bayi menderita hipotermi dan trauma dingin (*cold injury*). Bayi baru lahir dapat mempertahankan suhu tubuhnya dengan mengurangi konsumsi energi, serta merawatnya didalam *natural thermal environment* (NTE). Yaitu suhu lingkungan dimana produksi panas, pemakaian oksigen, dan kebutuhan nutrisi untuk pertumbuhan adalah minimal agar suhu tubuh menjadi normal.

3. Adaptasi Neurologis

Sistem neurologis bayi secara anatomik atau fisiologis belum berkembang sempurna.

- a. Bayi baru lahir menunjukkan gerak-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor ekstremitas.
- b. Perkembangan neonatus terjadi cepat. Saat bayi tumbuh, perilaku yang lebih kompleks (misalnya: kontrol kepala, tersenyum, dan meraih dengan tujuan) akan berkembang.
- c. Refleks bayi baru lahir merupakan indikator penting perkembangan normal.

4. Adaptasi gastrointestinal

- a. Enzim-enzim digestif aktif saat lahir dan dapat menyokong ekstrasuterin pada kehamilan 36-38 minggu.
- b. Perkembangan otot dan refleks yang penting untuk menghantarkan makanan sudah terbentuk saat lahir.
- c. Pencernaan protein dan karbohidrat telah tercapai: pencernaan dan absorpsi lemak kurang baik karena tidak adekuatnya enzim-enzim pankreas dan lipase.
- d. Kelenjar saliva imatur saat lahir, sedikit saliva diolah sampai bayi berusia 3 bulan.

- e. Pengeluaran mekonium, yaitu feses berwarna hitam kehijauan, lengket, dan mengandung darah samar, diekresikan dalam 24 jam pada 90% bayi baru lahir yang normal.
- f. Variasi besar terjadi di antara bayi baru lahir tentang minat terhadap makanan, gejala-gejala lapar, dan jumlah makanan yang ditelan pada setiap kali pemberian makanan.
- g. Beberapa bayi baru lahir menyusu segera setelah diletakkan pada payudara: sebagian lainnya memerlukan 48 jam untuk menyusu secara efektif.
- h. Gerakan acak tangan dan menghisap jari telah diamati di dalam uterus: tindakan-tindakan ini berkembang baik pada saat lahir dan diperkuat pada rasa lapar.

Oleh karena kadar gula tali pusat 65 mg/100ml akan menurun menjadi 50 mg/100ml dalam waktu 2 jam sesudah lahir, energi tambahan yang diperlukan neonatus pada jam-jam pertama sesudah lahir diambil dari hasil metabolisme asam lemak sehingga kadar gula akan mencapai 120 mg/100 ml. Bila perubahan glukosa menjadi glikogen meningkat atau adanya metabolisme asam lemak yang tidak dapat memenuhi kebutuhan neonatus, maka kemungkinan besar bayi mengalami hipoglikemia.

5. Adaptasi ginjal

- a. Laju filtrasi glomerulus relatif rendah pada saat lahir disebabkan oleh tidak kuatnya area permukaan kapiler glomerulus.
- b. Meskipun keterbatasan ini tidak mengancam bayi baru lahir yang normal, tetapi menghambat kapasitas bayi untuk berespons terhadap stresor.
- c. Penurunan kemampuan untuk mengekskresikan obat-obatan dan kehilangan cairan yang berlebihan mengakibatkan asidosis dan ketidak seimbangan cairan.
- d. Sebagian bayi baru lahir berkemih dalam 24 jam pertama setelah lahir 2-6 kali sehari pada 1-2 hari pertama: setelah itu, mereka berkemih 5-20 kali dalam 24 jam.
- e. Urin dapat keruh karena lendir dan garam asam urat: noda kemerahan (debu batu bata) dapat diamati pada popok karena kristal asam urat.

6. Adaptasi Hati

- a. Selama kehidupan janin dan sampai tingkat tertentu setelah lahir, hati terus membentuk pembentukan darah.
- b. Selama periode neonatus, hati memproduksi zat yang esensial untuk pembekuan darah.

- c. Penyimpanan zat besi ibu cukup memadai bagi bayi 5 bulan kehidupan ektrauterin: pada saat ini, bayi baru lahir menjadi rentan terhadap defisiensi zat besi.
- d. Hati juga mengontrol jumlah bilirubin tak terkonjugasi yang bersirkulasi, pigmen berasal dari hemoglobin dan dilepaskan bersamaan dengan pemecahan sel-sel darah merah.
- e. Bilirubin tak terkonjugasi dapat meninggalkan sistem vaskular dan menembus jaringan ekstrasvaskular lainnya (misalnya: kulit, skelera dan membran mukosa oral) mengakibatkan warna kuning yang disebut *jaundice* atau ikterus.
- f. Pada stres dingin yang lama, glikolisis anaerobik terjadi, yang mengakibatkan meningkatkan produksi asam. Asidosis metabolik terjadi dan jika terdapat efek fungsi pernapasan, asidosis respiratorik dapat terjadi. Asam lemak yang berlebihan menggeser bilirubin dari tempat-tempat pengikatan albumin. Peningkatan kadar bilirubin tidak berikatan yang bersirkulasi mengakibatkan peningkatan risiko kern-ikterus bahkan pada kadar bilirubin serum 10 mg/dl atau kurang.

7. Adaptasi imun

- a. Bayi baru lahir tidak dapat membatasi organisme penyerang di pintu masuk.

- b. Imaturitas jumlah sistem perlindungan secara signifikan meningkatkan risiko infeksi pada periode bayi baru lahir.
- c. Infeksi merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas periode neonatus.

(Sondakh, 2013)

2.4.4 Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Bila ditemukan tanda bahaya berikut, rujuk bayi ke fasilitas kesehatan

1. Tidak mau menyusu atau memuntahkan semua yang diminum
2. Kejang.
3. Mengantuk atau tidak sadar
4. Nafas cepat (>60 per menit)
5. Merintih
6. Retraksi dinding dada bawah
7. Sianosis sentral

(APN, 2010)

2.4.5 Asuhan Bayi Baru Lahir Normal

1. Jaga kehangatan.
2. Bersihkan jalan nafas (bila perlu).
3. Keringkan dan tetap jaga kehangatan.
4. Potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah lahir untuk memberi waktu yang cukup bagi tali pusat mengalirkan darah kaya zat besi kepada bayi.

5. Lakukan IMD (Inisiasi Menyusu Dini) dengan cara kontak kulit bayi dengan kulit ibu.
6. Beri salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata.
7. Beri suntikan vitamin K₁ 1 mg intramuscular di paha kiri anterolateral setelah IMD.
(JNPK-KR, 2010).
8. Beri imunisasi Hepatitis B 0,5 ml intramuscular di paha kanan anterolateral. Pada imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Imunisasi hepatitis B pertama diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K₁, atau saat bayi berumur 2 jam (Nurasiah, 2012).
9. Memberikan bayi ASI. ASI eksklusif adalah pemberian ASI saja tanpa tambahan cairan lain seperti susu formula, jeruk, madu, air putih, air teh, dan tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur susu, biskuit, bubur nasi, dan tim. Pemberian ASI secara eksklusif ini dianjurkan untuk jangka waktu sekurang-kurangnya selama 4 bulan tetapi bila mungkin sampai 6 bulan pertama kehidupannya. Peningkatan ini sesuai dengan lamanya pemberian ASI eksklusif serta lamanya pemberian ASI bersamaan dengan makanan padat setelah bayi berumur 6 bulan. ASI

dapat diberikan sampai bayi berusia 2 tahun atau bahkan lebih dari 2 tahun (Saleha, 2009).

2.4.6 Pelayanan Kesehatan Neonatus

Menurut Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur-Surabaya (2012), pelayanan kesehatan neonatus adalah pelayanan kesehatan sesuai standart yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir, baik difasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus adalah :

1. Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6 sampai 48 jam etelah lahir.
2. Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 setelah lahir
3. Kunjungan Neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 setelah lahir.

Kunjungan neonatal bertujuan untuk meningkatkan akses neonatus terhadap pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin bila terdapat kelainan/masalah kesehatan pada neonatus. Pelayanan kesehatan neonatal dasar dilakukan secara dasar komprehensif dengan melakukan pemeriksaan dan perawatan Bayi baru lahir dan pemeriksaan menggunakan

pendekatan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) untuk memastikan bayi dalam keadaan sehat, yang meliputi :

1. Pemeriksaan dan Perawatan Bayi Barulahir
 - 1) Perawatan tali pusat
 - 2) Melaksanakan ASI eksklusif
 - 3) Memastikan bayi telah diberi injeksi Vitamin K1
 - 4) Memastikan bayi telah diberi salep mata antibiotik
 - 5) Pemberian imunisasi Hepatitis B-0
2. pemeriksaan menggunakan pendekatan MTBM
 - 1) pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan masalah pemberian ASI.
 - 2) Pemberian imunisasi hepatitis B-0 bila belum diberikan pada waktu perawatan bayi baru lahir
 - 3) Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI Eksklusif, pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawtan bayi baru lahir di rumah dengan menggunakan buku KIA.
 - 4) Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan.

Jadwal imunisasi diwajibkan sesuai program pengembangan imunisasi (PPI) adalah BCG, Polio, hepatitis B, DPT dan campak.

2.7 Jadwal Pemberian Imunisasi pada Bayi Baru Lahir

Umur	Jenis Vaksin
0-7 hari	HB-0
1 bulan	BCG, Polio 1
2 bulan	DPT/HB 1, polio 2
3 bulan	DPT/HB 2, polio 3
4 bulan	DPT/HB 3, polio 4
9 bulan	Campak

Sumber : Panduan Praktikum FIK UMS, 2014

2.5 Asuhan Kebidanan

2.5.1 Manajemen Asuhan Kebidanan

Standar Asuhan Kebidanan Keputusan Menteri Kesehatan
No.938/Menkes/SK/VIII/2007

1. Pengertian Standar Asuhan Kebidanan.

Standar Asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnose dan masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan.

2.5.2 Standar Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

a. Standar I : Pengkajian

1. Pernyataan Standar

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

b. Kriteria Pengkajian

1. Data tepat, akurat dan lengkap.

Terdiri dari data Subyektif (hasil anamnesa, biodata, keluhan utama, riwayat obstetric, riwayat kesehatan dan latar belakang social budaya).

2. Data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang).

c. Standar II : Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan.

1. Pernyataan standar

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

2. Kriteria Perumusan diagnose dan atau Masalah.

a. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur Kebidanan.

b. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.

c. Dapat diselesaikan dengan Asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

d. Standar III : Perencanaan.

1. Pernyataan Standar

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnose dan masalah yang dilegakkan.

2. Kriteria Perencanaan.

- a. Rencanakan tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan kebidanan komprehensif.
- b. Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga.
- c. Mempertimbangan kondisi psikologi, social budaya klien/keluarga.
- d. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- e. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada.

e. Standar IV : Implementasi

1. Pernyataan Standar

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif,

kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

2. Kriteria :

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-spiritual-kultural.
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarga (*inform consent*).
- c. Melaksanakan asuhan berdasarkan evidence based.
- d. Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan.
- e. Menjaga privasi klien/pasien.
- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
- g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
- h. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- i. Melakukan tindakan sesuai standar.
- j. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

f. Standar : V

1. Pernyataan Standar.

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

2. Kriteria Evaluasi

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga.
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
- d. Hasil evaluasi ditindak lanjut sesuai dengan kondisi klien/pasien.

g. Standar VI : Pencatatan Asuhan Kebidanan.

1. Pernyataan standar.

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

2. Kriteria Pencatatan Asuhan Kebidanan.

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam medis/KMS/Status pasien/buku KIA).
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.
- c. S adalah subyektif, mencatat hasil anamnesa.
- d. O adalah hasil obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.
- e. A adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan.

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

2.5.3 *Continuity Of Care*

Continuity Of Care dalam Bahasa Indonesia dapat diartikan sebagai perawatan yang berkesinambungan. Menurut Diana (2017) dalam buku (ICM, 2005) Definisi perawatan bidan yang berkesinambungan dinyatakan dalam: “Bidan diakui sebagai seorang profesional yang bertanggung jawab dan akuntabel yang bekerja dalam kemitraan dengan wanita selama kehamilan, persalinan dan periode postpartum dan bayi baru lahir semua merupakan tanggung jawab bidan”.

Kontinuitas pelayanan kebidanan dicapai ketika hubungan berkembang dari waktu ke waktu antara seorang wanita dan sekelompok kecil tidak lebih dari 4 bidan.

1. Pelayanan kebidanan harus disediakan oleh kelompok kecil yang sama sebagai pengasuh dari awal pelayanan (idealnya pada awal kehamilan), selama semua trimester, kelahiran dan enam minggu pertama pasca bersalin. Praktik kebidanan harus memastikan ada 24 jam pada ketersediaan panggilan dari salah satu kelompok bidan diketahui oleh wanita.

2. Sebuah filosofi yang konsisten perawatan dan pendekatan yang terkoordinasi untuk praktik klinis harus dipelihara oleh pengasuh bekerjasama, difasilitasi oleh regular pertemuan dan *peer review*. Salah satu kelompok bidan akan diidentifikasi sebagai kesehatan profesional bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan perawatan dan mengidentifikasi siapa yang bertanggung jawab jika dia bukan pada *call*.
3. Bidan kedua harus diidentifikasi sebagai bidan yang akan mengambil alih peran ini jika bidan pertama tidak bersedia.

Praktik harus memungkinkan kesempatan bagi perempuan untuk bertemu bidan lain tepat untuk mengakomodasi keadaan ketika mereka mungkin terlibat dalam perawatan.

Bidan mengkoordinasikan perawatan wanita dan bidan kedua harus membuat komitmen waktu yang diperlukan untuk mengembangkan hubungan saling percaya dengan wanita selama kehamilan, untuk bisa memberikan yang aman, perawatan individual, sepenuhnya mendorong kaum wanita selama persalinan dan kelahiran dan untuk menyediakan perawatan yang komprehensif untuk ibu dan bayi baru lahir selama periode post partum

4. Para bidan diidentifikasi sebagai bidan pertama dan kedua biasanya akan bertanggung jawab untuk menyediakan sebagian besar perawatan prenatal dan postnatal, dan untuk menghadiri kelahiran, dibantu :

- a. Standart untuk kesinambungan pelayanan tidak membatasi jumlah bidan yang dapat bekerja bersama dalam praktik
- b. Bidan dari praktik-praktik yang berbeda kadang-kadang dapat berbagi pengasuhan klien
- c. Hal ini konsisten dengan indikasi wajib diskusi, konsultasi dan *Transfer Care*.

Asuhan kehamilan mengutamakan kesinambungan pelayanan (*Continuity Of Care*) sangat penting bagi wanita untuk mendapatkan pelayanan dari seorang profesional yang sama atau dari satu team kecil tenaga profesional, sebab dengan begitu maka perkembangan kondisi mereka setiap saat akan terpantau dengan baik selain juga mereka menjadi lebih percaya dan terbuka karena merasa sudah mengenal si pemberi asuhan. Bidan diharuskan memberikan pelayanan kebidanan yang kontinu (*Continuity Of Care*) mulai dari ANC, INC, Asuhan BBL, Asuhan postpartum, Asuhan Neonatus, dan Pelayanan KB yang berkualitas (Diana, 2017).