BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Standar Asuhan Kebidanan

Keputusan Mentri Kesehatan RI 369/MENKES/SK/III/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan

A. Asuhan dan Konseling Selama Kehamilan

Dalam asuhan kehamilan kompetensi ke-3 yaitu Bidan memberi asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi : deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu.

B. Asuhan Selama Persalinan dan Kelahiran

Dalam asuhan kehamilan kompetensi ke-4 yaitu Bidan memberikan asuhan bermutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memipin selama persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawatdaruratan terntu untuk mengoptimalkan kesehatan perempuan dan bayinya yang baru lahir.

C. Asuhan Pada Ibu Nifas dan Memyusui

Dalam asuhan kehamilan kompetensi ke-5 yaitu Bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi dan tanggap terhadpa budaya setempat.

D. Asuhan Pada Bayi Baru Lahir

Dalam asuhan kehamilan kompetensi ke-6 yaitu Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi baru lahir sehat sampai dengan 1 bulan.

2.2 Kewenangan Bidan

Berdasarkan (Dinas Kesehatan, 2017) tentang Izin dan Penyelenggaran Praktik Bidan, kewenangan yang dimiliki bidan meliputi Pelayanan kesehatan ibu, Pelayanan kesehatan anak, Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

1. Pelayanan kesehatan ibu

Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud meliputi pelayanan:

- a. Konseling pada masa sebelum hamil;
- b. Antenatal pada kehamilan normal;
- c. Persalinan normal;
- d. Ibu nifas normal;
- e. Ibu menyusui; dan
- f. Konseling pada masa antara dua kehamilan.

Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibuBidan berwenang melakukan:

- a. episiotomi;
- b. pertolongan persalinan normal;
- c. penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II;
- d. penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan;
- e. pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil;
- f. pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas;
- g. fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusu dini dan promosi air susu ibu eksklusif;
- h. pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum;
- i. penyuluhan dan konseling;
- j. bimbingan pada kelompok ibu hamil; dan
- k. pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.
- 2. Pelayanan kesehatan anak

Dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud, Bidan berwenang melakukan:

- a. pelayanan neonatal esensial;
- b. penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan;
- c. pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah;
 dan;

d. konseling dan penyuluhan.

2.3 Kehamilan

A. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari betemunyaa spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional (Prawirohardjo, 2011).

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari fase fertilitas hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan dapat berlangsung dalam tiga trimester, trimester satu berlangsung dalam 13 minggu (minggu pertama hingga minggu ke-13, trimester kedua 14 minggu (minggu ke-14 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Yulistiana, 2015).

B. Tanda Gejala Kehamilan

Tanda Gejala Kehamilan menurut Prawiroharjo tahun 2013 yaitu:

1) Tanda Pasti Kehamilan

- a. Pada pemeriksaan melalui USG telihat adanya gambaran janin.
- b. Terdengar denyut jantung janin (DJJ).
- c. Terasa gerak janin.

2) Tanda tidak pasti kehamilan

- a. Amenore/tidak menstruasi (telambat haid), tidak munculnya mentruasi merupakan itu adalah tanda bahwa positif hamil. Sangat disarankan bagi perempuan untuk rajin mencatat tanggal siklus haid
- b. Mual dan muntah, anoreksia (Tidak Nafsu Makan), emesis
 (Muntah), dan hipersalivasi Biasanya terjadi di pagi hari dan
 malam hari bahkan lebih sering terkenal dengan sebutan morning

sickness. Biasanya dimulai antara minggu ke 4 dan ke 6 kehamilan. Setiap perempuan memiliki kehamilan yang berbeda

3) Tanda Mungkin Hamil

Tanda kemungkinan kehamilan:

- a. Perut membesar. Setelah kehamilan 14 minggu, rahim dapat diraba dari luar dan mulai pembesaran perut.
- b. Uterus membesar. Terjadi perubahan dalam bentuk, besar, dan konsistensi dari rahim. Pada pemeriksaan dalam dapat diraba bahwa uterus membesar dan bentuknya makin lama makin bundar.
- c. Tanda Hegar. Konsistensi rahim dalam kehamilan berubah menjadi lunak, terutama daerah ismus. Pada minggu-minggu pertama ismus uteri mengalami hipertrofi seperti korpus uteri. Hipertrofi ismus pada triwulan pertama mengakibatkan ismus menjadi panjang dan lebih lunak.
- d. Tanda Chadwick. Perubahan warna menjadi kebiruan atau keunguan pada vulva, vagina, dan serviks. Perubahan warna ini disebabkan oleh pengaruh hormon estrogen.
- e. Tanda Piscaseck. Uterus mengalami pembesaran, kadang-kadang pembesaran tidak rata tetapi di daerah telur bernidasi lebih cepat tumbuhnya. Hal ini menyebabkan uterus membesar ke salah satu jurusan hingga menonjol jelas ke jurusan pembesaran.
- f. Tanda Braxton-Hicks. Bila uterus dirangsang mudah berkontraksi. Tanda khas untuk uterus dalam masa hamil. Pada keadaan uterus yang membesar tetapi tidak ada kehamilan misalnya pada mioma uteri, tanda Braxton-Hicks tidak ditemukan.
- g. Teraba ballotemen. Merupakan fenomena bandul atau pantulan balik. Ini adalah tanda adanya janin di dalam uterus.
- h. Reaksi kehamilan positif. Cara khas yang dipakai dengan menentukan adanya human chorionic gonadotropin pada kehamilan muda adalah air kencing pertama pada pagi hari. Dengan tes ini dapat membantu menentukan diagnosa kehamilan sedini mungkin.

C. Perubahan Anatomi dan Fisiologi Kehamilan

Perubahan yang dapat terjadi pada perempuan hamil ialah antara lain sebagai berikut :

1) Uterus

Uteus adalah organ otot perempuan yang berdinding tebal yang berfungsi sebagai tempat implantasi ovum yang dibuahi dan juga sebagai tempat perkembangan dan pembeian makanan kepada janin yang berada didalamnya.

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi dan melindungi hasil konsepsi yaitu janin, plasenta, dan amnion sampai persalinan. Uterus mempunyai kemampuan yang luar biasa untuk bertambah besar dengan cepat selama kehamilan dan pulih kembali seperti keadaan semula dalam beberapa minggu setelah persalinan. Pada perempuan tidak hamil uterus mempunyai berat 70 gr dan kapasitas 10 ml atau kurang Selama kehamilan, uterus akan bertambah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta, dan cairan amnion. Pengukuran TFU dengan menggukan pita sentimeter diukur dari tepi atas simfisis hingga fundus uteri (Saiffudin, 2010).

Berdasarkan Tinggi Fundus Uteri (Menurut Leopold)

- 1. 12 minggu 1-2 jari atas symphysis.
- 2. 16 minggu pertengahan antara Symphysis pusat.
- 3. 20 minggu fundus uteri 3 jari bawah pusat.
- 4. 24 minggu setinggi pusat.
- 5. 28 minggu 3 jari atas pusat.
- 6. 32 minggu pertengahan Px-pusat.
- 7. 36 minggu 3 jari dibawah Px
- 8. 40 minggu pertengahan Px dan pusat.

2) Serviks Uteri

Satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lebih lunak dan kebiruan. Perubahan ini terjadi akibat penambahan vaskularisasi dan terjadinya edema pada seluruh serviks, bersamaan dengan terjadinya

hipertrofi dan hiperplasia pada kelenjar-kelenjar serviks (Prawirohardjo, 2013).

3) Vagina dan Vulva

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hiperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot di perineum dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat berwarna keunguan yang dikenal dengan tanda chedwick. Perubahan ini meliputi penipisan mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan hipertrofi dari sel-sel otot polos (Hatini, 2018).

4) Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relatif minimal (Hatini, 2018).

5) Kulit

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam, dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. perubahan ini dikenal dengan nama *striae* gravidarum. Pada multipara selain striae kemerahan itu seringkali garis berwarna perak berkilau yang merupakan sikatrik dan striae sebelumnya (Saiffudin, 2010).

6) Mammae

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dengan vena-vena di bawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman dan tegak. Setelah bulan pertama suatu cairan berwarna kekuningan disebut kolostrum dapat keluar (Prawirohardjo, 2013).

7) Perubahan Metabolik

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah dan cairan ekstraseluler. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg (Saiffudin, 2010).

D. Perubahan Psikologi Kehamilan Trimester III

Trimester III kehamilan disebut juga masa penantian dengan penuh kewaspadaan dimana rasa tidak nyaman timbul lagi, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik. Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu. Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya. Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya. Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya. Merasa kehilangan perhatian. Perasaan mudah terluka (sensitif). Libido juga menurun (Saiffudin, 2010).

E. Tanda Bahaya dalam Kehamilan

Tanda bahaya yang mungkin terjadi pada perempuan hamil tanda bahaya kehamilan yang harus diketahui oleh ibu hamil (Kemenkes,2019), yaitu :

a. Tidak Mau Makan dan Muntah Terus-Menerus

Mual-muntah banyak dialami oleh ibu hamil, terutama ibu hamil pada trimester I kehamilan. Namun jikalau mual-muntah tersebut terjadi terus-menerus dan berlebihan bisa menjadi tanda bahaya pada masa kehamilan. Hal itu dikarenakan dapat menyebabkan kekurangan gizi, dehidrasi, dan penurunan kesadaran. Segera temui tenaga kesehatan jika hal ini terjadi agar mendapatkan penanganan dengan cepat dan tepat.

b. Mengalami Demam Tinggi

Ibu hamil harus mewaspadai hal ini jika terjadi. Hal ini dikarenakan bisa saja jika demam dipicu karena adanya infeksi. Jika demam terlalu tinggi, ibu hamil harus segera diperiksakan ke rumah sakit untuk mendapatkan pertolongan pertama.

c. Pergerakan Janin di Kandungan Kurang

Pergerakan janin yang kurang aktif atau bahkan berhenti ialah tanda bahaya selanjutnya. Hal ini menandakan jika janin mengalami kekurangan oksigen atau kekurangan gizi. Jika dalam dua jam janin bergerak di bawah sepuluh kali, segera periksakan kondisi tersebut ke tenaga kesehatan.

d. Beberapa Bagian Tubuh Membengkak

Selama masa kehamilan ibu hamil sering mengalami perubahan bentuk tubuh seperti bertambahnya berat badan. Ibu hamil akan mengalami beberapa pembengkakan seperti pada tangan, kaki dan wajah karena hal tersebut. Namun, jika pembengkakan pada kaki, tangan dan wajah disertai dengan pusing kepala, nyeri ulu hati, kejang dan pandangan kabur segera bawa ke tenaga kesehatan untuk ditangani, karena bisa saja ini pertanda terjadinya pre-eklampsia.

e. Terjadi Pendarahan

Ibu hamil harus waspada jika mengalami pendarahan, hal ini bisa menjadi tanda bahaya yang dapat mengancam pada baik pada janin maupun pada ibu. Jika mengalami pendarahan hebat pada saat usia kehamilan muda, bisa menjadi tanda mengalami keguguran. Namun, jika mengalami pendarahan pada usia hamil tua, bisa menjadi pertanda plasenta menutupi jalan lahir.

f. Air Ketuban Pecah Sebelum Waktunya

Jika ibu hamil mengalami pecah ketuban sebelum waktunya segera periksakan diri ke tenaga kesehatan, karena kondisi tersebut dapat membahayakan kondisi ibu dan bayi. Hal ini dapat mempermudah terjadinya infeksi dalam kandungan.

F. Standar Pelayanan Asuhan Kehamilan

Kunjungan ANC minimal menurut Kemenkes RI tahun 2015:

- 1) Satu kali pada trimester I (usia kehamilan 0-13 minggu)
- 2) Satu kali pada trimester II (usia kehamilan 14 -27 minggu)
- 3) Satu kali pada trimester III (usia kehamilan 28 40 minggu)

G. Standar Antenatal Care

Menurut kementrian kesehatan tahun 2016 pelayanan atau asuhan standar minimal 10T:

1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Tinggi badan ini di kategorikan adanya resiko apabila pengukuran di bawah 145cm. Berat badan di timbang setiap ibu datang atau berkunjung untuk mengetahui kenaikan berat badan ibu hamil normal rata-rata 6,5 kg sampi 16kg

2) Tekanan darah

Tekanan darah di ukur setiap ibu datang atau berkunjung. Deteksi tekanan darah yang cenderung naik di waspadai adanya hipertensi dan preeklamsi, apabila turun di bawah normal kita perkirakan kearah anemia. Tekanan darah normal berkisar sistol dan distol 110/80-120/80mmHg.

3) Timbang status gizi dengan LILA

Perlunya dilakukan LILA yaitu untuk mengetahui apakah ibu hamil masuk ke golongan KEK dengan batas normal 23,5cm

4) Pengukur tinggi fundus uteri

Menggunakan pita sentimeter, letakan titik nol pada tepi atas sympisis dan rentangkan sampai fundus uteri(fundus tidak boleh di tekan)

Umur kehamilan	Tinggi fundus uteri
dalam	(CM)
Minggu	
12 Mg	12 Cm
16 Mg	16 Cm
20 Mg	20 Cm
24 Mg	24 Cm
28 Mg	28 Cm
32 Mg	32 Cm
36 Mg	36 Cm
40 Mg	40 Cm

5) Tentukan DJJ dan presentasi janin

Mengukur denyut jantung janin dapat di ukur setelah usia kehamilan 18 minggu menggunakan linea. Detak jantung janin normal yaitu 120x/menit sampai 160x/menit, melakukan palpasi abdomen untuk mengetahui presentasi dan kelainan letak dan penurunan kepala janin dilakukan setelah >36 minggu melakukan palpasi abdomen untuk mendeteksi adanya kehamilan ganda atau tidak jika usia kehamilan >28 minggu.

6) Pemberian imunisasi TT

Imunisasi TT yang di berikan kepada ibu dapat mencegah terjadinya tetanus neonatorum. Efek samping imunisasi TT yaitu nyeri kemerahan dan bengkak untuk 1-2 hari pada tempat penyuntikan.

Imunisasi	Interval	Perlindungan %	Masa perlindungan
TT1	Pada kunjungan Anc pertama	0%	Tidak ada
TT2	2 minggu setelah TT1	80%	3 tahun

7) Pemberian tablet tambah darah (Tablet Fe)

Untuk memenuhi kebutuhan volume darah pada ibu hamil dan nifas. Karena masa kehamilan, pertumbungan meningkat dengan pertumbuhan janin. Tablet fe mengandung zat besi 60mg dan asam folat 500mg dimunum 1tablet/hari dengan pemberian selama 40 hari, ibu harus tau agar tidak meminum nya dengan air teh atau kopi agar tidak menggau penyerapan.

8) Tes laboratorium

Tes hb dilakukan pada kunjungan saat ibu hamil pertama kali, lalu di periksa lagi menjelang persalinan, dalam pemeriksaan hb adalah salah satu upaya untuk mendeteksi adanya anemia pada ibu hamil (kadar hb normal 11 gr%) untuk mendeteksi adanya protein dalam urine yang dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi yang mengarah ke preeklamsia,

9) Tatalaksana khusus

Pemeriksan penyakit menular seksual atau PMS. Hal ini dilakukan jika ibu atau pasangan menunjukan gejala atau resiko terjangkit penyakit kelamin. Gejala tersebut akibat suami istri suka berganti pasangan, keputihan yang berbau, gatal, berwarna kuning kehijauan, kencing darah, nyeri sewaktu berkemih, atau terdapat kelainan pada organ luar.

10) Temu wicara

Konseling adalah suatu bentuk wawancara (tatap muka) untuk menolong orang lain dan memperoleh pengetahuan yang lebih baik mengenai dirinya dalam usaha nya untuk memahami dan mengatasi permasalahan yang sedang dihadapi nya.

- a) Prinsip prinsip konseling, Adanya 5 prinsip pendekatan kemanusiaan:
 - (1) Keterbukaan
 - (2) Dukungan
 - (3) Sikap dan respon positif
 - (4) Setingkat atau sama derajat nya
- b) Tujuan konseling pada antenatal care:
 - (1) Mmeberitahu mengenai kehamilannya dan sebagai upaya preventif terhadap hal hal yang tidak di inginkan
 - (2) Membantu ibu untuk menemukan kebutuhan asuhan kehamilan, penolong persalinan yang bersih dan aman untuk tindakan klinik yang mungkin di perlukan .

2.4 Persalinan

A. Pengertian

Persalinan merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin (Prawirohardjo, 2010).

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan yang dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai sejak uterus/rahim berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya bayi dan plasenta secara lengkap, persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan persentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.

Persalinan adalah proses pergerakan keluar janin, plasenta, dan membran dari dalam uterus/(rahim melalui jalan lahir. Saat persalinan terjadi proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan yang normal terjadi pada umur kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) (Sukarni & Wahyu, 2013).

1) Terjadinya his persalinan

His persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar, mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks, makin beraktivitas (jalan) kekuatan makin bertambah (Manuaba, 2010).

2) Pengeluaran lendir dan darah

His persalinan akan menimbulkan perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadinya perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah (Manuaba, 2010).

3) Pengeluaran cairan

Beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap.

dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam (Manuaba, 2010).

B. Jenis-jenis Persalinan

1) Menurut caranya dibagi menjadi:

a) Persalinan Spontan

Persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir.

b) Persalinan Buatan

Persalinan yang dibantu oleh tenaga dari luar misalnya ekstraksi dengan forcep atau dilakukan operasi secsio sesaria (SC).

c) Persalinan Anjuran

Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pytocin atau prostaglandin (Ari Kurniarum, 2016).

Modul Persalinan dan BBL Komprehensif.

2) Menurut Umur Kehamilan dan BB bayi

- a) Abortus (keguguran) adalah terhentinya kehamilan sebelum janin dapat hidup (viable), berat janin \pm 500 gram, usia kehamilan dibawah 22 minggu.
- b) Partus Immaturus adalah penghentian kehamilan sebelum janin viable atau berat janin antara 500 – 1000 gram dan usia kehamilan antara 22 sampai dengan 28 minggu.
- c) Persalinan Prematurus adalah persalinan dari konsepsi pada kehamilan
 26 36 minggu, janin hidup tetapi premature, berat janin antara 1000 –
 2500 gram.
- d) Persalinan Mature atau aterm (cukup bulan) adalah persalinan pada kehamilan 37 40 minggu, janin mature, berat badan diatas 2500 gram.
- e) Persalinan postmaturus (serotinus) adalah persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih dari waktu persalinan yang ditafsirkan.
- f) Partus Presipitatus adalah persalinan yang berlangsung cepat kurang dari 3 jam. Partus presipitatus akan menimbulkan berbagai komplikasi

terhadap ibu, diantaranya menimbulkan rupture uteri, laserasi yang luas pada uterus, vagina, dan perineum, serta perdarahan dari tempat implantasi plasenta (Prawirohardjo, 2013).

C. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Jalannya Persalinan

Faktor-faktor tersebut adalah sebagai berikut :

1) Power

a. Kontraksi Uterus

(1) Pengertian Kontraksi adalah gerakan memendek dan menebal ototot rahim yang terjadi untuk sementara waktu. Kontraksi ini terjadi diluar sadar (involunter), dibawah pengendalian sistem saraf simpatis dan secara tidak langsung dipengaruhi oleh endokrin. (Marmi, 2016).

(2) Faktor-faktor Mekanisme

- a. Regangan otot-otot uterus
 - Regangan sederhana organ-organ berotot polos biasanya akan meningkatkan kontraktilitas otot-otot tersebut. (Marmi, 2016)
- b. Regangan atau iritasi serviks
 - Regangan serviks oleh kepala fetus yang akhirnya menjadi cukup kuat menimbulkan suatu refleks korpus uteri yang kuat. Kontraksi mendorong bayi maju, sehingga lebih meregangkan serviks dan teus menimbulkan umpan balik positif pada korpus uteri. (Marmi, 2016)
- c. Pembagian his dan sifat-sifatnya
- His pembukaan (Kala I): menyebabkan pembukaan serviks, semakin kuat, teratur dan sakit.
- His pengeluaran (Kala II): untuk mengeluarkan janin, sifat hisnya adalah sangat kuat, teratur, simteris, terkoordinir dan lama. His ini memiliki koordinasi bersama antara kontraksi otot peut, diafragma dan ligamen
- His pelepasan uri (Kala III): kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta. Tanda-tanda pelepasan plasenta

mencangkup perubahan bentuk dan tinggi fundus, tali pusat memanjang, semburan darah tiba-tiba.

- His pengiring (Kala IV):

Setelah palsenta lahir, kontraksi rahim tetap kuat. Kontraksi ini tidak diikuti oleh interval pembuluh daraah tertutup rapat dan terjadi kesempatan membentuk trombus. Melalui kontraksi yang kuat dan pembentukan trombus terjadi penghentian pengeluaran darah postpartum. Kekuatan his ini dapat diperkuat dengan memberi obat uterotonika. Kontraksi ada saat menyusui bayi karena pengeluaran oksitosin oleh kelenjar hipofisis posterior (Marmi, 2016).

b. Tenaga Mengedan

Refleks yang di timbulkan oleh adanya kontraksi otot dinding perut yang mengakibatkan peninggian tekanan intra abdomenn sehingga klien menutup glotisnya, mengkontraksikan otot perut dan menekan diafragmanya ke bawah, menekan uterus pada semua sisi, sebagai usaha untuk mengeluarkan janin (Manuaba, 2019).

2) Passage

Bagian lunak, yaitu terdiri dari otot dan ligamen jaringan ikat. Bagian keras, yaitu terdiri dari tulang panggul seperti :

- 1. Os coxae (dua tulang pangkal paha) terdiri dari : os ischium (tulang duduk), os pubis (tulang kemaluan), os illium (tulang usus).
- 2. Os sacrum (satu tulang kelangkang)
- 3. Os cocygis (satu tulang tungging) (Manuaba, 2011).

3) Passanger

Pada persalinan, kepala anak adalah bagian yang terpenting, karena dalam persalinan perbandingan antara besarnya kepala dan luasnya panggul merupakan hal yang menentukan. Jika kepala dapat melalui jalan lahir, bagian-bagian lainnya dapat menyusul dengan mudah (Manuaba, 2011).

4) Psikologis

Perasaan positif berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas keperempuanan sejati yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan atau memproduksi anaknya. Mereka seolah-olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu keadaan yang belum pasti sekarang menjadi hal yang nyata (Manuaba, 2011).

5) **Penolong**

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini Bidan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Proses tergantung dari kemampuan skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan (Manuaba, 2011).

H. Tahapan

1) Persalinan Kala I

Persalinan kala I dimulai dari his persalinan sampai pembukaan servik menjadi lengkap.

1. Fase Laten

Fase laten adalah masa waktu dari awal persalinan hingga ke titik ketika pembukaan mulai berjalan secara progresif, yang pada umumnya dimulai sejak kontraksi mulai muncul hingga pembukaan tiga sampai empat sentimeter atau permulaan fase aktif (JNPK_KR, 2017).

2. Fase Aktif

Fase aktif adalah masa waktu dari awal kemajuan aktif pembukaan hingga pembukaan menjadi lengkap dan mencakup fase transisi. Pembukaan umumnya dimulai dari tiga sampai empat sentimeter (akhir kala I persalinan).

Serviks membuka dari 4 ke 10 cm, dan biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih perjam (nulipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara). Terjadi penurunan bagian bawah janin (JNPK-KR, 2017).

2) Persalinan Kala II

Dimulai dari pembukaan lengkap dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua disebut juga kala pengeluaran bayi (JNPK-KR, 2017). Tanda gejala kala II yaitu ibu merasakan adanya dorongan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum atau vagina, perineum ibu semakin menonjol, vulva vagina dan spinter ani membuka.

Tanda pasti kala dua ditentukan melalui periksa dalam (informasi obyektif) yang hasilnya adalah :

- 1) Pembukaan serviks telah lengkap
- 2) Terlihat bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

3) Persalinan Kala III

Dimulai setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit (Sulistyawati Dkk, 2013). Umumnya lama kala III bekisar 15-30 menit baik pada primipara ataupun multipara. Tempat implantasi plasenta sering pada dinding depan dan belakang korpus uteri atau dinding lateral (Setyarini, dan Suprapti,2016).

Tanda-tanda lepasnya plasenta adalah:

- 1. Uterus menjadi membundar
- 2. Uterus terdorong keras karena plasenta dilepas kesegment bawah rahim
- 3. Tali pusar memanjang
- 4. Terjadi perdarahan

Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara dorso kranial pada fundus uteri. Disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc.

4) Persalinan Kala IV (Kala 2 jam Post Partum)

Kala IV adalah kala pengawasan selama 2 jam setelah bayi lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadpa bahaya perdarahan post partum. observasi yang dilakukan adalah tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan tanda-tanda vital, kontraksi uterus (APN, 2017).

2.5 Perdarahan Postpartum

A. Pengertian Perdarahan Postpartum

Perdarahan sebagai penyebab kematian ibu terdiri atas perdarahan antepartum dan perdarahan postpartum. Adapun perdarahan postpartum dibagi menjadi dua yaitu perdarahan postpartum primer dan perdarahan postpartum sekunder. Perdarahan primer adalah perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama dan biasanya disebabkan oleh atonia uteri, robekan jalan lahir, sisa sebagian plasenta dan gangguan pembekuan darah. Perdarahan sekunder adalah perdarahan yang terjadi setelah 24 jam persalinan.

Perdarahan postpartum merupakan perdarahan yang bersifat konstan sehingga perdarahan ini tampak sedang tetapi dapat terus terjadi hingga timbul hipovolemi berat (Cunningham, 2013).

B. Klasifikasi Perdarahan Postpartum

Klasifikasi klinis perdarahan postpartum menurut (Manuaba, 2019):

- Perdarahan postpartum primer yaitu perdarahan pasca persalinan yang terjadi dalam 24 jam pertama kelahiran. Penyebab utama perdarahan postpartum primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, robekan jalan lahir dan inversio uteri. Terbanyak dalam 24 jam pertama.
- 2. Perdarahan postpartum sekunder yaitu perdarahan pasca persalinan yang terjadi setelah 24 jam pertama kelahiran. Perdarahan postpartum sekunder disebabkan oleh infeksi, penyusutan rahim yang tidak baik, atau sisa plasenta yang tertinggal. Penyebab utama perdarahan postpartum primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, robekan jalan lahir dan inversio uteri. (Manuaba, 2019)

2.6 Atonia Uteri

A. Pengertian Atonia Uteri

Atonia uteri adalah pendarahan obstetri yang disebabkan oleh kegagalan uterus untuk berkontraksi secara memadai setelah kelahiran (Cunningham, 2013).

Atonia uteri adalah kegagalan serabut-serabut otot myometrium uterus untuk berkontraksi dan memendek. Hal ini merupakan penyebab perdarahan postpartum yang paling penting dan biasa terjadi setelah bayi lahir hingga 4 jam setelah persalinan. Atonia uteri dapat menyebabkan perdarahan hebat dan dapat mengarah pada terjadinya syok hipovolemik. (Nugroho 2013)

Atonia merupakan kondisi rahim tidak dapat berkontraksi dengan baik setelah persalinan, terjadi pada sebagian besar perdarahan pascasalin (Lisnawati, 2013).

Atonia uteri adalah kondisi dimana myometrium yang tidak dapat berkontraksi segera setelah melahirkan. Atonia uteri terjadi jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik setelah dilakukan rangsangan taktil (masase) fundus uteri segera setalah lahirnya plasenta. Diagnosis atonia uteri ditegakan 9 apabila uterus tidak berkontraksi dalam 15 menit setelah dilakukan rangsangan taktil masase fundus uteri (Sari dan Rimandini 2014).

B. Patofisiologi Atonia Uteri

Kontraksi uterus merupakan mekanisme utama untuk mengontrol perdarahan setelah melahirkan. Atonia terjadi karena kegagalan mekanisme ini. Perdarahan pospartum secara fisiologis dikontrol oleh kontraksi serabut-serabut myometrium yang mengelilingi pembuluh darah yang memvaskularisasi daerah implantasi plasenta. Atonia uteri terjadi apabila serabut-serabut miometrium tidak berkontraksi (Saifudin, 2008; Cunningham, 2013)

Miometrium terdiri dari tiga lapisan dan lapisan tengah merupakan bagian yang terpenting dalam hal kontraksi untuk menghentikan perdarahan postpartum. Lapisan tengah miometrium tersusun sebagai anyaman dan ditembus oleh pembuluh darah. Masing-masing serabut mempunyai dua buah lengkungan sehingga setiap bulan serabut kira-kira membentuk angka

delapan. Setelah partus, dengan adanya susunan otot seperti diatas, jika otot berkontraksi akan menjepit pembuluh darah. Ketidakmampuan miometrium untuk berkontraksi ini akan menyebabkan pembuluh darah pada uterus tetap vasodilatasi sehingga terjadinya perdarahan postpartum (Cunningham, 2013).

Adanya gangguan retraksi dan kontraksi otot uterus, akan menghambat penutupan pembuluh darah dan menyebabkan perdarahan yang banyak. Keadaan demikian menjadi faktor utama penyebab perdarahan pasca persalinan. Trauma jalan lahir seperti epiotomi yang lebar, laserasi perineum, dan rupture uteri juga menyebabkan perdarahan karena terbukanya pembuluh darah. Penyakit pada darah ibu misalnya fibrinogemia atau hipofibrinogemia karena tidak adanya atau kurangnya fibrin untuk membantu proses pembekuan darah juga merupakan penyebab dari perdarahan postpartum. Perdarahan yang sulit dihentikan bisa mendorong pada keadaan shok hemoragik (Saifuddin, 2014)

C. Faktor Predisposisi Atonia Uteri

Faktor-faktor predisposisi atonia uteri meliputi beberapa hal berikut:

- 1. Ibu dengan usia yang terlalu muda dan terlalu tua, anemis, atau menderita penyakit menahun. Terjadinya peningkatan kejadian atonia uteri sejalan dengan meningkatnya umur ibu yang diatas 35 tahun dan usia yang seharusnya belum siap untuk dibuahi. Hal ini dapat diterangkan karena makin tua umur ibu, makin tinggi frekuensi perdarahan yang terjadi (Prawirohardjo, 2011)
- 2. Multiparitas yang sangat tinggi. Cunningham (2013) mengatakan bahwa paritas tinggi merupakan salah satu faktor risiko untuk terjadinya perdarahan postpartum. Paritas lebih dari 4 mempunyai risiko lebih besar untuk terjadinya perdarahan postpartum karena otot uterus lebih sering meregang sehingga dindingnya menipis dan kontraksinya menjadi lebih lemah. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan hasil penelitian Sari (2015) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara paritas dengan perdarahan postpartum dengan paritas beresiko (1

- dan >3) memiliki resiko 3 kali lebih besar terjadinya perdarahan postpartum dibandingkan ibu dengan paritas tidak berisiko (2 dan 3).
- 3. Jarak kehamilan yang dekat
- 4. Persalinan yang terlalu cepat atau persalinan spontan.
- 5. Persalinan yang diinduksi
- 6. Bekas operasi Caesar
- 7. Anemia dalam kehamilan

D. Tanda dan Gejala Atonia Uteri

- Perdarahan pervaginam Perdarahan yang terjadi pada kasus atonia uteri sangat banyak dan darah tidak merembes. Yang sering terjadi adalah darah keluar disertai gumpalan, hal ini terjadi karena tromboplastin sudah tidak mampu lagi sebagai anti pembeku darah.
- 2. Konsistensi rahim lunak Gejala ini merupakan gejala terpenting/khas atonia dan yang membedakan atonia dengan penyebab perdarahan yang lainnya.
 - Fundus uteri naik Disebabkan adanya darah yang terperangkap dalam cavum uteri dan menggumpal
- Terdapat tanda-tanda syok Tekanan darah rendah, denyut nadi cepat dan kecil, ekstremitas dingin, gelisah, mual dan lain-lain. (Saifuddin, 2014)

E. Diagnosis Atonia Uteri

Diagnosis ditegakkan bila setelah bayi lahir dan plasenta lahir ternyata perdarahan masih aktif dan banyak, bergumpal dan pada palpasi didapatkan fundus uteri masih setinggi pusat atau lebih dengan kontraksi yang lembek. Perlu diperhatikan bahwa pada saat atonia uteri di diagnosis, maka pada saat itu juga masih ada darah sebanyak 500-1000 cc yang sudah keluar dari pembuluh darah, tetapi masih terperangkap dalam uterus dan harus di perhitungkan dalam kalkulasi pemberian darah pengganti.

F. Komplikasi Atonia Uteri

Komplikasi yang terjadi karena kehilangan darah yang banyak adalah syok hipovolemik disertai dengan perfusi jaringan yang tidak adekuat.

G. Penatalaksanaan Atonia Uteri

Jika Uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan rangsangan taktil (masase) fundus uteri

a. Melakukan Kompresi Bimanual Internal

- a. Pakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril, dengan lembut memasukkan tangan ke introitus dan kedalam vagina ibu
- b. Periksa vagina dan serviks. Jika ada selaput ketuban atau bekuan darah pada kavum uteri tidak dapat berkontraksi secara penuh.
- c. Letakkan kepalan tangan pada forniks anterior, tekan dinding anterior uterus, sementara telapak tangan lain pada abdomen, menekan dengan kuat di dinding.
- d. Tekan uterus dari kedua tangan secara kuat, kompresi uterus ini memberikan tekanan langsung pada pembuluh darah didalam dinding

uterus dan juga merangsang miometrium untuk berkontraksi.

Evaluasi keberhasilan

- a) Jika uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang, teruskan melakukan KBI selama 2 menit, kemudian perlahan-lahan keluarkan tangan dari dalam vagina.
- b) Uterus akan berkontraksi tapi perdarahan terus berlangsung, periksa perineum, vagina dan serviks apakah terjadi laserasi dibagian tersebut. Segera lakukan penjahitan jika ditemukan laserasi.
- c) Jika kontraksi uterus tidak terjadi dalam waktu 5 menit, ajarkan keluarga untuk melakukan, kompresi bimanual eksternal, kemudian teruskan dengan langkah - langkah penatalaksanaan

atonia uteri selanjutnya minta tolong keluarga mulai menyiapkan rujukan.

- b. Berikan 0,2 mg ergometrin IM (jangan berikan ergometrin kepada ibu dengan hipertensi).
- c. Menggunakan jarum berdiameter (ukuran 16 atau 18), pasang infus dan berikan 500 ml melakukan larutan RL yang mengandung 20 unit oksitosin. akan membantu mengganti volume cairan yang hilang selama perdarahan.
- d. Pakai sarung tangan steril atau DTT dan ulangi KBI selama 5 menit.
 Lakukan asuhan kala IV.
- e. Jika uterus tidak berkontraksi, lakukan KBE.
- f. Kompresi Bimanual Ekternal
 - a. Letakkan satu tangan pada abdomen di depan uterus, tepat di atas simpisis\pubis.
 - b. Letakkan tangan yang lain pada dinding abdomen (dibelakang korpus uteri) usahakan memegang bagian belakang uterus seluas mungkin.
 - c. Lakukan gerakan saling merapatkan kedua tangan untuk melakukan kompresi pembuluh darah di dinding uterus dengan cara menekan uterus di antara kedua tangan tersebut. Ini akan membantu uterus berkontraksi dan menekan pembuluh darah uterus. (APN, 2017)

2.7 Partus Presipitatus

A. Pengertian Partus Presipitatus

Partus presipitatus adalah persalinan berlangsung sangat cepat. Kemajuan cepat dari persalinan, berakhir kurang dari 3 jam dari awitan kelahiran, dan melahirkan di luar rumah sakit adalah situasi kedaruratan yang membuat terjadi peningkatan resiko komplikasi dan/atau hasil yang tidak baik pada klien/janin (Saiffudin, 2010).

Menurut Marmi (2016) Partus precipitatus adalah persalinan yang lebih pendek dari 3 jam. Kadang-kadang pada multipara persalinan yang terlalu cepat sebagai akibat HIS yang adekuat dan tahanan yang kurang dari jalan lahir. Bahaya bagi anak meninggal karena oxygenasi kurang, sebagai akibat kontraksi rahim yang terlalu kuat. Mungkin juga bayi mengalami trauma karena lahir sebelum ada persiapan yang cukup, misalnya jatuh ke lantai (Marmi, 2016).

B. Penyebab Partus Presipitatus

Penyebab tejaiya prtus presipitatus antara lain:

- 1. Abnormalitas tahanan yang rendah pada bagian jalan lahir
- 2. Abnormalitas kontraksi uterus dan rahim yang terlalu kuat
- 3. Pada keadaan yang sangat jarang dijumpai oleh tidak adanya rasa nyeri pada saat his sehingga ibu tidak menyadari adanya proses-proses persalinan yang sangat kuat itu (Saiffudin, 2010).

C. Tanda Dan Gejala Partus Presipitatus

Dapat mengalami ambang nyeri yang tidak biasanya atau tidak menyadari kontraksi abdominal. Kemungkinan tidak ada kontraksi yang dapat diraba, bila terjadi pada ibu yang obesitas. Ketidaknyamanan punggung bagian bawah (tidak dikenali sebagai tanda kemajuan persalinan). Kontraksi uterus yang lama/hebat, ketidak-adekuatan relaksasi uterus diantara kontraksi. Dorongan invalunter lintula mengejan (Saifuddin, 2011).

D. Dampak Partus Presipitatus

Pada ibu akibat dari kontraksi uterus yang kuat disertai serviks yang panjang serta kaku, dan vagina, vulva atau perineum yang tidak teregang dapat menimbulkan rupture uteri atau laserasi yang luas pada serviks, vagina, vulva atau perineum. Dalam keadaan yang terakhir, emboli cairan ketuban yang langka itu besar kemungkinannya untuk terjadi. Uterus yang mengadakan kontraksi dengan kekuatan yang tidak lazim sebelum proses persalinan bayi, kemungkinan akan menjadi hipotonik setelah proses persalinan tersebut dan sebagai konsekuensinya, akan disertai dengan perdarahan dari templat implantasi placenta (Saifuddin, 2011).

E. Dampak Partus Presipitatus

1. Pada ibu

Dampak bagi ibu yaitu jarang terjadi bila dilatasi serviks dapat berlangsung secara normal, bila serviks panjang dan njalan lahir kaku, akan terjadi robekan serviks dab jalan lahir yang luas, emboli air ketuban (jarang), atonia uteri dengan HPP ((Saifuddin, 2011).

2. Pada Fetus Dan Neonatus

Mortalitas dan morbiditas perinatal akibat partus presipatatus dapat meningkat cukup tajam karena beberapa hal. Pertama, kontraksi uterus yang amat kuat dan sering dengan interval relaksasi yang sangat singkat akan menghalangi aliran darah uterus dan oksigenasi darah janin. Kedua, tahanan yang diberikan oleh jalan lahir terhadap proses ekspulsi kepala janin dapat menimbulkan trauma intrakronial meskipun keadaan ini seharusnya jarang terjadi. Ketiga, pada proses kelahiran yang tidak didampingi, bayi bisa jatuh ke lantai dan mengalami cedera atau memerlukan resusitasi yang tidak segera tersedia (Saifuddin, 2011).

F. Penanganan Partus Presipitatus

Kontraksi uterus spontan yang kuat dan tidak lazim, tidak mungkin dapat diubah menjadi derajat kontraksi yang bermakna oleh pemberian anastesi. Jika tindakan anastesi hendak dicoba, takarannya harus sedemikian rupa sehingga keadaan bayi yang akan dilahirkan itu tidak bertambah buruk dengan pemberian anastesi kepada ibunya. Penggangguan anastesi umum dengan preparat yang bisa mengganggu kemampuan kontraksi rahim, seperti haloton dan isofluran, seringkali merupakan tindakan yang terlalu berani. Tentu saja, setiap preparat oksitasik yang sudah diberikan harus dihentikan dengan segera. Preparat tokolitik, seperti ritodrin dan magnesium sulfat parenteral, terbukti efektif. Tindakan mengunci tungkai ibu atau menahan kepala bayi secara langsung dalam upaya untuk memperlambat persalinan tidak akan bisa dipertahankan. Perasat semacam ini dapat merusak otak bayi tersebut. (Saifuddin, 2011).

2.8 Post Partum (Nifas)

A. Pengertian Nifas

Masa nifas (purperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari pasca persalinan. (Prawirohardjo, 2014).

B. Masa Nifas

Asuhan masa nifas diperlukan dalam masa ini karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Masa nifas dibagi menjadi 3 masa yaitu :

1. Immediated Puerperium

Yaitu keadaan yang terjadi segera setelah persalinan sampai 24 jam sesudah persalinan (0-24 jam post partum).

2. Early Puerperium

Yaitu keadaan yang terjadi pada permulaan puerperium yaitu 1 hari sesudah melahirkan sampai 7 hari.

3. Later Puerperium

Yaitu keadaan setelah satu minggu post partum sampai enam minggu (Saifuddin, 2011).

C. Perubahan Fisiologis Nifas

Masa nifas berlangsung selama enam minggu sejak persalinan. Selama waktu tersebut terdapat perubahan-perubahan yang terjadi selama kehamilan kembali ke keadaan sebelum hamil, diantaranya :

1. Involusi Uterus

Setelah bayi dilahirkan, terus yang selama persalinan mengalami kontraksi dan retraksi akan menjadi keras, sehingga dapat menutup pembuluh darah besar yang bermuara pada bekas implantasi plasenta.

2. Perubahan pada serviks dan vagina

Vagina lambat laun mencapai ukuran normal pada minggu ketiga rugea akan mulai nampak kembali.

3. Involusi tempat plasenta

Setelah persalinan, tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan yang kasar, dan kira-kira ada sebesar telapak tangan. Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu ke 2 hanya sebesar 3-4 cm, pada akhir nifas 1-2 cm.

4. Perubahan ligament diagfragma pelvik

Perubahan ini terjadi pada saat melahirkan oleh karena peregangan ini berangsur-angsur pulih kembali pada waktu 6 minggu.

5. Perubahan traktus urinarius

Pada dinding kandung kemih mengalami oedema sehingga menyebabkan hyper anemia terkadang sampai terjadi obstruksi sehingga menekan uretha dan terjadi retensi urin, ini akan pulih kembali setelah 2 minggu.

6. Laktasi Perubahan yang terjadi pada mamae yaitu proliperasi jaringan, kelenjar alveolus, lemak. Pengaruh oksitosin merangsang kelenjar susu berkontraksi karena rangsangan pada putting susu.

7. Lochea

Adalah cairan yang keluar dari liang senggama pada masa nifas. Cairan ini dapat berupa darah atau sisa lapisan rahim (Manuaba, 2011). Pengeluaran lochea dapat dibagi berdasarkan jumlah dan warnanya, yaitu:

- 1) Lochea rubra (Kruenta) yaitu 1-3 hari, berwarna merah dan hitam, terdiri dari sel desidua, verniks kaseosa, rambut lanugo, sisa mekonium, sisa darah.
- 2) Lochea sanguinolenta yaitu 3-7 hari, berwarna putih bercampur merah.
- 3) Lochea serosa yaitu 7-14 hari, berwarna kekuningan.
- 4) Lochea alba setelah hari ke 14, berwarna putih (Manuaba, 2011).

D. Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas

Pada masa nifas seorang ibu akan melakukan beberapa tahap untuk beradaptasi dengan kehahiran seorang bayi, diantanya :

- a. Taking In
 - 1) Masa ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan.
 - 2) Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung
 - 3) Perhatiannya tertuju pada tubuhnya (Rukiyah, 2011).
- b. Taking Hold
 - 1) Masa ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum
 - 2) Agak sensitif dan merasa tidak mahir
 - 3) Cenderung menerima nasihat bidan (Rukiyah, 2011).
- c. Letting Go
 - 1) Ibu telah sembuh
 - 2) Ibu menerima peran baru
 - 3) Dapat melakukan kegiatan sehari-hari.
 - 4) Merasa tanggung jawab terhadap perawatan (Rukiyah, 2011).

E. Lochea

Kumalasari (2015) lochea adalah cairan yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas, macam-macamnya :

- 1. Lochea Rubra (Cruenta): Berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua (selaput lendir rahim dalam keadaan hamil, vernix caseosa (palit bayi, zat seperti salep terdiri atas palit atau semacam noda dan sel-sel epitel, yang menyelimuti kulit janin), lanugo (bulu halus pada anak yang baru lahir), dan mekonium (isi usus janin cukup bulan yang terdiri atas getah kelenjar usus dan air ketuban, berwarna hijau kehitaman), selama 3 hari pasca persalinan.
- 2. Lochea Sanguinolenta :Berwarna merah kuning berisi darah dan lendir. Terjadi pada hari ke 3-7 pasca persalinan.
- 3. Lochea Serosa: Berwarna kuning dan cairan ini tidak berdarah lagi pada hari ke 7-14 pasca persalinan.
- 4. Lochea Alba: Cairan putih yang terjadinya setelah 2 mingg.

F. Tanda-Tanda Bahaya Masa Nifas

Tanda-tanda bahaya masa nifas antara lain:

1) Perdarahan postpartum

- 2) Lochea yg berbau busuk
- 3) Subinvolusi uterus
- 4) Nyeri pada perut dan pelvis
- 5) Pusing dan lemas berlebihan
- 6) Suhu tubuh >38
- 7) Sakit kepala hebat
- 8) Pembengkakan wajah, tangan, kaki
- 9) Payudara merah, panas, terasa sakit
- 10) Nyeri berkemih
- 11) Kehilangan nafsu makan dalam waktu lama
- 12) Merasa sangat letih atau nafas terengah-engah

G. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas

Selama ibu berada pada masa nifas, paling sedikit 4 kali bidan harus melakukan kunjungan, dilakukan untuk menilai keadaan ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi. Seorang bidan pada saat memberikan asuhan kepada ibudalam masa nifas, ada beberapa hal yang harus dilakukan, akan tetapi pemberian asuhan kebidanan pada ibu masa nifas tergantung dari kondisi ibu sesuai dengan tahapan perkembangannya antara lain :

Kunjungan nifas (KF) dilakukan sesuai jadwal kunjungan nifas yaitu :

- a. KF 1 : pada masa 6 (enam) jam sampai dengan 2 (dua) hari pasca persalinan;
- b. KF 2 : pada masa 3 (tiga) hari sampai dengan 7 (tujuh) hari pasca persalinan;
- c. KF 3 : pada masa 8 (delapan) hari sampai dengan 28 (dua puluh delapan) hari pasca persalinan;
- d. KF 4 : pada masa 29 (dua puluh sembilan) sampai dengan 42 (empat puluh dua) hari pasca persalinan.

2.9 Neonatal (Bayi Baru Lahir)

A. Pengertian

Neonatus (BBL) adalah masa kehidupan pertama diluar rahim sampai dengan usia 28 hari, dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan didalam rahim menjadi diluar rahim. Pada masa ini terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem. Sedangkan beberapa pendapat mengatakan: Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram (Kementrian Kesehatan RI, 2018).

B. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal

Pada bayi baru lahir ditemukan ciri-ciri bayi lahir patologis dan ciri-ciri bayi baru lahir normal. Ciri-ciri bayi baru lahir normal diantaranya:

- 1) Lahir aterm antara 37-42 minggu
- 2) Berat badan antara 2500-4000 gram
- 3) Panjang lahir 48 52 cm
- 4) Lingkar dada 30 38 cm
- 5) Lingkar kepala 33 35 cm
- 6) Lingkar lengan 11-12
- 7) Frekuensi denyut jantung 120-160x/ menit
- 8) Frekuensi pernapasan 30-60x/ menit
- 9) Suhu inti normal bayi 36,5-37,5°C
- 10) Kulit kemerah- merahan, tipis, halus dan licin karena jaringan subkutan yang cukup.
- 11) Rambut halus atau lanugo menutupi kulit dan banyak terdapat di bahu, lengan atas dan paha sedangkan rambut kepala biasanya sudah sempurna.
- 12) Nilai APGAR >7
- 13) Gerakan aktif
- 14) Bayi lahir langsung menangis kuat
- 15) Genetalia:

- a. Perempuan : vagina dan uretra yang berlubang, serta labia mayora menutupi labia minora.
- b. Laki-laki: Testis turun pada skrotum, penis berlubang.

16) Sistem Reflex

- a. Reflex reflex moro
- b. Reflex sucking (menghisap dan menelan)
- c. Reflex grasping (menggenggam)
- d. Reflex walking dan stapping
- e. Reflex tonic neck
- f. Reflex babinsky
- 17) Eliminasi baik, urine dan mekonium akan keluar 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan (Dewi, 2011).

C. Tanda-Tanda Bahaya pada Bayi Baru Lahir

Adapun tanda tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir:

- 1) Warna abnormal
- 2) Pemberian ASI sulit, sulit menghisap atau hisapan lemah
- 3) Kesulitan bernafas
- 4) Letargi atau bayi terus menerus tidur tanpa bangun untuk makan
- 5) Suhu bayi dibawah 36,5°C (Hipotermi) atau diatas 37,5°C (Febris)
- 6) Tangis atau perilaku abnormal atau tidak biasa
- 7) Gangguan gastrointestinal
- 8) Bagian yang berwarna putih pada mata, berubah menjadi kuning dan warna kulit juga tampak kuning, kecoklatan atau seperti buah persik (Varney, H., Kriebs, J. M. & Gegor, 2007).

D. Kunjungan Neonatus

Kunjungan	Penatalaksanaan
Kunjungan Neonatal	1. Mempertahankan suhu tubuh bayi
ke-1 (KN 1)	Hindari memandikan bayi hingga sedikitnya enam jam
dilakukan dalam	dan hanya setelah itu jika tidak terjadi masalah medis

kurun waktu 6-48 jam setelah bayi lahir. dan jika suhunya 36.5 Bungkus bayi dengan kain yang kering dan hangat, kepala bayi harus tertutup

- 2. Pemeriksaan fisik bayi
- 3. Dilakukan pemeriksaan fisik
- 4. Gunakan tempat tidur yang hangat dan bersih untuk pemeriksaan
 - a. Cuci tangan sebelum dan sesudah pemeriksaan lakukan pemeriksaan
 - Telinga : Periksa dalam hubungan letak dengan mata dan kepala
 - c. Mata:. Tanda-tanda infeksi
 - d. Hidung dan mulut : Bibir dan langitanPeriksa adanya sumbing Refleks hisap, dilihat pada saat menyusu
 - e. Leher:Pembekakan,Gumpalan
 - f. Dada: Bentuk, Puting, Bunyi nafas,, Bunyi jantung
 - g. Bahu lengan dan tangan :Gerakan Normal, Jumlah Jari
 - h. System syaraf: Adanya reflek moro
 - Perut : Bentuk, Penonjolan sekitar tali pusat pada saat menangis, Pendarahan tali pusat ? tiga pembuluh, Lembek (pada saat tidak menangis), Tonjolan
 - j. Kelamin laki-laki : Testis berada dalam skrotum,Penis berlubang pada letak ujung lubang
 - k. Kelamin perempuan :Vagina berlubang,Uretra berlubang, Labia minor dan labia mayor

- Tungkai dan kaki : Gerak normal, Tampak normal,
 Jumlah jari
- m. Punggung dan Anus: Pembekakan atau cekungan,Ada anus atau lubang
- n. Kulit : Verniks, Warna, Pembekakan atau bercak hitam, Tanda-Tanda lahir
- Konseling : Jaga kehangatan, Pemberian ASI,
 Perawatan tali pusat, Agar ibu mengawasi tandatanda bahaya
- p. Tanda-tanda bahaya yang harus dikenali oleh ibu :
 Pemberian ASI sulit, sulit menghisap atau lemah hisapan, Kesulitan bernafas yaitu pernafasan cepat > 60 x/m atau menggunakan otot tambahan, Letargi —bayi terus menerus tidur tanpa bangun untuk makan, Warna kulit abnormal kulit biru (sianosis) atau kuning, Suhu-terlalu panas (febris) atau terlalu dingin (hipotermi), Tanda dan perilaku abnormal atau tidak biasa, Ganggguan gastro internal misalnya tidak bertinja selama 3 hari, muntah terus-menerus, perut membengkak, tinja hijau tua dan darah berlendir, Mata bengkak atau mengeluarkan cairan
- q. Lakukan perawatan tali pusat Pertahankan sisa tali pusat dalam keadaan terbuka agar terkena udara dan dengan kain bersih secara longgar, Lipatlah popok di bawah tali pusat ,Jika tali pusat terkena kotoran tinja, cuci dengan sabun dan air bersih dan keringkan dengan benar
- 5. Gunakan tempat yang hangat dan bersih

- 6. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan
- 7. Memberikan Imunisasi HB-0

Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke 7 setelah bayi lahir.

- 1. Menjaga tali pusat dalam keadaaan bersih dan kering
- 2. Menjaga kebersihan bayi
- Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan Masalah pemberian ASI
- 4. Memberikan ASI Bayi harus disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam) dalam 2 minggu pasca persalinan
- 5. Menjaga keamanan bayi
- 6. Menjaga suhu tubuh bayi
- Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI ekslutif pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan Buku KIA
- 8. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan

Kunjungan Neonatal ke-3 (KN-3) dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 sampai dengan hari

ke-28 setelah lahir.

- 1. Pemeriksaan fisik
- 2. Menjaga kebersihan bayi
- 3. Memberitahu ibu tentang tanda-tanda bahaya Bayi baru lahir
- 4. Memberikan ASIBayi harus disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam) dalam 2 minggu pasca persalinan.
- 5. Menjaga keamanan bayi
- 6. Menjaga suhu tubuh bayi
- 7. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI ekslutif pencegahan hipotermi dan

- melaksanakan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan Buku KIA
- 8. Memberitahu ibu tentang Imunisasi BCG
- 9. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan (Kemenkes Kesehatan RI, 2020).

E. Asuhan Bayi Baru Lahir

Menurut (Saifuddin, 2011) Asuhan segera bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi selama satu jam pertama pada kelahiran, yaitu :

- 1) Pencegahan infeksi
- 2) Penilaian pada bayi baru lahir
- 3) Pencegahan kehilangan panas
- 4) Menjaga kehangatan bayi
- 5) Mengeringkan bayi dengan seksama.
- 6) Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih dan hangat
- 7) Selimuti bagian kepala bayi
- 8) Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya
- 9) Jangan segera menimbang atau memandikan BBL
- 10) Memandikan Bayi
- 11) Tunggu setidaknya enam jam setelah lahir (lebih lama jika bayi mengalami asfiksia atau hipotermi).
- 12) Tunda untuk memandikan bayi yang sedang mengalami masalah pernafasan atau masalah suhu.
- 13) Mandikan bayi dengan cepat dengan air yang bersih dan hangat.
- 14) Segera keringkan bayi dengan menggunakan handuk bersih dan kering.